



Bundesamt
für Gesundheit

Office fédéral
de la santé publique

Ufficio federale
della sanità pubblica

Uffizi federal
da sanadad publica

Bericht zu den Ergebnissen der Vernehmlassung
zur

Änderung des Bundesgesetzes über die Kranken-
versicherung (Spitalfinanzierung, Managed-Care)

Rapport sur les résultats de la consultation relative
à la

Modification de la loi fédérale sur l'assurance-ma-
ladie (financement hospitalier, managed-care)

August 2004 / août 2004

INHALT

Durchführung der Vernehmlassung	3
Zustimmung und Kritik	4
Liste der Stellungnahmen im Vernehmlassungsverfahren	7
Ergebnisse im Einzelnen	
- Vorbemerkung	10
- Vorlage 2 A	10
- Vorlage 2 B	134

SOMMAIRE

Organisation de la consultation	3
Approbation et critique	4
Liste des avis exprimés lors de la procédure de consultation	7
Résultats en détail	
- Remarque préliminaire	10
- Projet 2 A	10
- Projet 2 B	134

Durchführung

Mit Schreiben vom 12. Mai 2004 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Bundesgericht, das Eidgenössische Versicherungsgericht und die interessierten Organisationen ein, zu den Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung bis zum 12. Juli 2004 Stellung zu nehmen.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 156 Adressatinnen und Adressaten versandt. 26 Kantone, 7 Parteien und 68 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 101) äusserten sich näher zu den vorgeschlagenen Änderungen (vgl. Zusammenstellung S. 4 – 6).

Organisation

Par lettre du 12 mai 2004, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a invité les gouvernements cantonaux, les partis politiques, le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et les organisations intéressées à s'exprimer sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie jusqu'au 12 juillet 2004.

La documentation relative à la consultation a été envoyée à 156 destinataires. 26 cantons, 7 partis et 68 autres intéressés (101 au total) ont exprimé leur avis sur les modifications proposées (cf. résultats p 4 – 6).

Zustimmung und Kritik

Vorlage 2A

Vorgeschlagen wurde im Wesentlichen das Abrücken von der Objektfinanzierung bzw. der Übergang zur Leistungsfinanzierung, die je hälftige Vergütung der Leistungen durch den Versicherer und den Wohnsitzkanton des Versicherten, die kantonale bzw. interkantonale Planung der Spitalversorgung aller Versicherten und die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin sowie die Verbesserung der Datengrundlagen und Statistiken.

Jede einzelne vom Bundesrat vorgeschlagene Gesetzesänderung stiess weder auf die grundsätzliche Ablehnung noch auf die einhellige Zustimmung der Vernehmlassungsteilnehmenden. Am besten aufgenommen wurde der Übergang zur Leistungsfinanzierung. In diesem Punkt wurden lediglich gewisse Vorbehalte in Bezug auf eine mögliche Patientenselektion und die Verschlechterung der Qualität angebracht. Insbesondere seitens der Organisationen der Ärzteschaft sowie der Patientinnen und Patienten wurde auf die Notwendigkeit von Regeln hingewiesen, um unerwünschte Anreize zu verhindern.

Zustimmung fand auch das Vorhaben der Verbesserung der Datengrundlagen und der Statistiken. Allerdings äusserten die Spitzenverbände der Spitäler Vorbehalte in Bezug auf die Weitergabe betrieblicher Daten; die Organisationen der Patientinnen und Patienten indessen meldeten Vorbehalte bezüglich Datenschutz an.

Kaum ein Einwand gemacht wurde zur Änderung beziehungsweise Neuregelung des Rückgriffsrechts der Kantone, und der Verzicht auf das Konzept der teilstationären Behandlung stiess auf Widerstand von Seiten der Privatspitäler.

Kein Konsens ausgemacht werden kann hinsichtlich der übrigen gewichtigen Revisionelemente. Zwar wird die dual-fixe Finanzierung von einem beträchtlichen Teil der Vernehmlassungsteilnehmenden befürwortet. Insbesondere die Versicherer und die Vertretung der Arbeitnehmenden stimmen jedoch der je hälftigen Finanzierung durch Versicherer und Kantone nicht zu, sondern befürworten eine Aufteilung 40 zu 60 Prozent beziehungsweise 30 zu 70 Prozent. Im Weiteren befürwortet ein Teil der Kantone und die Vertretung der Arbeitnehmenden die je hälftige Finanzierung lediglich für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler, nicht aber für die heute nicht subventionierten Privatspitäler. Die Gleichbehandlung aller Spitäler, ob öffentlich oder privat, bildet wiederum die Voraussetzung, dass die Verbände der Spitäler sowie ein Teil der Wirtschaftsverbände der Gesetzesrevision zustimmen können. Andere Wirtschaftsverbände und

Approbation et critique

Projet 2A

La proposition prévoit en substance l'abandon du financement des établissements et le passage à un financement des prestations fournies par l'hôpital, la rémunération de ces prestations à parts égales par l'assureur et le canton de résidence de l'assuré, la planification cantonale ou bien intercantonale de la couverture des besoins en soins hospitaliers de tous les assurés, la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée ainsi que l'amélioration des bases de données et des statistiques.

Aucune des modifications de loi proposées par le Conseil fédéral n'a fait l'objet d'une opposition de principe ou d'une approbation unanime des participants à la procédure de consultation. C'est la proposition relative au passage à un financement des prestations fournies à l'hôpital qui a reçu l'accueil le plus favorable. Seules quelques réserves ont formulées en relation avec une possible sélection des patients et une détérioration de la qualité. Ce sont notamment les organisations de médecins ainsi que de défense des intérêts des patients qui attirent l'attention sur la nécessité de prévoir des règles pour empêcher ces incitations non désirées. La proposition d'amélioration des bases de données et des statistiques a également été approuvée. Toutefois des réserves ont été exprimées par les organisations faïtières des hôpitaux en relation avec la transmission des données d'exploitation des hôpitaux et par les organisations de défense des intérêts des patients en relation avec la protection des données.

La modification ou plutôt la nouvelle réglementation du droit de recours des cantons n'a fait pratiquement l'objet d'aucune objection; la renonciation au concept de traitement semi-hospitalier a rencontré de la résistance uniquement du côté des hôpitaux privés.

Aucun consensus n'a par contre pu être trouvé concernant les autres éléments importants de la révision. Certes, le financement dual-fixe est soutenu par une partie considérable des participants à la procédure de consultation. Ces derniers, en particulier les assureurs et les représentants des travailleurs, ne sont cependant pas tous pour une prise en charge à parts égales par les assureurs et les cantons des prestations fournies à l'hôpital, mais se prononcent pour une répartition 40% - 60% ou 30% - 70%. Une partie des cantons et des représentants des travailleurs sont en faveur d'un financement à parts égales uniquement pour les hôpitaux publics ou subventionnés, mais pas pour les hôpitaux privés actuellement non subventionnés. L'égalité de traitement entre tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, constitue en

einige Kantone sowie gewisse Parteien befürworten hingegen den direkten Übergang zu einem monistischen System, während ein Teil der Kantone, andere Parteien und die Vertretung der Arbeitnehmenden ein monistisches System grundsätzlich ablehnen.

Ebenfalls kontrovers sind die Stellungnahmen zur Spitalplanung. Zwar besteht ein gewisser, dass es im Bereich der hochspezialisierten Medizin einer gesamtschweizerischen Planung bedarf. Insbesondere die Kantone wollen die diesbezügliche Planungskompetenz den Kantonen zuordnen, während Organisationen, welche eher der politischen Linken zuzurechnen sind, diese Kompetenz dem Bund zuweisen wollen. Auch in Bezug auf die Planung der Spitalversorgung gemäss Artikel 39 KVG bestehen divergierende Meinungen. Während vor allem einige Vertreter des sofortigen Übergangs zu einem monistischen Finanzierungssystem sowie verschiedene Verbände der Leistungserbringer die Planung grundsätzlich in Frage stellen, sprechen sich andere für den Vorschlag des Bundesrates und die politisch eher links stehenden Organisationen sogar für die Übertragung von Kompetenzen auf den Bund aus.

Vorlage 2B

Die Vorlage wurde von den Vernehmlassenden mehrheitlich positiv aufgenommen. Sie stimmten mit dem Bundesrat überein, was die Förderung von Managed Care als Mittel für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen betrifft und erachteten es grundsätzlich für richtig, die gesetzlichen Grundlagen zur Entwicklung der integrierten Versorgungsnetze zu schaffen. Dass der Bundesrat anstelle einer Verpflichtung, wie sie in der zweiten KVG-Revision vorgesehen war, die freiwillige Einführung vorsieht, war für die Mehrheit der Teilnehmenden nachvollziehbar. Positiv wurde beurteilt, dass den besonderen Versicherungsformen gesetzgeberisch grössere Bedeutung gegenüber früher beigemessen werden soll.

Einige Vernehmlassende waren dennoch gegenüber der vorgeschlagenen Regelung zu den Managed Care-Modellen eher skeptisch und bezweifelten, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichen, um einen eindämmenden Effekt auf die Kostenentwicklung zu erreichen. Für sie ist weiterhin zu befürchten, dass vor allem gesunde junge Leute solche Modelle wählen und letztlich eine Entsolidarisierung resultiert. Es bestehe die Gefahr, dass die Leistungserbringer und insbesondere Netzwerke, welche vornehmlich die Patientengruppe von chronischkranken und polymorbiden Patienten qualitativ hochstehend betreuen sollten, aufgrund der Risikoselek-

revanche la condition préalable pour que les groupements des hôpitaux ainsi qu'une partie des organisations de l'économie puissent approuver la révision de loi. D'autres milieux économique, quelques cantons et d'autres participants se prononcent par contre en faveur d'un passage direct à un système moniste alors qu'une autre partie des cantons et d'autres participants refusent fondamentalement le système moniste.

Il ressort des prises de position que les propositions sur la planification hospitalière sont également controversées. Il existe certes un certain consensus sur le fait que, dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, une planification au niveau suisse est nécessaire. Les cantons en particulier souhaitent que soit attribuée aux cantons la compétence de planifier ce secteur alors que d'autres organisations entendent confier cette compétence à la Confédération. Des avis divergents existent également sur la planification de la couverture en soins hospitaliers selon l'art. 39 LAMal. Tandis que les partisans d'une transition immédiate vers un système de financement moniste notamment ainsi que des organisations de fournisseurs de prestations remettent en question le principe de la planification, d'autres se prononcent en faveur de la proposition du Conseil fédéral, voire pour un transfert de compétences à la Confédération.

Projet 2B

Le projet a été favorablement accueilli par la majorité des organismes consultés. Ils sont d'accord avec le Conseil fédéral en ce qui concerne l'encouragement du managed care en tant que moyen de renforcer le caractère économique et la qualité des soins dans le domaine de la santé et approuvent en principe la création des bases légales pour le développement des réseaux de soins intégrés. Pour la majorité des personnes consultées, la voie choisie par le Conseil fédéral de prévoir une introduction facultative au lieu d'une obligation contraignante, comme cela était envisagé dans la 2ème révision de la LAMal, peut être suivie. Il a également été jugé positif que l'importance des formes particulières d'assurance soit grandement renforcée dans la loi en comparaison de la situation antérieure.

Quelques participants à la procédure de consultation se sont cependant montrés sceptiques par rapport à la réglementation sur les modèles de managed care proposée et ont mis en doute le fait que les conditions-cadres légales suffisent pour atteindre un effet modérateur sur l'évolution des coûts. Pour ceux-ci, il est à craindre qu'à l'avenir ce soit surtout les personnes jeunes et en bonne santé qui choisissent de tels modèles et qu'en fin de compte il en résulte une certaine déso-

tion durch die Versicherer gemieden werden. Dies laufe einer Förderung von Managed Care als Versorgungsmodell diametral entgegen. Aus diesem Grund forderten sie weitere Verbesserungen der Rahmenbedingungen zur Förderung von Managed Care-Modellen.

Zu den meistgenannten Verbesserungsvorschlägen gehören die Erhöhung der Wirksamkeit des Risikoausgleiches, eine Möglichkeit für die Kantone sich an den Versorgungsmodellen mit Budgetverantwortung zu beteiligen und die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, dass Massnahmen der integrierten Versorgungsnetze zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht aus dem Budget finanziert werden, sondern aus Mitteln nach Artikel 20 KVG.

Einige Vernehmlassende erachten die Auflagen an die integrierten Versorgungsnetze als zu restriktiv und befürchten, dass entweder keine solchen Netze entstehen oder dass die Versicherten diese Versicherungsform nicht wählen. Andere fordern eine stärkere Reglementierung indem z.B. die Vorlage in jene zur Vertragsfreiheit integriert und der Umfang der Finanzierungsverantwortung klar umschrieben werden müsse.

Die Vorschläge des Bundesrates zur Eindämmung der Medikamentenkosten werden von einer grossen Anzahl der Teilnehmenden begrüsst. Mehrere Vernehmlassende verlangen jedoch zusätzlich noch weitergehende Massnahmen. Einige Vernehmlassende verlangen eine Ergänzung von Artikel 56 Absatz 3bis, da dieser Vorschlag für integrierte Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung kontraproduktiv sei und ihnen den Anreiz nehme, bessere Konditionen im Einkauf zu erzielen. Wenn ein Leistungserbringer bereit sei, Budgetverantwortung zu übernehmen, müsse ihm auch die Möglichkeit gewährt werden, Vorteile zu erzielen.

lidarisation. Le danger existe que les fournisseurs de prestations et en particulier les réseaux qui doivent principalement s'occuper à un niveau de qualité soins élevé de groupes de patients souffrant de maladies chroniques ou présentant une polymorbidité soient écartés par les assureurs en raison de la sélection des risques. Ce qui irait totalement à l'encontre d'un encouragement du système de managed care en tant que modèle d'approvisionnement de soins. Pour cette raison, ils demandent que de nouvelles améliorations soient apportées aux conditions-cadres pour l'encouragement des modèles de managed care. Parmi les propositions d'amélioration les plus citées, figurent l'accroissement de l'efficacité de la compensation des risques, une possibilité pour les cantons de participer aux modèles d'approvisionnement avec une responsabilité budgétaire et la création de bases légales afin que les mesures des réseaux de soins intégrés relatives à la promotion de la santé et à la prévention ne soient pas financées par le budget mais par les moyens prévus à l'art. 20 LAMal.

D'aucuns considèrent que les conditions imposées aux réseaux de soins intégrés sont trop restrictives et craignent dès lors de tels réseaux ne voient pas le jour ou que les assurés ne choisissent pas cette forme d'assurance. D'autres demandent une réglementation encore plus renforcée p. ex. en incluant dans chaque cas la liberté de contracter et en définissant clairement l'étendue de la responsabilité financière.

Les propositions du Conseil fédéral visant à la maîtrise des coûts des médicaments sont saluées par une grande partie des participants à la consultation. Plusieurs de ceux-ci demandent pourtant encore des mesures supplémentaires. Certains exigent que l'art. 56, al. 3bis soit complété pour cette proposition pour des réseaux de soins intégrés ne soit pas contre-productive et pour que des incitations à rechercher de meilleures conditions d'achat soient prévues. Lorsqu'un fournisseur de prestations est prêt à prendre en charge la gestion de sa responsabilité budgétaire, il doit aussi lui être garanti la possibilité d'en retirer des avantages.

Liste der Stellungnahmen im Vernehmlassungsverfahren Liste des avis exprimés lors de la procédure de consultation

Abkürzung Abréviatiion	Absender Expéditeur	Begrüsst consulté
	Kantone und kantonale Konferenzen / cantons et conférences cantonales	
AG	Kanton Aargau	Ja/oui
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden	Ja/oui
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden	Ja/oui
BE	Kanton Bern	Ja/oui
BL	Kanton Basel-Landschaft	Ja/oui
BS	Kanton Basel-Stadt	Ja/oui
FR	Canton de Fribourg	Ja/oui
GE	Canton de Genève	Ja/oui
GL	Kanton Glarus	Ja/oui
GR	Kanton Graubünden	Ja/oui
JU	Canton du Jura	Ja/oui
LU	Kanton Luzern	Ja/oui
NE	Canton de Neuchâtel	Ja/oui
NW	Kanton Nidwalden	Ja/oui
OW	Kanton Obwalden	Ja/oui
SG	Kanton St. Gallen	Ja/oui
SH	Kanton Schaffhausen	Ja/oui
SO	Kanton Solothurn	Ja/oui
SZ	Kanton Schwyz	Ja/oui
TG	Kanton Thurgau	Ja/oui
TI	Cantone Ticino	Ja/oui
UR	Kanton Uri	Ja/oui
VD	Canton de Vaud	Ja/oui
VS	Canton de Valais	Ja/oui
ZG	Kanton Zug	Ja/oui
ZH	Kanton Zürich	Ja/oui
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	Ja/oui
FDK	Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren	Ja/oui
	Politische Parteien / partis politiques	
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz	Ja/oui
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz	Ja/oui
SVP	Schweizerische Volkspartei	Ja/oui
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei	Ja/oui
LPS	Liberale Partei der Schweiz	Ja/oui
EVP	Evangelische Volkspartei	Ja/oui
GPS	Grüne Partei der Schweiz	Ja/oui
	Organisationen der Wirtschaft / organisations de l'économie	
FRC	Fédération romande des Consommateurs	Ja/oui
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz	Ja/oui
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund	Ja/oui
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband	Ja/oui
SAGV	Schweizerischer Arbeitgeberverband	Ja/oui
	economiesuisse	Ja/oui
	Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz	Ja/oui

acsi	Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana	Ja/oui
FER	Fédération des Entreprises Romandes	Ja/oui
CP	Centre patronal	Ja/oui
KV	Kaufmännischer Verband Schweiz	Ja/oui
	Schweizerischer Städteverband	Ja/oui
SBV	Schweizerischer Bauernverband	Ja/oui
	Leistungserbringer / fournisseurs de prestations	
SHV	Schweizerischer Hebammenverband	Ja/oui
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Ja/oui
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Ja/oui
Spitex	Spitex Verband Schweiz	Ja/oui
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft	Ja/oui
SVPK	Privatkliniken Schweiz	Ja/oui
SAV	Schweizerischer Apothekerverband	Ja/oui
	Schweizerischer Offizinapothekerverein	Ja/oui
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz	Ja/oui
SCG	ChiroSuisse, Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft	Ja/oui
VIPS	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz	Ja/oui
APA	Ärzte mit Patientenapotheke	Ja/oui
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz	Ja/oui
SGCI	Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie	Ja/oui
FISIO	Schweizer Physiotherapie Verband	Ja/oui
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz	Ja/oui
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte	Ja/oui
CURAVIVA	CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz	Ja/oui
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen	Ja/oui
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung	Ja/oui
	Interpharma	Ja/oui
K3	Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3	Ja/oui
	PULSUS	Ja/oui
GSASA	Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker	Ja/oui
	Intergenerika	Ja/oui
SVDE	Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen	Ja/oui
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin	Ja/oui
	Versicherer / assureurs	
	santésuisse	Ja/oui
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband	Ja/oui
COSAMA	Conférence d'assureurs suisses maladie et accident	Ja/oui
	PatientInnen/BenutzerInnen -/ patients/usagers	
AVS	Schweizerische Rentnervereinigung	Ja/oui
	Pro Senectute	Ja/oui
SSR	Schweizerischer Seniorenrat	Ja/oui
VASOS	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz	Ja/oui
	Diverse / divers	
ffg	Forum für Ganzheitsmedizin	Ja/oui
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz	Ja/oui
MPF	Mouvement populaire des Familles	Ja/oui
	Pro Familia	Ja/oui

Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
 Procédure de consultation sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

WEKO	Wettbewerbskommission	Ja/oui
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen	Ja/oui
	Ohne Einladung / sans invitation	
ÖKK	Verband Öffentlicher Krankenkassen der Schweiz	Nein/non
	HMO Gesundheitsplan	Nein/non
SAEB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter	Nein/non
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois	Nein/non
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz	Nein/non
Med-swiss.net	Med-swiss.net, Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke	Nein/non
VAA	Vereinigung Aargauischer Angestelltenverbände – Angestellte Aargau	Nein/non
VNS	Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler	Nein/non
	Neuer Panther Club	Nein/non
SAG	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie	Nein/non
MediX	MediX Ärzteverbund Zürich	Nein/non
FMP	Foederatio Medicorum Practicorum	Nein/non
	Hirslanden	Nein/non

Ergebnisse im Einzelnen

Vorbemerkung

Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden weder gewichtet noch bewertet.

Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

Résultats en détail

Remarque préliminaire

Les avis, les suggestions et les demandes exprimés dans les réponses ne font ici l'objet ni d'une appréciation ni d'une évaluation.

Les exposés ont en partie été raccourcis.

Vorlage 2 A Projet 2 A

Generelle Bemerkungen Spitalfinanzierung Remarques en général financement hospitalier

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Die Gesetzgebungspakete müssen so ausgestaltet sein, dass sie in ihrer Gesamtwirkung und insbesondere für die Kantone kostenneutral sind. Der Einführung einer fix-dualen Spitalfinanzierung wird deshalb nur dann zugestimmt, wenn der Finanzierungsschlüssel zwischen Kantonen und den Krankenversicherern je hälftig ist. Eine Verschiebung der Verhältniszahl zu Ungunsten der Kantone - bspw. 60 %:40 % (Kantone:Versicherer) - wäre inakzeptabel. In diesem Falle ist vorteilhafter an der geltenden Spitalfinanzierung festzuhalten. Die Kostenneutralität muss innerhalb jedes einzelnen Revisionspaketes angestrebt werden. Zumindest sind die Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket vorzusehen. Die übermassige Belastung der Grundversicherung ist zu vermeiden. Aus diesem Grund sollen - entgegen dem Vorschlag des Bundesrats - die Investitionskosten weiterhin allein durch die öffentliche Hand getragen werden bzw. es ist von einer Beteiligung der Krankenversicherer an diesen Kosten abzusehen. Der Wechsel zur fix-dualen Spitalfinanzierung und die damit verbundenen Beiträge an die Privatspitäler ist ein Paradigmenwechsel. Bis-her haben die Kantone die Versorgungssicherheit subsidiär gewährleistet, indem sie die Spitäler mit einem umfassenden Versorgungsauftrag subventionierten und so die Kosten für Infrastruktur, Lehre und Forschung sowie die gemeinwirtschaftlichen Leistungen trugen. Die Kantonsbeiträge verstehen sich mit der fix-dualen Spitalfinanzierung neu als sozialversicherungsrechtliche Beiträge und nicht mehr als gezielte Subventionen. Unter diesen Umständen muss jedoch gezielt verhindert werden, dass öffentliche Gelder unbesehen gewinnorientierten Unternehmen zur Verfügung gestellt werden. Es ist grundsätzlich falsch, öffentliche Gelder Unternehmen zukommen zu lassen, die nicht gemeinnützig, sondern rein gewinnorientiert sind und die ihr Leistungsangebot vor allem auf lukrative und risikoarme Indikationen ausrichten, womit sie nur bedingt zur allgemeinen Gesundheitsversorgung beitragen. Da mit der vorgesehenen Finanzierung Versicherer und Kantone für alle Patienten im KVG-Bereich kostendeckende Preise zahlen, ist es offensichtlich, dass Privatkliniken mit einem hohen Anteil an Zusatzversicherten Gewinne erwirtschaften werden. Die Mitfinanzierung mit Kantonsbeiträgen muss daher für die Spitäler mit der Verpflichtung einhergehen, sich der kantonalen Spitalplanung zu unterziehen sowie Leistungsaufträge samt Auflagen entgegenzunehmen. Entsprechend müssen zwingend auch Sanktionen möglich sein (z.B. Redimensionierung der Leistungsaufträge, Streichung von der Spitalliste). Im Hinblick auf die Umsetzung der fix-dualen Spitalfinanzierung sind Schwierigkeiten absehbar. Dies betrifft vor allem</p>	<p>AI, AR, BE, BS, NE, SZ, TG, TI</p>

<p>technische Vollzugsfragen. Dazu gehören folgende Punkte: Definition der anrechenbaren Investitionskosten, deren Abschreibungsregeln und die zu unterstellende Verzinsung des Anlagekapitals (sofern an der Mitfinanzierung der Investitionskosten der Versicherer festgehalten wird); Berechnungsgrundlagen, Abschreibungsregeln und Verzinsung für getätigte Investitionen (Bilanzwerte), sofern an der Mitfinanzierung der Investitionskosten der Versicherer festgehalten wird; Definition der Kosten für universitäre Lehre und Forschung; Definition der anrechenbaren Kosten zur Ermittlung des Kostendeckungsgrades der Spittaltaxen; Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Aufnahmebereitschaft, Ausbildung, Versorgungssicherheit in peripheren Gebieten) und deren Abgeltung im Rahmen eines leistungsorientierten Abgeltungssystems; Definition der Möglichkeit der Kantone zur Defizitdeckung bei Spitälern mit einem Versorgungsauftrag zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit; Definition der anrechenbaren Kosten bzw. der Kalkulationsgrundlagen für allfällige kantonale Beiträge an Privatspitäler; Abgrenzung der Leistungen und Kosten zwischen OKP und WG. Der Systemwechsel zur dual-fixen Finanzierung, der mit grossem Aufwand verbunden wäre, macht aber nur Sinn, wenn er über mehrere Jahre zur Anwendung kommt.</p>	
<p>Die fix-duale Spitalfinanzierung in der vom Bundesrat vorgelegten For wird abgelehnt. Hauptkritikpunkte an der Vorlage sind folgende:1. Der Paradigmenwechsel, wonach die Zahlungen der Kantone als sozialversicherungsrechtliche Beiträge zu verstehen sind und daher an alle Spitäler (d.h. auch an Privatspitäler) zu entrichten sind, wird abgelehnt.2. Die finanziellen Auswirkungen der Regelung sind unüberschaubar.3. Der Vollzug der Regelung ist nicht praktikabel und wird zu Rechtsstreitigkeiten führen.Im Einzelnen sind folgende Gründe für die ablehnende Haltung Mass gebend: Die geplante Subventionierung der Privatspitäler ist abzulehnen. Eine solche würde allenfalls nur dann Sinn machen, wenn die Kantone auch die Leistungen der Privatspitäler beplanen könnten. Dies wäre zwingend mit einer weiteren Einschränkung des Wettbewerbs verbunden, was von den Privatspitälern kaum akzeptiert werden dürfte. Einschränkungen oder gar Schliessungen von solchen Institutionen würden mit Sicherheit nicht widerstandslos hingenommen, weshalb wir den sich heute schon abzeichnenden Beschwerdeverfahren mit grosser Sorge entgegen sehen. Die Planungspflicht der Kantone wird dahingehend verstanden, dass nur die minimal notwendige Grundversorgung sicherzustellen ist. In diesem Zusammenhang ist eine klare Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung sowohl in Bezug auf die Versicherer als auch auf die Leistungserbringer vorzusehen. Die massgebenden Bestimmungen sind offen formuliert. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Investitionen und der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Entsprechend können auch die finanziellen Auswirkungen nicht abgeschätzt werden. Die Vorlage sieht vor, wesentliche Bestimmungen an den Bundesrat zu delegieren, welche in den Aufgabenbereich des Gesetzgebers gehören. Die offenen Formulierungen sind im Vollzug unpraktikabel und werden voraussichtlich zu Rechtsstreitigkeiten zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen Anlass geben. Eine zusätzliche Belastung der Versicherten und der Kantone darf nicht hingenommen werden. Die Vorlage muss grundsätzlich kostenneutral sein, was auf Grundlage der Vernehmlassungsvorlage nicht erwartet werden kann. Es besteht die Gefahr, dass der Forderung der Versicherer nach einem Finanzierungsschlüssel von 40:60 zu Lasten der Kantone nachgegeben wird. Der Systemwechsel ist mit grossem Aufwand verbunden. Dieser wäre mit Blick auf den von einigen Seiten angestrebten Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem unverhältnismässig. Aufgrund unserer ablehnenden Haltung dem vorgelegten Spitalfinanzierungsmodell gegenüber ersuchen wir Sie, die Vorlage unter Berücksichtigung der nachfolgenden Punkte zu überarbeiten: Die Kostenneutralität muss innerhalb jedes einzelnen Paketes angestrebt werden. Daher sollte die Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket enthalten sein. Die Kantonsbeiträge müssen für alle begünstigten Spitäler die Verpflichtung begründen, sich der kantonalen Spitalplanung zu unterziehen sowie Leistungsaufträge mit Auflagen entgegenzunehmen. Mögliche Sanktionen sind Redimensionierungen der Leistungsaufträge bis zur Streichung von den Spitallisten als ultima ratio. Die Kantone müssen zwingend über diese Sanktionsinstrumente verfügen, damit sie überhaupt eine wirkungsvolle Spitalplanung</p>	<p>FR, GL, GR, LU, SG, SH, UR, ZG, ZH, GE, JE</p>

<p>vornehmen können. Dies stellt auch ein wichtiges Korrektiv zum Umstand dar, dass die Kantone nicht Vertragspartner sind, sondern die verhandelten Tarife genehmigen. In die Neuregelung sind die Einnahmen der Spitäler aus der Behandlung von Privatpatienten einzubeziehen. Der vorliegende Entwurf lässt die Einnahmen der Spitäler aus der Behandlung von Privat- und Halbprivatpatienten ausser Acht. Da mit der vorgesehenen Finanzierung die Versicherer und die Kantone für alle Patienten im KVG Bereich grundsätzlich kostendeckende Preise zahlen, ist es offensichtlich, dass bei wirtschaftlicher Betriebsführung öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler nach ihrem Anteil an Zusatzversicherten unterschiedliche Überschüsse erwirtschaften werden. Da die Spitäler die Einnahmen aus der Behandlung mit Privat- und Halbprivatpatienten unter Benützung der von den Kantonen mitfinanzierten Infrastruktur erzielen und diese Einnahmen heute in aller Regel zu einer Reduktion des Defizites der öffentlichen Spitäler und damit zu einer Verminderung der Betriebsbeiträge der öffentlichen Hand führen, sind die Einnahmemöglichkeiten der öffentlichen Spitäler aus der Behandlung von Privat- und Halbprivatpatienten bei der Konzeption der Leistungsfinanzierung einzubeziehen. Eine analoge Problematik ergibt sich im Ergebnis auch bei den Privatkliniken.</p>	
<p>Il est en effet illusoire de penser qu'en vue de passer du financement des établissements à celui des prestations, les cantons puissent se dégager des très lourds engagements, notamment en matière d'investissements, qu'ils assument dans leurs hôpitaux publics. Quant aux hôpitaux privés, certains d'entre eux ont développé leurs capacités sans tenir compte de la planification effectuée par les cantons, et ceux-ci ont été contraints de les inscrire sur leurs listes hospitalières en raison de la jurisprudence du Conseil fédéral relative à l'art. 39 LAMal. Les conséquences financières de la réforme, telle que proposée, ne sont pas supportables pour le canton de Genève. Si celui-ci anticipe, par biais de la Loi fédérale urgente (LFU) sur le financement hospitalier (dont la reconduction est proposée dans le 1^{er} paquet de mesures urgentes de la 2^e révision LAMal) de devoir supporter la prise en charge du 50% des coûts imputables des séjours en division privée et semi-privée des hôpitaux publics et subventionnés, il est illusoire d'envisager la pareille pour les cliniques privées. En effet, si le coût supplémentaire pour le canton, relatif aux séjours privés en hôpital public, s'élève à quelques Fr. 20 millions par an, celui relatif aux séjours privés en clinique privée, et dans l'hypothèse que l'ensemble des journées en clinique privée soient concernées par un financement cantonal, viendraient grever les finances cantonales de quelques Fr. 11 5 millions supplémentaires. Ceci n'est tout simplement pas envisageable, et mènerait à la suppression de prestations publiques au profit d'assurances privées. Du fait des conséquences financières de la réforme proposée, les cantons seront contraints dans les domaines où il y a surcapacité, de refuser la délivrance de mandats de prestations. La disposition consacrée aux mandats de prestations se borne à prévoir que les cantons pourront poser des conditions à l'octroi de tels mandats, ce qui est clairement insuffisant. Puisqu'il s'agit notamment de permettre aux cantons d'exiger la mise à disposition de services d'urgence ou d'exiger la prise en charge de tous les patients couverts par l'assurance obligatoire des soins, il serait judicieux de l'exprimer dans la LAMal, afin de créer une base légale fédérale non équivoque, précisant les instruments et modalités de négociation des mandats de prestations, ainsi que les sanctions qui permettront d'aller jusqu'à la radiation d'un hôpital de la liste hospitalière.</p>	GE
<p>Wir halten fest, dass die Einschätzungen, wie sie in der Stellungnahme der GDK formuliert sind, von uns vollständig geteilt werden.</p>	BL
<p>Antrag für eine „neues“ Spitalfinanzierungsmodell: Nachdem eine Änderung der Spitalfinanzierung bei der Einführung des KVG gar nie thematisiert worden ist und deshalb auch nicht als Wille des Gesetzgebers bezeichnet werden darf, schlagen wir vor, wieder zum alten und altbewährten System zurückzukehren! Beim damaligen Gesetzgebungsverfahren zum KVG war nämlich nie die leiseste Rede davon, dass sich die öffentliche Hand auch an den Behandlungen in den Privatabteilungen beteiligen müsse. Weder im Bericht noch in irgendwelchen Protokollen findet sich ein Hinweis darauf, dass mit dem KVG die Subventionierung von Privatbehandlungen eingeführt werden sollte. Die Subventionspflicht von Privatversicherten in den öffentlichen Spitälern wurde erst vom EVG durch eine Gesetzesauslegung verordnet. Konsequenz ist deshalb, jetzt wieder die Subventionspflicht der Zusatzversicherten in den öffentlichen Spitälern rückgängig zu</p>	LU

<p>machen. statt die Subventionspflicht auf die Privatspitäler auszuweiten! Die „alte“ Regelung hat gegenüber der vorgeschlagenen Finanzierung viele Vorteile. Insbesondere ist sie viel weniger kompliziert und all die oben geschilderten Probleme können umgangen werden. Die Administration würde massiv vereinfacht gegenüber heute und insbesondere wäre sie auch massiv einfacher gegenüber dem vorgeschlagenen System. Bezüglich der finanziellen Konsequenzen kann sie so ausgestaltet werden, dass sie für die Krankenversicherer und Kantone kostenneutral ist. Nach diesem Modell gäbe es wieder Allgemeinversicherte und Privatversicherte. Subventionen des Staates würden wieder wie früher nur öffentliche Spitäler für die Behandlung der Allgemeinversicherten erhalten. Wie bei den Schulen würden also nur die öffentlichen Institutionen subventioniert werden. Oder Private erhalten einen konkreten Leistungsauftrag für die Behandlung von Allgemeinversicherten. Das Obligatorium könnte problemlos beibehalten werden. Jede Person muss versichert sein, entweder privat oder allgemein. Analog zum Schulobligatorium: Jeder muss zur Schule, entweder in eine private oder öffentliche. Auch die Solidarität würde nicht tangiert. Wer seine Kinder heute in eine Privatschule schickt, handelt ja auch nicht unsolidarisch gegenüber der Gemeinschaft. Im Gegenteil: Wer sich privat versichert, bezahlt seine Kosten selber und finanziert die Kosten der Allgemeinheit trotzdem über die Steuern mit. Auch das dritte Ziel, nämlich die Kostendämpfung könnte mit dieser Finanzierung viel besser erreicht werden. Statt die Grund- und Zusatzversicherung wie beim fix-dualen Modell zu vermischen, könnte wieder eine klare Trennung zwischen der Allgemein- und Privatversicherung getroffen werden. Es könnten vermehrt die Versicherungsleistungen auf die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit beschränkt werden. Wer mehr will, muss sich privat versichern. Es dürfte dann bei-spielsweise auch wieder weniger komfortable Spitäler für Allgemeinversicherte geben. Die vorgeschlagene Revision geht aber gerade in die andere Richtung: Die Privatversicherung wird durch die Subventionierung billiger und dadurch steigt die Nachfrage nach 2- und 1-Bettzimmer noch mehr. Die heutigen Infrastrukturen müssten mit der Revision fast sicher ausgebaut werden! Sollte das vorgeschlagene Modell keine Mehrheit finden, beantragen wir, ohne Zwischenlösung die monistische Finanzierung einzuführen.</p>	
<p>Nous insistons une fois encore sur l'exigence qu'une nouvelle réglementation du financement des hôpitaux soit introduite sous forme d'un paquet unique avec celle concernant les soins de longue durée. Nous considérons le passage au financement dual fixe des hôpitaux et les subventions aux hôpitaux privés y étant liées comme un changement de paradigme. Jusqu'ici les cantons ont garanti à titre subsidiaire la sécurité de la prise en charge sanitaire, en subventionnant les hôpitaux au bénéfice d'un vaste mandat de prestations et en assurant ainsi le financement des frais d'infrastructure, de l'enseignement et de la recherche ainsi que des prestations sociales. Avec le financement hospitalier dual fixe, les subventions cantonales s'entendent désormais comme des subventions relevant du droit des assurances sociales et non plus comme des subventions ciblées. Dans ces conditions, il faut toutefois empêcher systématiquement que des fonds publics ne soient injectés inconsidérément dans des entreprises à but lucratif.</p>	NE
<p>Das wichtigste Merkmal der neuen Vorlage stellt wohl die Abkehr vom im geltenden Gesetz enthaltenen Prinzip der Kostendeckung dar. Die gesetzlich verankerte Kostenübernahmegarantie hat wesentlich zur Kostenentwicklung im Spitalsektor beigetragen, wobei versucht wurde, mit Preisüberwachung und Wirtschaftlichkeitsabzügen die Folgen für die Grundversicherung abzufedern. Dass dies kein geeignetes Mittel ist, zeigen die zahlreichen Beschwerden beim Bundesrat und das Abrechnen mit provisorischen Tarifen, das mit administrativem Mehraufwand bei allen Akteuren verbunden ist. Überdies wurde in der Praxis der von den Versicherern ungedeckte Anteil meist dem anderen Finanzierungspartner, den Kantonen oder Gemeindeverbänden, überwält. Indem von den anrechenbaren Kosten Abstand genommen wird, steht nicht mehr der Nachweis der entstandenen Kosten im Vordergrund, sondern das Preis-/Leistungsverhältnis für eine nachgefragte Dienstleistung. Ebenso positiv wird aus betriebswirtschaftlicher Sicht die gleiche Finanzierungsregelung für Investitions- und Betriebskosten beurteilt. Die Gefahr von Fehlinvestitionen ist bei einer Finanzierung über „Markt“preise geringer als bei politischen Entscheidungsprozessen. Ist ein Betrieb überinvestiert, werden seine Preise entsprechend hoch und für die Marktteilnehmer nicht mehr attraktiv sein. Der</p>	NW

<p>„Mitfinanzierung“ von Privatspitälern kann aus der oben beschriebenen Sicht des Leistungseinkäufers und im Sinne der Gleichbehandlung zugestimmt werden. Es ist nicht einzusehen, weshalb der sogenannte Sockelbeitrag, der ja allen Versicherten zusteht, nur bei Behandlungen in einem öffentlichen Spital auszurichten ist.</p>	
<p>Der Regierungsrat steht einem monistischen System sehr kritisch gegenüber, da bis anhin keine oder keine überzeugenden Regulationsmechanismen zur Verhinderung der Machtkonzentration der Krankenversicherer vorliegen und die Rolle bzw. das Mitspracherecht der Kantone nicht genügend ausformuliert sind. Eine diesbezüglich griffige Regelung scheint zwingend nötig, nehmen doch die Kantone die Gesamtinteressen der Bevölkerung wahr, währenddem die Versicherer vor allem ihre wirtschaftlichen Interessen im Blickfeld haben. Grundsätzlich kann es nicht Wille des Staates sein, die medizinische Versorgung der Bevölkerung ohne Regelmechanismen allein gewinnorientierten Unternehmen zu überlassen. Damit wurden der Entwicklung der so genannten Zweiklassenmedizin Tür und Tor geöffnet. Planung und Finanzierung lassen sich nicht trennen und müssten daher in einer Hand, bei den Kantonen liegen. Was für Konsequenzen daraus für die Kantone entstehen würden, kann zum heutigen Zeitpunkt jedoch nicht gesagt werden.</p>	SZ
<p>L'introduzione di elementi relativi alla concorrenza non deve essere considerata come una "soluzione miracolo" per contenere la spesa ospedaliera. Ricordiamo, a questo proposito, che il "mercato sanitario" si fonda su caratteristiche (asimmetria dell'informazione, qualità difficilmente misurabile, equità d'accesso) che lo differenziano rispetto ad un mercato classico di beni e servizi, motivo per cui è opinione condivisa che in questo settore l'economia di mercato non è in grado di assicurare un utilizzo efficiente delle risorse.</p>	TI
<p>Das Steuerpaket ist an der Volksabstimmung vom 16. Mai 2004 mit einer Mehrheit von 65,9% Nein-Stimmen abgelehnt worden, nachdem diese Vorlage "massive Steuerausfälle für die Kantone und die Gemeinden gebracht hätte" und diese "zu den bereits beschlossenen Sparmassnahmen weitere Kürzungen (Prämienverbilligung Krankenkasse, Bildung, Gesundheit, Sozialhilfe, öffentlicher Verkehr, Umwelt etc.) hätten vornehmen" oder sogar "Steuern hätten erhöhen müssen" (Zitat: Argumente des Referendumskomitees [Kantone] in der Abstimmungsbroschüre). Schliesslich hatte das Schweizer Stimmvolk an der Abstimmung vom 9. Februar 2003 mit einem Ja-Anteil von 77,4% das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen angenommen. Auch hier folgte das Verdikt namentlich „aus Rücksicht auf die finanzielle Situation der Kantone“ (Zitat: Empfehlung in der Abstimmungsbroschüre). Diese deutlichen Willensäusserungen zeugen davon, dass den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern das Wohl des Staatshaushaltes ihres Standes effektiv am Herzen liegt, und zwar mehr als die vom Referendumskomitee im Rahmen der Sockelbeitragsvorlage ins Feld geführte „Gleichbehandlung der Zusatzversicherten“ und die „immer teurer werdenden Zusatzversicherungen“. Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage fragen wir uns ernsthaft, ob es richtig bzw. überhaupt vertretbar ist, so kurz nach den deutlichen Voten des Schweizer Stimmvolkes und ohne jegliche Not die Subventionspflicht auf alle Spitäler (also auch die Privatkliniken) auszudehnen und den Kantonen damit zusätzliche Finanzlasten in Millionenhöhe aufzubürden.</p>	ZG
<p>Die GDK lehnt die fix-duale Spitalfinanzierung in der vom Bundesrat vorgelegten Form mit Kantonsbeiträgen an alle Spitäler ab. Hauptkritikpunkte an der Vorlage sind folgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Paradigmenwechsel, wonach die Zahlungen der Kantone als sozialversicherungsrechtliche Beiträge zu verstehen sind und daher an alle Spitäler zu entrichten sind, wird entschieden abgelehnt. 2. Die finanziellen Auswirkungen der Regelung für die Kantone sind unüberschaubar und führen zu unerwünschten Zusatzbelastungen in der Grundversicherung. 3. Der Vollzug der Regelung mit Beiträgen an Privatspitäler wird zu gewaltigen Schwierigkeiten im Vollzug führen, da die Berechnungsgrundlagen für die je hälftige Abgeltung unzureichend sind und infolge dessen zu Rechtsstreitigkeiten führen. <p>Im Einzelnen führen wir folgende Gründe für die ablehnende Haltung an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die geplante Subventionierung der Privatspitäler ist in jedem Fall abzulehnen, da damit lediglich der Zusatzversicherungsbereich entlastet wird. Bisher haben die Kantone die Versorgungssicherheit subsidiär gewährleistet, indem sie die Spitäler mit einem 	GDK

umfassenden Versorgungsauftrag subventionierten und so die Kosten für Infrastruktur, Lehre und Forschung sowie der gemeinwirtschaftlichen Leistungen trugen. Die Kantonsbeiträge würden sich mit der fix-dualen Spitalfinanzierung neu als sozialversicherungsrechtliche Beiträge, und nicht mehr als gezielte Subventionen verstehen. Die GDK lehnt diese Ausweitung der Finanzierungspflicht der Kantone entschieden ab.

- Die massgebenden Bestimmungen sind offen formuliert. Dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Investitionen und der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Entsprechend können auch die finanziellen Auswirkungen nicht abgeschätzt werden.
- Die Vorlage sieht vor, wesentliche Bestimmungen an den Bundesrat zu delegieren, welche in den Aufgabenbereich des Gesetzgebers gehören. Die offenen Formulierungen sind im Vollzug unpraktikabel und werden voraussichtlich zu Rechtsstreitigkeiten zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen Anlass geben.
- Eine zusätzliche Belastung der Versicherten und der Kantone darf nicht hingenommen werden. Die Vorlage muss grundsätzlich kostenneutral sein, was auf Grundlage der Vernehmlassungsvorlage nicht erwartet werden kann.
- Die GDK distanziert sich zusammen mit der Finanzierung auch von einer detaillierten Beplanung der Leistungen aller Privatspitäler. Wir verstehen die Planungspflicht der Kantone dahingehend, dass nur die minimal notwendige Grundversorgung sicherzustellen ist. In diesem Zusammenhang ist eine klare Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung sowohl in Bezug auf die Versicherer als auch auf die Leistungserbringer vorzusehen.
- Es besteht die Gefahr, dass der Forderung der Versicherer nach einem Finanzierungsschlüssel von 40:60 zulasten der Kantone nachgegeben wird.
- Der Systemwechsel ist mit grossem Aufwand verbunden. Dieser wäre mit Blick auf den von einigen Seiten angestrebten Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem unverhältnismässig.

Die GDK ist der Ansicht, dass die Situation vor dem EVG Entscheid von 2001 Ansatzpunkte für ein überarbeitetes Spitalfinanzierungsmodell bietet. Die GDK lädt den Bundesrat ein, ein Spitalfinanzierungsmodell vorzulegen, welches die Ansprüche der Zusatzversicherten auf Kantonsbeiträge nicht gleich weitgehend regelt wie jene der Grundversicherten.

Der Wechsel zur fix-dualen Spitalfinanzierung erscheint auch kein geeignetes Übergangsregime im Hinblick auf den von verschiedenen Seiten angestrebten Wechsel zur monistischen Spitalfinanzierung.

Aufgrund unserer ablehnenden Haltung dem vorgelegten Spitalfinanzierungsmodell gegenüber ersuchen wir Sie, die Vorlage im Sinne der nachstehenden Ausführungen zu überarbeiten. Dabei muss die heute geltende gesetzliche Regelung zur Spitalfinanzierung nur geringfügig angepasst werden.

- Wie wir bereits in unserem Schreiben vom 19.4.2004 zum ersten Gesetzgebungspaket der KVG-Revision festgehalten haben, muss die Kostenneutralität innerhalb jedes einzelnen Paketes angestrebt werden. Daher haben wir bereits damals gefordert, dass zumindest die Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket vorgelegt werden muss. Wir unterstreichen diese Forderung an dieser Stelle nochmals mit Nachdruck.
- Die Kantonsbeiträge müssen in Funktion der umfassenden Leistungsaufträge an ausgewählte Spitäler beschränkt bleiben. Wir unterstreichen, dass die Kantonsbeiträge für alle begünstigten Spitäler die Verpflichtung begründet, sich der kantonalen Spitalplanung zu unterziehen sowie Leistungsaufträge mit Auflagen entgegenzunehmen. Wir verstehen den formulierten Handlungsspielraum der Kantone mittels Planung, Leistungsaufträgen und Auflagen als Instrument zur Gewährleistung eines effizienten Ressourceneinsatzes, mit dem auch Sanktionsmöglichkeiten einhergehen. Mögliche Sanktionen sind Redimensionierungen der Leistungsaufträge bis zur Streichung von den Spitallisten als ultima ratio. Die Kantone müssen zwingend über diese Sanktionsinstrumente verfügen, damit sie überhaupt eine wirkungsvolle Spitalplanung vornehmen können. Dies stellt auch ein wichtiges Korrektiv zum Umstand dar, dass die Kantone nicht Vertragspartner sind, sondern die verhandelten Tarife genehmigen.
- Der Übergang zur Leistungsfinanzierung wird begrüsst. Der Bundesrat wird bereits heute ersucht, bei der Festlegung der Übergangsfristen den Projektstand von SwissDRG zu berücksichtigen, zumal die Tarifstruktur mit Blick auf eben diesen Wechs-

<p>el von den Partnern im Gesundheitswesen unter Federführung der GDK entwickelt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wesentliche Bestimmungen zu der leistungsorientierten Spitalfinanzierung sind in den Grundsätzen zwingend auf Gesetzesstufe zu regeln. Dies betrifft nicht nur die Umsetzungsfristen, sondern insbesondere Grundsätze des Vollzugs, wie sie die GDK bereits im Rahmen des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik vom 30.4.2004 vorgebracht hat. Dazu gehören namentlich folgende: - Definition der anrechenbaren Investitionskosten, deren Abschreibungsregeln und der zu unterstellenden Verzinsung des Anlagekapitals - Definition der Berechnungsgrundlage, Abschreibungsregeln und Verzinsung für getätigte Investitionen (Bilanzwerte) - Definition der Kosten für universitäre Lehre und Forschung - Definition der anrechenbaren Kosten zur Ermittlung des Kostendeckungsgrades der Spitaltaxen - Definition der von den Kantonen separat finanzierbaren Bereiche - Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Aufnahmebereitschaft, Notfallstation, Rettungswesen und Kosten der Weiterbildung sowie der nicht universitären Ausbildung) und deren Abgeltung im Rahmen eines leistungsorientierten Abgeltungssystems - Definition der Möglichkeit der Kantone zu Defizitdeckung bei Spitälern mit einem Versorgungsauftrag zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit - Definition der anrechenbaren Kosten bzw. der Kalkulationsgrundlagen für die kantonalen Beiträge an Privatspitäler - Abgrenzung zwischen OKP- und VVG-Leistungen (bzw. -Kosten) <p>Bei unseren Bemerkungen zu den einzelnen Gesetzesartikeln (s. Punkt B.) werden wir diesbezüglich einige Lösungsvorschläge unterbreiten, ohne jedoch die Problembereiche an dieser Stelle bereits vollständig lösen zu können. Gerne werden wir im Rahmen der guten Zusammenarbeit mit dem BAG Lösungen auf Verordnungsebene diskutieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Verpflichtung des Bundesrates, innert dreier Jahre eine Gesetzesvorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen, erscheint uns in Anbetracht der Umsetzungsschwierigkeiten nicht erfüllbar. Angesichts der zahlreichen Vollzugsfragen wäre es sinnvoll, die Wirkungsweise der zukünftig leistungsorientierten Spitalfinanzierung zu untersuchen und erst auf dieser Grundlage eine diesbezügliche Gesetzesänderung vorzulegen, falls sich dies als sinnvoll erweist. Dafür sind mindestens fünf Jahre notwendig. Dieser zeitliche Rahmen wurde bereits in der gescheiterten 2. KVG-Revision vorgesehen. Aus unserer Sicht kann auf eine Festlegung in den Übergangsbestimmungen sogar gänzlich verzichtet werden. - Wir stellen mit grosser Genugtuung fest, dass der Bundesrat unser Anliegen aufnimmt, die Weitergabe von nominativen Einzeldaten auf Gesetzesstufe klar zu regeln. Nur der uneingeschränkte Zugriff der Kantone auf die Daten der Versicherer und Leistungserbringer ermöglicht eine Steuerung im Sinne des Gesetzgebers mit dem Ziel der Kosteneindämmung. - Ebenfalls nehmen wir gerne zur Kenntnis, dass der Bund bemüht ist, die Lücken in den statistischen Grundlagen, vor allem im ambulanten Bereich, trotz der vorhandenen finanziellen Restriktionen, nach Möglichkeit an die Hand zu nehmen. In Bezug auf die Finanzierung muss an dieser Stelle wiederholt werden, dass eine Kostenbeteiligung seitens der Kantone ausgeschlossen ist. 	
<p>Die Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren schliesst sich mit Bezug auf die Einzelheiten des 2. Pakets der Stellungnahme der Gesundheitsdirektorenkonferenz an.</p>	<p>FDK</p>
<p>Im Bereich der Spitalfinanzierung steht für die FDP ein möglichst baldiger Übergang zum monistischen System, welches die Partei bereits im Hinblick auf eine 3. KVG-Revision gefordert hatte, im Vordergrund. Die Neuregelung der Finanzierung der Spitalkosten muss zum Ziel haben, dass der ökonomische Wirkungsgrad der obligatorischen Krankenversicherung erhöht wird und dass schwerwiegende Wettbewerbsverzerrungen im Gesundheitswesen behoben werden können. Die Neuregelung der Spitalfinanzierung muss die folgenden Zielsetzungen verfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Herstellung von Transparenz und Verbesserung des (regulierten) Wettbewerbs -Kostenkontrolle und daraus resultierende Kostendämpfung -Medizinische Schwerpunktsetzung und entsprechende Qualitätssteigerung -Beseitigung des Interessenkonfliktes der Kantone (als zugleich Spitalbetreiber, Finanzierungshoheit und Schlichtungsstelle im heute geltenden System) 	<p>FDP</p>

<p>-Leistungsorientierte Abgeltung (Fallkostenpauschalen) und Vereinheitlichung der Tarifstrukturen</p> <p>-Beseitigung von Kostenverzerrungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich</p> <p>-Abbau von Überkapazitäten</p> <p>Im Vergleich mit den oben genannten Zielsetzungen im Spitalbereich weist das dual-fixe Finanzierungssystem jedoch immer noch gewisse Mängel auf, indem der Interessenskonflikt der Kantone nicht beseitigt werden kann (was wiederum für den Wettbewerb unter den Spitälern hinderlich ist), die Kostenverzerrung zwischen stationären und ambulanten Behandlungen nicht behoben wird, die Managed Care Organisationen nicht gefördert werden (geringere Hospitalisationsraten und kürzere Aufenthaltsdauer im Rahmen von MCOs können aufgrund der Subventionierung stationärer Leistungen nicht adäquat berücksichtigt werden) und keine vollständige Kostentransparenz erzielt werden kann (was im monistischen System mit nur einem Finanzierungsträger hingegen möglich wäre). Im Weiteren lässt sich sagen, dass die hälftige Aufteilung der Spitalkosten auf Krankenversicherungen und Kantone in einer ersten Übergangszeit eine Mehrbelastung der Versicherer zur Folge haben könnte, was sich in Form eines (vorübergehenden) Krankenkassenprämienanstiegs äussern würde; in diesem Zusammenhang taucht die Frage auf, ob nicht ein prämieneutraler Kostenverteilungsschlüssel gefunden werden müsste. Die in den Übergangsbestimmungen zur Vernehmlassungsvorlage aufgeführte Wartefrist von zwei Jahren (nach Inkrafttreten des Gesetzes), bis die Kantone den Sockelbeitrag auch an Behandlungen in Privatspitälern ausrichten müssen, zögert die erwünschte Gleichberechtigung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern weiter hinaus, weshalb von einer solchen Übergangsfrist abgesehen werden sollte. Die Bestrebungen der Kantone, eine interkantonale Koordination der Spitzenmedizin aufzubauen (NFA), wird von der FDP jedoch sehr begrüsst; die Einräumung einer entsprechenden subsidiären Kompetenzübertragung an den Bundesrat macht im Rahmen dieser KVG-Revision durchaus Sinn.</p> <p>Aus Sicht der FDP müssen zuerst die sowohl politischen wie auch technischen Fragen bezüglich der Möglichkeit eines direkten Übergangs von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung geklärt werden, bevor über den Sinn einer Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung – sozusagen als Zwischenschritt – entschieden werden kann. Die Einführung des dual-fixen Finanzierungsmodells ist aus Sicht der FDP somit nur dann gerechtfertigt, wenn dies einem notwendigen (zeitlich begrenzten) Zwischenschritt auf dem Weg zur monistischen Spitalfinanzierung entspricht. Praxisorientierten Kriterien muss entsprechend Rechnung getragen werden, damit ein möglichst schneller und kostengünstiger Übergang vom einen zum anderen Finanzierungssystem möglich ist. Die FDP fordert das zuständige Departement demnach auf, im Hinblick auf die Kommissionsberatung der Spitalfinanzierung eine Analyse zu erarbeiten, welche die beiden zur Diskussion stehenden Systeme (dual-fixe Finanzierung / monistische Finanzierung) bezüglich deren Umsetzung in der Praxis vergleicht. Dabei müssen insbesondere alle Fragen technischer Natur (abzuschätzender Aufwand für den Umbau der bestehenden Systeme, Zeithorizont für die Inkraftsetzung des neuen Finanzierungsregimes) sowie auch Fragen zu den Auswirkungen für die betroffenen Leistungserbringer und Institutionen beantwortet werden. Aus Sicht der FDP kann nur dann eine seriöse parlamentarische Beratung stattfinden, wenn auch die entsprechenden Grundlagen zur Verfügung stehen.</p> <p>Ob mit oder ohne Zwischenschritt wird dem Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung genügend Zeit eingeräumt werden müssen, um alle Fragen bezüglich der politischen Akzeptanz (hier geht es insbesondere um die Frage, wer in einem solchen System neu als „Monist“ fungieren soll) sowie der technischen Umsetzbarkeit eingehend zu klären. Das Gesundheitswesen als Ganzes betrachtend, sollte die Realisierung des neuen Spitalfinanzierungsmodells mit der Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringer (siehe erstes Gesetzgebungspaket, Vorlage 1B) einhergehen, um einem wettbewerbsfördernden und langfristig kostendämpfenden Anreizsystem gerecht zu werden. Bei allen technischen Belangen darf das oberste Ziel unserer Gesundheitspolitik, nämlich die gute Verfügbarkeit von qualitativ hochstehenden medizinischen Leistungen für alle Bürgerinnen und Bürger, nie aus den Augen verloren werden.</p>	
--	--

<p>Fakt ist, dass die vorgeschlagene Revision keine Kostenreduktionen bewirken wird, sondern ausschliesslich Verlagerungen bei den Kostenträgern. Besonders stossend ist dabei, dass sich die Kosten für die Grundversicherung höchstwahrscheinlich erhöhen werden, was erneut zu höheren Prämien führen wird. Der Hinweis, dass dafür Entlastungen bei den Zusatzversicherungen stattfinden, dienen der Sache wenig. Die SVP erwartet vom zuständigen Departement und vom Bundesamt endlich griffige Vorschläge, die der Kostendämpfung im stationären Leistungsbereich des Gesundheitswesens dienen.</p> <p>Die vorgeschlagenen Massnahmen dienen nicht dazu, weswegen die SVP die Teilrevision Spitalfinanzierung als unwirksames und untaugliches Instrument ablehnt.</p>	SVP
<p>Kostendämpfende und kostenlenkende Massnahmen sind auf Grund von Effizienzsteigerungen und Dämpfung der Mengenausweitung und nicht auf Kosten einer qualitativ hochstehenden und wirksamen Grundversorgung einzuführen.</p> <p>Übertriebene Forderungen nach Wettbewerb, wie zum Beispiel die im Reformpaket 1 vorgeschlagene Aufhebung des Vertragszwangs, oder die im vorliegenden Vernehmlassungspaket propagierte Gleichstellung der Privatkliniken mit den öffentlich und öffentlich subventionierten Spitälern lehnen wir ab. Sie sind unsozial und trügerisch. Die freie Arztwahl wird zum Privileg der Gutverdienenden. Die Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlich und öffentlich subventionierten führt zwangsläufig zu einer Mengenausweitung die mit Steuergeldern finanziert wird; Geld das der öffentlichen Hand dann fehlen wird, wenn es um die Finanzierung der Pflege geht. Längstens bekannt ist auch, dass das Gesundheitssystem in Amerika am meisten marktwirtschaftliche Instrumente hat und trotzdem das Teuerste auf der Welt ist.</p> <p>Die SP Schweiz ist überzeugt, dass staatliche Regulierungen in den Bereichen Spitalplanung, Spitzenmedizin und Hightech-Medizin kostendämpfende und kostenlenkende Wirkung haben und deshalb zu stärken sind. Notwendig sind zudem griffige Massnahmen im Bereich der Medikamente und beim Angebot von alternativen Versicherungsformen. Letztere durchbrechen das System der Einzelabgabe von Leistungen und fördern die Übernahme von Verantwortung im Rahmen einer Gesamtbehandlung und leisten damit einen wichtigen Beitrag im Bereich der Mengensteuerung. Zudem braucht es verstärkte Massnahmen zur Qualitätssicherung.</p> <p>Generell stellt die SP Schweiz fest, dass keine dieser Massnahmen in befriedigender Weise in die Revisionsvorlagen des Bundesrates eingeflossen sind. Die SP Schweiz fordert sie deshalb im Rahmen der Vernehmlassungen und im Rahmen der parlamentarischen Beratung der einzelnen Vorlagen.</p>	SPS
<p>Die vorgeschlagene Neuregelung der Spitalfinanzierung stellt einen eigentlichen Kurswechsel in der Spitalfinanzierung dar:</p> <p>Neu sollen auch Behandlungen in Privatspitälern von den Kantonen mit einem Sockelbeitrag (inkl. Investitionskostenanteil) subventioniert werden. Die GRÜNEN lehnen einen solchen Schritt entschieden ab. Die gerühmten „gleich langen Spiesse“ für öffentliche und private Spitäler werden eine Farce bleiben, werden doch Privatspitäler immer versuchen, eine Patientenselektion zu betreiben und sich auf die lukrativen Behandlungen zu beschränken.</p> <p>Die öffentliche Hand wird dadurch mit rund 800 Millionen CHF zusätzlich belastet. Es profitieren wie schon beim dringlichen Bundesgesetz über die Spitalfinanzierung ausschliesslich die Zusatzversicherten. Eine jüngst veröffentlichte Untersuchung hat gezeigt, dass es grossmehrheitlich die besser gestellten Einkommenschichten sind, welche über eine Zusatzversicherung verfügen. Insgesamt bedeutet die Revision also eine massive Umverteilung von Steuergeldern und Grundversicherungsprämien hin zur Zusatzversicherung. Sollte die Finanzierungspflicht der Kantone ausgedehnt werden, fordern die GRÜNEN auch für Privatspitäler „gleich lange Spiesse“, d.h. Unterstellung unter die Planungspflicht, Definition einer Aufnahmepflicht von PatientInnen, allenfalls Führung eines Notfalldienstes, Ausbildungspflicht von Personal etc.</p> <p>Versicherer und Kantone teilen sich in die anrechenbaren Kosten. Zu diesen gehören neu auch die Investitionen. Als Prinzip ist gegen diese „Gleichstellung der Finanzierer“ nichts einzuwenden. Bei einem heutigen Kostendeckungsgrad der Tarife von rund 44 Prozent und einem angenommen Investitionskostenanteil von 15 Prozent bedeutet dies eine massive Umverteilung zu Lasten der Grundversicherung und der Versicherten in der Grössenordnung von insgesamt rund einer Milliarde CHF. Das ist sozial unverant-</p>	GPS

<p>wortlich und nicht akzeptabel. Ohne am Grundsystem zu rütteln beantragt die Grüne Partei deshalb, die Investitionen aus der fix-dualen Finanzierung herauszuberechnen. Dies halbiert die Zusatzbelastung der Grundversicherung. Die vorgeschlagene Regelung hat zudem den Vorteil, dass die öffentliche Hand die Kontrolle über die Investitionsgelder in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern behält.</p>	
<p>Im Bereich der Spitalfinanzierung fordert die CVP den Bundesrat auf, den Systemwechsel zur monistischen Finanzierung in einem einzigen Schritt vorzusehen. Dafür sind Grundsatzentscheide zu fällen, und es ist ein Fahrplan vorzusehen, welcher allen Akteuren genügend Zeit einräumt, um die notwendigen Änderungen zu vollziehen. Der Übergang vom heutigen System zum dual-fixen Finanzierungsmodell als Zwischenlösung sieht auf den ersten Blick einfach aus. Bei näheren Analysen zeigt sich jedoch, dass es sich für alle Akteure sehr viel komplizierter erweist als das heutige und auch das monistische System. Eine völlige Änderung des heutigen Systems als Zwischenlösung vorzusehen (dual-fixes System), um ein finales System zu erreichen (Monismus), welches nochmals ganz anders ist, entspricht überhaupt keiner Logik! Zudem bringt der doppelte Systemwechsel für die Informatik sehr erhebliche Mehrkosten im 100 Millionen Bereich.</p> <p>Wir fordern den Bundesrat auf, offene Fragen in Bezug auf die Einführung des Systemwechsels mit den Kantonen und Leistungserbringern zu klären und in der Botschaft darüber Bericht zu erstatten (Wer übernimmt die Rolle des Monisten, die Frage der Investitionskosten, Kosten für Lehre und Forschung, Bereitschaftskosten etc.), damit diese direkt gesetzlich geregelt und anschliessend bis 2009 in Kraft gesetzt wird. Insbesondere sind dabei die finanziellen Grundlagen für die Kantone zu beschaffen.</p>	CVP
<p>Le PLS constate que les mesures qui sont proposées à la révision ne diffèrent pratiquement en rien des dispositions sur lesquelles Chambres avaient préalablement débattus.</p>	LPS
<p>Da die EVP die Förderung der integrierten Versorgungsnetze unterstützt, begrüßen wir auch den Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung. Sie ist Voraussetzung für ein wirksames Funktionieren von Netzwerken mit Budgetverantwortung. Aus denselben Gründen unterstützen wir auch den Übergang zur leistungsbezogenen Finanzierung mit Leistungspauschalen, welche auch die Investitionskosten berücksichtigen.</p>	EVP
<p>Die Grundversicherung wird mit 900 Mio. bis zu 1,33 Mia. mehr belastet, die Zusatzversicherungen werden um rund 300 Mio. entlastet, die Kantone um 620 bis 990 Mio. ebenfalls entlastet. Diese Verlagerung hin zur Grundversicherung führt zu noch höheren Kopfprämien. Daher lehnt der SGB diese unsoziale Verlagerung ab.</p> <p>Die Kantone sollen einen wesentlichen Teil der Kosten tragen, damit bleibt ihr Anreiz bestehen, für eine günstige Leistungserbringung zu sorgen. Deshalb unterstützt der SGB eine „dual-fixe“ Finanzierung, wobei der Kantonsanteil bei 70%, der Anteil der Krankenversicherungen bei 30% liegen soll (statt 50:50). Von diesem Schlüssel ausgenommen werden müssen die Investitionen. Diese werden weiterhin entweder vom Kanton oder von den Privatspitälern finanziert.</p> <p>Der SGB spricht sich dagegen aus, dass das Gesundheitswesen dem Kartellgesetz unterstellt werden soll. Gerade im Bereich der Spitäler kommt den Kantonen die Planungspflicht zu. Zur Kostendämpfung sind aber verstärkte Formen der Kooperation zwischen den Kantonen, aber auch zwischen Bund und Kantonen zu fördern (z.B. im Bereich Spitzenmedizin). Die Kantone müssen die Spitäler zur Kooperation anhalten können. Die öffentliche Hand, hier in der Form der Kantone braucht starke Instrumente für die Spitalplanung (Spitalliste). In diesem Bereich müssen den Kantonen weitgehende Kompetenzen gegeben werden. Der SGB verlangt deshalb, dass die Kantone Privatspitäler von der Spitalliste ausnehmen können.</p> <p>Die Neuregelung der Spitalfinanzierung darf auf keinen Fall dazu führen, dass die Kosten der allgemein versicherten Haushalte steigen.</p>	SGB
<p>Der Schweizerische Arbeitgeberverband begrüsst alle bisher vorgelegten Revisionschritte, die zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Er unterstützt mit wenigen Vorbehalten die geplanten Massnahmen im Bereich der Spitalfinanzierung und der Förderung prämiengünstiger "Managed Care"-Modelle. – Die neue Regelung der Spitalfinanzierung sollte zu einem nachfrageorientierten Abbau der Überkapazitäten sowie zu einer medizinischen Schwerpunktbildung in Verbindung mit einer Qualitätssteigerung führen. Wir unterstützen deshalb die Ansätze für eine bessere interkantonale Spitalplanung während der Übergangszeit, bis sich ein 	SAGV

<p>Wettbewerbsmodell im Spitalwesen abzeichnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die dual-fixe Spitalfinanzierung kann nur dann als Zwischenschritt akzeptiert werden, wenn sie stufenlos zur monistischen Spitalfinanzierung führt und prämienneutral ist. – Bei der Spitalfinanzierung sind aus unserer Sicht noch grosse Umsetzungsprobleme zu bewältigen. Grössten Wert legen wir auf die Prämienneutralität all der erwähnten Massnahmen, weil sonst das System der individuellen Kopfprämie akut gefährdet wird. Eine weitere Kostenverlagerung von den Kantonen an die Prämienzahler ist zu vermeiden. <p>–Wir bedauern, dass nicht der sofortige Übergang zu einem wettbewerbsorientierten, monistischen Finanzierungssystem gewählt wird. Wenn aber praktische Vollzugsgründe den Zwischenschritt über die dual-fixe Finanzierung erfordern, sind dabei die systembedingten Voraussetzungen für den Übergang zum Monismus zu verbessern und nicht zu verbauen.</p>	
<p>Wir unterstützen die Neugestaltung der Spitalfinanzierung grundsätzlich. Es ist richtig, dass die im geltenden Gesetz bestehende Objektsubventionierung durch ein leistungsbezogenes Modell abgelöst wird. Allerdings würden wir es begrüessen, wenn ein direkter Übergang zum monistischen System gewählt würde. Wir anerkennen aber die vorgebrachten Bedenken gegen ein solches Vorgehen und erachten den gewählten Weg über die dual-fixe Methode als einen Schritt in die richtige Richtung. Die Auswirkungen der Realisierung der vorgeschlagenen dual-fixen Finanzierung, insbesondere hinsichtlich der Finanzierungsumverteilung Kanton - Versicherer, sind aufgrund fehlender Statistiken kaum zu beziffern. Hier bedarf es noch genauerer Abklärungen und präziserer Angaben.</p>	SBV
<p>Seitens des SGV wünschen wir uns einen möglichst raschen Wechsel von der heutigen dualen zu einer monistischen Spitalfinanzierung. Wir ersuchen Sie, nochmals eingehend zu überprüfen, ob dieser Systemwechsel, zu welchem sich bereits eine Mehrheit des Parlaments bekannt hat, nicht bereits im Rahmen dieser Revision vollzogen werden kann. Sollte sich bei dieser Überprüfung herausstellen, dass auf Grund praktischer Vollzugsprobleme ein unverzüglicher Systemwechsel nicht verantwortet werden kann, legen wir grössten Wert darauf, dass die dual-fixe Spitalfinanzierung so ausgestaltet wird, dass sich im Hinblick auf den späteren Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung keine unnötigen Schwierigkeiten ergeben. Vielmehr ist die dual-fixe Spitalfinanzierung als provisorische Übergangslösung so zu konzipieren, dass sie den nächstfolgenden Wechsel bereits so weit wie nur möglich vorspart.</p> <p>Der Wechsel von der heute praktizierten Objektfinanzierung zu einer verstärkt leistungsorientierten Abgeltung wird aus Sicht des SGV ausdrücklich begrüsst. Auch sonst sind wir der Ansicht, dass die Reformvorschläge grundsätzlich in die richtige Richtung weisen. Aus Sicht des SGV ist insbesondere wichtig, dass auf allen Stufen möglichst grosse Anreize zu Kosteneinsparungen geschaffen werden und dass die Gleichstellung der privaten mit den öffentlichen Spitälern - und damit letztendlich auch die Gleichstellung der Zusatzversicherten mit den Grundversicherten - gefördert wird.</p>	SGV
<p>Die nach wie vor starke Steigerung der Gesundheitskosten führt zu Krankenkassenprämien, welche sowohl das verfügbare Einkommen reduzieren als auch die inländische Nachfrage beeinträchtigen können. Die Revision der Spitalfinanzierung, die noch immer für beinahe 50% der Gesundheitskosten verantwortlich ist, hat deshalb für die Wirtschaft hohe Priorität. Die Schweiz hat das teuerste Spitalwesen der Welt. Die Neuregelung der Finanzierung der Spitalkosten ist deshalb unumgänglich, um den ökonomischen Wirkungsgrad der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erhöhen. Gleichzeitig ist es eine Chance, um eine der schwerwiegendsten Wettbewerbsverzerrungen im schweizerischen Gesundheitswesen anzugehen. Eine Neuregelung sollte mehr Transparenz, Effizienz, Wettbewerb und vermehrte Steuerung über die Nachfrage bringen. Diesen Zielsetzungen kann nur eine monistische Spitalfinanzierung (Wettbewerbsmodell) in vollem Umfang gerecht werden. Deshalb fordern wir den direkten Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung. Die monistische Spitalfinanzierung (Wettbewerbsmodell) soll allerdings erst nach einer Übergangsfrist von 3-5 Jahren nach in Kraft treten der Revision eingeführt werden, um der Systemumstellung genügend Zeit einzuräumen. Mit einem direkten Wechsel zum Monismus würden Bundesrat und Parlament ein klares Zeichen setzen und den gesundheitspolitischen Kurs unmissverständlich vorgeben, so dass die hiezu notwendigen Anpassungen in Angriff</p>	economie-suisse

<p>genommen werden könnten und müssten. Unsere Forderungen für das Spitalwesen sind: Mehr Transparenz; Mehr Wettbewerb ; Abbau von Überkapazität; Medizinische Schwerpunktbildung verbunden mit Qualitätssteigerung; Kostendämpfung; Verhinderung eines Rückzuges der Kantone aus der Finanzierung; Beseitigung des Interessenkonfliktes der Kantone (Mehrfachrolle der Kantone als Spitalbetreiber, Finanzierer und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten); Beseitigung der Kostenverzerrung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (gleiches Finanzierungsregime); Leistungsorientierte Abgeltung (Fallkostenpauschalen) und einheitliche Tarifstrukturen; Gleichberechtigung der Privatspitäler; Monistische Spitalfinanzierung (Wettbewerbsmodell) mit Versicherern als Monisten und ohne Spitalplanung.</p> <p>Im Folgenden äussern wir uns zum bundesrätlichen Vorschlag für eine dual-fixe Finanzierung (mit der Verpflichtung einen Vorschlag für eine monistische Finanzierung bereits innerhalb von 3 Jahren vorzulegen), der für uns nur einen Schritt in die richtige Richtung darstellt, wenn er einer späteren Einführung des Monismus keine technischen Hindernisse entgegenstellt. Andernfalls ist er unzumutbar. Im dual-fixen System wird im Vergleich zum heutigen dualen System die Finanzierung klarer und transparenter, und die betriebswirtschaftlichen Anreize werden vermehrt auf das Ziel der Kosteneindämmung ausgerichtet. Wichtige Schwachstellen bleiben aber bestehen. Dazu gehören u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Interessenkonflikt der Kantone: An den bestehenden Interessenkonflikten ändert sich nichts, da die Kantone ihre Mehrfachrolle als Spitalbetreiber, Finanzierer und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten beibehalten. Wie die mit dem KVG gemachten Erfahrungen zeigen, reduziert diese Interessensvermischung den an sich möglichen nachfrageseitigen Kostendruck in ausgeprägtem Masse. - Kostenverzerrung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung: Da nur die stationären Kosten paritätisch finanziert werden, gibt es weiterhin eine Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Stationäre Leistungen werden künstlich verbilligt, wodurch teilweise eine Verlagerung gewisser Behandlungen vom teureren stationären in den billigeren ambulanten Bereich verhindert wird. Kommt es zu Verschiebungen vom subventionierten stationären Sektor in den nicht subventionierten ambulanten Sektor, werden die Kantone entlastet und die Versicherer zusätzlich belastet. - Benachteiligung der Managed Care-Organisationen (MCO): HMO erzielen im Vergleich zur konventionellen Medizin insbesondere auch Einsparungen aufgrund geringerer Hospitalisationsraten und kürzeren Aufenthaltsdauern im stationären Behandlungsfall. Wegen der Subventionierung der stationären Leistungen können sie nur einen Teil der effektiven Kosteneinsparung selber realisieren und in Form reduzierter Prämien an die Versicherten weitergeben. Dadurch wird die Entwicklung der Managed Care-Modelle behindert und der an sich mögliche Wettbewerbs- und Kostendruck stark reduziert. Bei der dual-fixen Spitalfinanzierung wären die MCO weiterhin benachteiligt, da nur der stationäre Sektor von den Kantonssubventionen profitiert. - Mangel an Wettbewerb unter den Spitälern: U. a. aufgrund der Interessenkonflikte der Kantone und der fehlenden eigenen Rechtspersönlichkeit der öffentlichen Spitäler ist der Wettbewerb nur beschränkt möglich. Nicht konkurrenzfähige Spitäler können im Wettbewerb bleiben, indem sie höhere Pauschalen für Ihre Leistungen verlangen und, wenn kein Vertrag zustande kommt, von den Kantonen aufgrund ihrer Schiedsrichterrolle unterstützt werden. - Mangel an Transparenz: Vollständige Kostentransparenz ist unserer Ansicht nach erst in einem monistischen System mit einem Finanzierungsträger erreichbar. 	
<p>Il rapporto esplicativo sottolinea l'introduzione di elementi di concorrenza nel settore ospedaliero. Teniamo a sottolineare che la concorrenza non è la panacea per contenere la spesa ospedaliera. Il mercato sanitario è caratterizzato da elementi (asirrunetria dell'informazione, qualità difficilmente misurabile, equità d'accesso, prezzi non trasparenti per il consumatore, . . .) che lo distinguono da altri mercati classici di beni o servizi. In questo settore l'economia di mercato non è in grado di assicurare un utilizzo efficiente delle risorse. Critichiamo inoltre il fatto che per modifiche così radicali del sistema di finanziamento del settore ospedaliero il progetto messo in consultazione non riesca a prevedere i costi e resti su questo punto troppo vago. Lo stesso rapporto esplicativo</p>	<p>acsi</p>

<p>riconosce in effetti che "le stime hanno potuto essere eseguite solo con l'ausilio di ipotesi e se ne indica l'imprecisione menzionando un fascia di approssimazione".</p>	
<p>Pour ce qui est du financement des hôpitaux, nous avons de la peine à admettre le transfert des charges, c'est-à-dire que les impôts assument une partie des frais des institutions privées. La Fédération romande des consommateurs (FRC) avait approuvé que les cantons versent leurs contributions pour tous les séjours en hôpitaux publics ou subventionnés, indépendamment de la couverture du patient, mais par contre pas pour les institutions privées. Ce projet nous interpelle et nous fait craindre qu'en subventionnant les cliniques privées, les primes des assurances complémentaires diminuent, mais par contre les primes des assurances de base augmentent. Nous craignons aussi un transfert supplémentaire sur les cantons. Raison pour laquelle nous sommes très réservées quant à ce projet.</p>	FRC
<p>La législation en vigueur fixe notamment qu'en cas de traitements hospitaliers dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'assurance obligatoire des soins prend en charge au maximum 50% des coûts d'exploitation imputables. Elle fixe ainsi implicitement que les coûts d'exploitation restants sont à la charge des pouvoirs publics (art. 49 al.1 LAMal). De plus, il appartient aux cantons de planifier la couverture des besoins en soins hospitaliers et d'établir une liste des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 39 al. 1 LAMal). Malgré les jurisprudences, la situation n'est de loin pas satisfaisante pour les hôpitaux privés qui souffrent encore et toujours d'une inégalité de traitement. Notre Fédération a eu plusieurs fois l'occasion de déplorer que seules les divisions privées et semi-privées des hôpitaux publics ou subventionnés, à l'exclusion des hôpitaux privés, sont prises en charge par les cantons. Nous saluons par conséquent le projet proposé en ce qu'il met enfin un terme à l'inégalité de traitement précitée, Cette mesure permettra enfin d'éviter, autant que faire se peut, des distorsions de la concurrence.</p>	FER
<p>Analog der SP Schweiz fordert die SKS eine bessere Kontrolle über die Investitionen im Bereich Spitzenmedizin. Dem Kanton, der solche Anschaffungen wesentlich mitfinanzieren muss, soll hier mehr Entscheidungskompetenz eingeräumt werden. Dies in dem Sinne, dass der jeweilige Kanton solche Anschaffungen in öffentlichen und privaten Einrichtungen genehmigen muss. Für die Konsumentinnen und Konsumenten wesentlich ist der Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit. Hier wird bislang viel zu wenig getan. Mit der Schaffung der gesetzlichen Grundlage für eine unabhängige Bundesstelle kann eine wichtige Lücke geschlossen werden.</p>	SKS
<p>Les réformes proposées vont dans le bon sens. Elles mettent fin à un système de subvention directe aux établissements et instituent un financement à la prestation qui permet de rétablir une meilleure rationalité économique dans le secteur hospitalier, conforme au principe « <i>l'argent suit le patient</i> » auquel nous sommes depuis longtemps favorables. Elles contribuent aussi, même si c'est de façon incomplète et insuffisante, à rétablir une égalité de traitement en faveur des cliniques privées. C'est un pas vers un système plus ouvert à la concurrence et donc à l'émulation, facteur incitatif de qualité et de modération des coûts. Comme l'a relevé récemment le président de H+, association faîtière des hôpitaux de Suisse, la LAMal devrait consacrer de façon plus claire le principe de la concurrence dans le domaine hospitalier. Le projet de révision ne montre pas comment concilier dans la pratique la fonction planificatrice du canton avec le principe de mise en concurrence des fournisseurs de prestations, vers lequel on tend progressivement. La planification devrait être remplacée par un système de mandats de prestations qui seraient attribués aux établissements hospitaliers sur une base objective, celle du meilleur rapport qualité/prix. Ce serait chose possible si l'on passait dès maintenant à un système moniste, sans attendre une hypothétique 3^{ème} révision. Non seulement le projet ne va ainsi pas assez loin, mais il repousse par un délai transitoire de deux ans le moment où - sur le plan du financement - les cantons devront réserver le même traitement à tous les établissements hospitaliers soumis à la LAMal. Cela n'est pas acceptable : à trop retarder l'introduction de cette réforme, certains établissements non subventionnés ne vont pas pouvoir supporter les effets de cette distorsion de concurrence et risquent d'être éliminés du marché. Pour la même raison, nous nous sommes opposés dans le premier train de mesures à ce que l'on prolonge la loi fédérale urgente adoptée en 2001. Il est à nos yeux inacceptable, comme le veut la Lfu, qu'un patient bénéficie d'une</p>	CP

<p>subvention lorsqu'il est hospitalisé dans la division privée d'un hôpital public, mais pas lorsqu'il est traité dans une clinique privée inscrite sur la liste LAMal.</p>	
<p>Aus Sicht der Städte sind gegen das neue Finanzierungssystem keine grundsätzlichen Bedenken anzumelden. Problematisch ist aber, dass in Abs. 4 der Übergangsbestimmungen für "bisher nicht subventionierte Spitäler" (= nach den neu gefassten Normen von Art. 39 zugelassene Privatspitäler) eine vorteilhaftere Regelung getroffen werden soll als für die öffentlichen Spitäler in den Absätzen 2 und 3. Bevor der Einbezug der Investitionskosten nicht allgemein geregelt ist (wofür dem Bundesrat in Abs. 3 keine Frist gesetzt ist), dürfen auch für Leistungen an Privatspitäler keine Investitionskosten einbezogen werden; auch die Frist für die reinen Betriebskosten muss im öffentlichen und im privaten Bereich gleich geregelt werden.</p> <p>Soweit der Bundesrat plant, das Finanzierungssystem zu einem späteren Zeitpunkt in ein monistisches System überzuführen, müssen dagegen Vorbehalte angebracht werden. Gemäss Absatz 5 der Übergangsbestimmungen soll damit "den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenüberstehen". "Monisten" wären dabei wohl die Krankenversicherer. Die Behauptung, der Monist wäre alleiniger Kostenträger, ist eine sachlich unzutreffende Fiktion. Tatsache ist und bleibt, dass die öffentliche Hand auch beim monistischen System mindestens 50% der Kosten tragen wird. Diese Tatsache soll für die Benützerinnen und Benützer von Spitälern sowie für die Steuerpflichtigen offen deklariert und sichtbar sein, verbunden mit einem entsprechenden Anteil an Mitbestimmung ("wer zahlt, befiehlt!"). Es ist nicht einzusehen, weshalb die Finanzleistung der öffentlichen Hand "verschleiert" werden und den (vermutlich teuer zu zahlenden) "Umweg" über die Krankenversicherer machen soll, zumal das allfällige Ziel, dass die Leistungserbringer nur noch einen Ansprechpartner hätten, ohnehin nicht erreicht werden kann.</p> <p>Auch bei einem monistischen System haben die Spitäler mehrere Ansprechpartner (und sind darauf gut eingerichtet), denn sie behandeln ja nicht bloss Versicherte der rund 92 Krankenversicherer, sondern auch solche der Unfallversicherer, der IV, der MV sowie zahlreicher Zusatzversicherer (denen ein Zusammenschluss für Vollzugsfragen im Blick auf das Wettbewerbsrecht bekanntlich weitgehend verboten ist). Soweit die Gemeinden zur Finanzierung von Spitalaufenthalten in die Pflicht genommen werden, wollen sie auch künftig Schuldner der Spitäler bleiben und nicht zu Schuldnern der Krankenversicherer werden; dies gilt ebenso sehr für "ihre" eigenen, öffentlichen Spitäler wie auch gegenüber Privatspitälern, bei denen ganz klar zum Ausdruck kommen soll und darf, dass sie eben nicht mehr "voll privat" sind, sondern zu einem nicht unbedeutenden Anteil öffentliche Gelder entgegennehmen werden (und in diesem Umfang auch der öffentlichen Hand gegenüber Rechenschaft schulden).</p>	<p>Städteverband</p>
<p>Bezüglich der in der vorliegenden Vorlage angesprochenen Finanzierung von stationären Leistungen haben die Schweizer Spitäler im Frühjahr dieses Jahres 3 Forderungen aufgestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gleichstellung und Gleichbehandlung aller Leistungserbringer bezüglich Pflichten und Rechte. - Prospektive Preise statt retrospektive Kostenabgeltung. - Klärung respektive Neudefinition der Rolle der Kantone. <p>Während diese Punkte zwar in diesem Revisionspaket thematisiert werden, fehlt unseres Erachtens die klare Zielrichtung und konsistente Ausrichtung auf eben solche noch zu definierenden Ziele. Um die Vorlage zu verbessern, sind zahlreiche wichtige Änderungen an der Vorlage notwendig.</p> <p>Eine Hauptstossrichtung der Revision ist die Ausdehnung des KVG auf solche Bereiche, die in der heutigen Praxis von den Patienten direkt oder vor allem über Zusatzversicherungen (den sogenannten WG-Bereich) gezahlt werden. Betroffen sind vor allem Art. 39 (Spitalplanung), Art. 41 (Vergütung für Behandlungen ausserkantonaler Patientinnen und Patienten), sowie Art. 49 Abs. 4 und 5 (Ausdehnung des Tarifschutzes). H+ lehnt diese Ausdehnung ab. Sie wirft verschiedene Probleme auf: Es ist nicht einsichtig, warum eine private Mehrversicherung neu durch das KVG geregelt werden soll. In unserem Verständnis deckt das KVG die Grundleistungen ab. Alles was darüber hinaus an Leistungen (der in der Vorlage erwähnte Komfort, aber vor allem auch die freie Spital- und Arztwahl) erbracht wird, ist Angelegenheit der Patientinnen und Patienten. Diese sollen sich Zusatzwünsche frei versichern lassen können. Dies</p>	<p>H+</p>

<p>bedeutet andersherum, dass all jene Leistungserbringer, die einen öffentlichen Auftrag für KVG-Leistungen haben und deshalb auf der Spitalliste sind, den sogenannten Sockelbeitrag erhalten.</p> <p>Mit Entschädigungen der Zusatzversicherung werden heute indirekt Kosten (Beteiligung an der Infrastruktur etc.) der nur obligatorisch versicherten Patientinnen und Patienten gedeckt. Entfallen die Einnahmen aus dem VVG, müssen die verbleibenden Kosten dem KVG belastet werden. H+ erwartet deshalb einen Kostenschub und Prämien erhöhungen.</p> <p>Gewisse Kosten werden bleiben (z.B. höhere Löhne und Honorare), die durch die heutigen KVG-Tarife bei weitem nicht gedeckt sind. Fallen die Entschädigungen aus dem VVG dafür weg, werden auch diese Kosten neu ausschliesslich vom KVG zu tragen sein. Voraussichtlich wird dies ebenso einen weiteren Kostenschub und weitere Prämien erhöhungen zur Folge haben.</p> <p>Die Botschaft muss diesen Problemen Rechnung tragen. Die beanstandeten Änderungen müssen völlig neu konzipiert werden.</p>	
<p>Grundsätzlich unterstützen wir den generellen Richtungswechsel in Form einer Staffe- lung von der heutigen Finanzierung hin zur dual-fixen, mit der Zusicherung von Vor- schlägen zum Monismus innert 3 Jahren.</p> <p>Gegenüber der heutigen Finanzierungsform mit wechselnden Beteiligungen der Kran- kenversicherer und der öffentlichen Hand werden mit dem neuen Modus klare und sta- bile Verhältnisse geschaffen. Dabei wiederholen wir unsere bereits früher gestellte For- derung, dass nicht den Krankenversicherern die Rolle des Monisten zugewiesen wer- den darf. Deren Kernaufgabe ist das Versicherungsgeschäft und damit sind die Kran- kenversicherer Partei. Die Abwicklung der Rechnungsvergütung der Spitäler sowie deren Finanzfluss haben über eine paritätisch kontrollierte Clearingstelle zu erfolgen. Detailliertere Vorstellungen dazu sind bei K3 vorhanden.</p>	K3
<p>Si le projet dual fixe a le mérite de la transparence, il n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes sur le plan social, de la répartition des tâches entre la LAMal et la LCA, ainsi que sur celui de la qualité des prestations.</p> <p>Il aboutit fondamentalement à une modification de la répartition des charges au bout du compte aux dépens de l'assurance sociale et en faveur de l'assurance privée. Cette situation est pour le moins paradoxale au vu des difficultés rencontrées par nombre de ménages et d'assurés, puisqu'elle se soldera par une augmentation des primes, certes modérée, mais une augmentation tout de même. L'évolution des prestations, constamment à la hausse en raison du vieillissement démographique et des progrès technologi- ques, a un retentissement social et financier déjà suffisant par lui-même sans que des éléments structurels supplémentaires ne s'y ajoutent. Si des mesures devaient être pri- ses dans ce domaine, elles devraient plutôt viser à un déplacement sur les pouvoirs publics en vue d'alléger les primes, plutôt que le contraire.</p> <p>Cette situation est d'autant plus criticable que le grand bénéficiaire de l'opération se trouve être l'assurance privée, mise au bénéfice sans aucune justification quelconque de dispositions tarifaires prévalant dans l'assurance sociale en raison de ses objectifs de santé publique, de solidarité, et de l'obligation d'assurance. Ce mélange incongru des genres n'est tout simplement pas acceptable. Même si les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire ont légitimement droit en leur qualité de contribuables et d'assurés obligatoires aux prestations de l'Etat et de l'assurance sociale, rien ne justifie de subordonner la LCA à la LAMal et d'instaurer par la bande un frein aux dépenses dans le cadre de la prise en charge privée.</p> <p>Le dispositif de planification présenté s'avère réglementé dans ses moindres détails et même compliqué sur le plan structurel, mais manifestement plutôt avare en matière de critères épidémiologiques et médicaux. Or l'un ne sera pas sans répercussion sur l'autre. Des indicateurs globaux comme le taux d'occupation ou la durée de séjour peu- vent avoir des conséquences manifestement délétères sur le plan de la qualité en cas d'exigences exagérées. Dans ce contexte, les conséquences de l'application de la loi sur le travail aux assistants et chefs de clinique ne sauraient être banalisées. Le finan- cement par le biais de prestations peut être suivi d'effets positifs sur le plan de la ratio- nalisation souhaitable de la prise en charge dans la mesure où il reste suffisamment équilibré. En instaurant une véritable spirale du minimalisme, il peut aussi devenir per- vers en récompensant ceux qui en font le moins et en pénalisant ceux qui s'engagent</p>	FMH

<p>davantage. Tout porte à penser en outre qu'il ne se transforme rapidement en un instrument de rationnement indirect, a fortiori si les assureurs sont appelés à jouer un rôle prépondérant à terme et à exercer une pression constante sur les ressources. Cette situation serait susceptible de s'aggraver encore s'ils devaient être appelés à devenir les monistes. Ceci laisserait le soin aux services et médecins hospitaliers de limiter les prestations au gré de leurs conceptions particulières. Une telle situation n'est tout simplement pas admissible sur le plan éthique. De telles restrictions des prestations de l'assurance sociale ne sauraient être introduites par la petite porte, mais n'être décidées qu'en connaissance de cause après un très large débat démocratique.</p> <p>Qu'il s'agisse de planification, du financement, ou de la qualité de la prise en charge hospitalière, une négociation partenariale équilibrée est incontournable entre autorités politiques, assureurs et fournisseurs de prestations.</p>	
<p>Dass sich der Bundesrat bei der Vorlage eines neuen dringlichen Bundesgesetzes über die kantonalen Beiträge für Zusatzversicherte in Halbprivat- und Privatabteilungen auf die öffentlichen Spitäler beschränken will, war für die SBV nicht nachvollziehbar (1. Paket). Wir haben aus rechtsstaatlichen Gründen unsere ablehnende Haltung frühzeitig signalisiert. Umso mehr begrüssen wir nun aber die in der Botschaft aufgenommene Systematik der Subjektfinanzierung anstelle der bisher geübten Objektfinanzierung. Damit kann auch im Ansatz die Gleichbehandlung von Patienten in öffentlichen und privaten Listenspitälern erreicht werden. ("Money follows patient"). Die Absicht des Gesetzgebers, jedem obligatorisch Versicherten - und nicht etwa dem Spitalleistungserbringer - bei Spitalbehandlung in einem Listenspital den Sockelbeitrag zu entrichten, ist zu unterstützen. Normativ festzuhalten ist dabei, dass dieser Sockelbeitrag nicht eine Subvention darstellt. Die Spitalplanung seitens der Kantone darf nun freilich nicht dazu missbraucht werden, dass private Spitalleistungserbringer von der Spitalliste gestrichen werden. Vielmehr ist bis zu der von uns geforderten Einführung des monistischen Systems ein Moratorium der Spitalisten auf dem Stand vom 31.12. 2003 zu erlassen. Die SBV hält das vom Bundesrat nochmals vorgeschlagene dual-fixe Finanzierungssystem für falsch, da es die Schwäche aufweist, dass die Versicherer die Spitalbehandlung gegenüber einer ambulanten Praxisbehandlung bevorzugen, da sie letztere allein finanzieren müssten. Nur ein monistisches System mit einem einzigen nach aussen wirkenden Kostenträger vermöchte solche falschen Anreize zu verhindern. Das monistische System bietet aber auch wesentlich griffigere Möglichkeiten einer wettbewerblichen Nutzung der Leistungserbringer-Angebote. Die SBV verlangt daher einen Wechsel zur monistischen Spitalfinanzierung sofort, eventuell innert einer vom Gesetz festzuhaltenden Frist von 4 Jahren.</p>	SBV
<p>Die heutige Finanzierungsform kann nicht beibehalten werden, weil sie bei ökonomischem Handeln aller Beteiligten zu einer starken Benachteiligung der Privatspitäler führt. Auch wenn heute die Krankenkassen die nicht subventionierten Privatspitäler noch mit kostendeckenden Tarifen entschädigen, werden sie früher oder später, dem ökonomischen Druck folgend, davon abkehren, was für die meisten nicht subventionierten Privatspitäler zwangsläufig den Ruin bedeuten wird. Quintessenz: das heutige Finanzierungssystem darf nicht langfristig erhalten bleiben</p> <p>Eine dual-fixe Leistungsentschädigung sollte weder als Interims- noch als definitive Lösung eingeführt werden. Begründung: ökonomische Verzerrungen zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten bleiben bestehen; die Mehrfachrolle der Kantone (Versorgungsplanung, Finanzierer und Betreiber eigener Spitäler) bleibt bestehen. Wegen dieser Mehrfachrolle wird der Kanton auch zukünftig befangen sein und z.B. Privatspitäler in vielen Entscheiden, bewusst oder unbewusst, potenziell benachteiligen; die Kantone können dazu tendieren, die mit der Finanzierung und dem Spitalplanungsauftrag verbundene Macht zur totalen Kontrolle des stationären Sektors zu missbrauchen und diesen völlig planwirtschaftlich zu organisieren. Die Kantone sollten angehalten werden, auch für den teilstationären und stationären Bereich wettbewerbliche Lösungen zu suchen. Quintessenz: eine dual-fixe Leistungsentschädigung ist als Interims- wie auch als definitive Spitalfinanzierungslösung abzulehnen.</p> <p>Der vorübergehende Wechsel zu einer dual-fixen Spitalfinanzierung löst enormen Anpassungsbedarf bei den Kantonen, bei den Krankenkassen und bei allen Spitälern aus. Die ausgelösten Anpassungen würden sich erst nach einer mehrjährigen Übergangszeit konsolidieren und demzufolge vom Monismus überholt, bevor die Konsolidierung</p>	SRK

<p>abgeschlossen sein kann. Die dual-fixe Spitalfinanzierung ist kein vorbereitender Schritt im Hinblick auf den Monismus, sondern ein vom Monismus unabhängiges, eigenständiges Finanzierungsmodell, mit einem vom Monismus völlig unabhängigen Anpassungsbedarf. Damit können bereits nachhaltige strukturelle Veränderungen ausgelöst werden, die aus der Sicht des späteren Monismus unter Umständen unerwünscht, aber dennoch unumkehrbar sind. Die spätere Einführung des Monismus kann vom Zwischenschritt der dual-fixen Spitalfinanzierung nicht profitieren und wird erneut einen hohen Anpassungsbedarf bei allen Akteuren generieren. Dieser Weg ist wegen den zweimaligen Strukturanpassungen ein sehr kostenintensiver Weg, der die induzierten Strukturanpassungen bis hin zum Monismus über eine lange Zeit verteilt und zwangsläufig mit sehr hohen Reibungsverlusten verbunden ist. Quintessenz: eine dual-fixe Leistungsentschädigung ist als Interims- wie auch als definitive Spitalfinanzierungslösung abzulehnen.</p> <p>Aus den obigen Überlegungen ergibt sich, dass ein rascher Wechsel zum Monismus die vernünftigste Lösung darstellt. Wohl wird dies im Moment der Umstellung eine harte Kurskorrektur darstellen, aber es würde sich dabei um eine einmalige Korrektur mit einer klaren Leitlinie handeln. Quintessenz: Der direkte Übergang zum Monismus ist zu befürworten!</p> <p>Die Spitalplanung ist abzuschaffen und durch eine einfache Versorgungsplanung, die in Leistungsaufträge an die Versicherer mündet, zu ersetzen. Der Kanton darf nur noch eine übergeordnete Aufgabe übernehmen, d.h. er soll die Rahmenbedingungen für die Versicherer und Leistungserbringer schaffen jedoch nicht mehr als Spitalträger auftreten. Die heutigen Kantonsanteile an den Spitalkosten (Investitions- und Betriebskostenanteile) sollten im bisherigen Umfang, im Rahmen von Leistungsaufträgen, direkt den Monisten (d.h. Versicherungen) zugute kommen. Die Beiträge des Kantons sind, beginnend mit dem heutigen Niveau, über die kommenden Jahre zu indexieren (z.B. Entwicklung LIKP +40%). Die Auflagen an die Versicherer im Rahmen des Leistungsauftrages dürfen nicht differenziert sein nach ambulanten oder stationären Angeboten und die Versicherer sind über die Leistungsaufträge zu einer angemessenen Versorgung zu verpflichten.</p> <p>Die Aufnahmepflicht ist nicht im Gesetz festzuschreiben, sondern über die Auftragskette sicherzustellen: Der Kanton verlangt als Gegenleistung für seine Kantonsbeiträge von den Versicherern, dass die Versorgung für die OKP-Patienten sichergestellt wird (allgemeine Leistungspflicht). Die Versicherer verlangen im Rahmen der Tarifverträge von den Leistungserbringern so weit wie sinnvoll, notwendig und finanzierbar, die allgemeine Aufnahmepflicht. Werden von den Versicherungen kostendeckende Preise angeboten, so ist es für die Leistungserbringer kein Problem, die allgemeine Aufnahmepflicht zu erfüllen. Die Abgeltungsmodelle der Versicherer können eine separate Entschädigung (oder z.B. höhere Preise für Spitäler mit der allg. Aufnahmepflicht) vorsehen (Anreiz an die Leistungserbringer, die Aufnahmepflicht anzubieten). Auch die Notfalldienstleistungen können von den Versicherern so eingekauft, finanziert und sichergestellt werden.</p>	
<p>In der Einleitung zum Bericht wird geschrieben, dass „mit der Gesetzesrevision ... die systemhemmenden Unklarheiten beseitigt und die im Gesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt werden" sollen. Zudem soll, bezogen auf die Tarife, „in diesem [Bereich] der Wettbewerbsgedanke im Vordergrund stehen. Aus der Optik eines (bereits öffentlich subventionierten) Belegarztspitals können diese Ziele mit der Vorlage nicht erreicht werden. Hinter der Vorlage steht eine markante Stärkung der kantonalen Planungsmöglichkeiten und damit enorme zusätzliche Gefahrenquellen für nicht-öffentliche Spitäler. Wer die gelebten Verhaltensmuster einzelner Kantone mit ihren multiplen Rollen und Interessen tatsächlich kennt und erlebt, kann keinen Zweifel daran haben, dass diese Kantone aus politökonomischen Gründen primär eine Vollbeschäftigung ihrer eigenen institutionellen Ressourcen und Spitäler durchsetzen, und damit den Wettbewerbsgedanken zusätzliche hemmen werden. Über das Instrument der Spitalisten wird wohl eine erneute, von Qualitätsüberlegungen unabhängige „Flurbereinigung" auf den Achsen Öffentliches vs. Privates Spital und Innerkantonales vs. Ausserkantonales Spital stattfinden und dies sicher nicht zu Gunsten von privaten und ausserkantonal tätigen Institutionen. Eigentlich müssten aus dieser Perspektive, im Einklang mit der Forderung der eidgenössischen Räte im Dezember 2003, die bestehenden Spitalisten bis zur</p>	<p>VNS Merian Ise- lin Spital</p>

<p>Einführung der monistischen Spitalfinanzierung "eingefroren" werden. Die mit der Vorlage bezweckte „Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern" kann wohl vom Prinzip her erreicht werden. Damit wird aber mit Garantie keine Gleichbehandlung einhergehen und erneut nach höchstrichterlichen Entscheiden rufen. Dieser oben skizzierte Machtzuwachs der Kantone wird im Bericht sogar noch bestätigt.</p> <p>Die ganze Vorlage ist primär auf das Chefarztsystem ausgerichtet und berücksichtigt die Besonderheiten des Belegarztsystems, welches in der Schweiz bekanntlich weit verbreitet ist, vollkommen ungenügend. Würde die aktuelle Vorlage die Räte tel quel passieren, müsste sich in naher Zukunft eine erneute Revision genau diesen daraus entstehenden ungelösten Fragenstellungen annehmen. Dass die Vorlage nicht stringent durchdacht ist, äussert sich auch an weiteren Punkten. Mit der Begründung, dass sich das Konzept „teilstationär" „ sich in der Praxis nicht durchgesetzt" hat, wird dieser Teilbereich mit einem Federstrich vom Tisch gefegt. Dabei wird vergessen, dass in der Schweiz eine Vielzahl von Spitälern in den letzten Jahren teilstationäre oder tageschirurgische Betriebsteile errichtet und Verträge zu deren Finanzierung mit Versicherern und Kantonen abgeschlossen haben. Allein in Privatspitälern wurden im Jahr 2003 teilstationäre Eingriffe bei rund 100'000 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Für die meisten dieser Eingriffe war eine Spitalinfrastruktur mit anschliessender Überwachungsmöglichkeit zwingend notwendig. Diese Differenzierung soll nun wegfallen, was gleichbedeutend ist mit der „Vernichtung" getätigter Investitionen und sicherlich erneuten Diskussions- und Kampffeldern über die Abgrenzung zwischen ambulant und stationär. Und wieder schimmert auch hier die Übergewichtung der Kantonsinteressen durch. Im ambulanten Bereich muss der Versicherer 100% der Kosten oder Preise übernehmen und erst im stationären Bereich wird die dual-fixe Finanzierung zum Tragen kommen.</p> <p>Vollkommen unklar in den Erläuterungen der Vorlage sind die Aussagen darüber, was Teil der Grundversicherung und was Teil der Zusatzversicherung sein soll. Mit einer Zusatzversicherung zu deckende Leistungen sollen neben dem Ein- oder Zweibettzimmer „die freie Arztwahl im Spital" darstellen. Damit wird impliziert, dass das Belegarztsystem eben keine Leistung nach KVG darstellt und sich dessen Finanzierung ausschliesslich über den Zusatzversicherungsbereich abwickeln muss. Sollte dies wirklich so gemeint sein, würden die Probleme rund um Spitalisten, Finanzierungsanteilen, Sockelbeiträge etc. sicher nicht gelöst aber perpetuiert.</p> <p>Ob strategisch klug eingefädelt oder zufällig eingeführt muss offen bleiben; die Zementierung und Interpretation des Tarifschutzes, wie sie - klammheimlich - in der Vorlage integriert ist, hat weitreichendste Konsequenzen. „Soweit es sich um gesetzliche Leistungen handelt, sind daher weitergehende Rechnungen wie zusätzliche Honorare für die ärztlichen Leistungen bei einem Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals ausgeschlossen:" Damit wird das ganze Spiel neu verteilt und auch hier wird deutlich, dass mit vermeintlich kleinen Änderungen unabsehbare Folgewirkungen ausgelöst werden.</p> <p>Die Vorlage selbst birgt in vielerlei Hinsicht die Gefahr, die Situation punktuell nur zu Verschlimmbessern. Ein gewichtiger Mosaikstein im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird verändert. Aber ob diese Veränderung im Gesamtsystem zu einer Verbesserung führen wird, muss klar offen bleiben. Mit dieser Aussicht müsste die Vorlage zurückgewiesen werden mit der Empfehlung, die offenen Fragestellungen mit effektiven Massnahmen wirklich zu beantworten.</p>	
<p>Richtungswechsel in Form einer Staffelung von der heutigen Finanzierung hin zur dual-fixen, mit der Zusicherung von Vorschlägen zum Monismus innert 3 Jahren: Grundsätzlich ja, mit dem Vorbehalt, dass die aus der Gesamtrevision herausgelöste Vorlage mit den anderen Teilrevisionen kompatibel sein muss, so weit sie sich beeinflussen. Die Gleichstellung der privaten und öffentlichen Spitäler ist nur dann möglich, wenn die „Spiesse" auch gleich lang werden. Die öffentlichen Spitäler müssen zwingend von den Kantonen (mit ihren Mehrfachfunktionen) abgelöst werden. Obwohl der direkte Übergang zum Monismus aus unternehmerischer Sicht sowie zur Förderung des Wettbewerbs richtig wäre, ist der Übergang zur dual-fixen Finanzierung wohl sinnvoll. Entscheidend ist dabei, dass künftig Preise und nicht Tarife abgegolten werden. Die Investitionen müssen in den Preisen enthalten sein. Den Übergangsbestimmungen (vgl. Ziff. 11) ist dabei grösste Beachtung zu schenken. Schnellschüsse des Bundesrates</p>	<p>VNS Psychiatrische Universitätsklinik Basel</p>

<p>analog der VKL-Revision (per 1.1.2003) sind zu vermeiden, d.h. H+ und die Spitäler (und die Kantone) sind vor Erlass der entsprechenden Verordnung zu begrüssen. Einführung von leistungsabhängigen Fallpauschalen: ja, nicht aber für die Psychiatrie und Rehabilitation Abkehr der Deckung aller anrechenbaren Kosten unter der Voraussetzung, dass die zukünftige Leistungsentschädigung Betriebs- und Investitionskosten abdeckt: ja. Gleichstellung aller Leistungserbringer: erfordert zwingende Verselbständigung der öff. Spitäler. Anrechnung von Kostenfaktoren, die von den Spitälern nicht beeinflusst werden können (z.B. Übernahme staatlicher Lohnsysteme, auch in GA V's trotz rechtlicher Selbständigkeit). Anerkennung und spezielle Abgeltung spitzenmedizinischer Leistungen in den Universitätsspitälern. Erweiterung der Spitalplanung: Durch mehr Druck auf die Kantone, überkantonale Versorgungsregionen zu schaffen und gemeinsam zu "beplanen" (solange dual-fix).</p>	
<p>Die Gesetze sollten so ausgestaltet sein, dass sie klar und nachvollziehbar sind. In den Erläuterungsberichten des Bundesrates zur Neugestaltung der Spitalfinanzierung stellen wir fest, dass die effektiven brisanten Themen nicht geklärt werden. Beispiel: Es wird davon gesprochen, dass der Markt auch im Gesundheitswesen zum Tragen kommt. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass der Kanton „zur Versorgung der Bevölkerung“ die notwendigen Spitalisten erstellt. Zum einen ist die Notwendigkeit eine politische Grösse, die auf Grund internationaler Erfahrung weit neben den Präferenzen der Bevölkerung liegen kann. Zum zweiten ist zu berücksichtigen, dass der Entscheid über die kategorienweise Aufnahme auf die Spitalliste von einem Mitkonkurrenten (Kanton) gefällt wird. Ob auf diese Weise die anvisierte Gleichbehandlung tatsächlich erreicht werden kann, ist fraglich, denn eindeutige Kriterien fehlen oder können auf Grund der Datenlage nicht überprüft werden. Weitere Beispiele wären ohne weiteres aufzuzählen. Bei einem generellen Richtungswechsel würden wir es begrüssen, den direkten Wechsel zu Monismus mit einer Vorlaufzeit von 3 - 5 Jahren anzuwenden. Es braucht die entsprechende Zeit, um ein Systemwechsel auch im Detail neu auszurichten. Es ist durchaus möglich, leistungsabhängige Fallpauschalen zu akzeptieren. Die Frage die sich stellt ist, zu welchem Ansatz diese Fallpauschalen festgelegt werden. Die momentanen Erfahrungen zeigen, dass es zur Zeit den Kassen mehrheitlich nur um das billigste Angebot geht. In diesem Bereich müssten somit klare Qualitätsstandards erarbeitet werden. Wir sind generell der Meinung, dass im Gesundheitswesen von Vollkosten die Rede sein muss. Durch die verschiedenen Subventionen etc. ergibt sich im Gesundheitswesen nie die volle Kostenwahrheit. In diesem Sinne vertreten wir die Ansicht, über den Begriff Vollkosten zu diskutieren. Die Gleichstellung aller Leistungserbringer ist ein Muss, wenn man über einen Markt und Wettbewerb sprechen will. D.h. der Kanton sollte seine Spitäler in selbständige Institutionen überführen und mit diesen die entsprechenden Leistungsaufträge vereinbaren.</p>	<p>VNS Hildegard Hospiz</p>
<p>Obwohl wir anschliessend auf die einzelnen Revisionspunkte näher eintreten, möchten wir doch bereits an dieser Stelle darauf hinweisen, dass wir die Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes zur Spitalfinanzierung mit der gleichzeitigen Einführung des Monismus und der durchgehenden Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten wie im stationären Bereich begrüssen würden. Ein solches detailliertes und in seinen Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem überdachtes Konzept könnte Überraschungen verhindern, die zu Unsicherheiten, Fragen, Unklarheiten und damit zum Eindruck einer „Pflästerlipolitik“ führen. Gleichzeitig könnte auch die Akzeptanz einer Aufhebung des Vertragszwanges wesentlich verbessert werden. Der Einsatz von etwas mehr Zeit für eine umfassende Lösung der Probleme rund um die Spitalfinanzierung würde sich lohnen.</p>	<p>Hirslanden</p>
<p>Mit dieser Gesetzesvorlage können ein paar dringende Fragen bezüglich der Leistungspflicht bei stationären Aufenthalten geklärt werden. Das grosse Problem der Marktverzerrung zwischen ambulanten und stationären Angeboten bleibt aber unverändert bestehen und steht einer integralen Optimierung der Behandlungsprozesse im Wege. Langfristig scheint uns nur die monistische Finanzierung sinnvolle Lösungsansätze zu liefern. Wir empfehlen deshalb, die Frist zur Ausarbeitung einer entsprechenden</p>	<p>Medix</p>

<p>Vorlage auf 1 Jahr zu verkürzen.</p>	
<p>Eine Reform der Spitalfinanzierung hat für die Interpharma hohe Priorität, wobei aus unserer Sicht - mit einer adäquaten Übergangsfrist - ein möglichst direkter Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung anzustreben ist. Eine monistische Spitalfinanzierung führt zu mehr Markt- und Kostentransparenz, zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen stationären Leistungsanbieter und somit im Endeffekt auch zu mehr Wettbewerb im grössten Bereich des Schweizer Gesundheitswesens, auf den fast 50% der Ausgaben entfallen. Der bundesrätliche Vorschlag einer dual-fixen Finanzierung für eine klar begrenzte Zeit ist nur dann akzeptabel, wenn er den Übergang zur monistischen Finanzierung nicht technisch behindert. Probleme sind aus unserer Sicht die nach wie vor bestehenden Interessenkonflikte der Kantone, die Kostenverzerrungen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und der mangelnde Wettbewerb unter den Spitälern. Dazu gehört beispielsweise eine Gleichbehandlung der Spitäler auch hinsichtlich des Staatsanteils an der Grundversicherung (Sockelbeitrag). Aufgrund der empirischen Daten ist hinlänglich bekannt, dass die oft beklagte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ weitgehend ein Finanzierungsproblem ist. Während nämlich die Gesundheitskosten seit Jahrzehnten einen stetigen Anstieg von 3% bis 4% pro Jahr verzeichnen, sind die Prämien seit Einführung des KVG überproportional gestiegen. Dieses Phänomen hat zu einer starken Belastung vor allem des Mittelstands geführt. Entsprechend sollte der Kostenverteilungsschlüssel weitgehend prämieneutral sein, denn eine deutliche Mehrbelastung der Versicherten ist vor dem Hintergrund der Prämien Diskussion nicht zu verantworten. Entsprechend sollte der Finanzierungsanteil der Kantone der realen Situation und nicht dem vorgeschlagenen künstlichen 50/50-Modell entsprechen.</p>	<p>Inter-pharma</p>
<p>Die Spitalfinanzierung stand schon im Zentrum der letzten Anläufe zur Revision des KVG. Tatsächlich zeichnet sich dieser Regelungsbereich des KVG durch seine Brüche und die Inkonsistenz des dualen Systems aus. Die unterschiedliche Behandlung von stationärer und ambulanter Behandlung hat sich zu einer Belastung des gesamten Krankenversicherungssystems entwickelt und ist Ursache vieler unseliger Streitereien zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens. Davon sind letztlich auch die Chiropraktoren betroffen. Eine rasche und konsequente Revision der Spitalfinanzierung tut not, und entgegen den Ausführungen auf Seite 24 des Erläuternden Berichts (Zusammenwirken des Vorschlages mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen) beeinflusst der neue Vorschlag einer dual-fixen Finanzierung der stationären Leistungen sowohl die Aufhebung des Vertragszwangs als auch die Managed Care. In beiden diesen Bereichen können nur „hinkende“ Lösungen entstehen, solange kein monistisches System eingeführt wird. Wir wenden uns deshalb klar gegen den vorgeschlagenen Zwischenschritt einer dual-fixen Finanzierung und erachten den direkten Übergang zu einer monistischen Lösung mit der kommenden Revision als unerlässlich. Für die Umsetzung einer monistischen gesetzlichen Neuregelung kann durchaus genügend Zeit eingeräumt werden. Hingegen soll über den einzuschlagenden Weg endlich Klarheit geschaffen werden. Die Übergangsbestimmung, wonach der Bundesrat innert drei Jahren nach der Gesetzesrevision wieder eine neue Änderung mit dem Übergang zum monistischen System erst vorschlagen soll, bringt diese Klarheit nicht, sondern verunsichert nur. Der vorgeschlagene doppelte Schrittwechsel bringt überdies erhebliche unnötige Kosten, insbesondere bei der Informatik, wovon in der Folge wieder alle Akteure betroffen sein werden.</p>	<p>SCG</p>
<p>Grundsätzlich werten wir die Vorlage 2A Spitalfinanzierung als sinnvollen Vorschlag. Als Schwachpunkt erachten wir die Sicherstellung der Qualitätssicherung in der Leistungserbringung, da die Leistungen vordefiniert werden und dementsprechend abgegolten werden. Der SVDE ASDD empfiehlt, die Qualitätssicherung explizit zu regeln.</p>	<p>SVDE</p>
<p>Die Stossrichtung der Revisionsvorlage können wir unterstützen. Sie leistet einen Beitrag zur Verbesserung der Transparenz und Vergleichbarkeit der Kosten. Ebenso erachten wir den Einbezug der privaten Spitäler als wichtig; hierbei ist speziell darauf zu achten, dass die kantonale Planungshoheit nicht einseitig die vom Kanton selber betriebenen Spitäler bevorzugt, sondern dass hier entsprechend "die Spiesse gleich lang" ausgestaltet werden. Zudem ist sicherzustellen, dass durch die Spitalfinanzierung keine Vermischung zwischen stationärem und ambulanten Betrieb stattfindet. Dabei ist festzustellen, dass in den letzten Jahren der Anteil der ambulanten Leistungen in den</p>	<p>SSO</p>

<p>Spitälern markant zugenommen hat. Hier ist insbesondere sicherzustellen, dass zwischen den Spitälern als Leistungserbringer im ambulanten Bereich und unter den ambulant tätigen Leistungserbringern Wettbewerbsgleichheit herrscht. Insbesondere ist zu vermeiden, dass über den Beitrag der öffentlichen Hand an die stationäre Behandlung keine Mischfinanzierung mit Einfluss auf den ambulanten Bereich erfolgt. Wie dargelegt, stehen wir dem Modell der "dual-fixen" Spitalfinanzierung positiv gegenüber. Dies kann jedoch nur ein Zwischenschritt sein, ist doch grundsätzlich das monistische Finanzierungssystem für die Spitalfinanzierung anzustreben. Dabei ist zu beachten, dass der Zeitraum für den Zwischenschritt der dual-fixen Spitalfinanzierung nur sehr kurz bemessen wird, da andernfalls damit zu rechnen ist, dass die monistische Spitalfinanzierung "ad calendae graecas" verschoben wird.</p>	
<p>Verfolgt mit grösster Besorgnis die aktuelle Diskussion über Sparmassnahmen im Kanton Zürich und stellt sich ernsthaft die Frage, ob die Sparvorschläge der Kantonsregierung mit dem Krankenversicherungsgesetz noch vereinbar sind. Diese Diskussion zeigt aber auch, wie wichtig die Ausgestaltung der Finanzierung im Gesetz ist, damit der Grundsatz einer sozialen Krankenversicherung für alle in der Praxis auch umgesetzt und nicht durch die Kantone ausgehöhlt wird. Erwartet wird, dass das Bundesamt hier seine Aufsichtspflicht wahrnimmt und die durch das KVG vorgesehene soziale, sichere und qualitativ gute Versorgung für alle Patienten garantiert. Generell wird der Qualitätssicherung im vorliegenden Entwurf zu wenig Rechnung getragen.</p>	<p>SVBG, SBK</p>
<p>Hinsichtlich der Spitalfinanzierung muss das Ziel sein, eine qualitativ gute Pflege sicherzustellen und die Patientensicherheit in keiner Weise zu gefährden. Wir fordern deshalb folgende Ergänzung von Artikel 39: erstens plädieren wir unbedingt dafür, dass Anstalten nur zugelassen werden, „wenn sie ausreichende ärztliche und pflegerische Betreuung gewährleisten“; dies wäre im übrigen kongruent mit der Aufforderung der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit an den Bundesrat, „Massnahmen zur Aufwertung [...] des Pflegeberufes vorzuschlagen“ (02.3211). Zweitens sind wir überzeugt, dass der Bund in der Definition und Überwachung dessen, was eine "ausreichende Betreuung" darstellt, eine viel aktivere Rolle übernehmen muss; hier erinnern wir daran, dass der Bundesrat die Empfehlung derselben Kommission entgegengenommen hat, „in Zusammenarbeit mit den Kantonen [gesamtschweizerische] Kriterien für den Nachweis einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Pflege [...] zu definieren“ (02.3212). Es kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass die in Art. 39 Abs. 1 KVG lit. a und b aufgeführten Zulassungsvoraussetzungen in Frage gestellt sind, wenn eine Regierungsrätin ankündigt, dass grundversicherte Patienten halt weniger häufig umgelagert werden oder länger auf eine Pflegefachperson warten müssen, wenn sie den Patientenruf betätigen (Sonntagsblick 20.06.2004, Gespräch mit Frau Regierungsrätin Diener).</p>	<p>SBK</p>
<p>Med-swiss.net als Dachverband und Sprecher der schweizerischen Ärztenetzwerke begrüsst die Stossrichtung der Gesetzesvorlage. Wir halten jedoch an unserer Forderung fest, dass im frühest möglichen Zeitpunkt der Wechsel zu einer monistischen Finanzierung erfolgt. Die gewählte Frist von 3 Jahren zur Ausarbeitung einer entsprechenden Vorlage scheint uns sehr lange. Wir empfehlen, diese auf 1 Jahr zu verkürzen. Begründung: Ein wesentlicher Teil der durch Steuerung in Netzwerken erzielten Ersparnisse erfolgen durch Vermeiden von Hospitalisationen. In der heutigen dualen Finanzierungsweise profitieren die Versicherungen (und damit die Netzwerke und die in den Netzwerken Versicherten) aber nur zur Hälfte an diesen Einsparungen. Die andere Hälfte fliesst an die Kantone zurück, welche sich aber finanziell nicht in den Netzwerken engagieren (obwohl dies ausdrücklich möglich wäre). Die Netzwerke werden dadurch benachteiligt und im Wettbewerb geschwächt. Die Frist von 3 Jahren beginnt erst mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung, also frühestens am 1.1.2006. Sollte das Referendum ergriffen werden, würde es ab heute annähernd 6 Jahre dauern, bis diese Vorlage ins Parlament käme, man könnte mit allen Übergangsfristen dementsprechend frühestens in 10 Jahren auf diese dringende Systemänderung hoffen. Dies scheint uns entschieden zu lang. Es besteht kein Grund, nicht schon heute mit den Arbeiten zu beginnen, womit genügend Zeit für eine seriöse Gesetzesarbeit übrig bleibt.</p>	<p>med-swiss.net</p>
<p>Die in der Botschaft wiederum aufgenommene Systematik der Subjektfinanzierung wird grundsätzlich von den Privatspitälern begrüsst. Der These "Money follows patient!" ist</p>	<p>SVPK</p>

<p>zuzustimmen. Damit wird auch im Ansatz die Gleichbehandlung von Patienten in öffentlichen und in privaten Spitälern angestrebt, was unbedingt auch in letzter Konsequenz erreicht werden muss.</p> <p>Sockelbeitrag: Zu begrüßen ist die Absicht des Gesetzgebers, jedem obligatorisch Versicherten bei Spitalbehandlung in einem Listenspital den Sockelbeitrag zu entrichten. Dieser Grundsatz hat jedoch Auswirkungen auf die Spitalplanung, was unter Ziffer 2 nachfolgend zu vermerken ist. Dieser Sockelbeitrag ist ausdrücklich nicht als Subvention, sondern als bedingungs-feindlicher Finanzierungsbeitrag (zugunsten der Patientenbehandlung) zu verstehen!</p> <p>Dual-fixes versus monistisches System: Kantone und Versicherer sollen zu gleichen Teilen die Spitalleistungen einschliesslich Investitionen finanzieren. Damit ergibt sich an sich eine wesentliche Vereinfachung der Finanzierungsstrukturen. Allerdings beinhaltet dieses System die Schwäche, dass die Versicherer die Spitalbehandlung gegenüber einer ambulanten Behandlung (Arztpraxis) bevorzugen, da sie letztere allein finanzieren müssten. Nur ein monistisches System mit einem einzigen nach aussen wirkenden Kostenträger könnte diese Schwachstelle ausmerzen. Das monistische System bietet aber auch wesentlich schärfere Konturen einer wettbewerblichen Ausgestaltung der Leistungserbringer-Angebote. Aufgrund dieser Überlegungen haben die PKS kein Verständnis für einen zeitlich verzögerten Systemwechsel (bis zur 3. KVG-Revision), der als Lippenbekenntnis zu qualifizieren ist. Wir verlangen daher einen sofortigen Wechsel zur monistischen Spitalfinanzierung.</p> <p>Tarifschutz und KVG/VVG-Abgrenzung: Das WZW-Erfordernis und, damit zusammenhängend, der Tarifschutz wurden im KVG konzipiert, um die Leistungen der obligatorischen sozialen Krankenversicherung einzugrenzen. Diese Grundprinzipien lassen sich jedoch nicht auf die Zusatzversicherung anwenden, wenn man deren Existenz nicht in Frage stellen will. Tatsächlich will der Patient mit seiner Zusatzversicherung sicherstellen, dass er über die auf das Notwendige beschränkte Versorgung der sozialen Krankenversicherung hinaus weitere medizinische, pflegerische und hotelleriebezogene Leistungen beanspruchen und absichern kann. Das Gesetz muss in dieser Hinsicht klare und unmissverständliche Normen vorsehen, die ein "Übergreifen" des KVG auf das VVG ausdrücklich verneinen. Würde diese Limitierung nicht vorgenommen, ergäbe sich zulasten der obligatorischen sozialen Krankenversicherung ein enormer Kostenschub, den nicht die Leistungserbringer, sondern der Gesetzgeber zu verantworten hätte.</p> <p>Ambulante und stationäre Behandlung: Die Abgrenzung von ambulanten und stationären Behandlungen sowie das ersatzlose Streichen des Begriffs "teilstationär" vermag der Praxis nicht zu genügen. Tatsächlich wurden in den letzten Jahren die "teilstationären" Eingriffe – mit erforderlicher Spitalinfrastruktur und anschliessender Überwachungsmöglichkeit des Patienten – erheblich gefördert. National- und Ständerat hatten denn auch unbestritten "teilstationär" als Konzept in der Dezembersession 2003 beibehalten und den Finanzierungsregeln des stationären Bereichs zugeschlagen.</p>	
<p>Dual-fixe Finanzierung</p> <p>santésuisse ist damit einverstanden, dass die Beschlüsse der abgelehnten 2. KVG-Revision (dual-fixe Finanzierung mit Einschluss der Investitionskosten, leistungsbezogene Abgeltung, Gleichstellung aller Listenspitäler) weitgehend in eine neue Revisionsvorlage übernommen werden. Allerdings fordert santésuisse einen annähernd prämieneutralen Finanzierungsschlüssel. Das ist aber nur zu erreichen, wenn der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung nicht über 40 % beträgt. Würden die stationären Spitalkosten mit Einschluss der Investitionskosten je zur Hälfte durch die öffentliche Hand und die Krankenversicherung finanziert, hätte das nach Berechnungen von santésuisse, die mit den Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheitswesen in etwa übereinstimmen, eine Mehrbelastung der Grundversicherung von 1,1 bis 1,2 Mrd. Franken zur Folge. Das entspricht einem Prämienanstieg von gegen 10 Prozent. Ein solcher Anstieg ist für die Versicherten nicht tragbar, auch wenn er etappenweise über mehrere Jahre erfolgt.</p> <p>santésuisse hat das Parlament im Rahmen der 2. KVG-Revision immer wieder auf die Mehrkosten hingewiesen, die bei einer paritätischen Spitalfinanzierung anfallen würden und hat den Finanzierungsschlüssel nur akzeptiert, um nicht die ganze Revisionsvorlage zu gefährden. Die Aufteilung der Vorlage in einzelne Pakete schafft</p>	<p>santé- suisse</p>

<p>nun aber eine neue Ausgangslage.</p> <p>Spitalplanung, Leistungsaufträge und Betriebsvergleiche</p> <p>An der einseitigen Rollenverteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherern ändert die vorgeschlagene Reform grundsätzlich nichts. Die Kantone behalten ihre Mehrfachrolle als Planer, Finanzierer und Betreiber von Spitälern sowie als Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten. Die Krankenversicherer sollen zwar stärker in die Finanzierung eingebunden werden und zusätzlich die Investitionskosten mitfinanzieren, die Kosten können sie aber nicht beeinflussen, da sie bei der Spitalplanung und bei der Vergabe von Leistungsaufträgen nicht mitzubestimmen haben.</p> <p>Mit der Abkehr von der Defizitdeckung und der Einführung der Leistungsfinanzierung stellen sich aber neue Fragen: Nach welchen Kriterien vergeben die Kantone die Leistungsaufträge an die Spitälern? Müssen dabei neben der Versorgungssicherheit nicht auch Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen massgebend sein? Müssen nicht die Betriebsvergleiche nach Art. 49 Abs. 8 eine Grundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen sein? (Laut geltendem KVG und Vernehmlassungsentwurf sind solche Vergleiche nur Grundlage für Tarifkorrekturen). Sollten nicht auch die Krankenversicherer als Mitfinanzierer Betriebsvergleiche verlangen können? Sollten die Vergleiche nicht gemeinsam von den beiden Finanzierern (Kantone und Versicherer) durchgeführt werden? Was geschieht, wenn die Kantone nicht bereit sind, Betriebsvergleiche durchzuführen?</p> <p>santésuisse schlägt zwei Lösungsvarianten für die offenen Fragen vor:</p> <p>a) Lösung mit Beibehalten der Leistungsaufträge der Kantone Diese Lösung setzt voraus, dass die betroffenen Krankenversicherer in die Vergabe von Leistungsaufträgen durch die Kantone einbezogen werden. Kantone und Krankenversicherer definieren gemeinsam die Leistungsaufträge, welche sie anschliessend auch gemeinsam nach dem fixen prozentualen Verteilschlüssel finanzieren.</p> <p>b Lösung ohne Leistungsaufträge Der Lösungsvorschlag geht davon aus, dass im stationären Bereich möglich sein sollte, was heute im ambulanten Bereich bereits der Fall ist, nämlich die Sicherstellung der Versorgung ohne staatliche Leistungsaufträge. (Ausgenommen wäre die Spitzenmedizin, wo der Gesetzesentwurf eine gemeinsame kantonale Planung vorsieht.) Demnach würden Spitälern und Krankenversicherer Verträge über Leistungen und Preise (DRG) aushandeln. Aufgabe der Kantone wäre es, die Vertragsergebnisse im Hinblick auf die Versorgungssicherheit zu überprüfen. Sie würden ihren Betrag nicht an die Spitälern überweisen, sondern einen fixen Anteil an die „Vollkostenpreise“ (DRG) der Versicherer leisten.</p> <p>Sollte der Bundesrat beide Lösungsvarianten ablehnen, so erwartet santésuisse zumindest die Aufnahme folgender Bemerkung in den Gesetzestext: „Die Kantone nehmen die Vergabe der Leistungsaufträge in Koordination mit den Krankenversicherern und unter Berücksichtigung der Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 vor. In den Übergangsbestimmungen sind die Fristen für die Durchführung der Betriebsvergleiche festzusetzen. Leistungsaufträge, die vor der Durchführung von Betriebsvergleichen vergeben werden, sind als provisorisch zu betrachten. Diese Lösung kann auch die Grundlage für einen fairen Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern bilden.“</p>	
<p>Die Cosama stellt sich im Zusammenhang mit der dual-fixen Finanzierung nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen folgende Fragen und erlaubt sich folgende Bemerkungen, wobei der Verteilschlüssel 60:40 eine wichtige Minimalanforderung darstellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Element der Konkurrenz spielt zu wenig; - Bisher betrug die Kostenbeteiligung der Versicherer höchstens 50%. Weshalb sollen die Versicherer von nun an, trotz weiterhin bestehender Überkapazitäten und Ineffizienz, 50% der Kosten übernehmen ; - Welches sind die 100% die zur Berechnung des Verteilschlüssels beigezogen werden; - Im Zusammenhang mit der Berechnung des Verteilschlüssels werden unnötige gerichtliche Verfahren aufgrund der entstehenden Rechtsunsicherheiten (Berechnung der zu übernehmenden Kosten) eingeleitet werden; - Wie werden Überkapazitäten berücksichtigt? - Die Grundversicherung wird eine erhebliche Mehrbelastung erfahren. 	<p>Cosama</p>

<p>Weder mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenteiler 50% : 50% noch mit dem von sas gerechneten Verteilschlüssel 60% Kanton 40% Krankenversicherer können wir uns vorbehaltlos einverstanden erklären. In Anbetracht der Unsicherheiten über die Definition der 100%, sollte die Verteilung zwischen Versicherer/Staat nicht mit 40/60 fixiert werden, sondern auf maximal 40% für die Versicherer limitiert werden. Bei der von SAS vorgeschlagenen Lösung wird in denjenigen Fällen, in welchen der Kostendeckungsgrad der Versicherer unter 40% liegt (z.B. Genf) ein entsprechender Kostenteiler eine gewaltige Kosten- und Prämiensteigerung zur Folge haben (Anpassung Kostendeckungsgrad plus Übernahme Investitionskosten). Ausserdem sehen wir einen Widerspruch darin, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf einerseits die leistungsbezogene Abgeltung eingeführt werden soll, andererseits aber das Mittel des Globalbudgets vorgesehen wird. Um die Kostenneutralität während der Einführungsphase der dual-fixen Finanzierung gewährleisten zu können, soll der Kanton zusammen mit den Versicherern ein Globalbudget ausarbeiten können. Nach einer klar vorgegebenen Übergangsfrist sollte man aber von diesem Hilfsmittel abkommen. Der Begriff „Pflege“ sollte klar definiert werden. Zum Beispiel stellt sich je nach Zusammenhang die Frage, ob es sich z.B. um medizinische Pflege oder Körperpflege etc. handelt.</p>	
<p>Den vorgesehenen Umweg über die dual-fixe Finanzierung halten wir für sehr aufwändig. Die dual-fixe Finanzierung vermag die Widersprüche des geltenden Systems nicht zu beheben, und es ergeben sich daraus zahlreiche neue Umsetzungsprobleme. Wir befürworten daher den direkten Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung (mit angemessenen Übergangsfristen).</p>	SVV
<p>Der ÖKKV begrüsst grundsätzlich die Stossrichtung des Bundesrates, durch Massnahmen in der Spitalfinanzierung die Wettbewerbselemente zu verstärken. Zudem unterstützt der ÖKKV die Vorgehensweise des Bundesrates, mittels der dual-fixen Spitalfinanzierung eine Übergangsregelung zur monistischen Finanzierung zu schaffen, indessen erscheint die vorgeschlagene Frist von drei Jahren bis zur Vorlage einer entsprechenden Gesetzesrevision eher zu lang. Der ÖKKV ist zudem der Ansicht, dass die Neuregelung der Spitalfinanzierung zwar positive Punkte enthält, z.B. was die gesetzlich festgehaltene Finanzierungspflicht der Kantone oder der Übergang von der Kosten- zur Leistungsfinanzierung anbetrifft. Als Ganzes gesehen sind die Neuerungen jedoch nicht ausgewogen geregelt und gehen letztendlich zu Lasten der Versicherer bzw. der PrämienzahlerInnen. Um eine ausgeglichene Regelung, die auch politisch Stand halten kann, herbeizuführen, müssen gewisse Vorgaben entscheidend korrigiert werden.</p> <p>Nicht zustimmen können wir der hälftigen Kostenteilung bei den Kosten für stationäre Behandlungen. Wenn nun die Versicherer neu die Investitionskosten der Spitäler tragen müssen, sollten die Kantone zur Vermeidung eines enormen Prämienanstiegs mehr als die Hälfte der Kosten übernehmen müssen. In den Unterlagen wird darauf hingewiesen, dass als Ausgleich die Kantone im Rahmen der Spitalplanung zusätzlich an privaten Trägerschaften zu beteiligen hätten. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen und theoretisch auch möglich. Doch so lange die Spitalplanung allein bei den Kantonen liegt, besteht auch die Gefahr, dass ein Anreiz geschaffen wird, private Leistungserbringer nicht auf die Spitalliste zu nehmen. Eine finanzielle Mehrbelastung der Kantone ist daher offen. In diesem Zusammenhang ist zudem zu fordern, dass bei der kantonalen Spitalplanung eine aktive Beteiligung der Versicherer vorzusehen ist. Dabei sind verschiedene Modelle denkbar, wie unsere Ausführungen bei den einzelnen Gesetzesbestimmungen zeigen. Dass die Leistungsaufträge an die Spitäler nicht nur einer bedarfsgerechten Versorgung sondern auch gewissen qualitativen und wirtschaftlichen Anforderungen genügen sollten, sollte ebenfalls festgehalten werden.</p>	ÖKK
<p>Grundsätzlich befürwortet das ffg die Zielsetzungen der Vorlage, im Besonderen den Übergang von der blossen Übernahme von Spitalkosten zu einer Finanzierung von Leistungen auf der Basis von gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifen sowie einem fixen Kostenteiler zwischen Kantonen und Versicherern als Vorstufe zur monistischen Spitalfinanzierung.</p>	ffg
<p>Die Wettbewerbsbehörden setzten sich in ihren Stellungnahmen und Entscheiden wiederholt für mehr Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens ein. Sie sind der Überzeugung, dass mehr Wettbewerb sowie eine effiziente, d.h. sich auf das absolut</p>	WEKO

<p>notwendige beschränkende Regulierung zu einer Verbesserung des Leistungs-Kosten-Verhältnisses im Gesundheitswesen beitragen – ohne dabei die gesundheitspolitischen und –polizeilichen Anliegen zu beeinträchtigen.</p> <p>Aus diesem Grunde forderten die Wettbewerbsbehörden in ihrer Stellungnahme vom 27. April 2004 im Rahmen der Vernehmlassung zum ersten Gesetzgebungspaket die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten und stationären Bereich und die Verbesserung des Risikoausgleiches. Die simultane Realisierung dieser Systemelemente erachtet die Wettbewerbskommission als unerlässlich.</p> <p>Die Wettbewerbskommission stellt fest, dass ihre Bemerkungen zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten und stationären Bereich nicht berücksichtigt wurden. Sie bittet den Bundesrat die Aufhebung im stationären Bereich hinsichtlich der Erarbeitung der Vorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzunehmen und im ambulanten Bereich im Hinblick auf die parlamentarischen Beratungen neu zu überdenken.</p> <p>Die Wettbewerbskommission begrüsst die Verlängerung des Risikoausgleiches und ersucht den Bundesrat, die Verbesserung des Risikoausgleiches gleichzeitig mit der Vorlage für eine monistische Spitalfinanzierung an die Hand zu nehmen.</p> <p>Die Wettbewerbskommission bedauert, dass die geltende Spitalfinanzierung nicht direkt in ein monistisches System überführt wird und der Bundesrat dem Parlament erst innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des revidierten KVG einen Vorschlag für eine monistische Finanzierung zu unterbreiten gedenkt. Die Anreizstrukturen und Wettbewerbswirkungen der monistischen und der dual-fixen Finanzierung sprechen eindeutig für die Wahl eines monistischen Systems.</p> <p>Der Bundesrat erwägt die dual-fixe Spitalfinanzierung als ein Übergangssystem zur monistischen Finanzierung. Es ist somit zu vermeiden, mit den Rahmenbedingungen für das dual-fixe System Hindernisse zu schaffen, die den Übergang zu einem monistischen Spitalfinanzierung erschweren.</p>	
<p>Comme le soulignent les auteurs du rapport, le projet reprend les grandes lignes approuvées par le parlement (avant le rejet de l'ensemble du projet) et susceptibles de permettre un compromis. Il ne nous appartient pas de prendre position sur ce domaine très particulier relatif au financement hospitalier. Nous constatons cependant que les effets incitatifs pour permettre une réduction des coûts ne peuvent toujours pas être chiffrés. Le souci premier devrait être un contrôle plus efficace des coûts, dans tous les domaines des prestations médicales, car la charge pour les assurés, donc pour les familles grève très fortement le budget familial. Les estimations financières ainsi que celle des transferts entre traitement ambulatoire et traitement hospitalier sont d'ordre purement statistique et ne mettent pas en évidence les effets de maîtrise des coûts. Il est dès lors difficile d'évaluer les conséquences financières pour l'assurance-maladie, or c'est précisément celles-ci qui intéressent de premier chef les assurés, les familles.</p> <p>Nous constatons que le projet intègre les coûts d'investissement dans la rémunération assumée partiellement par l'assurance obligatoire. Cette intégration aura pour conséquence logique une augmentation des coûts et par là même des primes d'assurance. Sans le développement d'une politique cohérente d'allègement pour les familles et les personnes ayant des bas revenus, nous craignons que l'endettement des familles ne s'accroisse au cours de prochaines années. Permettez dans ce contexte de relever que nous attendons avec impatience un projet d'allègement pour les familles, car nombreuses sont celles qui ne peuvent que difficilement financer l'assurance obligatoire pour l'ensemble des membres de la famille. La réduction des primes pour les enfants doit enfin trouver sa concrétisation sur le plan politique. Nous attendons du département de l'intérieur qu'il soumette rapidement un message allant dans ce sens.</p>	Pro Familia
<p>La Commission salue les modifications proposées dans le domaine de la planification financière, car en incitant les cantons à une planification plus intense, elles devraient permettre une meilleure gestion des coûts. Vu l'effet négatif sur l'évolution des primes elle est en revanche plus sceptique en ce qui concerne l'intégration des investissements dans la rémunération des prestations. Enfin la Commission est opposée à la disposition transitoire qui prévoit que le Conseil fédéral propose dans un délai de 5 ans dès l'entrée en vigueur de la modification proposée, une révision de loi qui prévoit le passage à un système de financement moniste. Elle ne comprend en effet pas pourquoi le Conseil</p>	EKK

<p>fédéral se permet de s'engager sur cette voie, alors que, comme le relève lui-même le rapport explicatif (cf. p. 9), le consensus politique nécessaire pour passer à un système moniste n'existe pas encore. Elle demande donc de supprimer l'al. 5 des dispositions transitoires.</p>	
<p>Grundsätzlich stehen wir der Revision des KVG positiv gegenüber, da die heutige Praxis in die Gesetzesvorlage einfließt. Hinsichtlich den vielen Kann-Formulierungen bei den bundesrätlichen Kompetenzen sind aber einige Vorbehalte anzubringen. Getreu dem Grundsatz „Wer zahlt, befiehlt!“ müssten die Kantone (die eigentlichen Zahler) vor dem Erlass von Ausführungsbestimmungen zwingend angehört werden und deren Argumente sind vom Bundesrat jeweils gebührend zu berücksichtigen. Dies auch ganz im Sinne des Lebens einer partnerschaftlichen und föderalistischen Zusammenarbeit zum Wohle der Versicherten.</p>	VAA
<p>Wir unterstützen die Stossrichtung dieser Revision trotz der zu erwartenden Mehrkosten in der obligatorischen Krankenversicherung und können uns mit den vorgeschlagenen Bestimmungen einverstanden erklären.</p>	SAEB
<p>Die vorliegenden Teilrevisionen in der Krankenversicherung sind gesundheits- und pharmakoökonomische gesehen komplex. Es wird hier die Frage aufgeworfen, ob der aufgebaute Reformdruck mit seiner zeitlichen Komponente, der auf das Scheitern der 2. KVG-Revision von anfangs Jahr zurückgeht, allenfalls problematisch sein könnte. Die SAG dafür setzt sich ein, dass politische Massnahmen im Gesundheitssystem vermehrt gesundheitsökonomisch auf die Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit hinterfragt werden müssen.</p> <p>Aus gesundheitsökonomischer Sicht muss die staatliche Steuerung generell in Frage gestellt werden. Zur Systemsteuerung sind allermindestens klare marktähnliche Strukturen anzustreben. Ebenso ist als Steuerdimension die ökonomische Rationalität – wo möglich und sinnvoll – zu befolgen. Die Debatte sollte sich zum Beispiel nicht nur auf die zusätzlichen Kosten einer neuen Massnahme beschränken – vielmehr ist der zusätzliche Nutzen zu quantifizieren.</p> <p>Inwiefern die vorstehend kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargelegten gesundheitsökonomischen Vorgaben in den Teilrevisionsbereichen 2A und 2B berücksichtigt wurden, kann nicht abschliessend beurteilt werden.</p> <p>Die Absicht, im Bereich der Spitalfinanzierung Mängel zu beheben ist zu befürworten. Gesundheitsökonomisch gesehen, sollte die Finanzierungsverzerrung ambulant-stationär so rasch wie möglich ganz beseitigt werden.</p> <p>Im weiteren ist die gesundheitsökonomische Relevanz der Managed Care im Gesundheitssystem Schweiz zu wenig wissenschaftlich und ganzheitlich hinterfragt – und die „Wirksamkeit“ deshalb noch mit Fragezeichen zu versehen. Es scheint üblich geworden zu sein, dass vorgängig von gesundheitspolitischen Weichenstellungen, Expertengutachten eingeholt werden. In diesem Sinne ist anzunehmen, dass im Bereich der Spitalfinanzierung die gesundheitsökonomische Sichtweise durch Herrn Professor Dr. Robert E. Leu zumindest teilweise eingebracht wurde. Andererseits fällt auf, dass die Expertengruppe im Bereich der Managed Care, die unter der Leitung von Dr. iur. Markus Moser stand, eventuell eher zu stark rechtlich und gesundheitspolitisch geprägt war.</p> <p>Fazit</p> <p>Es ist unbedingt zu verhindern, dass Reformen im Gesundheitssystem von rein politischen Sachzwängen diktiert werden. Der Rechtsetzung vorausgehen muss unbedingt vermehrt eine konzise gesundheitsökonomische Hinterfragung von vorgesehenen Massnahmen. Die Vernehmlassungsunterlagen lassen eine abschliessende Beurteilung, ob diese Forderung bei den Paketen 2A und 2B genügend berücksichtigt wurde, nicht zu.</p>	SAG

Art. 22a Datengrundlagen
Art. 22a Données de base

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
22a	Die Ausdehnung der Datenerhebung auf den ambulanten Bereich wird	GR

		abgelehnt: Die Ausdehnung der Statistikpflicht auf den ambulanten Sektor lehnen wir aus grundsätzlichen Überlegungen zum heutigen Zeitpunkt ab. Zum einen hat sich gezeigt, dass die zuständigen Bundesbehörden bereits mit den heute zu erhebenden Statistiken überfordert sind und entsprechend oft Daten publizieren, die weder verifiziert noch aussagekräftig sind. Solange die Finanzierung dieser zusätzlichen Datenerhebung, wie in den Vernehmlassungsunterlagen ausgeführt wird, die Möglichkeiten des Bundes sprengt, ist darauf zu verzichten. Die Kantone sind auf jeden Fall nicht bereit, in diesem Bereich zusätzliche Aufgaben oder finanzielle Verpflichtungen zu übernehmen.	
22a		Le Gouvernement jurassien constate avec grande satisfaction que le Conseil fédéral accueille favorablement la demande de régler clairement la transmission de données individuelles nominatives. S'agissant du financement, il convient de rappeler ici qu'une participation aux coûts des cantons est exclue.	JU
22a		Zustimmung zur vorgeschlagenen Streichung von Art. 21 Abs. 4 und dessen Integration in Art. 22a (neu). Es ist nach wie vor eine Tatsache, dass die statistischen Daten bezüglich Gesundheitswesen absolut ungenügend sind.	SVP
22a		Mit dem Vorschlag, die Statistikaufgabe im KVG zu verankern sind wir einverstanden unter der Voraussetzung, dass die Ausführungsbestimmungen den Datenschutz gewährleisten.	SPS
22a		Aufgrund der Bedeutung der Gesundheitspolitik und der Gesundheitskosten ist die Erhebung der nötigen Datengrundlagen und Statistiken unabdingbar um die Wirkung und Funktionsweise beurteilen zu können und die Qualität der Leistungen und die Wirtschaftlichkeit überprüfen zu können. Angesichts der bis anhin grossen statistischen Lücken in diesem Bereich müssen aber auch entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden.	SGB
22a		In Artikel 22a werden neu alle Leistungserbringer zur kostenlosen Bereitstellung von statistischen Angaben verpflichtet. So wichtig es ist, dass das Gesundheitswesen über gesicherte und umfassende Daten verfügt, so wenig einsehbar ist es, dass diese Verpflichtung, die erhebliche Mehrarbeit bedeutet, ohne jede Entschädigung erfolgen soll. Es wirkt ausserdem einigermaßen befremdend, dass diese Verpflichtung der ambulanten Leistungserbringer ausgerechnet in der Spitalfinanzierungsvorlage erfolgen soll. Wir schlagen eine Abgeltung des Mehraufwandes über das Tarmedsystem vor.	SCG
22a		Bezüglich Art. 22a (neu) Datengrundlagen und Art. 49 Abs. 7 Tarifverträge in Spitälern fordern wir, dass sich die Datenerhebungen auf das Notwendigste beschränken. Insbesondere wiederholen wir unsere bereits früher geäusserte Haltung, innerbetriebliche Informationen wie Daten der Kostenträgerrechnung lediglich für die Spitalführung zu verwenden und nicht weiter zu geben.	K3
22a		Le Parlement s'est déjà exprimé à plusieurs reprises pour que les lacunes dans ce domaine soient comblées. Les modifications proposées doivent par conséquent être saluées. Mais elles ont des implications administratives et financières dont le Gouvernement semble faire totalement abstraction en postulant qu'elles sont gratuitement mises à disposition. Ces éléments doivent être pris en considération dans le financement hospitalier et la tarification ambulatoire et faire l'objet de négociations paritaires. Une attention particulière doit être apportée à la protection des données. Les données agrégées sont parfaitement suffisantes pour une appréciation de l'économie du traitement et des procédures de prises en charge. La communication de données individuelles doit rester exceptionnelle et limitée à une demande motivée du médecin-conseil.	FMH
22a		Zur Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise der Spitalfinanzierung gehört unseres Erachtens auch die Erfassung des Outcome der	VSAO

		erbrachten Leistungen, um eine Beeinträchtigung der Behandlungsqualität frühzeitig zu erkennen und Gegenmassnahmen ergreifen zu können. Wir fordern deshalb, dass eine wissenschaftlich begleitete Outcomeerfassung der erbrachten Leistungen resp. Behandlungen gleichzeitig mit der Einführung dieses Gesetzes etabliert wird.	
22a		<p>-nous comprenons la nécessité de fixer le principe de l'obligation de renseigner, cependant la gratuité des données provenant d'entreprises privées - qui sont forcément liées à des investissements importants – ne peut être exigée de la part de l'Etat.</p> <p>-nous sommes particulièrement conscients de la multiplicité des sources de données et de leur caractère lacunaire ou spécifique, rendant un pilotage des coûts de l'assurance-maladie en Suisse particulièrement complexe.</p> <p>-les pharmaciens suisses sont pionniers en matière de transparence par leurs systèmes de facturation détaillée et standardisée, et disposent de collections de données représentatives au plan suisse, car leur activité a toujours fait l'objet de prix ou de tarifs valables au plan national, ce qui représente un grand avantage des contrats tarifaires appliqués sur l'ensemble du territoire suisse.</p> <p>-ils ont toutefois consenti à des investissements conséquents pour disposer les données brutes dans des banques de données et créer des programmes de gestion permettant de les transformer en informations et bases de management.</p> <p>-la SSPh est capable de soutenir la Confédération dans son effort de suivre les coûts des traitements médicamenteux et un mandat de prestations dans ce domaine est tout à fait envisageable. Les soussignés sont à la disposition de vos services pour traiter de la question. Nous sommes convaincus de pouvoir éviter à la Confédération des dépenses importantes qui feraient double emploi avec des infrastructures existantes de fiabilité reconnue.</p>	SAV
22a		Den Vorschlag, die Statistikaufgabe im KVG zu verankern, unterstützen wird unterstützt – allerdings unter der Voraussetzung, dass die Ausführungsbestimmungen den Datenschutz gewährleisten.	SVBG, Fio
22a		Den Vorschlag, die Statistikaufgabe im KVG zu verankern, unterstützen wir - allerdings unter der Voraussetzung, dass die Ausführungsbestimmungen den Datenschutz gewährleisten. Der in der Botschaft enthaltene Hinweis auf die fehlende Datengrundlage im Pflegebereich zeigt, wie wichtig die Förderung des Projektes „NURSING data“ ist, damit verbindliche Grundlagen auch für den Pflegebereich zur Verfügung stehen. Die technischen Arbeiten für die Datengrundlagen der Pflege sind bereits weit fortgeschritten. Nun geht es darum, die rechtlichen Grundlagen vorzubereiten, damit die Daten spätestens bei Projektende 2006 auch wirklich erhoben werden können.	SBK
22a		Der Art. 22 a lässt ohne Absprache jegliche Möglichkeiten offen, kurzfristig und ohne Berücksichtigung der Kostenfolgen Statistikdaten bei den Leistungserbringern zu verlangen.	SRK
22a		Die angestrebte verbesserte Datenerhebung ist zu begrüßen, vor allem auch im Hinblick auf die statistische Dokumentation und Bewertung von Behandlungsverläufen über verschiedene Versorgungsstufen und -modelle hinweg. Dabei ist selbstverständlich ein ausreichender Datenschutz zu gewährleisten.	ffg
22a		Der in diesem Artikel vorgesehene Datenaustausch darf nicht dazu führen, dass über das Krankenversicherungsgesetz quasi eine Einheitskasse eingeführt wird. Zudem muss im Interesse der Versicherten der Datenschutz jederzeit gewährleistet bleiben, notwendigenfalls unter gleichzeitiger Ergänzung der Datenschutzgesetzgebung.	VAA
22a	1	Wir nehmen gerne zur Kenntnis, dass der Bund bemüht ist, die Lücken in	BE, ZG

		den statistischen Grundlagen, vor allem im ambulanten Bereich, trotz der vorhandenen finanziellen Restriktionen nach Möglichkeit an die Hand zu nehmen. In Bezug auf die Finanzierung muss an dieser Stelle wiederholt werden, dass eine Kostenbeteiligung seitens der Kantone ausgeschlossen.	
22a	1	Nous saluons la modification légale concernant l'accès aux données de base concernant les prestations de soins notamment. En effet, nous sommes convaincus de la nécessité de pouvoir disposer de données statistiques exhaustives et détaillées et non de données agrégées seulement. Afin de pouvoir exécuter correctement leurs tâches en matière de planification ou de surveillance les cantons doivent toutefois pouvoir obtenir gratuitement les informations primaires pour chaque hospitalisation avec la mention du fournisseur de soins, en veillant cependant à garantir l'anonymat des assurés. En outre, une formulation adéquate doit être ajoutée mentionnant explicitement que non seulement les données cantonales doivent être mises à disposition, mais également les données d'autres cantons afin de pouvoir tenir compte des flux de patients entre cantons dans le cadre de la planification conformément aux exigences de l'article 39 al. 2 (révisé). Par ailleurs, il est nécessaire d'ajouter un nouvel alinéa spécifique aux données des assureurs-maladie contraignant ces derniers à mettre à disposition gratuitement des cantons tous les chiffres concernant les assurés et les prestations décomptées, ceci dans le cadre de la vérification annuelle de l'adéquation entre l'évolution des primes et l'évolution des coûts de la santé qui est demandée aux cantons par les offices du Département fédéral de l'intérieur. Ces éléments sont également utiles dans le cadre de l'approbation des conventions tarifaires par les gouvernements cantonaux, pour la détermination des subventions accordées au titre de réduction de primes, pour la planification de la couverture des besoins sanitaires ou encore pour la mise en oeuvre de la suppression d'obligation de contracter.	FR
22a	1	Wir begrüßen es ausdrücklich, dass die Weitergabe von nominativen Einzeldaten auf Gesetzesstufe klar geregelt wird. Nur der uneingeschränkte Zugriff der Kantone auf die Daten der Versicherer und Leistungserbringer ermöglicht eine Steuerung im Sinne des Gesetzgebers mit dem Ziel der Kosteneindämmung.	LU, NW
22a	1	Nous soutenons la transmission de données individuelles nominatives. Seul, en effet, l'accès illimité des cantons aux données des assureurs et des fournisseurs de prestations permettent un pilotage conforme à l'esprit du législateur avec pour objectif la maîtrise des coûts. Nous accueillons avec satisfaction que la Confédération s'efforce enfin de combler les lacunes au niveau des données statistiques, notamment dans le secteur ambulatoire. Nous constatons que huit ans après l'introduction de la LAMal, le système d'information qui devrait nous permettre de piloter le système de santé est toujours extrêmement lacunaire. Enfin, nous attirons votre attention sur le fait que le système de santé ne s'arrête pas aux factures qui parviennent aux assureurs. Il conviendra d'en tenir compte lors du développement d'une statistique ambulatoire.	NE
22a	1	Die gesetzliche Schliessung von Lücken bezüglich der Handhabung von vorhandenen statistischen Daten wird sehr begrüsst. Insbesondere bei der Spitalplanung stösst man beim Bund immer wieder auf Hindernisse und Unklarheiten betreffend Erhebung, die Weitergabe und die Nutzung von Daten. Diese Tatsache erschwert die Erfüllung der kantonalen planerischen Aufgaben erheblich.	SZ
22a	1	Détermination: Le Conseil d'Etat du canton de Vaud estime indispensable l'introduction de ces nouvelles dispositions. Il se rallie aux précisions apportées par la CDS concernant les finalités poursuivies. Il estime toutefois que la notion de données nominatives doit être précisée dans la loi. En effet, la formulation proposée ne permet pas une compréhension	VD

		claire du caractère nominatif des données (individuel ou lié au fournisseur des prestations).	
22a	1	Le PLS soutient la mise à disposition gratuite d'une base de données cohérente la fois pour le domaine hospitalier, mais également pour le domaine ambulatoire, ce qui s'avère plus compliqué à mettre en place. Toutefois, le PLS sera attentif à l'établissement des conditions-cadre assurant la protection de ces données. Le Parti libéral Suisse approuve l'idée.	LPS
22a	1	Siamo assolutamente d'accordo con la necessità di migliorare i rilevamenti statistici sui costi ospedalieri. Chiediamo tuttavia che venga prestata particolare attenzione al problema della protezione dei dati. Chiediamo che venga garantito il trattamento anonimo dei dati riguardanti i pazienti.	acsi
22a	1	Cet article de mise au point des prestations fournies dans les domaines hospitaliers et ambulatoires permettant le caractère d'économicité et d'efficacité est satisfaisant. Nous apprécions le caractère obligatoire et la gratuité de l'information ainsi que la garantie de l'anonymat pour les assurés.	FRC
22a	1	Eine effiziente Datenerhebung und der Datenaustausch werden immer wichtiger. Mit der Einführung einer obligatorischen Auskunftspflicht sind wir einverstanden. Es handelt sich bei diesen Angaben aber fast durchwegs um hochsensible Personendaten, so dass dem Datenschutz in jedem Fall höchste Priorität einzuräumen ist.	SKS
22a	1	Schon heute werden umfassende Datensätze erstellt und weitergegeben. H+ ist mit dem Bundesrat einig, dass das KVG endlich die Weitergabe von Daten klar regeln muss, handelt es sich hier doch um einen am meisten schützenswerten Persönlichkeitsbereich der Schweizer Bevölkerung respektive unserer Patientinnen und Patienten, doch gehen die genannten Vorschläge in die falsche Richtung. Bei der Güterabwägung zwischen den öffentlichen Interessen und dem Persönlichkeitsschutz sind folgende Punkte zu beachten: Nominale Daten sind nur in jenen Fällen weiterzugeben, in denen eine Zuordnung der Patientin oder des Patienten notwendig ist, z.B. bei Abklärungen durch den Vertrauensarzt einer Versicherung (Art. 42 Abs. 4 KVG). Diese Fälle sind im Gesetz erschöpfend zu regeln. Die Nutzung der weitergegebenen Daten muss ein Ziel verfolgen (Zweckmässigkeit). Dieses muss im Vorneherein festgelegt und ausgewiesen werden. Das übergeordnete Ziel muss das Wohl der Patientin und des Patienten sein. Die weitergegebenen Daten müssen diese Ziele auch bewirken können (Wirksamkeit). Die Erhebung der Daten muss bezogen auf das zu erreichende Ziel verhältnismässig respektive wirtschaftlich sein (Wirtschaftlichkeit). Dies beinhaltet drei weitere Forderungen. Erstens keine Datenfriedhöfe. Zweitens die Kosten der Datenerhebung werden dem KVG belastet. Drittens keine übermässige Belastung der Datenerheber, sprich der Spitäler und ihrer Angestellten. Bereits heute leiden die Spitäler unter einer Bürde von administrativen, nicht produktiven Arbeiten, welche auf dem KVG beruhen und deren Nutzen oft völlig unklar ist. Die Öffentlichkeit, insbesondere die Aufsichtsbehörde, hat ein Interesse an Transparenz für Leistungen und Leistungsvergütungen, die im Rahmen der obligatorischen Versicherung erbracht werden. Die Grenzen der Transparenz bilden die übrigen hier aufgezählten Punkte. Die generelle, flächendeckende oder systematische Weitergabe von umfassenden oder nominalen Daten entspricht nicht den obengenannten Anforderungen und ist deshalb entschieden abzulehnen. H+ ist davon überzeugt, dass nur die Betroffenen gemeinsam die notwendigen Regeln aufstellen und die Datensätze bestimmen können. Es müssen neu den	H+

		<p>Versicherern keine Daten zur Verfügung gestellt werden, wenn auf leistungsbezogene Pauschalen umgestellt wird.</p> <p>Antrag: „Der Bund erarbeitet zusammen mit den Spitzenverbänden der Kostenträger und Leistungserbringer die notwendigen statistischen ... Erfüllung dieses Gesetzes. Sie untersuchen namentlich die Zweckmässigkeit, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der unter diesem Gesetz erbrachten Leistungen. Die Machbarkeit, die zeitliche Realisierbarkeit und die Finanzierbarkeit für die Erbringung von statistischen Grundlagen bei Kostenträgern und Leistungserbringern wird berücksichtigt.</p>	
22a	1	<p>Le projet prévoit une modification de l'art 22 LAMal en matière de transmission de données liées au secteur ambulatoire. Nous sommes certains que cela entraînera un accroissement considérable du travail administratif demandé aux hôpitaux. TarMed l'a déjà montré. Nous affirmons que devoir coder l'ambulatoire hospitalier à des fins statistiques n'est pas gérable sans un engagement massif de personnel supplémentaire. C'est une nouvelle source de coût dans une période d'austérité budgétaire.</p>	FHV
22a	1	<p>Hier muss unbedingt die Absprache mit den Dachverbänden sowie die Frage der Machbarkeit und Finanzierbarkeit festgelegt werden. Antrag: Der Bund erarbeitet zusammen mit den entsprechenden Dachverbänden der Versicherer und Leistungserbringer die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise sowie zur Aufsicht über Vollzug und Erfüllung dieses Gesetzes. Er nimmt dabei auch Rücksicht auf die Machbarkeit, die zeitliche Realisierbarkeit und die Finanzierbarkeit für die Erbringung von statistischen Grundlagen bei den Versicherern und den Leistungserbringern.</p>	SRK
22a	1	<p>Mit Annahme dieser Formulierung kaufen sich die Spitäler eine „Katze im Sack ein. Die Bundesbehörden erhalten alles, was sie benötigen. Und sie könnten sehr viel benötigen.</p>	Merian Ise- lin Spital
22a	1	<p>Die mit der Teilrevision KVG verfolgte Absicht widerspricht dem Persönlichkeitsschutz wie auch dem gesetzlich zugesicherten Datenschutz des Individuums. Durch die umfassende Datensammlung wird der „gläserne Patient“ angestrebt. Die entsprechenden Behörden und letztlich die Krankenversicherer erhalten so vollen Einblick in die Krankengeschichte der Patienten. Gerade die Krankengeschichte über den Gesundheitszustand eines Menschen gehört zu seinen intimsten und sensibelsten Bereichen und somit auch zu den Grundrechten eines Menschen. Wir lehnen deshalb die nicht anonymisierte Datensammlung konsequent ab und betrachten eine solche als Verletzung des Persönlichkeitsrechtes wie auch der Menschenwürde.</p> <p>Die vorgeschlagene Gesetzesbestimmung verfolgt den Zweck, den Patienten zum „gläsernen Patienten“ zu mutieren. Die klar formulierte Absicht, jeden einzelnen Patienten namentlich und konkret über mehrere Leistungserbringer zu verfolgen und damit Behandlungsverläufe nachzeichnen zu können, konkretisiert und übersteigt die Orwellsche Horrorvision des total überwachten Individuums. Bei der Abwägung zwischen der Freiheit des Menschen, seiner Menschenwürde und seinem Anspruch auf Intimsphäre einerseits und dem Begehren von Gesundheitsbehörden und Versicherern nach lückenloser Information über Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, deren Diagnosen etc. andererseits, muss die Güterabwägung eindeutig und konsequent zugunsten des Rechts der Menschen und nicht zugunsten von Behörden und Versicherungen ausfallen. Schliesslich ist dieser systematische Nachvollzug der medizinischen Versorgung, bezogen auf jeden einzelnen Patienten, unnötig und auch sachwidrig. Der Ansatz zur Begrenzung der im Rahmen der obligatorischen Leistungspflicht anfallenden Gesundheitskosten liegt nicht in der totalen Überwachung des Patienten, sondern in der Begrenzung der Pflichtleistungen gemäss Leistungskatalog.</p>	PULSUS

	<p>Verschärfender Einfluss des Obligatoriums Staat und Versicherer erhalten so einen „gläsernen Patienten“, der sich dagegen in keiner Art und Weise wehren kann. Durch die obligatorische Versicherung ist die gesamte Bevölkerung der Schweiz dieser totalen Überwachung ausgesetzt. In den intimsten Bereichen müssen alle Leistungserbringer sämtliche Daten patientenbezogen dem Bund und somit auch den Versicherern bekannt geben. Damit erhält eine Vielzahl von Personen Zugriff auf diese Daten. Amtsgeheimnis und Berufsgeheimnis sind kein effizienter Schutz, nachdem es nicht einmal möglich ist, vertrauliche Inhalte von Bundesratssitzungen nur über Tage geheim zu halten. Die geplante Schaffung des „gläsernen Patienten“ ist der grösste, denkbare Eingriff in die Persönlichkeitsrechte und Privatsphäre eines jeden Einzelnen. Wir lehnen deshalb aus verfassungsrechtlichen Gründen die vorgesehene Gesetzesbestimmung ab. Art. 10 BV beinhaltet den Schutz der individuellen Selbstbestimmung. Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 EMRK enthalten die Garantie für das Individuum, die für seine Persönlichkeit elementaren Aspekte individueller Lebensführung selber zu bestimmen. Dazu gehören unbestritten die Gesundheitsbedürfnisse. Zur verfassungsmässig garantierten persönlichen Entfaltungsfreiheit muss die Möglichkeit gehören, über die individuelle Lebensgestaltung frei entscheiden zu können. Der Staat muss objektive Schutzpflichten wahrnehmen, was insbesondere gegenüber wichtigen Technologien, staatlichen Steuerungsversuchen und technischen Überwachungsmitteln zu geschehen hat (vgl. Rainer J. Schweizer, Kommentar Schweizerische Bundesverfassung, N. 28 zu Art. 10 BV).</p> <p>Die konsequente Datensammlung und zentrale Behandlungsüberwachung verletzt als staatlicher Steuerungsversuch die Grundrechte des Menschen; gleichzeitig verletzt der Staat seine objektive Schutzpflicht.</p> <p>Die vorgesehene Gesetzesbestimmung orientiert sich einseitig am untauglichen Versuch, durch den „gläsernen Patienten“ eine Kostenersparnis im Gesundheitswesen zu erreichen, ohne das Naheliegendste, die Einschränkung der praktisch unbegrenzten Leistungspflicht gemäss Pflichtleistungskatalog, anzustreben. Gleichzeitig nimmt man die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten der Individuen in Kauf.</p> <p>Administrativer Grossaufwand und riesige, nicht quantifizierte Gesamtkosten</p> <p>Die Absicht, sämtliche Leistungserbringer zu obligatorischen und kostenlosen Datenlieferanten heranzuziehen, provoziert einen enormen Administrativapparat, der unnötig ist.</p> <p>Die Verpflichtung der Leistungserbringer, die Daten kostenlos zu liefern, ist unverhältnismässig. Es wird von den medizinischen Leistungserbringern eine umfassende administrative Orientierungspflicht einverlangt, die die Kosten zweifellos massiv beeinflussen wird, ohne im Gesundheitswesen in seiner Kernkompetenz (Behandlung des Patienten) etwas beizutragen. Die behauptete „Kostenlosigkeit“ erweist sich nur als Verschiebung der anfallenden Kosten von der Bundeskasse (die die eingeforderte Leistung zu bezahlen hätte) entweder zu den Versicherern und den Kantonen (als Zahlungsverpflichtete im Gesundheitswesen) oder zu den Leistungserbringern (als zusätzlicher Kostenfaktor im Betrieb). In den Erläuterungen wird suggeriert, die Datensammlung sei kostenlos, währenddem schliesslich nur der Bund die von ihm einverlangten Leistungen nicht bezahlen will und der Gesetzgeber die Kosten stillschweigend den Krankenversicherern, den Kantonen oder den Leistungserbringern überbindet. Dem Vorhaben fehlt jede Transparenz</p> <p>Unnötiger Datenaustausch mit den Krankenkassen Jede Kasse führt für jeden Versicherten eine Police. Es ist den</p>	
--	---	--

		<p>Versicherern zuzumuten, aufgrund der Rechnungsstellungen der einzelnen Leistungserbringer, die individualisiert auf einzelne Patienten lauten, ihre gesetzlichen Pflichten und Leistungen zu erbringen. Es ist letztlich eine nicht näher begründete Behauptung, für die Organe der Krankenversicherung sei es unabdingbar, dass auch nominative Einzeldaten ausgetauscht werden. Das angemeldete Interesse an Daten rechtfertigt noch lange nicht die Schaffung des obligatorisch versicherten „gläsernen Patienten“, und somit die Überwachung der ganzen Bevölkerung der Schweiz.</p> <p>Schlussfolgerungen Die Schaffung des „gläsernen Patienten“ an sich ist bereits verfassungswidrig, Einschränkungen und die Schaffung von datenschutzrechtlichen Leitplanken beseitigen die grundsätzliche Verfassungswidrigkeit nicht. Heutige statistische Methoden sind in der Lage, die wissenschaftlich nötigen Daten durch Stichproben bzw. anonyme Teilerfassung zu erheben und davon gültige Schlussfolgerungen zu ziehen. Diese Methoden respektieren den Persönlichkeitsschutz und sind massiv kostengünstiger. Die vorgesehene Gesetzesbestimmung lehnen wir deshalb aus grundsätzlichen Gründen ab.</p>	
22a	1	<p>santésuisse ist erfreut, dass der Bund die aktuellen Mängel und Lücken der heutigen statistischen Grundlagen erkannt hat und gewillt ist zu handeln. Handlungsbedarf besteht, wie richtig festgestellt wird, v.a. im ambulanten Bereich. Die Krankenversicherer begrüßen deshalb die Bemühungen, dass der Bund auch seinen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsstatistiken leisten und eine Datenbasis aufbauen will, die Auskunft gibt über die Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen und deren Gründe (Diagnosen). Erst diese Daten werden es ermöglichen, objektiver die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten medizinischen Leistungen zu beurteilen. Die Krankenversicherer fordern den Bund auf, zur Wahrnehmung der in Absatz 1 festgelegten Aufgaben auch die dazu notwendigen Ressourcen zu beschaffen und in den Verordnungen zum KVG zu konkretisieren, welche statistischen Grundlagen er als notwendig erachtet.</p> <p>Antrag santésuisse: Der Bund stellt die finanziellen und personellen Ressourcen zur Wahrnehmung der in diesem Absatz beschriebenen Kompetenzen rasch möglichst zur Verfügung. Auf Verordnungsstufe wird konkretisiert, welche statistischen Grundlagen der Bund zur Deckung der aktuellen Informationsdefizite als notwendig erachtet. Die Verordnungsänderungen sind den politischen Parteien und interessierten Organisationen zur Stellungnahme zu unterbreiten.</p>	santésuisse
22a	1	<p>Es ist klar zu definieren, welche Daten zu welchen Zwecken gesammelt werden sollen, da ansonsten das Missbrauchspotential enorm ist. Es besteht die Gefahr der Schaffung eines Datenfriedhofs, da erstens der Verwendungszweck nicht geklärt ist, zweitens die Ressourcen zur Datenauswertung teilweise fehlen und drittens die Datenqualität sehr unterschiedlich ist.</p>	Cosama
22a	1	<p>Mit der gesetzlichen Verankerung der Aufgabe des Bundes, statistische Grundlagen zu erarbeiten, sind wir einverstanden.</p>	Pro Senectute
22a	2	<p>Bereits nach geltendem Recht sind Spitäler und Pflegeheime verpflichtet, den Bundesbehörden die erforderlichen Daten bekannt zu geben (Art. 21 Abs. 4 KVG). Mit Abs. 2 der neuen Bestimmung soll nun die Pflicht zur Datenlieferung auf alle Leistungserbringer (auch ambulant) ausgeweitet werden. In den Erläuterungen (S. 13) wird festgehalten, dass die Finanzierung dieser zusätzlichen Datenerhebungen die finanziellen Möglichkeiten des Bundes sprengt. Da aber auch die Finanzlage der Kantone angespannt ist, schlägt die Ständekommission vor, dass die Kosten der zusätzlichen Datenerhebungen von demjenigen Gemeinwesen zu übernehmen sind, bei dem sie anfallen. Diese</p>	AI, ZH

		Regelung soll ausdrücklich im Gesetz verankert werden.	
22a	2	Gerne nehmen wir zur Kenntnis, dass der Bund bemüht ist, die Lücken in den statistischen Grundlagen, vor allem im ambulanten Bereich, trotz der vorhandenen finanziellen Restriktionen, nach Möglichkeit an die Hand zu nehmen. In Bezug auf die Finanzierung muss an dieser Stelle wiederholt werden, dass eine Kostenbeteiligung seitens der Kantone ausgeschlossen ist.	GL
22a	2	Zur Zeit besteht keine Klarheit darüber, welche persönlichen Daten (Diagnosecodes usw.) die Spitäler den Krankenversicherern auf den Rechnungen für die WWZ-Prüfungen zur Verfügung stellen müssen und dürfen. Gemäss KVG haben die Krankenversicherer Anrecht auf sämtliche für WWZ-Prüfungen notwendigen Angaben. Um Kosten zu sparen und Effizienz zu gewinnen soll im Rahmen der KVG Revision im KVG selber die Gesetzesgrundlage für die Bekanntgabe der Diagnosecodes an die Krankenversicherer auf den Spitalrechnungen geschaffen werden.	SO
22a	2	Wir schlagen vor, dass die Kosten der zusätzlichen Datenerhebungen von demjenigen Gemeinwesen zu übernehmen sind, bei dem sie anfallen und diese Regelung ausdrücklich im Gesetz verankert wird.	TG, ZH
22a	2	Die sehr weitgehende, breit angelegte Kompetenz des Bundes zur Datenerhebung wird verbunden mit dem Satz: "Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen". Es fehlt ein Hinweis auf die Verhältnismässigkeit des administrativen und finanziellen Aufwandes. Antrag zu Abs. 2: Letzten Satz ändern: "Die Angaben sind in der Regel und in angemessenem Rahmen kostenlos zur Verfügung zu stellen".	SAGV
22a	2	Grundsätzlich unterstützen wir die Absicht, die Grundlagen für eine verbesserte, kohärente Datenbasis zu schaffen. Die Kosten für die Bereitstellung der benötigten Daten und deren Auswertung müssen sich aber in einem vernünftigen Verhältnis zum erzielbaren Nutzen halten. Wir legen Wert darauf, dass dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit ausreichend Rechnung getragen wird. Absatz 2 ist entsprechend zu ergänzen.	SGV
22a	2	Antrag: Die sehr weitgehende, breit angelegte Kompetenz des Bundes zur Datenerhebung wird in Abs. 2 verbunden mit dem Satz: „Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen“. Es fehlt ein Hinweis auf die Verhältnismässigkeit des administrativen und finanziellen Aufwandes. Der letzte Satz sollte lauten: „Die Angaben sind in der Regel und in angemessenem Rahmen kostenlos zur Verfügung zu stellen.“	economie-suisse
22a	2	Der Bund erhebt bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung jene Daten, welche zur Erfüllung von Absatz 1 notwendig sind. Daten dürfen nur weitergegeben werden, wenn ihr Nutzen belegt und ihre Verwendung vorher bestimmt ist, sowie wenn die Verwendung den Grundsätzen des Datenschutzes genügt. Die befragten juristischen und natürlichen Personen sind zur kostenlosen Abgabe an den Bund verpflichtet. Die Kosten zur Bereitstellung der Daten bei den Versicherern und Leistungserbringern werden bei den Prämienberechnungen bzw. Leistungsvergütungen einbezogen.	H+
22a	2	Hier werden ungleiche Verhältnisse zwischen Versicherern und Leistungserbringern geschaffen. Im Weiteren wird auch hier über die Finanzierung nichts ausgesagt. Antrag: Der Bund erhebt bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung die Daten, welche zur Erfüllung von Absatz 1 notwendig sind. Die Lieferung von neuen statistischen Daten ist mindestens ein Jahr zum Voraus insbesondere den Versicherern und Leistungserbringern anzukünden. Die befragten juristischen und natürlichen Personen sind zur kostenlosen Abgabe verpflichtet. Die Kosten zur Bereitstellung der Daten bei den Versicherern und Leistungserbringern werden jedoch bei den Prämienberechnungen bzw. Leistungsvergütungen auf das nächstfolgende Kalenderjahr einbezogen.	SRK

22a	2	Die neuen Bestimmungen über die Datengrundlagen werden von santésuisse begrüsst. Wichtig sind insbesondere die erläuternden Bemerkungen dazu, wo der Anspruch der Krankenversicherer auf nominative Einzeldaten zwecks Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität eines Leistungserbringers festgehalten wird. Analog zu Absatz 1 fordern die Krankenversicherer den Bund auf, in den Verordnungen zum KVG zu konkretisieren, wer welche statistischen Grundlagen zu liefern hat. Der erste Satz in Abs. 2 ist wie folgt zu ergänzen: "Der Bund erhebt bei den Versicherern, den Leistungserbringern, den Kantonen und der Bevölkerung die Daten, welche zur Erfüllung von Absatz 1 notwendig sind." Auf Verordnungsstufe wird festgelegt, wer welche statistischen Daten zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu liefern hat. Die Verordnungsänderungen sind den politischen Parteien und interessierten Organisationen zur Stellungnahme zu unterbreiten.	santésuisse
22a	3	Wir teilen hier die Auffassung des Departementes weitgehend, sind jedoch der Auffassung, dass die Auskunftspflicht der Versicherer auch gegenüber den Kantonen festgehalten werden sollte. Dies insbesondere deshalb, weil derzeit keine anderen leistungsbezogenen Daten für eine Analyse des ambulanten Bereichs vorhanden sind und weil für die Kantone mit den heute zur Verfügung gestellten Daten kaum eine Beziehung von Kosten und Prämien nachvollziehbar ist (gemäss den statistischen Auswertungen von santésuisse verzeichneten alle OKP-Kosten im Kanton Aargau für 2003 einen Zuwachs um rund 5 %, die seinerzeitige Prämienhöhung betrug aber rund 10 % (derselbe Effekt wurde schon für das Jahr 2002 beobachtet). Dank diesem Mechanismus konnten die Versicherer im Kanton Aargau Reserven bilden, welche weit über das durchschnittliche Mass hinausgehen (bis zu 45 % !). Wir haben dieses Phänomen jetzt zum wiederholten Mal beobachtet und moniert, bis dato vom Departement jedoch keine Auskunft darüber erhalten, wieso der überproportionale Prämienanstieg jeweils genehmigt wird.	AG
22a	3	Die Kantone sind für ihren Planungsauftrag auf fundierte Daten angewiesen. Deshalb sind die Datenlieferungen nicht nur von Aufsichts- und administrativen Zwecken, sondern auch vom Planungszweck abhängig zu machen. Dies ist mit Blick auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer (Benchmarking) sowie auf die Erteilung von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler unabdingbar (leistungsorientierte Spitalplanung). Zudem ist die Standeskommission der Auffassung, dass der Bund den Kantonen die Daten unentgeltlich zur Verfügung stellen sollte. Die Standeskommission regt deshalb an, Abs. 3 wie folgt zu formulieren: Der Bund stellt Daten, welche Planungs-, Aufsichts- und anderen administrativen Zwecken dienen, den Kantonen, Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form unentgeltlich zur Verfügung.	AI, AR
22a	3	Wir stellen mit grosser Genugtuung fest, dass der Bundesrat unser Anliegen aufnimmt, die Weitergabe von nominativen Einzeldaten auf Gesetzesstufe klar zu regeln. Nur der uneingeschränkte Zugriff der Kantone auf die Daten der Versicherer und Leistungserbringer ermöglicht eine Steuerung im Sinne des Gesetzgebers mit dem Ziel der Kosteneindämmung. Es ist explizit festzuhalten, dass die Kantone die Daten der gesamten Schweiz erhalten. Dies ist mit Blick auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer (Benchmarking) sowie auf die Erteilung von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler unabdingbar. Überdies ist bei den umschriebenen Zwecken zum Datenbezug auch jener der Planung vorzusehen. Und nicht zuletzt muss an dieser Stelle präzisiert werden, dass sämtliche Datenlieferungen kostenlos erfolgen. Regelungsvorschlag; Der Bund stellt die nach Absatz 1 erarbeiteten Daten, welche Planungs-, Aufsichts- und anderen	BE, GL, GDK

		administrativen Zwecken dienen, den Kantonen, Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form unentgeltlich zur Verfügung. Die Kantone haben das Bezugsrecht sämtlicher Daten in nicht anonymisierter Form der Leistungserbringer in der ganzen Schweiz.	
22a	3	Nicht zuletzt muss an dieser Stelle präzisiert werden, dass sämtliche Datenlieferungen kostenlos erfolgen.	GR
22a	3	Es ist explizit festzuhalten, dass die Kantone die Daten der gesamten Schweiz erhalten. Dies ist mit Blick auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer (Benchmarking) sowie auf die Erteilung von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler unabdingbar.	LU, ZG, GR
22a	3	Gesetzesstufe klar zu regeln, entspricht einem Begehren der Kantone. Nur der uneingeschränkte Zugriff der Kantone auf die Daten der Versicherer und Leistungserbringer ermöglicht eine Steuerung in Sinne des Gesetzgebers mit dem Ziel der Kosteneindämmung. Die Aufnahme dieses Anliegens in die Vernehmlassungsvorlage wird mit Genugtuung zur Kenntnis genommen. Es ist explizit festzuhalten, dass die Kantone die Daten der gesamten Schweiz erhalten. Dies ist mit Blick auf die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer sowie auf die Erteilung von Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler unabdingbar. Formulierungsvorschlag: Der Bund stellt die nach Abs. 1 erarbeiteten Daten, welche Planungs-, Aufsichts- und anderen administrativen Zwecken dienen, den Kantonen, Versicherern sowie den in Art. 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form unentgeltlich zur Verfügung. Die Kantone haben das Bezugsrecht sämtlicher Daten in nicht anonymisierter Form der Leistungserbringer in der ganzen Schweiz.	SG, TG
22a	3	Wir schlagen vor, die Datenlieferung nicht nur vom Aufsichts- und anderen administrativen Zwecken sondern auch vom Planungszweck abhängig zu machen. Zudem sind wir der Auffassung, dass der Bund den Kantonen die Daten unentgeltlich zur Verfügung stellen sollte. Wir regen deshalb an, Abs. 3 wie folgt zu formulieren: „Der Bund stellt Daten, welche Planungs-, Aufsichts- und anderen administrativen Zwecken dienen, den Kantonen, Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form unentgeltlich zur Verfügung“	TG, ZH
22a	3	« La Confédération met à disposition des cantons, des assureurs ainsi que des institutions figurant à l'article 84a, sous une forme anonyme, des données qui servent à des objectifs de surveillance et à d'autres objectifs administratifs ». Nous soutenons ce projet de modification, pour autant que les cantons se voient remettre gratuitement les données de l'ensemble de la Suisse.	VS
22a	3	H+ lehnt eine flächendeckende Weitergabe von persönlichen Daten über Krankheitsverläufe etc. der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten in „nicht anonymisierter Form“ (Abs. 3) aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes ab.	H+
22a	3	Hier wird eine Ungleichbehandlung zwischen Versicherern und Leistungserbringern verankert. Es ist nicht einzusehen, weshalb die Leistungserbringer nicht auch Zugang zu den statistischen Daten der Versicherer haben sollen. Antrag: Der Bund stellt Daten, welche Aufsichts- und anderen administrativen Zwecken dienen, den Kantonen, den Versicherern, den Leistungserbringern sowie den in Art. 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form unentgeltlich zur Verfügung.	SRK
22a	3	Es ist erfreulich, dass der Bund die Wichtigkeit erkannt hat, dass auch die Krankenversicherer zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität eines Leistungserbringers Anspruch auf nominative Einzeldaten, welche über die reinen Aufsichts- und Administrativdaten hinausgehen,	santé-suisse

		zwingend angewiesen sind. Absatz 3 ist in diesem Sinne zu präzisieren und ebenfalls mit dem „Kostenlosigkeitsgrundsatz“ zu ergänzen. Der Begriff „Daten in nicht anonymisierter Form“ kann Anlass zu Missverständnissen geben. Die Versicherer haben kein Interesse am Austausch von Patientendaten in nicht anonymisierter Form. Der Absatz ist entsprechend zu ergänzen. santésuisse möchte die Behörden zudem auf die Notwendigkeit aufmerksam machen, auf Verordnungsstufe festzulegen, in welchen zeitlichen Abständen und in welcher Form (z.B. elektronisch) der Bund gedenkt, die entsprechenden Daten zur Verfügung zu stellen. Absatz 3 ist wie folgt zu präzisieren: Der Bund stellt die Daten, welche der Umsetzung der Bestimmungen dieses Gesetzes dienen, den Kantonen, Versicherern sowie den in Art. 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form kostenlos zur Verfügung. Die Anonymität der Versicherten muss in jedem Fall gewahrt bleiben. Auf Verordnungsstufe werden Fristen und Form der zur Verfügung zu stellenden Datengrundlagen definiert. Die Verordnungsänderungen sind den politischen Parteien und interessierten Organisationen zur Stellungnahme zu unterbreiten.	
22a	3	Wir begrüßen es sehr, dass die vom Bund gesammelten Daten in Zukunft den Versicherern zur Verfügung gestellt werden sollen. Die gesammelten Daten in nicht anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen, ist unserer Ansicht nach sehr gefährlich.	Cosama
22a	3	L'accès aux statistiques pour les cantons et les partenaires sociaux, mais nous souhaitons fortement étendre cette possibilité aux assurés ou leurs représentants.	MPF
22a	3 und 4	Wird begrüsst. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten und zum Schutze der Versicherten sollte der Bundesrat die Ausführungsvorschriften möglichst rasch festlegen und klare und eindeutige Vorgaben an den Datenfluss machen (allenfalls sollte der Eidg. Datenschutzbeauftragte involviert werden).	ÖKK
22a	4	santésuisse unterstützt die Anliegen des Bundes, die Anonymität der Versicherten zu wahren. Um allfälligen Missverständnissen vorzubeugen, sollte der entsprechende Satz jedoch in Abs. 3 angefügt werden. Die auf Verordnungsstufe konkretisierten Vorschriften über einen klaren und eindeutigen Datenfluss sind den politischen Parteien und interessierten Organisationen zwecks Vermeidung von Rechtsunsicherheiten rasch zur Stellungnahme zu unterbreiten.	santésuisse
22a	4	Es ist uns nicht klar, wie die Anonymität der Versicherten gewahrt werden kann, wenn die Daten des Bundes den Versicherern in nicht anonymisierter Form zur Verfügung gestellt werden.	SAEB
22a	5 (neu)	Die auf Verordnungsstufe konkretisierten Vorschriften über einen klaren und eindeutigen Datenfluss sind den politischen Parteien und interessierten Organisationen zwecks Vermeidung von Rechtsunsicherheiten rasch zur Stellungnahme zu unterbreiten. Einfügen eines zusätzlichen Absatzes 5: Verstösst ein Versicherer oder ein Leistungserbringer gegen Art. 22a Abs. 2, so kann das Bundesamt den Versicherer bzw. den Leistungserbringer verwarnen und Ordnungsbussen erlassen.	santésuisse
22a	5 (neu)	Proposition: La Confédération peut donner des mandats de prestations à des sociétés ou organismes professionnels pour la récolte des données brutes et leur transcription en informations-clés répondant aux exigences et objectifs de la présente loi ainsi que le contrôle de la plausibilité des résultats.	SAV

Art. 25 Abs. 2 Bst. a, e und f / Allgemeine Leistungen bei Krankheit

Art. 25, al. 2, let. a, e et f / Prestations générales en cas de maladie

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
25	2	Der Tarifschutz sollte nicht über das KVG hinaus ausstrahlen, sondern sich auf die Leistungen gemäss KVG beschränken. Andernfalls werden Anbieter von halbprivaten und privaten Leistungsangeboten unverhältnismässig eingeschränkt. Dies muss im Gesetz seinen Niederschlag finden. Sinnvoll erscheint uns eine Regelung in Art. 25, z.B. für die Hotellerie.	GDK
25	2a	Es zeichnet sich ab, dass künftig vermehrt Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren in Spitälern tätig sein werden. Auch aus diesem Grunde treten wir für die gleichen Spielregeln sowohl für den ambulanten wie den stationären Bereich ein. Damit erhält aber auch unsere Forderung noch höheres Gewicht, dass die Chiropraktoren Physiotherapie verordnen können sollen. Sie sollen auch in der Spitaltätigkeit auf gleicher Stufe wie die Ärzte über die Kompetenz zur Verordnung von Physiotherapie verfügen können, um unnötige Doppelläufigkeiten zu vermeiden. Wir verweisen auf unsere Ausführungen zu diesem Punkt in unserer Vernehmlassung zu den ersten Paketen der KVG-Revision und erneuern den Antrag zu Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 KVG: „3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin oder für die Physiotherapie eines Chiropraktors oder einer Chiropraktin Leistungen erbringen;“	SCG
25	2a	Regelungsvorschlag:....durchgeführt werden von: 1. Ärzten und Ärztinnen, soweit deren Tätigkeit bei Aufenthalt in einem Spital nicht über die Zusatzversicherung abgegolten wird.	GDK
25	2e	Konkreter Regelungsvorschlag: Diese Leistungen umfassen:den Aufenthalt im Spital, wobei die Vergütung für die Hotellerie auf das Mass beschränkt ist, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.	GDK
25	2e	Als sinnvoll erachten wir die Streichung des Begriffs „Allgemeine Abteilung“. Dieser war seit jeher systemwidrig im Sinne des Ansetzens des KVG bei den Leistungen.	AG
25	2e	Gemäss bisheriger Regelung hatte die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Spital neben diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen insbesondere „den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals“ zu finanzieren. Gemäss neu vorgeschlagener Formulierung soll der Aufenthalt im Spital generell zur OKP-Pflichtleistung werden. In Kombination mit Art. 44 (Tarifschutz) bleibt damit offen, ob und in welchem Umfang zusätzliche Vergütungen für besondere Leistungen (freie Arztwahl, erhöhter Hotellerie- und Pflegekomfort etc.) noch zulässig sind. Die Zusatzerträge von Privat- und Halbprivatpatienten sind für die Finanzierung der Spitäler traditionell von grösster Bedeutung. Die Rechtssprechung des EVG hat diesen Finanzierungspfeiler in den letzten Jahren geschwächt. Der geplante Übergang zur fix-dualen Finanzierung auch der Privatspitäler wird die Verlagerung zusätzlich verschärfen. Gleichwohl muss sichergestellt werden, dass Zusatzansprüche von Patienten auch weiterhin angemessen vergütet werden können.	SH
25	2e	Die Revision sieht die Abschaffung des Begriffs der allgemeinen Abteilung vor. Es ist nun aber unklar, was mit dem verbleibenden Begriff „Aufenthalt im Spital“ abgedeckt sein soll. Es kann sich nur um einen Basisservice handeln. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer können hier nicht eingeschlossen und müssen weiterhin dem Privatversicherungsrecht unterstellt sein. Formulierungsvorschlag: Diese Leistungen umfassen: e. den Aufenthalt im Spital, wobei die Vergütung für die Hotellerie auf	SG

		das Mass beschränkt ist, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.	
25	2e	Neu soll in dieser Bestimmung der Begriff der „allgemeinen Abteilung“ gestrichen werden. Gemäss den Erläuterungen (S. 9) soll diese Änderung keineswegs zur Folge haben, dass der Aufenthalt im Spital unabhängig von den Kosten zu übernehmen sei. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer sollen nicht eingeschlossen und weiterhin durch die dem Privatversicherungsrecht unterworfenen Zusatzversicherungsprodukte versichert werden können (Erläuterungen S. 15). Unter dieser Voraussetzung können wir dem Vorschlag zustimmen.	TG
25	2e	Neu soll in dieser Bestimmung der Begriff der «allgemeinen Abteilung» gestrichen werden. Gemäss den Erläuterungen (S. 9) soll diese Änderung indessen nicht zur Folge haben, dass der Aufenthalt im Spital unabhängig von den Kosten zu übernehmen sei. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer sollen nicht eingeschlossen und weiterhin durch die dem Privatversicherungsrecht unterworfenen Zusatzversicherungsprodukte versichert werden können (Erläuterungen S. 15). Diese Erläuterungen genügen nicht bzw. die Regelung ist immer noch unklar. Welcher Hotellerie-Standard soll beispielsweise in einem Spital ohne Allgemeinabteilung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssen? Wir schlagen deshalb folgende Präzisierung von Art. 25 Abs. 2 vor: «Diese Leistungen umfassen: (". . .) e. den Aufenthalt im Spital, wobei nur jener Aufwand für die Hotellerie vergütet wird, der für den Behandlungszweck erforderlich ist.» In diesem Zusammenhang schlagen wir zur Präzisierung des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragenden Umfangs der Leistungen von Ärztinnen und Ärzten folgende analoge Ergänzung von Art. 25 Abs. 2 vor: «Diese Leistungen umfassen: a. die Untersuchungen, Behandlungen (. . .) von: 1. Ärzten oder Ärztinnen, wobei nur jener Aufwand vergütet wird, der für den Behandlungszweck erforderlich ist. »	ZH
25	2e	Mit diesem Vorschlag sind wir nicht einverstanden. Das Konzept „Allgemeine Abteilung“ soll beibehalten werden. Stattdessen fordern wir erneut die Einführung des Hotelleriezusatzes in der Grundversicherung. Um Unterschiede bei Alter und Geschlecht zu vermeiden ist dieser Hotelleriezusatz im KVG und nicht im Privatversicherungsbereich zu verankern. Der Zusatz soll freiwillig sein und soll Grundversicherten ein Einzelzimmer ermöglichen, ohne aber gleichzeitig auch den Chefarzt bezahlen zu müssen.	SPS
25	2e	Der Aufhebung des Begriffs „Allgemeinen Abteilung“ kann man zustimmen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht neu in Ergänzung zum Begriff „Zusätzlichen Leistungen“ neu derjenige der „Grundleistungen“ eingeführt werden sollte.	SVP
25	2e	Der Leistungsumfang der Krankenpflegeversicherung soll im bisherigen Mass erhalten bleiben. Die Streichung des Begriffs „Allgemeine Abteilung“ (Art. 49 Abs. 1) darf nicht zu Verschlechterungen der Grundversicherung zu Gunsten der Zusatzversicherungen führen.	SGB
25	2e	Le terme « séjour à l'hôpital » nous paraît vague et peut être compris différemment, il devrait être précisé.	FRC
25	2e	Der Wegfall der allgemeinen Abteilung bzw. die gesetzliche Ausnivellierung der Aufenthaltsklassen wird insbesondere bei den öffentlichen Spitälern (kleinere Spitäler) zu massiven Ertragsausfällen führen, da dort die freie Arztwahl im Spital nur in bescheidenem Mass möglich ist. Durch dieses Szenario wird die öffentliche Hand wesentlich stärker belastet (höhere Defizite, geringere Spitalabgaben sowie Steuerausfälle). Im Gegenzug erfolgt eine Gewinnoptimierung im Bereich	SBV

		der Zusatzversicherungen bei den Versicherern. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass zusätzliche Leistungen nicht nur im Rahmen des Hotelkomfortes (Einer- oder Zweierzimmer) erbracht werden, sondern im gesamten Hotelleriebereich, aber auch in der Pflege und in der Medizintechnik (höherer Anteil von qualifiziertem und fachspezifisch geschultem Personal). Die SBV postuliert im Sinne dieser Überlegungen, dass im KVG festgehalten wird, die freie Arzt- und Spitalwahl werde durch Zusatzversicherungen abgedeckt (Art. 49, 5).	
25	2e	<p>Im Kapitel „Leistungen“ auf Seite 9 wird definiert, dass in „mit einer Zusatzversicherung zu deckende Leistungen wie ... die freie Arztwahl im Spital keine Leistungen nach dem KVG darstellen“. Damit wird das Chefarztsystem für die allgemeine Abteilung gefordert. Die konsequente Anwendung dieses Prinzips hätte zur Folge, dass entweder keine allgemein versicherten Patientinnen oder Patienten ohne Zusatzversicherung in den Belegarztspitälern behandelt werden dürften, was faktisch die Abschaffung des Belegarztsystems und was die Benachteiligung von Belegarztspitälern zur Folge hätte. Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, dass die ganze Vorlage einseitig auf das Chefarztsystem ausgerichtet ist und den traditionellen und legitimen Anliegen des Belegarztsystems nicht genügend Rechnung tragen.</p> <p>Vorschlag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zulassung von allgemein versicherten Patientinnen und Patienten in Belegarztspitälern ohne Zusatzversicherung für freie Arztwahl. 2. Explizite Zulassung von Belegärzten zur Behandlung allgemein Versicherten in den Spitälern (im Hinblick auf Fusionen zwischen öffentlichen und privaten Spitälern muss dies auch in den öffentlichen Spitälern möglich sein) sowie 3. Einbezug des Belegarztsystems bei der Ausarbeitung des definitiven Gesetzes. <p>Der Wegfall der allgemeinen Abteilung bzw. die gesetzliche Ausnivellierung der Aufenthaltsklassen wird insbesondere bei den öffentlichen Spitälern (kleinere Spitäler) zu massiven Ertragsausfällen führen, da dort die freie Arztwahl im Spital nur in bescheidenem Mass möglich ist. Durch dieses Szenario wird die öffentliche Hand wesentlich stärker belastet (höhere Defizite, geringere Spitalabgaben sowie Steuerausfälle). Im Gegenzug erfolgt eine Gewinnoptimierung im Bereich der Zusatzversicherungen bei den Versicherern. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass zusätzliche Leistungen nicht nur im Rahmen des Hotelkomfortes (Einer- oder Zweierzimmer) erbracht werden, sondern im gesamten Hotelleriebereich, aber auch in der Pflege und in der Medizintechnik (höherer Anteil von qualifiziertem und fachspezifisch geschultem Personal). Antrag: Im Vortrag ist somit der Hinweis nur auf den Zimmerkomfort zu ergänzen mit den Zusatzleistungen wie oben beschrieben.</p>	SRK
25	2e	<p>„Aufenthalt im Spital für ärztliche und pflegerische Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung“. Diese Ergänzung ist angesichts der heutigen Diskussion in den Kantonen und in Verbindung mit den vorgesehenen Sparmassnahmen wichtig. Damit ist auch klar, dass die zweckmässigen, wirtschaftlichen und wirksamen Pflegemassnahmen zur Grundversicherung gehören und dem Tarifschutz unterliegen. Wir möchten klar festhalten, dass unzureichende Betreuung, wie zum Beispiel langes Warten lassen auf eine Fachperson oder ungenügendes Umlagern, Verletzungen der Regeln der Kunst darstellen und hohe Folgekosten verursachen können. Die aktuelle Tendenz, die Betreuung im Krankenversicherungsgesetz einzuschränken und die eingangs erwähnten Sparmassnahmen im Kanton Zürich verlangen einen expliziten Hinweis auf die Sicherstellung der kurativen Versorgung. Den vorgeschlagenen Begriff „Basisservice“ anstelle von „allgemeine Abteilung“ lehnen wir ab, da dieser Begriff zu</p>	SVBG, SBK

		unklar ist. Er dürfte zu unterschiedlichsten Interpretationen führen.	
25	2e	Aufgrund Ihrer Ausführungen kann aus unserer Sicht nur unter der Voraussetzung auf den Begriff der „allgemeinen Abteilung“ verzichtet werden, wenn sichergestellt wird, dass einerseits damit nicht automatisch die Privatspitäler mit allen Konsequenzen dem KVG unterstellt werden, und dass andererseits Leistungen wie der zusätzliche Komfort im Hotelbereich, die freie Arztwahl und die uneingeschränkte Behandlungsfreiheit im Spital angeboten werden können, freiwillig versicherbar sind und keine Leistungen im Rahmen des Obligatoriums nach KVG darstellen. Wir ziehen eine Formulierung, wie sie im ständerätlichen „Basisservice“ zum Ausdruck kommt, vor.	PULSUS
25	2e	Wir sind einverstanden, dass der Begriff „allgemeine Abteilung“ aus dem Gesetzestext gestrichen wird.	Cosama
25	2e	Mit dem Wegfall des Begriffs „allgemeine Abteilung“ wird eine klare Abgrenzung zum Zusatzversicherungsbereich unerlässlich. Der in den Vernehmlassungsunterlagen angeführte Hinweis auf Art. 32 KVG reicht dabei nicht aus. Offen bleibt z.B. immer noch, wie Hotellerie und Komfort im Grundversicherungsbereich vom Zusatzversicherungsbereich abzugrenzen sind.	ÖKK
25	2e	La définition de ce qu'est une hospitalisation.	MPF
25	2e,f	Wir begrüßen die Streichung der Begriffe "Allgemeine Abteilung", "teilstationäre Behandlung".	SBV
25	2e,f	Streichung der Begriffe "teilstationär" und "allgemeine Abteilung": Nachdem sich das Parlament im Zuge der gescheiterten KVG-Revision klar dagegen ausgesprochen hat, den Begriff "allgemeine Abteilung" ersatzlos aus dem KVG zu streichen, ist es für uns unverständlich, dass das EDI dieses Ansinnen erneut auf-greift. Seitens des SGV treten wir klar dafür ein, dass an den Begriffen "teilstationär" und "allgemeine Abteilung" festgehalten wird. Durch den Wegfall dieser Begriffe oder deren Ersatz durch neue Begriffe werden unnötig neue Auslegungsprobleme geschaffen, was der Rechtssicherheit abträglich ist. Wir ersuchen Sie eindringlich, den Willen des Parlaments zu respektieren und von Ihrem Ansinnen abzurücken.	SGV
25	2f	Wir begrüßen die Abkehr vom Konzept „teilstationär“, da dieses mehr zur Verwirrung als zur Klärung beigetragen hat. Wäre es seinerzeit mit einer vernünftigen Abgrenzung versehen worden, hätte es durchaus Chancen gehabt. Dies wurde jedoch verpasst. Wir nehmen an, dass die Verordnung über die Kosten- Leistungsrechnung ZEITVERZUGSLOS angepasst wird	AG
25	2f	Dieses mit dem KVG eingeführte Konzept hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt. Der Verzicht auf den Begriff „teilstationär“ ist deshalb zu begrüßen.	AR
25	2f	L'abandon de la notion de «soins semi-hospitaliers» peut être soutenu, dans la mesure où elle n'a trouvé sa place en pratique que dans l'élaboration statistique. L'abandon de la notion de « division commune » n'est à notre sens pas judicieuse. Il y a longtemps que la jurisprudence a donné à cette notion une interprétation « fonctionnelle ». Son abandon créera de nouvelles incertitudes, par l'introduction d'une notion imprécise telle que le « séjour à l'hôpital ». Celle-ci suscitera inmanquablement un débat sur le degré de confort auquel elle donne droit dans l'assurance obligatoire des soins.	GE
25	2f	Dieses mit dem KVG eingeführte Konzept hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt. Der Verzicht auf den Begriff „teilstationär“ ist deshalb zu begrüßen.	TG, ZH
25	2f	Auf das Konzept „teilstationär“ soll verzichtet werden, weil es sich in der Praxis nicht durchgesetzt hat. Mit diesem Vorschlag sind wir einverstanden. Die Begriffe sind bezogen auf die Erhebung der Grundlagen für die Tarifberechnung in Artikel 3bis VKL definiert. Deshalb	SPS

		sieht der Bundesrat keine Notwendigkeit mehr, diese auf Gesetzesstufe zu regeln. Mit der Definition in Artikel 3bis VKL sind wir einverstanden. Wir schlagen jedoch vor, die Definitionen ins Gesetz aufzunehmen, weil damit bedeutende Finanzströme (Krankenversicherer/Kanton) verbunden sind.	
25	2f	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Der Begriff teilstationär hat zu verschiedenen Fehlinterpretationen geführt.	SVP
25	2f	Nous approuvons la suppression du terme « semi-hospitalier » qui prêtait à confusion.	FRC
25	2f	Wir sind einverstanden mit der Streichung dieses Konzeptes.	SKS
25	2f	H+ spricht sich für die Aufhebung des Begriffs der teilstationären Leistungen aus, da heute für sie keine klare Definition und keine eigene, nationale Entschädigungsform vorgesehen sind.	H+
25	2f	santésuisse begrüsst die Streichung des Begriffs „teilstationär“, hat dieser doch einerseits in der Tarifierung keine praktische Bedeutung erlangt, andererseits aber doch immer wieder zu Unklarheiten / Auslegungsfragen geführt. Die Streichung des Begriffs dürfte sich in der Praxis daher klärend auswirken. Konsequenterweise muss die VKL entsprechend angepasst werden.	santé- suisse
25	2f	Wir sind mit dem Prinzip einverstanden, dass die Bezeichnung „teilstationär“ aus dem Gesetz gestrichen wird. Konsequenterweise muss die VKL entsprechend angepasst werden.	Cosama
25	2f	Zustimmung zur Streichung des Begriffes „teilstationär“	SBK, SVBG, SVDE
25	2f	Es ist völlig falsch, den teilstationären Patienten aus dem Gesetz zu streichen, nur weil die Definition seitens der Bundesstellen falsch war und die tariflichen Rahmenbedingungen bis anhin fehlten. Eine teilstationäre Behandlung ist aufgrund des TarMed gar nicht möglich, da nur ein Aufenthalt bis 4 Stunden vergütet wird. Mit der Abschaffung des teilstationären Begriffs wird somit eine Verlagerung in den stationären Bereich zwangsläufig erfolgen, was sich negativ auf die Kosten und Prämien auswirken wird. Die neue Definition (Übernachtung = stationär) ist absurd. Wenn diese Regelung eingeführt werden soll, muss zwingend eine Änderung im Tarifwesen vorab vollzogen werden. Antrag: Der Artikel ist unverändert beizubehalten. Die Definition des teilstationären Patienten und dessen Vergütung ist in Art. 49 zu regeln.	SRK
25	2f	Die Abgrenzung von ambulanten und stationären Behandlungen sowie das ersatzlose Streichen des Begriffs "teilstationär" vermag der Praxis nicht zu genügen. Tatsächlich wurden in den letzten Jahren die "teilstationären" Eingriffe - mit erforderlicher Spitalinfrastruktur und anschliessender Überwachungsmöglichkeit des Patienten – erheblich gefördert. National- und Ständerat hatten denn auch unbestritten "teilstationär" als Konzept in der Dezembersession 2003 beibehalten und den Finanzierungsregeln des stationären Bereichs zugeschlagen.	SBV
25	2f	Unter Hinweis auf unsere seinerzeit abgegebene Vernehmlassung vom 23. April 1999 im Rahmen der KVG-Teilrevision betreffend Spitalfinanzierung ist das eingetroffen, was wir damals festgehalten haben. Es kann auch heute überhaupt nicht abgeschätzt werden, welche zukünftigen Behandlungen, die bisher stationäre Pflege verlangten, inskünftig im teilstationären Bereich erfolgen werden. Eine Verpflichtung der Kantone, das Angebot des teilstationären Bereichs zu planen, und nur Anbieter zuzulassen, die auf der Spitalliste figurieren, ist nicht sachgerecht und provoziert eine nicht quantifizierbare, zukünftige finanzielle Belastung der Kantonshaushalte. Der Verzicht auf das Konzept ist richtig. Wir unterstützen dieses Vorhaben.	PULSUS
25	2f	Es macht wenig Sinn, den Punkt teilstationär vom Tisch zu wischen, da in der Schweiz jährlich weit über 100'000 Eingriffe im teilstationären	VNS Hildegard

		Bereich vorgenommen werden und die entsprechenden Investitionen getätigt worden sind. Wir sind der Auffassung, dass mit der vorliegenden Revision gedankliche Ansatzpunkte die ganze Sache weiter bringen, jedoch zuerst noch die Details sauber geklärt werden müssen. Wenn dies nicht der Fall ist, so muss die Vorlage mit allen demokratischen Mitteln zurückgewiesen werden.	Hospiz
25	2f	Mit dem Vorschlag, auf das Konzept «teilstationär» zu verzichten, sind wir einverstanden.	Pro Senectute
25	3 (neu)	Regelungsvorschlag: Bei Behandlung im Spital bleibt die Leistungsvergütung auf das Kostenniveau des medizinisch erforderlichen Basisangebotes gemäss kantonalem Leistungsauftrag beschränkt. Individuell eingeforderte Sonderleistungen wie freie Arztwahl, erhöhter Hotelleriekomfort, Privatpflege, Wellness-Leistungen etc. sind ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung separat verrechenbar.	SH

Art. 29 Abs. 2 Bst. b / Mutterschaft
Art. 29 al. 2, let. b / Maternité

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
29	2	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP, Cosama
29	2	Wie bei der im letzten Jahr diskutierten 2. KVG-Revision beantragen wir wiederum folgende Änderung des Art. 29 Mutterschaft: ...die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen. Gerne erläutern wir unseren Antrag mit folgender Argumentation: Die freipraktizierenden Hebammen nehmen mit ihren Dienstleistungen rund um die Mutterschaft in Form von Schwangerschaftskontrollen, Geburtsleitung, Wochenbettpflege und Stillberatungen ihre Kompetenzen in der Gesundheits-Grundversorgung wahr. Mit der Erweiterung ihres Angebots der Geburtshausgeburt leisten sie einen weiteren wichtigen Bestandteil in der Gesundheitsprävention. Für die Geburt als zentrales Ereignis soll eine Frau den Ort in ihrem selbstbestimmtem Umfeld frei wählen können. Um dies zu gewährleisten ist es notwendig, dass sie zwischen den verschiedenen Möglichkeiten Spitalgeburt, Geburtshausgeburt und Hausgeburt wählen kann. Diese Angebote müssen gleichwertig nebeneinander stehen, nur so kann eine freie Wahl des Geburtsortes vom Gesetzgeber garantiert werden. Gemäss einer Nationalfondsstudie von 1993, wo die Sicherheit von Spitalgeburten mit der Sicherheit der Hausgeburten verglichen wird, steht die Hausgeburt in Sachen Qualität, Hygiene und Sicherheit auf dem gleichen Niveau wie eine Spitalgeburt. Die geplanten Haus- und Geburtshausgeburten beinhalten keine grösseren Risiken für Mutter und Kind als die Geburt im Spital. Voraussetzung dafür ist mitunter die optimale Zusammenarbeit der Hebammen mit Ärzten und umliegenden Spitälern. Diese kann aus der Erfahrung der letzten Jahre als optimal beschrieben werden. Volkswirtschaftlich gesehen ist die Geburtshausgeburt neben der Hausgeburt im Vergleich zur Spitalgeburt die kostengünstigere Variante, da sie selbsttragend, ohne staatliche Subventionen angeboten wird. Mit unserem Antrag zur Änderung des Art.29 Abs. b entstehen so für die Leistungserbringer keine zusätzlichen Kosten, da die Bezahlung der Hebammenleistungen unter der Geburt unabhängig ob die Geburt zu Hause oder in einem Geburtshaus stattfindet, ein bisher nicht in Frage gestellter Status Quo ist und mit dem Tarifvertrag zwischen dem SHV und santésuisse geregelt ist. Die Infrastruktur- und Aufenthaltskosten für	SHV

		<p>die Geburt und das Wochenbett im Geburtshaus werden wie bis anhin je nach Versicherer und Versicherungsgrad der Mutter aus den Zusatzversicherungen ganz, teilweise oder gar nicht übernommen. Seit den 90iger Jahren ist die Anzahl der Geburtshäuser stetig gestiegen (z.Z. 15 Geburtshäuser). Die Anzahl Geburtshausgeburten pro Jahr beläuft sich auf ca. 1000 in den letzten 5 Jahren (Statistik), im Vergleich zur Anzahl Hausgeburten, welche im Jahr 2003 gesamtschweizerisch 702 betrug. Die Tatsache, dass heute mehr Frauen in einem Geburtshaus gebären als zu Hause, entspricht dem Bedürfnis nach einem Ort der Geborgenheit und Ruhe. Nicht jeder werdenden Mutter ist es möglich in ihrem Zuhause zu gebären, sei es aus wohnlichen, sozialen oder anderen Gründen. Gerade deshalb ist es eine Notwendigkeit, dies auch im KVG anlässlich der Teilrevisionen zu berücksichtigen und die Geburtshausgeburt neben der Haus – und Spitalgeburt darin gleichzustellen und zu verankern.</p>	
--	--	--	--

Art. 35 Abs. 2 Bst. i / teilstationär (aufgehoben)
Art. 35 al. 2, let. I / semi-hospitalier (abrogé)

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
35 2i	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP, SVBG

Art. 39 Abs. 1 Bst. d, 2 – 6 / Spitäler und andere Einrichtungen
Art. 39, al. 1, let. d, 2 – 6 / Hôpitaux et autres institutions

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
39 1a	Wir fordern folgende Ergänzung von Artikel 39: wir plädieren unbedingt dafür, dass Anstalten nur zugelassen werden, „wenn sie ausreichende ärztliche, pflegerische sowie medizinisch-therapeutische und medizinisch-technische Betreuung gewährleisten“. Wir sind überzeugt, dass der Bund in der Definition und Überwachung dessen, was eine "ausreichende Betreuung" darstellt, eine viel aktivere Rolle übernehmen muss; hier erinnern wir daran, dass der Bundesrat die Empfehlung der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit entgegengenommen hat, „in Zusammenarbeit mit den Kantonen [gesamtschweizerische] Kriterien für den Nachweis einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Betreuung [...] zu definieren“ (02.3212). Es kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass die in Art. 39 Abs. 1 KVG lit. A und b aufgeführten Zulassungsvoraussetzungen in Frage gestellt sind, wenn eine Regierungsrätin ankündigt, dass grundversicherte Patienten halt weniger häufig umgelagert werden oder länger auf eine Fachperson warten müssen, wenn sie den Patientenruf betätigen (Sonntagsblick 20.06.2004, Gespräch mit Frau Regierungsrätin Diener).	SVBG
39 1d	Hier ist zu präzisieren, dass die Planung einzelne Leistungen oder Mengen umschreibt und dass eine quantitative und qualitative Begrenzung möglich ist.	BE, GDK
39 1d	Wie schon oben erwähnt, fehlen weiterhin die Kriterien, wie private Trägerschaften in die Planung mit einzubeziehen sind. Derart wichtige Entscheide darf der Gesetzgeber nicht dem Bundesrat delegieren.	LU
39 1d	Unseres Erachtens darf sich die Spitalplanung nicht nur auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränken. Die vom Bundesrat vorgesehene Beschränkung auf den obligatorischen Teil, lässt den Privatspitälern und Privatkliniken die Möglichkeit (diese wurde in der Vergangenheit stets rege ausgenützt), ihre Betten- und	SO

		<p>Behandlungskapazitäten ohne Rücksicht auf die aktuelle Versorgungslage auszubauen. In jedem „Privatbett“ werden ja immer auch gleichzeitig Spitalleistungen erbracht, die dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden müssen. Es geht daher nicht an, dass den öffentlichen Spitälern eine strikte Angebotslimitierung vorgegeben und den Privatspitälern gleichzeitig hinsichtlich Kapazitätsausbau freie Hand gewährt wird. Es existiert kein Markt im Spitalbereich.</p> <p>Im übrigen soll für die Spitalplanung die Methodenfreiheit gelten, d.h. das KVG soll und darf keine Vorgaben betreffend der Methode der Spitalplanung machen.</p>	
39	1d	<p>Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung mit Vorbehalt! Es wurde verpasst, die Gleichbehandlung aller Spitäler zu realisieren. Man hat den öffentlichen Spitälern nach wie vor Vorteile verschafft mit der Begründung, dass diese ihre Patienten nicht aufnehmen können. Nach Ansicht der SVP eine fadenscheinige Begründung.</p>	SVP
39	1d	<p>La planification hospitalière quant à elle a depuis longtemps largement montré ses limites. Les autorités publiques cantonales chargées de planifier les hôpitaux sont confrontées à des difficultés liées à la démocratie directe ou semi-directe, ainsi que la difficulté de planifier effectivement par des mesures étatiques, les besoins et les infrastructures nécessaires. La conception générale de la LAMal et de son article 39 est en fait une conception dépassée qui repose sur des visions administratives de la gestion de la santé, visions que les libéraux ne peuvent que rejeter. Planifier de manière étatique les besoins et les moyens est en fait quasiment impossible. Les besoins de la population sont difficiles à approcher et les données hospitalières sont insuffisantes et lacunaires. On peut penser que, même avec de meilleures données, on ne pourrait de toute manière pas arriver à des solutions satisfaisantes. Dans une étude évaluative de l'application de l'article 39 LAMAL, un spécialiste constatait déjà en 1998 que : « Si une approche des tendances passées et présentes s'avère difficile, l'évolution des tendances futures butent d'autant plus sur de multiples incertitudes et la projection des capacités hospitalières nécessaires correspond essentiellement à une approche générique des évolutions vraisemblables » 2. Dans ces conditions, le PLS peut difficilement apporter un soutien à une telle politique, il considère qu'il vaudrait mieux renverser totalement la perspective et s'inspirer d'une vision concurrentielle complète dans ce domaine, basée sur une libéralisation des prix et de la gestion et fondée sur l'élimination des mauvaises infrastructures par le biais de la concurrence et des prix. Dans ce sens, le Parti libéral répète une fois encore qu'un financement moniste pourrait permettre de telles avancées, raison pour laquelle il convient de le réaliser dans les plus brefs délais.</p>	LPS
39	1d	<p>Grundsätzliche steht eine Spitalplanung in Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken, weshalb uns dieses Instrument wenig Freude bereitet. Andererseits sehen wir ein, dass bei einem Verzicht auf den sofortigen Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung kaum gänzlich auf eine Spitalplanung verzichtet werden kann. Mit Ausnahme des Bereichs der Spitzenmedizin spricht sich der SGV aber dagegen aus, die bestehenden Planungsinstrumente auszubauen.</p> <p>Seitens des SGV legen wir Wert darauf, dass die Privatspitäler bei der Spitalplanung nicht noch stärker benachteiligt werden, als dies bereits heute der Fall ist. Wir sprechen uns klar dagegen aus, dass der heute in Art. 39 Abs. 1 Bst. d festgehaltene Grundsatz, dass bei der Planung für eine angemessene Spitalversorgung die privaten Trägerschaften angemessen einzubeziehen sind, gestrichen oder verwässert wird. Vielmehr treten wir dafür ein, dass für die Zeit bis zum definitiven Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung ein Moratorium bezüglich der bestehenden Spitalisten verhängt wird, um so zu</p>	SGV

		verhindern, dass Privatspitäler, welche den Sprung auf eine Spitalliste geschafft haben, wieder von dieser gestrichen werden.	
39	1d	Cet article qui oblige les cantons à une planification cantonale, voir inter-cantonale, devrait, à notre avis, être complété par une remarque signifiant que si les cantons ne trouvent pas eux-mêmes une solution, le Conseil fédéral doit pouvoir intervenir.	FRC
39	1d	Soll in diesem wichtigen und kostenintensiven Bereich effektiv gespart werden, erachten wir es als unumgänglich, dass die Kompetenzen des Bundes gegenüber den Kantonen wesentlich gestärkt werden. Der Blick in verschiedene Kantone zeigt, dass diese sehr oft enorme Mühe bekunden, Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft einzuleiten und durchzuziehen. Insbesondere die notwendige Schliessung von einzel-nen Spitälern ist für die Kantone zum Teil politisch fast nicht durchsetzbar. Gemäss dem Vorschlag sollen die Kantone verpflichtet werden, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung vorzunehmen. Wir hegen grosse Zweifel, ob die Kantone innert nützlicher Frist zu einer Einigung kommen würden und fordern, dass diese wichtige Koordinationsaufgabe in die Hände und in die Kompetenz des Bundes gelegt wird. Dies soll auch sicherstellen, dass nicht interessengeleitete Entscheide fallen, sondern sachlich begründete.	SKS
39	1d	Planification et mandats de prestation: L'attribution des mandats de prestation doit se faire sur des bases objectives et rester compatible avec l'instauration d'une forme de concurrence réglementée dans le domaine hospitalier. La planification ne peut pas conduire à l'institution de monopoles cantonaux et régionaux réservés à un établissement donné pour un certain type de pathologie. Reste naturellement réservé le domaine de la médecine hautement spécialisée, dans lequel l'hôpital universitaire peut détenir un monopole de fait. Si l'article 41 précise bien que « l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie », encore faut-il qu'il puisse choisir entre plusieurs établissements. Il en découle que la planification ne doit pas viser à exclure la possibilité de choisir entre plusieurs établissements pour toutes les formes de traitement et d'intervention qui n'auraient pas un caractère exceptionnel ou qui ne nécessiteraient pas une infrastructure lourde spécialisée. Cette liberté de choix est encore plus importante pour les patients qui disposent d'une assurance complémentaire et cotisent pour conserver la liberté de choix de leur médecin en cas d'hospitalisation. Ces patients doivent pouvoir « suivre » leur médecin dans l'établissement où celui-ci pratique son art. Dans le cas des cliniques dont la clientèle restera en majorité composée de patients bénéficiant de l'assurance complémentaire, la planification des prestations de l'assurance de base ne doit pas constituer un corset qui empêcherait d'offrir les avantages de l'assurance complémentaire. Ces patients s'attendent, en contrepartie d'une prime supplémentaire, non seulement à un confort accru, mais aussi à l'absence de listes d'attente et à une meilleure disponibilité des infrastructures hospitalières. Une marge de liberté suffisante devra être accordée à ces établissements pour utiliser les ressources supplémentaires que leur apporte l'assurance complémentaire afin d'investir librement dans l'équipement qu'elles estiment nécessaires pour leurs patients privés. Le projet de loi reste donc trop vague sur les limites à fixer à la planification, pour éviter qu'elle ne rende difficile toute concurrence et ne contrecarre un des objectifs de la révision, qui est précisément de créer des conditions propices à la concurrence.	CP
39	1d	Mit dem Wechsel zur Leistungsfinanzierung würde sich streng genommen die Spitalplanung auf diejenigen Bereiche konzentrieren, in welchen die Versorgungssicherheit nicht gewährleistet wäre. Realistischerweise ist aber mit einer Weiterführung der heutigen Spitalplanung zu rechnen. Die Spitalplanung hat sich auf die Leistungen	K3

		<p>gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung zu beschränken. Wahl- und Zusatzleistungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz sind davon klar auszunehmen. Für diese ist auch unter dem Prinzip des Tarifschutzes eine entsprechende Verrechnung zulässig. In diesem Bereich werden Angebote und Preise gemäss marktwirtschaftlichen Grundsätzen gebildet.</p> <p>Wir wiederholen daher die oben gestellte Forderung wonach private Spitalleistungserbringer nicht von der bestehenden Spitalliste gestrichen werden dürfen, bis das monistische Spitalfinanzierungssystem eingeführt ist. (vgl. die in der letzten Dezembersession von beiden Kammern genehmigte Übergangsbestimmung Absatz 6, bis).</p>	
39	1d	<p>Die Spitalplanung, wie in der Botschaft umschrieben, soll nur auf den KVG-Bereich bezogen sein. Diese grundsätzlich zu begrüßende Änderung vermag jedoch nicht über die Problematik der Spitalplanung schlechthin hinwegzutäuschen. Tatsächlich sind auch alle zusatzversicherten Patienten aufgrund des vorgesehenen Sockelbeitrages (teilweise) dem KVG-Bereich zuzuordnen. Spitalplanung in einem wettbewerblichen Umfeld ist ein völliger Widerspruch mit Ausnahme spezifischer Anliegen wie die Spitzenmedizin (im Gesetz unmissverständlich zu definieren), die Versorgungssicherheit in bevölkerungsarmen Randgebieten sowie Notfallaufnahme-Konzepte. Im erläuternden Bericht bekräftigt ja der Bundesrat, den Wettbewerbsgedanken zu verstärken und daher zu einer leistungsbezogenen Finanzierung überzugehen, bei der Preis und Leistung gegenüberstehen. Bei diesem Konzept, ernsthaft angestrebt, steht die Planung völlig quer im Raum. Eine auf den Bedarf genau ausgerichtete Spitalkapazität liesse ja keinen Wettbewerb mehr zu! Die PKS lehnen eine weitergehende Spitalplanung als klar im Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken stehend ab. Artikel 39 ist daher bis auf Abs. 1, lit. a-c (Spitalbewilligung) ersatzlos zu streichen. Die Übertragung von Leistungsaufträgen muss sich auf objektive Elemente abstützen und den Wettbewerbsregeln gerecht werden. Die Gefahr besteht nämlich, dass die Kantone mit ihren Mehrfachrollen im Gesundheitswesen die öffentlichen Spitäler deutlich bevorzugen, nicht zuletzt auch unter den oben erwähnten finanziellen Aspekten des Sockelbeitrages neuerdings auch an Patienten, die sich in privaten Listenspitalern behandeln lassen. Jedenfalls müssen die Kantone auf ein Moratorium bezüglich bestehender Spitallisten verpflichtet werden, wonach Privatspitäler nicht von der bestehenden Liste gestrichen werden können, bis das monistische Spitalfinanzierungssystem eingeführt ist. Die seinerzeit von beiden Kammern genehmigte Übergangsbestimmung (Absatz 6, bis) der im Dezember 2003 abgelehnten Revisionsvorlage ist somit wieder aufzunehmen. Ohne dieses Moratorium verkäme die Zusage des Sockelbeitrages an Patienten in Privatspitälern zur Farce; die Vorlage insgesamt müsste diesfalls von den PKS bekämpft werden.</p>	SVPK
39	1d	Wir unterstützen die vorgeschlagene Lösung der integralen Listen sämtlicher für die Grundversorgung erforderlichen Spitäler, unabhängig davon, ob es sich um öffentliche oder private Institutionen handelt.	SVBG
39	1	Ziff 4: Hier sollte auf eine ausgewogenere „Machtverteilung“ zwischen Leistungserbringern und Kantonen geachtet werden	MIS
39	1d	Neu soll von der bisherigen Objektsubventionierung abgerückt werden. Um den Wettbewerbsgedanken zu stärken wird eine leistungsbezogene Finanzierung vorgeschlagen. Wir stehen diesem Ansatz sehr positiv gegenüber, zumal damit der Wettbewerb in den Vordergrund gerückt werden soll. Allerdings wird durch den systemwidrigen Einbezug der Planung dieser Schritt in die richtige Richtung gleich wieder zunichte gemacht. Bei einer Leistungsfinanzierung stehen sich richtigerweise Preis und Leistung gegenüber. Angebot und Nachfrage werden also über die Preise gesteuert. Die Planung erscheint in einem solchen System als	Hirslanden

		fremdes Element und steht in einem absoluten Widerspruch zum angestrebten Wettbewerb. Art. 39 ist aus diesem Grund bis auf Abs. 1, lit a - c (Spitalbewilligung) ersatzlos zu streichen. Anstelle der Spitalplanung könnte allenfalls eine regionale Versorgungsplanung mit entsprechenden Leistungsaufträgen treten. Die Leistungsaufträge müssten allerdings nicht gezwungenermassen durch die Kantone erteilt, sondern könnten beispielsweise durch eine paritätische Kommission mit Leistungserbringern und Kostenträgern vergeben werden. Die Kriterien zur Vergabe der Leistungsaufträge sind abschliessend in das Gesetz aufzunehmen.	
39	1d	Die Planung ist von den Kantonen gemeinsam mit den Versicherern vorzunehmen. Die Kantone und die Versicherer haben als Kostenträger mit fix definierten Prozentanteilen weitgehend gleiche Interessen. Der gesetzliche Auftrag für die gemeinsame Erarbeitung der Leitungsaufträge fördert die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern. Er bildet zudem eine taugliche Grundlage für den geplanten Übergang in die monistische Finanzierung des Gesundheitswesens (vgl. Übergangsbestimmungen Abs. 5). Antrag: Abs. 1 ist mit Bst. f ist wie folgt zu ergänzen: f. Die Kantone nehmen die Vergabe der Leistungsaufträge in Koordination mit den Krankenversicherern und unter Berücksichtigung der Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 vor.	santésuisse
39	1d	Die Spitalplanung hat gemeinsam mit den Krankenversicherern zu erfolgen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die sozialen Krankenversicherer und die Prämienzahler noch mehr belastet werden: 1. Die Kantone sind bisher ihrer Aufgabe der Spitalplanung nicht oder nur sehr bedingt nachgekommen. 2. Der Gesetzesentwurf sieht die dual-fixe Spitalfinanzierung vor. Da die Versicherer sich in Zukunft beispielsweise auch an den Investitionskosten beteiligen müssen, muss ihnen logischerweise ebenfalls das Recht zugestanden werden, bei der kantonalen Spitalplanung resp. der Vergabe von Leistungsaufträgen mitzureden. 3. Dabei sollte der Begriff Spitalplanung durch den Begriff „Leistungsauftrag“ ersetzt werden. Bei der Erteilung der Leistungsaufträge hat man sich grundsätzlich auf die Kriterien des Bedarfs, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu stützen.	Cosama
39	1d	Das vorgesehene Gleichgewicht bei der Finanzierung der erbrachten Leistungen sollte auch im Bereich der Planung gewürdigt werden. In der vorgeschlagenen Gesetzesdefinition werden die Versicherer bei der Spitalplanung zu wenig miteinbezogen. Insbesondere auch im Hinblick auf die zusätzlich zu übernehmenden Investitionskosten der Privatspitäler drängt sich eine Beteiligung der Versicherer auf. Folgende Möglichkeiten sind denkbar, die Versicherer an der Spitalplanung teilhaben zu lassen: Die Vergabe von Leistungsaufträgen ist von Betriebsvergleichen abhängig zu machen. Die Versicherer sollten die Möglichkeit erhalten, aktiv an den Vergleichen mitzuwirken; Kanton und Versicherer koordinieren die Vergabe der Leistungsaufträge. Leistungsaufträge werden abgeschafft und die Versicherer erhalten die Möglichkeit, mit Leistungserbringern Verträge über einzelne Leistungen abzuschliessen. Zudem sollten weitere Kriterien für den Leistungsauftrag festgesetzt werden, das Kriterium der „bedarfsgerechte medizinische Versorgung“ reicht nicht aus. Denkbar wäre Wirtschaftlichkeit und Qualität der von den Spitälern erbrachten Leistungen.	ÖKK
39	1d	Von integrativen Spitalisten und einer Verstärkung der Planwirtschaft im Spitalbereich ist abzusehen. Die in dem neuen Art. 39 Abs. 1 Bst. d sowie Absätze 2 und 4 KVG vorgesehene integrale quantitative Planung aller Spitalkapazitäten stellt einen Schritt in Richtung auf eine verstärkte planwirtschaftliche Organisation des Spitalsektors dar. Dazu beschränkt	WEKO

		<p>sich diese integrale Planung nicht nur auf die Grundversicherung, sondern wirkt sich entscheidend auf die Zusatzversicherung aus: Denn ohne die Möglichkeit der so genannten A- und B-Listen werden nur jene Privatkliniken Kantonsbeiträge für die Behandlung von Zusatzversicherten erhalten, die auf der integralen Spitalliste aufgeführt sind. Andere Privatkliniken werden bei der Behandlung von Zusatzversicherten nicht mehr konkurrenzfähig sein. Folglich wird durch die Planung in Form einer integrativen Spitalliste auch das Angebot in der Zusatzversicherung bestimmt. Im Übrigen ist nicht einzusehen, weshalb gegenwärtig eine stärker planwirtschaftliche Organisation des Spitalsektors vorgenommen werden soll, wenn der Bundesrat die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung beabsichtigt. Die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung ermöglicht den Krankenversicherern im stationären Bereich stärker differenzierte Versicherungsprodukte anzubieten. Damit verfolgt der Bundesrat insbesondere das Ziel, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zu erhöhen. Die Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler ist umgehend zu vollziehen, um dem Prinzip der Wettbewerbsneutralität zu genügen und die Voraussetzung für echten Preis-Leistungs-Wettbewerb zu schaffen - gerade im Hinblick auf die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung. Der diskretionäre Entscheidungsspielraum für die Kantone bei der Festlegung der Spitallisten und der Listen für teilstationäre Einrichtungen geht zu weit. Nach Ansicht der Wettbewerbskommission ist die Bevorzugung der öffentlichen gegenüber den privaten Kliniken und damit eine Verletzung des Prinzips der Wettbewerbsneutralität aus folgenden Gründen naheliegend: Die Kantone sind an den öffentlichen Spitälern beteiligt und es besteht weiterhin eine Defizitgarantie der öffentlichen Hand. Zumindest bis zur Erfüllung von Art. 39 Abs. 5 (neu) KVG fehlen eindeutige Kriterien für die anvisierte Gleichbehandlung bezüglich der Spitallistenaufnahme oder können aufgrund der in den Erläuterungen erwähnten, ungenügenden transparenten Datenlage nicht überprüft werden. Gemäss Abschnitt 5.1.2 der Erläuterungen fallen die Mehrausgaben der Kantone umso höher an, je stärker sie die Privatspitäler in den kantonalen Planungen berücksichtigen. Mit dem Entscheid der Kantone über die Aufnahme von Privatkliniken in der Spitalliste konkurrenzieren die Kantone das eigene öffentliche Angebot. Entsprechend wird nicht nur die Frage im Vordergrund stehen, ob die privaten Leistungskapazitäten einem Bedürfnis der Bevölkerung entsprechen. Zudem werden Privatkliniken, die sich nicht auf der Spitalliste befinden werden, keinen Sockelbeitrag für die Behandlung von Zusatzversicherten erhalten. Damit werden diese, wie oben ausgeführt, bei der Behandlung von Zusatzversicherten neu auch einen Wettbewerbsnachteil gegenüber jenen Privatkliniken erleiden, die auf der Spitalliste aufgeführt sind.</p> <p>Antrag: Von der vorgesehenen integralen quantitativen Planung aller Spitalkapazitäten ist abzusehen und der neue Art. 39 Abs. 1 Bst. d sowie Absätze 2 und 4 KVG sind entsprechend anzupassen. Für die Tätigkeit der Halbprivat- und Privatabteilungen von privaten und öffentlichen Spitälern zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung soll die Erfüllung der personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen von geltendem Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG genügen (Möglichkeit der sogenannten A- und B-Listen).</p>	
39	2	<p>Die Vorschläge des Departementes tragen hier wenig zur Klärung der tatsächlichen Situation bei. Wir schlagen vor, dass das in der Realität vorhandene 3-Typen-Konzept verankert wird : Typ 1 : Spitäler mit öffentlichen Subventionen, mit Leistungsauftrag nach KVG; Typ 2: Spitäler ohne öffentliche Subventionen, mit Leistungsauftrag nach KVG; Typ 3: Spitäler ohne öffentliche Subventionen und ohne Leistungsauftrag</p>	AG

		nach KVG. Und für jeden dieser Typen die Spielregeln klären. Es ist für uns nicht verständlich, wieso das Departement an seiner puristischen Sichtweise des KVG festhält, welche die Existenz des ganzen privaten Gesundheitsmarktes in Frage stellt. Die vorgeschlagene Formulierung in Kombination mit Artikel 49 führt - auch ohne unsere Einwände oben - weiterhin zu Unklarheiten und Missverständnissen. Wenn Planung und Finanzierung in der vom Departement gewünschten Verbindung auftreten, sollten die beiden entsprechen den Gesetzesartikel unmittelbarer und klarer aufeinander Bezug nehmen.	
39	2	Aufgrund des Versicherungsobligatoriums für die gesamte Bevölkerung wird vorgeschlagen, dass sämtliche Kapazitäten, welche für die Erbringung der Leistungsaufträge gemäss KVG erforderlich sind, in die Bedarfsplanung einbezogen werden müssen. In den Erläuterungen (S. 9) wird darauf hingewiesen, dass sich die Planung auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränke. Für Leistungen, welche der Leistungspalette der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht angehören (zusätzlicher Komfort im Ein- oder Zweibettzimmer, freie Arztwahl beim Spitalaufenthalt), bestehe keine Planungspflicht, da die Bereitstellung der entsprechenden Kapazitäten den Gesetzen des Marktes unterliegen soll. Mit dieser Erläuterung wird die eingangs beschriebene Planungspflicht obsolet. Damit ist nach wie vor nicht klar, ob eine Planungspflicht auch für die Privatabteilung besteht oder nicht. Wird aber eine Ausdehnung der Finanzierungspflicht der Kantone auf Privatspitäler festgeschrieben, so müssen diese auch explizit in die Planungspflicht eingeschlossen werden. Art. 39 Abs. 2 ist daher wie folgt zu präzisieren: Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf sämtliche Angebote an stationären Behandlungen beziehen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Die Planung berücksichtigt die Patientenströme zwischen den Kantonen und bezieht die privaten Trägerschaften angemessen mit ein.	AI, AR
39	2	Wir beantragen, Art. 39 Abs. 2 wie folgt zu präzisieren: „Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf sämtliche Angebote an stationären Behandlungen beziehen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Die Planung berücksichtigt die Patientenströme zwischen den Kantonen und bezieht die privaten Trägerschaften angemessen mit ein.“	AR
39	2	Wir begrüssen die Formulierung, wonach private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. Vom Grundsatz der Gleichbehandlung (unabhängig von der Trägerschaften) darf nicht abgewichen werden. An dieser Stelle gilt es zu präzisieren, dass sich die Planung der Kantone auf alle Spitalleistungen bezieht, die über Sozialversicherungen abgegolten werden. Diese Regelung fehlt heute. Doch ist nur so ist eine konsistente Spitalplanung möglich. Regelungsvorschlag: Art. 39 Abs. 2: Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf sämtliche Angebote an Heilbehandlungen beziehen, die von Sozialversicherungsträgern gemäss Art. 64 Abs. 2 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vergütet werden. Die Planung berücksichtigt die Patientenströme zwischen den Kantonen und bezieht die privaten Trägerschaften angemessen mit ein.	BE
39	2	Il y a lieu de modifier l'alinéa 2 de cet article pour préciser que la planification établie par un canton doit couvrir l'ensemble des besoins en soins hospitaliers et des séjours des patients et pas seulement les cas relevant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. En effet, les capacités hospitalières (journées, lits, autres) doivent être établies pour l'ensemble de la population et tous les patients d'un canton. Par conséquent, les cas trai-	FR

		tés et soumis aux lois fédérales sur l'assurance-accident, sur l'assurance-invalidité et sur l'assurancemilitaire doivent également être pris en compte dans la détermination des capacités.	
39	2	Der Ausdehnung der Planungspflicht für private Anbieter können wir im Sinne der Überlegungen in Ziffer 1 zustimmen.	NW
39	2	Weil das Versicherungsobligatorium die gesamte Bevölkerung umfasst, soll im Sinne einer Klarstellung die explizite Planungspflicht für alle dem KVG unterstellten Personen verankert werden. Die Kantone haben in Zukunft integrale Spitallisten zu erstellen, auf denen sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler – unabhängig von Rechtsform und Trägerschaft – aufgeführt sind. Speziell für kleine Kantone stellt sich die Frage, ob es mit der revidierten Vorlage weiterhin möglich sein wird, eine so genannt offene Spitalliste zu führen. Im Kanton Nidwalden sind jene Spitäler für die Verrechnung von Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen, die auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt sind. Dies müsste auch mit der revidierten Vorlage möglich sein.	NW
39	2	Wir gehen davon aus, dass die Kantonsbeiträge künftig für alle Spitäler die Verpflichtung begründen, sich der kantonalen Spitalplanung zu unterziehen sowie Leistungsaufträge mit Auflagen entgegenzunehmen. Ergänzungsbedarf besteht in Bezug auf den Umfang der Spitalplanung. Es ist zu präzisieren, dass sich die Planung der Kantone auf alle Spitalleistungen bezieht, die über bundesrechtliche Sozialversicherungen abgegolten werden. Diese Regelung fehlt heute. Insbesondere die bisherige Ausklammerung der Patienten der Unfallversicherung führte zu unsinnigen Lücken, die auszumerzen sind.	SH
39	2	Die Planung sollte sich nicht auf KVG-Leistungen beschränken, sondern alle Spitalleistungen umfassen, die über Sozialversicherungen abgegolten werden. Nur so ist eine konsistente Spitalplanung möglich. Formulierungsvorschlag: Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Abs. 1 Buchstabe d muss sich auf sämtliche Angebote an Heilbehandlungen beziehen, die von Sozialversicherungsträgern gemäss Art. 64 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vergütet werden. Die Planung berücksichtigt die Patientenströme zwischen den Kantonen und bezieht die privaten Trägerschaften angemessen mit ein.	SG, TG, ZH, GDK
39	2	Aufgrund des Versicherungsobligatoriums für die ganze Bevölkerung wird neu vorgeschlagen, dass sämtliche Kapazitäten, welche für die Erbringung der den Spitälern mittels Leistungsauftrag zugeordneten Leistungen gemäss KVG erforderlich sind, in die Bedarfsplanung einbezogen werden müssen. Weiter wird in der bundesrätlichen Vorlage (S. 9) darauf hingewiesen, diese Planungspflicht bedeute gleichzeitig, „dass sich die Planung auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränke. Für Leistungen, welche der Leistungspalette der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht angehören, wie beispielsweise der zusätzliche Komfort im Ein- oder Zweibettzimmer und die freie Arztwahl beim Spitalaufenthalt, bestehe keine Planungspflicht. Die Bereitstellung der entsprechenden Kapazitäten soll den Gesetzen des Marktes unterliegen“. Mit dieser Erläuterung wird aber die eingangs beschriebene Planungspflicht genau wieder ins Gegenteil verkehrt. Damit ist nach wie vor nicht klar, ob nun eine Planungspflicht für Ein- oder Zweibettzimmer besteht oder nicht. Wird aber eine Ausdehnung der Finanzierungspflicht der Kantone auf Privatspitäler festgeschrieben, so müssten diese auch explizit in die Planungspflicht eingeschlossen werden (wer mitzahlt, soll auch mitbefehlen können). Zudem darf sich die Planung nicht auf KVG-Leistungen beschränken.	TG, ZH
39	2	Le projet soumis par le DFI confirme le principe de la compétence des cantons en matière de planification hospitalière. Compte tenu de l'exten-	VD

		<p>sion de la participation financière aux séjours dans les hôpitaux jusqu'ici non subventionnés, il élargit le champ d'application de cette compétence afin qu'elle s'applique à l'ensemble des hôpitaux nécessaires à la couverture en soins des assurés, quel que soit leur statut juridique. Il prévoit, de plus, que cette compétence s'exercera par l'attribution de mandats de prestations avec la possibilité de soumettre cette attribution au respect de conditions posées par le canton. Il insiste enfin sur l'article 48 de la Constitution qui donne la possibilité aux cantons de s'organiser entre eux aux fins de coordonner leur planification hospitalière et de créer des institutions communes.</p> <p>Dans le prolongement de la position présentée ci-dessus, le Conseil d'Etat du canton de Vaud s'oppose à l'intégration des hôpitaux non subventionnés dans la planification cantonale. Si le Conseil fédéral devait néanmoins maintenir le principe de l'extension de la participation des cantons à tous les séjours hospitaliers effectués dans la cadre de l'assurance obligatoire, le Conseil d'Etat considère que les cantons devraient alors disposer d'une large marge de manoeuvre pour fixer les conditions d'octroi des mandats de prestations - notamment à l'égard des hôpitaux non subventionnés jusqu'à aujourd'hui - et qu'ils devraient avoir la possibilité d'introduire des sanctions en cas de non-respect des dites conditions.</p>	
39	2	<p>Die Spitalliste erhält für die Kantone und die Privatspitäler eine viel grössere Bedeutung. Dennoch werden weiterhin keine Vorgaben gemacht, nach welchen Kriterien insbesondere Privatspitäler auf die Liste zu nehmen sind. Jahrelange Rechtsverfahren sind hier vorprogrammiert - entscheiden wird schliesslich der Bundesrat als letzte Instanz und nicht die Legislative.</p> <p>Bisher war die Spitalliste für die Privatspitäler kaum relevant. Und für die Kantone hatte es keine finanziellen Konsequenzen, wenn sie ein Privatspital und vor allem ausserkantonale Privatspitäler auf die Liste genommen haben. Neu löst die Aufnahme in jedem Fall auch eine Subventionspflicht aus. Muss beispielsweise beim Erstellen der Liste darauf Rücksicht genommen werden, dass Zusatzversicherte die Spitalwahlfreiheit haben (d.h. es müssten möglichst viele Privatspitäler auf die Liste genommen werden) oder reicht es aus, dass die Möglichkeit besteht, eine Behandlung in einem einzigen Privatspital oder sogar in einer privaten Abteilung des öffentlichen Spitals machen zu lassen?</p>	ZG
39	2	<p>Die Spitalplanung bleibt gemäss Vorschlag des Bundesrates auf Grund verfassungsrechtlicher Überlegungen in der Kompetenz der Kantone. Damit wird der Föderalismus in der Spitalplanung weiterhin gestützt, obwohl die Erfahrungen zeigen, dass praktisch alle Kantonsregierungen grosse Schwierigkeiten haben, Veränderungen, insbesondere Konzentrationsprozesse in der Spitalplanung, durchzusetzen. Da es sich um einen bedeutenden kostenlenkenden und kostendämpfenden Bereich des Gesundheitssystems handelt ist die SP Schweiz überzeugt, dass hier die Bundeskompetenzen klar gestärkt werden müssen, wenn schon am föderalistischen System auf Grund verfassungsrechtlicher Überlegungen festgehalten werden soll.</p> <p>Mit dem Vorschlag, dass die Kantone zukünftig nur noch integrale Spitallisten führen sollen, auf denen sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler aufgelistet sind, ohne dass eine Unterscheidung in Spitäler, die allen (Grund-)Versicherten offen stehen und solchen, deren Zugang nur bei Vorliegen einer Zusatzversicherung offen steht, sind wir einverstanden. Hingegen lehnen wir eine Verpflichtung ab, wonach die privaten Trägerschaften weitergehend als nach geltendem Recht (Art. 39 Abs 1 lit. d KVG) in die Planung einbezogen werden sollen. Mit diesem Zusatz wird die Spitalplanung der Kantone als Planungsinstrument praktisch aufgehoben. Er verpflichtet die Kantone zur Gleichstellung der öffentlich und öffentlich subventionierten Spitäler mit den Privatspitälern.</p>	SPS

		<p>Es dürfte sich in der Praxis unter dem Gesichtspunkt der Gleichstellung als kaum durchführbar erweisen, Privatspitäler die die bereits auf der Liste sind, zu streichen. Wie in den Vernehmlassungserläuterungen ausgeführt sind die damit verbundenen Mehrausgaben für die Kantone erheblich, wenn ein Beitrag an die Leistungen aller heute auf einer Spitalliste aufgeführten Privatspitäler entrichtet werden muss. Je nachdem, in welchem Ausmass die Privatspitäler beziehungsweise deren Leistungen in den kantonalen Planungen berücksichtigt werden, fallen die Mehrbelastungen der Kantone hoch bei einer permissiven Planung oder aber tiefer bei einer restriktiven Planung aus. Von kantonaler Seite wird von einer Kostenverschiebung von rund 800 bis 810 Millionen Franken zu Lasten der Kantone ausgegangen. Für die SP Schweiz ist eine solche Mehrbelastung der Kantone zu Gunsten der Privatspitäler sozialpolitisch nicht vertretbar. Stattdessen fordert sie ein klares finanzielles Engagement der öffentlichen Hand zur Sicherung der Qualität in der Grundversorgung auch im Bereich der Pflege und ein starkes finanzielles Engagement im Hinblick auf die Neuregelung der Finanzierung der Pflege.</p>	
39	2	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung mit Vorbehalt.	SVP
39	2	<p>Cela étant, dans le système actuel le PLS tient également à ajouter que la LAMal prévoit que l'on tienne compte du secteur privé, puisque cela a été également un des fondements de la nouvelle loi. Nous avons, dans la LAMal, l'obligation générale d'être assuré: quiconque vit en Suisse doit être assuré et, dès lors, il doit être traité de manière égale. Il va de soi que nous ne pouvons pas péjorer la situation d'un assuré qui a, au nom de sa liberté, encore le choix d'aller à tel ou tel hôpital ou de bénéficier de telle ou telle prestation. De même, l'égalité de traitement doit aussi se faire entre les hôpitaux. S'il y avait des subventions cantonales uniquement pour l'hospitalisation en chambre commune, ce qui était le système auquel nous croyions avoir abouti avant l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, le PLS n'aurait rien à redire. En revanche, à partir du moment où les subventions des cantons sont également accordées, en fonction de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, pour l'hospitalisation en chambre privée et donc pour les prestations privées des hôpitaux, il n'y a strictement aucune raison de faire une différence entre un hôpital purement privé ou un hôpital privé subventionné.</p>	LPS
39	2	<p>Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf die Versorgung aller nach diesem Gesetz versicherungspflichtigen Personen (Art. 3) beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Antrag: Private Trägerschaften können in die Planung einbezogen werden.</p>	SGB
39	2	<p>Was die Ausweitung der Spitalplanung auf die Privatspitäler anbelangt, sind wir der Meinung, dass solange der Kanton als Eigentümer von Spitälern die Spitalisten erstellt, immer die Gefahr besteht, dass die privaten Spitäler benachteiligt werden. Die Spitalliste bietet den Kantonen ein geeignetes Instrument, um unliebsame Konkurrenten der öffentlichen Spitäler aus dem Markt zu verdrängen und den Wettbewerb einzuschränken. Die nach KVG verlangte „angemessene“ Berücksichtigung der Privatspitäler (Art. 39 Abs. 1 Bst. d) kann aber nur bedeuten, dass alle Spitäler gleich behandelt und insbesondere nach den gleichen Leistungskriterien beurteilt werden müssen. Längerfristig streben wir eine monistische Finanzierung ohne Spitalplanung an, bei der die Spitäler und Krankenversicherer Verträge über Leistungen, Preise und Qualität aushandeln, und der Kanton lediglich die Vertragsergebnisse im Hinblick auf die Versorgungssicherheit überprüft. Im Hinblick auf dieses Ziel darf die jetzige Revision keinen Vorschub leisten für eine neue Planungsbürokratie.</p>	economie-suisse
39	2	Nous relevons le terme « toutes les personnes » tenues de s'assurer	FRC

		indépendamment de la couverture d'assurance (base ou privée), ceci en application des arrêts du TFA et la prise en compte des organismes privés dans la planification.	
39	2	Wir erachten es als angemessen, dass die Kantone eine integrale Spitalliste führen, welche alle Spitäler auflistet - ungeachtet dessen, ob die Spitäler allen Versicherten offen stehen oder ob eine Zusatzversicherung notwendig ist. Wir erachten es jedoch als kontraproduktiv, wenn die Trägerschaften der privaten Spitäler gleichberechtigt in die Spitalplanung einbezogen werden. Für die Kantone wird die Spitalplanung so noch schwieriger.	SKS
39	2	L'inclusion des cliniques privées dans la planification cantonale : Le principe de planification ayant été maintenu dans la loi, il doit s'appliquer à tous les établissements qui sont portés sur la liste LAMal. Les établissements non subventionnés ont toutefois de bonnes raisons de craindre que certains cantons ne favorisent dans leur planification que les établissements dans lesquels ils ont investi et dont ils ont subventionné l'exploitation jusqu'à maintenant. Au vu de l'état des finances de quelques cantons, on peut aussi prévoir qu'ils souhaiteront retarder les échéances et résisteront à l'obligation qui leur sera faite de financer aussi les patients hospitalisés dans les cliniques privées. C'est pourquoi il aurait été important que le législateur définisse de façon objective en quoi consiste la planification et fixe des critères objectifs, dont les cantons ne pourraient pas s'écarter. On a encore en mémoire l'épisode argovien où une clinique a été biffée à titre préventif de la liste LAMal, sans autre raison apparente que celle de ne pas alourdir la charge financière du canton à l'entrée en vigueur de la révision.	CP
39	2	In der Grundversorgung sollte kein Unterschied bestehen zwischen privat-, halbprivat- und allgemein versicherten Personen, da schliesslich alle grundversichert sein müssen.	VAA
39	2	Quant à l'obligation de planifier, nous notons à satisfaction qu'elle se limite au domaine de l'assurance obligatoire des soins et qu'elle ne s'applique pas aux prestations qui ne font pas partie de l'éventail des prestations de l'assurance obligatoire des soins, tel que le confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou deux lits et le libre choix du médecin à l'hôpital. En effet, la mise à disposition des capacités correspondantes doit être soumise aux lois du marché. Nous tenons enfin à souligner qu'il est important que la planification hospitalière ne soit pas utilisée pour privilégier certains établissements ou en supprimer d'autres (exception faite du domaine de la médecine hautement spécialisée). La LAMal prévoit en effet que l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, de sorte que la planification ne doit pas avoir pour effet de rendre illusoire ce libre choix.	FER
39	2	Nous sommes opposés à l'extension proposée de la planification hospitalière et souhaitons maintenir le statu quo. En particulier, nous ne souhaitons pas l'intégration des cliniques privées dans la planification hospitalière tel que le prévoit le projet de loi. Nous approuvons le fait d'obliger un prestataire dont la mission est d'intérêt public à prendre en charge en tout temps un patient. Cette mission doit rester l'apanage des établissements publics et reconnus d'intérêt public et nous ne souhaitons pas que les cliniques privées soient concernées par la mission d'intérêt public.	H+
39	2	Die Spitalplanung, wie in der Botschaft umschrieben, soll nur auf den KVG-Bereich bezogen sein. Die grundsätzlich zu begrüßende Änderung vermag jedoch nicht über die Problematik der Spitalplanung schlechthin hinwegtäuschen. Tatsächlich sind auch alle zusatzversicherten Patienten aufgrund des vorgesehenen Sockelbeitrages (teilweise) dem KVG-Bereich zuzuordnen. Spitalplanung in einem wettbewerblichen Umfeld ist ein völliger Widerspruch mit Ausnahme spezifischer Anliegen wie Spitzenmedizin (im Gesetz unmissverständlich zu definieren), die	SBV

		Versorgungssicherheit in bevölkerungsarmen Randgebieten sowie Notfallaufnahme-Konzepte. Im erläuternden Bericht bekräftigt ja der Bundesrat, den Wettbewerbsgedanken zu verstärken und daher zu einer leistungsbezogenen Finanzierung überzugehen, bei der Preis und Leistung gegenüberstehen. Bei diesem Konzept, ernsthaft angestrebt, steht die Planung völlig quer im Raum. Eine auf den Bedarf genau ausgerichtete Spitalkapazität liesse ja keinen Wettbewerb mehr zu! Die SBV lehnt eine weitergehende Spitalplanung als klar im Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken stehend ab.	
39	2	Den Zusatz, wonach die privaten Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind, lehnen wir indessen klar ab. Mit diesem Zusatz wird die Spitalplanung der Kantone als Planungsinstrument praktisch aufgehoben.	SVBG
39	2	Hier wird im Gesetz der angemessene Einbezug von privaten Trägerschaften verankert. Es wird somit eine Diskriminierung der bisherigen privaten Trägerschaften vorgenommen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung einen wichtigen Beitrag geleistet haben. Zudem haben die Kantone jahrzehntelang davon profitiert, dass private Anbieter mit der Versorgung und den entsprechenden Investitionen Gelder der öffentlichen Hand gespart haben. Es kann also nicht angehen, dass diese Institutionen einer „Willkür“ ausgesetzt werden. Zudem könnten sich auch im Hinblick auf ein monistisches System öffentliche Rechtskörperschaften in private Rechtskörperschaften umwandeln, so dass diese Bestimmung zur Farce würde. Antrag (letzter Satz): Private Trägerschaften sind in die Planung einzubeziehen, wenn sie einen wesentlichen Teil zur Versorgung beitragen bzw. beigetragen haben.	SRK
39	2	Aus dem Versicherungsgedanken selbst folgt unseres Erachtens zwingend, dass bei jedem stationären Aufenthalt in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital der in die Grundversicherung fallende Anteil der Sockelleistungen („Basisservice“) zulasten der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden muss und nur die darüber hinausgehenden Leistungen (höherer Komfort im Hotelbereich, freie Arztwahl, fehlender gesetzlicher Tarifschutz und uneingeschränkte Behandlungsfreiheit) den Zusatzversicherungen bzw. den Versicherten selbst überbunden werden dürfen. Durch eine restriktivere Ausgestaltung des Pflichtleistungskataloges würden sich in diesem Bereich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung noch enorme Kosteneinsparungspotentiale eröffnen. Wir unterstützen die Rechtsauffassung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts und die Absicht, die entsprechenden Unklarheiten des KVG im Gesetz selber zu beheben. Schliesslich halten wir aber fest, dass die Autonomie der reinen Privatspitäler von den Änderungen nicht betroffen werden darf. Sie sollen weiterhin nicht dem KVG unterstellt sein. Wir teilen Ihre Ansicht, dass den Kantonen keine Planungspflicht für Leistungen, die nicht dem Pflichtleistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten sind, auferlegt werden soll. Hingegen muss sichergestellt werden, dass die entsprechenden Planungsmöglichkeiten der Kantone im überobligatorischen Bereich uneingeschränkt bestehen bleiben. Die Gestaltungsfreiheit der Kantone soll vollumfänglich erhalten bleiben. Es ist abzulehnen, dass der Bundesrat die Kompetenz delegiert erhält, Einfluss auf die Spitalplanung der Kantone im Rahmen der Revision der Spitalfinanzierung zu erhalten. Unseres Erachtens ist weder in die Kompetenz noch in die Bemühungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren einzugreifen. Die Spitalplanung ist Sache der Kantone und soll es bleiben.	PULSUS
39	2	Antrag zur Ergänzung von Abs. 2: Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf die Versorgung aller nach diesem Gesetz versicherungspflichtigen Personen	ÖKK

		(Art. 3) beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Zudem ist die nachgewiesene Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der von den Spitälern erbrachten Leistungen zu berücksichtigen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen.	
39	2	Die Erweiterung der Kompetenzen des Bundes im Bereich der Spitalplanung (Art. 39, Abs. 2 – 6) geht unseres Erachtens zu wenig weit. Um die Rahmenbedingungen für eine nationale Gesundheitspolitik zu verbessern, sollte der Bund zwingend Grundsätze für die Planung erlassen. Die Kompetenz für die Planung im Bereich der hoch spezialisierten Medizin (Abs. 3) sollte dem Bund übertragen werden. Der Vorschlag, dass die Kantone in Zukunft nur noch integrale Spitallisten führen sollen, auf denen alle für die Versorgung notwendigen Spitäler aufgelistet werden, ohne zwischen Einrichtungen zu unterscheiden, die für alle Grundversicherten offen stehen und solchen, die nur Zusatzversicherten zugänglich sind, wird von uns begrüsst. Nicht einverstanden sind wir hingegen mit der Formulierung, private Trägerschaften seien «angemessen in die Planung einzubeziehen» (Art. 39, Abs. 2, letzter Satz). Mit diesem Zusatz besteht die Gefahr, dass das kantonale Instrument der Spitalplanung zu Gunsten der Privatspitäler geschwächt wird. Eine finanzielle Mehrbelastung der Kantone, die einseitig den Patienten und Patientinnen von Privatspitälern zu gute kommen würde, ist unseres Erachtens sozialpolitisch nicht vertretbar.	Pro Senectute
39	2	Der Schweizerische Seniorenrat hält grundsätzlich grössere nationale Kompetenzen in der Spitalplanung, insbesondere in der Spitzenmedizin, für notwendig. Er unterstützt in dieser Hinsicht die in der Vernehmlassung von Pro Senectute Schweiz enthaltenen Vorschläge: - zwingender Erlass von Grundsätzen für nationale Planungskompetenzen; - integrale Spitallisten für alle Spitäler; - Verzicht auf die Mitwirkung privater Trägerschaften in der Planung. Insbesondere teilt der SSR die Kritik, dass mit einem Einbezug privater Trägerschaften in die Planung die sozialpolitischen Ziele der Krankenversicherung geschwächt würden.	SSR
39	2	Der Einbezug der Privatspitäler in die kantonale Spitalplanung und der Abschluss von entsprechenden Leistungsverträgen ist zu begrüßen. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass diese Spitäler Patienten und Patientinnen, die bloss obligatorisch versichert sind, eine Behandlung ohne Zuschläge anbieten: Dies muss als Auflage in den Leistungsaufträgen festgelegt werden. Behinderte und langzeitkranke Menschen verfügen häufig über keinen Zusatzversicherungsschutz (und sind auch nicht in der Lage, solche Versicherungen abzuschliessen). Es muss deshalb sichergestellt sein, dass auch ihnen dieselben Angebote der medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen wie Zusatzversicherten.	GELIKO
39	2	Der Einbezug der Privatspitäler in die kantonale Spitalplanung und der Abschluss von entsprechenden Leistungsverträgen ist zu begrüßen.	SAEB
39	2	L'obligation pour les cantons d'accélérer le processus de planification.	MPF
39	1d und 2	Wir unterstützen die vorgeschlagene Lösung der integralen Listen sämtlicher für die Grundversorgung erforderlichen Spitäler, unabhängig davon, ob es sich um öffentliche oder private Institutionen handelt. Den Zusatz, wonach die privaten Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind, lehnen wir indessen klar ab. Mit diesem Zusatz wird die Spitalplanung der Kantone als Planungsinstrument praktisch aufgehoben.	SBK
39	2 bis (neu)	Antrag: Die Kantone sind verpflichtet, vor Vergabe von Leistungsaufträgen an Einrichtungen gemäss Abs. 1 Betriebsvergleiche durchzuführen. Sowohl bei der Durchführung von Betriebsvergleichen wie auch bei der Vergabe von Leistungsaufträgen müssen die Kantone	ÖKK

		die Krankenversicherer einbeziehen. Die kantonalen Regelungen bezüglich Spitalplanung sind entsprechend anzupassen.	
39	3	Par ailleurs, le Conseil d'Etat approuve le principe de déléguer subsidiairement au Conseil fédéral la compétence de planifier la médecine hautement spécialisée en cas d'échec des travaux conduits par les cantons. Il adopte une position similaire concernant la définition de critères en matière de coordination des planifications cantonales, car il s'agit là d'une responsabilité attribuée constitutionnellement aux cantons, auxquels il appartient en conséquence de définir les principes qui garantissent une application uniforme des dispositions fédérales. Certes, la possibilité d'intervention du Conseil fédéral doit être prévue dans la loi afin d'éviter que les principes se définissent, comme c'est le cas aujourd'hui, au coup par coup, à l'occasion des recours déposés contre les décisions des cantons. Cette responsabilité du Conseil fédéral ne peut cependant demeurer que subsidiaire à celles des cantons. Cas échéant, elle doit s'exercer en concertation avec eux.	VD
39	3	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Eine weitergehende Einflussnahme auf Stufe Bund scheint im Moment nicht realisierbar.	SVP
39	3	Der Vorschlag, wonach die Kantone verpflichtet sind, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen, geht zuwenig weit, auch wenn vorgesehen ist, dass der Bund die Planung erlassen kann, wenn die Kantone diese Aufgabe nicht zeitgerecht erfüllen. Dieser Bereich ist ein eminent wichtiger Kostenfaktor. Die SP Schweiz fordert deshalb die Planung der Spitzenmedizin in Bundeskompetenz zu geben.	SPS
39	3	Die vorgeschlagene Planungspflicht im Bereich der hochspezialisierten Medizin ist aus der Sicht des SGB ein Minimum. Sinnvoll wäre eine stärkere Verbindlichkeit der Zusammenarbeit der Kantone mit dem Ziel der Kostendämpfung. Dabei muss die Versorgungssicherheit gewährleistet bleiben.	SGB
39	3	Eine über die Kantonsgrenzen hinweg koordinierte Planung der hochspezialisierten Medizin, ist aus Effizienz- und Kostengründen dringend notwendig.	SBV
39	3	Wir erachten die Bestrebungen der Kantone, eine interkantonale Koordination der Spitzenmedizin im Rahmen des Neuen Finanzausgleichs aufzubauen, als sinnvoll und unterstützen die Einräumung einer subsidiären Kompetenzübertragung an den Bundesrat in dieser KVG-Revision.	economie-suisse
39	3	Nous apprécions que les cantons soient obligés d'avoir une planification commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Il faudrait encore préciser que les cliniques privées et les hôpitaux des cantons voisins (vu l'étroitesse du pays) doivent obligatoirement être partie prenante de cette planification de médecine spécialisée.	FRC
39	3	Wir begrüessen die koordinierte Planung der hochspezialisierten Medizin, sind jedoch skeptisch, ob dies den Kantonen zeitgerecht möglich sein wird. Sinnvoller wäre es, diese Aufgabe gleich dem Bund zu übertragen und gleichzeitig Parameter vorzugeben, die den Standort Schweiz stärken. So muss garantiert sein, dass qualitativ hochstehende Behandlung, Lehre und Forschung in allen Fachbereichen in der Schweiz angeboten werden.	VSAO
39	3	Wir sind der Überzeugung, dass die gemeinsame Planung der Kantone nur über klare Vorgaben bezüglich der zu koordinierenden Bereiche realisiert werden kann.	VLSS
39	3	Wir sind der Meinung, dass der Bund in der Planung der Spitzenmedizin eine aktivere Rolle übernehmen muss, als sie im Krankenversicherungsgesetz festgelegt wird. Die vorgeschlagene Beschränkung auf eine subsidiäre Kompetenz des Bundes genügt aus unserer Sicht nicht.	SVBG, SBK

39	3	Wir begrüßen die in der Vorlage enthaltene Verpflichtung der Kantone zu einer gemeinsamen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin sowie die subsidiäre Planungsverantwortung des Bundesrates in diesem Bereich.	SVAO
39	3	Antrag: Der teilstationäre Bereich ist zu belassen.	SRK
39	3	Eine gesamtschweizerische Planung für Spitzenmedizin wie beispielsweise Transplantationsmedizin ist nur über klare Vorgaben zu verwirklichen. Kriterien für die Regelung und Konzentration von Leistungen haben unter dem Aspekt der Qualität (z.B. Case load: d.h. minimale Anzahl Fälle).	SGIM
39	3	Die Kantone sollen hier auch inskünftig die Entscheidungsträger wie auch Träger der Institutionen bleiben. Wir teilen die Auffassung, dass diese Frage am effizientesten und wirksamsten auf interkantonaler Ebene gelöst wird. Auf alle Fälle ist es nicht eine Sache des KVG. Die Schaffung einer subsidiären Kompetenz des Bundesrates wird abgelehnt	PULSUS
39	3	Die Übergangsfrist von 3 Jahren ist zu lang und soll auf 2 Jahre verringert werden.	Cosama
39	3	Adäquate stationäre Versorgungsstrukturen müssen auch Angebote der Komplementärmedizin mit umfassen. Zu diesem Zweck sind die Kantone anzuhalten, private Leistungserbringer mit entsprechendem Angebot ebenfalls auf die Spitalliste aufzunehmen respektive bei Fehlen geeigneter kantonaler Versorgungsstrukturen ausserkantonale Angebote mit einzubeziehen.	ffg
39	3	Ebenfalls befürwortet wird seitens des ffg – forum für Ganzheitsmedizin die Verpflichtung der Kantone, im Bereich der hochspezialisierten Versorgung eine gemeinsame Planung zu beschliessen.	ffg
39	4	Regelungsvorschlag: . . . Vereinbarung abgeschlossen hat Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden.	BE
39	4	Ferner steht zwar, dass die Kantone den Spitälern Auflagen machen können. In der Praxis dürfte dies aber zu einigen Schwierigkeiten führen. Wenn der Kanton beispielsweise ein Privatspital verpflichten würde, auch Allgemeinversicherte Patientinnen und Patienten aufzunehmen, stellt sich die Frage, ob dieses Spital dann seine Infrastruktur anpassen müsste oder eine gewisse Zahl von Zwei- und Einbettzimmer für Allgemeinversicherte zur Verfügung stellen müsste. Entweder würde also die bisherige Freiheit der Privatspitäler sehr stark eingeschränkt oder sie könnten die Auflagen leicht umgehen, indem sie die Infrastruktur nicht anpassen.	LU
39	4	Für den Fall nicht erfüllter Leistungsaufträge und Auflagen müssen Sanktionsmöglichkeiten bestehen, welche von Einschränkungen der Leistungsaufträge bis zur Streichung von den Spitallisten als ultima ratio reichen. Die Kantone müssen zwingend über diese Sanktionsinstrumente verfügen, damit sie überhaupt eine wirkungsvolle Spitalplanung vornehmen können. Allfällige Anträge zur Einschränkung der diesbezüglichen Handlungsfreiheit der Kantone, wie sie im Rahmen der KVG-Debatten des zurückliegenden Jahres diskutiert wurden, wären strikte abzulehnen.	SH
39	4	Zu präzisieren und in einen neuen Absatz zu verschieben. Formulierungsvorschlag: Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden. Die Leistungsaufträge beinhalten die zu erbringenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen und können in Rahmenverträgen qualitativ und quantitativ genauer umschrieben werden.	SG
39	4	Die Spitalliste erhält durch die vorgeschlagene Revision für die Kantone und die Privatspitäler eine viel grössere Bedeutung. Bisher hatte es für die Kantone keine finanziellen Konsequenzen, ein Privatspital auf der Spitalliste zu führen. Neu löst die Aufnahme eines Privatspitals auf die	UR

		Spitalliste in jedem Fall eine Finanzierungspflicht des Kantons aus. Für Privatspitäler kann die Nennung auf einer kantonalen Spitalliste existentiell sein. Dennoch werden keine Richtlinien geschaffen, nach welchen Kriterien insbesondere Privatspitäler auf die kantonale Spitalliste gesetzt werden müssen. Zur Klärung dieser Fragen sind jahrelange Rechtsverfahren zu erwarten, über die der Bundesrat abschliessend zu entscheiden haben wird. Überdies müssen Leistungsaufträge künftig ganz neuen Anforderungen genügen. So müssen beispielsweise die Mindestvertragsdauer und die Kündigungsfristen geregelt sein, um die Amortisation von Investitionen sicherzustellen, die aufgrund eines Leistungsauftrags getätigt worden sind.	
39	4 (neu)	Regelungsvorschlag:.... Vereinbarung abgeschlossen hat. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden	GDK
39	4	Mit dem Vorschlag, wonach die Kantone Forderungen an die öffentlichen und privaten Spitäler zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen können, wenn die betreffenden Spitäler zur Spitalliste gehören (z.B. die Bereitstellung von Notfalldiensten in abgeschiedenen Regionen oder die Aufnahme aller obligatorisch versicherten Personen) sind wir einverstanden und erachten wir als eine notwendige Forderung, die auf keinen Fall gestrichen werden darf.	SPS
39	4	Antrag: Die Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren Kantonen oder mit denen der direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen verbinden die Kantone Auflagen, insbesondere die Aufnahmepflicht aller Grundversicherten, die Gewährleistung der Notfalldienste und der Ausbildung und der Sicherstellung vergleichbarer Arbeitsbedingungen. Die Leistungserbringer gewähren ihrem Personal Arbeitsbedingungen insbesondere hinsichtlich Arbeitszeit, Entlohnung und Sozialleistungen gemäss den kantonalen Personalgesetzen oder schliessen mit den zuständigen Personalverbänden einen Gesamtarbeitsvertrag ab oder schliessen sich einem vergleichbaren Gesamtarbeitsvertrag der Branche an. Begründung: Die Rolle der öffentlichen Hand, hier der Kantone soll gestärkt werden. Die allgemeinwirtschaftlichen Aufwendungen wie Notfalldienste und Ausbildung sollen von allen Spitälern auf der Spitalliste mitgetragen werden. Damit es nicht zu einem ruinösen Dumping auf Kosten des Personals unter den verschiedenen Leistungsanbietern kommt, sollen die Arbeitsbedingungen geregelt werden. Dies erfolgt unter Anwendung existierender personalrechtlicher Bestimmungen in den Kantonen für alle Spitäler auf der Spitalliste oder durch analoge Regelungen über Gesamtarbeitsverträge.	SGB
39	4	Der bundesrätliche Vorschlag beinhaltet die Ausweitung der Spitalplanung auf die Privatspitäler und eine Knüpfung der Erteilung der von den Kantonen erteilten Leistungsaufträgen an Bedingungen, z.B. Aufnahmepflicht oder Bereitstellung von Notfalldiensten. Wir anerkennen, dass durch den Einbezug der Privatspitäler in die staatliche Finanzierung sich für diese als Konsequenz auch gewisse Pflichten (z.B. Leisten von Notfalldiensten etc.) ergeben. Was die Erstellung der kantonalen Spitallisten anbelangt, sollten die Versicherer in den Prozess der Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler einbezogen werden, da sie bei der vorgeschlagenen dual-fixen Finanzierung zusätzliche finanzielle Verantwortung übernehmen. Das Prinzip „wer bezahlt, befiehlt“ sollte hier berücksichtigt werden, indem den Versicherern die Möglichkeit gegeben wird, auf die Kosten einen Einfluss auszuüben.	economie-suisse

39	4	L'introduction de la notion de mandat de prestation et la possibilité de poser des conditions à l'octroi de mandats permettra d'éviter de désavantager les hôpitaux publics par rapport aux hôpitaux privés. Les cantons devront aussi veiller à ce que ces mandats soient répartis en fonction de la masse critique, que celle-ci soit atteinte. Il est ainsi important d'encourager les accords intercantonaux. De plus et afin d'être sur pied d'égalité, les cliniques privées ne devraient-elles pas être obligées d'assumer aussi des services d'urgence 24/24.	FRC
39	4	Wir begrüssen den Vorschlag, dass die Kantone Forderungen an die öffentlichen und privaten Spitäler der Spitalliste zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen können.	SKS
39	4	S'il s'avère impossible de mieux définir la planification et de la baser sur des critères objectifs, un moratoire devrait empêcher toute modification arbitraire des listes LAMal, jusqu'à l'instauration d'un système moniste, seul susceptible de garantir une mise en concurrence équitable des établissements hospitaliers.	CP
39	4	Riteniamo che spetti al consiglio federale la competenza di definire principi validi a livello nazionale concernenti la pianificazione ospedaliera.	acsi
39	4	In einer zukünftigen Versorgungsordnung mit klaren Rahmenbedingungen sieht H+ keine Notwendigkeit für Spitallisten. Die Grundlagen hierzu wie z.B. transparente und vergleichbare Entschädigungssysteme fehlen jedoch gegenwärtig, weshalb für eine Übergangszeit die Beibehaltung von Spitallisten anerkannt wird. Die Verankerung der gleich langen Spiesse ist deshalb das vordringliche Ziel von H+. Dazu gehören einheitliche, nationale Kriterien zur Erstellung der Spitallisten, die Gleichbehandlung bei der Aufnahme auf die Spitallisten und eine überkantonale Planung und gegenseitige Anerkennung der zugelassenen Spitäler.	H+
39	4	Die Übertragung von Leistungsaufträgen muss sich auf objektive Elemente abstützen und den Wettbewerbsregeln gerecht werden. Die Gefahr besteht nämlich, dass die Kantone mit ihren Mehrfachrollen im Gesundheitswesen die öffentlichen Spitäler deutlich bevorzugen, nicht zuletzt auch unter den oben erwähnten finanziellen Aspekten des Sockelbeitrages neuerdings auch an Patienten, die sich in privaten Listenspitälern behandeln lassen.	SBV
39	4	Le mandat de prestations délivré par les cantons doit impliquer clairement une responsabilité financière de leur part. Il importe de le préciser.	FMH
39	4	Den Vorschlag, wonach die Kantone Forderungen an die öffentlichen und privaten Spitäler zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen können, wenn die betreffenden Spitäler zur Spitalliste gehören (z.B. die Bereitstellung von Notfalldiensten in abgeschiedenen Regionen oder die Aufnahme aller obligatorisch versicherten Personen) erachten wir als richtig. Er darf auf keinen Fall gestrichen werden.	SBK
39	4	Die Definition von Leistungen sichert nicht automatisch deren Qualität. Das ist besonders problematisch, da die Preise nicht an die „Produkt-Eigenschaften“ gebunden sind, sondern garantiert sind. Selbst wenn die Leistungsaufträge an jene Institutionen vergeben werden kann, die am effizientesten sind, nützt das nichts, wenn alle Institutionen an Qualität einbüßen (weil der Wettbewerb ungenügend funktioniert und gleichzeitig der Kostendruck in den Spitälern zunimmt).	SVDE
39	4	Absatz 4 ist wie folgt zu ergänzen: Die Spitalliste nach Absatz 1 Buchstabe e muss sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler des Kantons, die über einen Leistungsauftrag verfügen, umfassen; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton zusammen mit den betroffenen Versicherern mit einem oder mehreren anderen Kantonen oder mit denen er direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die	santésuisse

		Kantone zusammen mit den betroffenen Versicherern Auflagen verbinden.	
39	4	Ebenfalls befürwortet wird seitens des ffg – forum für ganzheitsmedizin die Verpflichtung der Kantone, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen, und andernfalls dem Bundesrat die Kompetenz dazu einzuräumen.	ffg
39	4	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung mit Vorbehalt!	SVP
39	5	Der Bundesrat sieht die Möglichkeit vor, einheitliche Grundsätze für die kantonale Spitalplanung auszuarbeiten. Wir opponieren nicht gegen dieses Ansinnen, zumal eine vorgängige Anhörung der Kantone vorge sehen ist. Zentral wird die Ausgestaltung dieser Grundsätze sein, zu der sich die Kantone zum gegebenen Zeitpunkt detailliert äussern werden. In diesem Zusammenhang muss aber festgestellt werden, dass die heutigen Rahmenbedingungen mit den Rekursverfahren und den oftmals für die Kantone desavouierenden Bundesratsentscheidungen eine effektive Spitalplanung stark behindern. Wir erwarten, dass der Bundesrat die Kompetenz der Kantone in seinen Entscheiden künftig stärkt und dass eine allfällige De finition der Rahmenbedingungen für die Spitalplanung auf Bundesebene dazu beiträgt.	BE
39	5	Vorschlag: Die Leistungsaufträge beinhalten die zu erbringenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen und können in Rahmenverträgen qualitativ und quantitativ genauer umschrieben werden. Art. 39 Abs. 6: Inhalt von Abs. 5 Art. 39 Abs. 7: Inhalt von Abs. 6 Art. 39 Abs. 2: Wir begrüssen die Formulierung, wonach private Trägerschaften	BE
39	5	Il est à préciser que le versement de contributions cantonales justifie de la part de tous les hôpitaux qu'ils se soumettent à la planification hospitalière cantonale et se voient attribuer des mandats de prestations et des obligations. Les conditions d'admission des cliniques privées devraient être clarifiées. Il s'agit de savoir s'il sera possible de les maintenir sur la liste hospitalière uniquement pour certaines missions. Nous proposons d'inscrire à l'article 39 al. 5 de la loi que "les établissements (tant publics que privés) figurent sur la liste uniquement dans le cadre des missions qui leur sont confiées par mandat". Nous concevons la marge de manœuvre des cantons, telle que formulée au moyen de la planification, de mandats de prestations et d'obligations, comme un instrument destiné à garantir une affectation efficiente des moyens, allant de pair avec des possibilités de sanction. Comme sanction possible, on citera un redimensionnement des mandats de prestations pouvant aller jusqu'à la radiation des listes d'hôpitaux en dernier ressort. Les cantons doivent impérativement disposer de ces moyens de sanction pour procéder à une planification hospitalière efficace. Ceci est également perçu comme un correctif important du fait que les cantons ne sont pas des partenaires conventionnels mais approuvent les tarifs négociés. Si ces principes fondamentaux étaient ébranlés au cours des débats parlementaires, les cantons devraient à nouveau se distancier d'un financement hospitalier dual fixe.	NE
39	5	Der Vorschlag ist akzeptabel, zumal eine vorgängige Anhörung der Kantone vorgesehen ist. Zentral wird die Ausgestaltung dieser Grundsätze sein. In diesem Zusammenhang muss aber festgestellt werden, dass die heutigen Rahmenbedingungen mit den Rekursverfahren und den oftmals für die Kantone desavouierenden Bundesratsentscheidungen eine effektive Spitalplanung stark behindern. Wir erwarten, dass der Bundesrat die Kompetenz der Kantone in seinen Entscheiden künftig stärkt und dass eine allfällige Definition der Rahmenbedingungen für die Spitalplanung auf Bundesebene dazu beiträgt.	SH
39	5	Die hier vorgesehene subsidiäre Kompetenzzuteilung an den Bund ist zu	SZ

		offen formuliert bzw. nicht genügend präzisiert. Dieser Absatz wird abgelehnt, da der Regierungsrat befürchtet, der Bund könnte die damit verbundenen Kompetenzen weitgehend dirigistisch auslegen und damit vor allem weitere Kostensteigerungen bewirken. Eine solche Entwicklung wird explizit abgelehnt.	
39	5	Sosteniamo la proposta menzionata dalla CDS relativa all'attribuzione al Consiglio federale della competenza di definire, in collaborazione con i cantoni, dei principi unificati a livello nazionale concernenti la pianificazione ospedaliera. L'elaborazione di tali principi è fondamentale, visto che le procedure di ricorso attuali e le decisioni del Consiglio federale rimettono spesso in questione le pianificazioni elaborate dai cantoni, rendendo così il processo poco efficace e particolarmente laborioso.	TI
39	5	Diese Bestimmung lehnen wir ab. Auch wenn es sich hier zwar lediglich um eine „Kann-Bestimmung“ handelt, besteht die Gefahr, dass Kantone, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Grössen, Bevölkerungsstruktur und topographischen Verhältnisse über unterschiedliche Planungsansätze verfügen, eine nicht den individuellen Gegebenheiten angepasste „Einheitsplanung“ aufgezwungen wird.	TG
39	5	A cet égard, et contrairement aux dispositions constitutionnelles et légales en vigueur, le projet prévoit de déléguer au Conseil fédéral la compétence de définir des principes de planification afin d'assurer une meilleure coordination entre cantons. Concernant la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée, il mentionne les travaux en cours sous l'égide de la CDS en vue de conclure un concordat intercantonal et prévoit un transfert subsidiaire de compétences à la Confédération si ces travaux ne devaient pas aboutir.	VD
39	5	Regelungsvorschlag: Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden. Die Leistungsaufträge beinhalten auch die zu erbringenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen und können in Rahmenverträgen qualitativ und quantitativ genauer umschrieben werden. Art. 39 Abs. 6: Inhalt von Abs. 5 Art. 39 Abs. 7: Inhalt von Abs. 6	GDK
39	5	Der Bundesrat sieht die Möglichkeit vor, einheitliche Grundsätze für die kantonale Spitalplanung auszuarbeiten. Die GDK opponiert nicht gegen dieses Ansinnen, zumal eine vorgängige Anhörung der Kantone vorgesehen ist. Zentral wird die Ausgestaltung dieser Grundsätze sein, zu der sich die Kantone zum gegebenen Zeitpunkt detailliert äussern werden. In diesem Zusammenhang muss aber festgestellt werden, dass die heutigen Rahmenbedingungen mit den Rekursverfahren und den oftmals für die Kantone desavouierenden Bundesratsentscheidungen eine effektive Spitalplanung stark behindern. Wir erwarten, dass der Bundesrat die Kompetenz der Kantone in seinen Entscheiden künftig stärkt und dass eine allfällige Definition der Rahmenbedingungen für die Spitalplanung auf Bundesebene dazu beiträgt.	GDK
39	5	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Das ist die logische Ergänzung zu den Änderungen in Abs. 3.	SVP
39	5	Der Vorschlag, dass der Bundesrat allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung erlassen kann, soweit dies für die gemeinsame Erstellung der Planung durch mehrere Kantone erforderlich ist, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Dieser Vorschlag geht allerdings zu wenig weit und ist zu unverbindlich. Deshalb fordert die SPS, dass der Bund zwingend Grundsätze für die Planung erlassen muss und zwar sowohl für die kantonale als auch für die interkantonale Spitalplanung.	SPS
39	5	Wir unterstützen die vorgeschlagene Kompetenzerteilung an den Bundesrat, einige Kriterien für die kantonale Spitalplanung vorzugeben. Damit soll eine gewisse Einheitlichkeit bezüglich Art und Weise wie die Kantone ihre Kompetenz in der Spitalplanung ausüben erreicht werden und davon ausgehend eine bessere Koordination unter den Kantonen.	economie-suisse

39	5	Der Vorschlag, dass der Bundesrat allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung erlassen kann, soweit dies für die gemeinsame Erstellung der Planung durch mehrere Kantone erforderlich ist, geht der SKS noch zu wenig weit. Der Bund muss zwingend Grundsätze für die Planung erlassen können. Dies soll sowohl für die kantonale wie die interkantonale Spitalplanung gelten.	SKS
39	5	Der Bundesrat erlässt allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung. Er hört zuvor die Kantone und Leistungserbringer an.	H+
39	5	La Confédération doit établir des principes généraux uniformes de planification pour toute la Suisse en accord avec les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les règles en la matière doivent être transparentes et les besoins clairement définis en fonction de critères épidémiologiques. Des modalités de recours doivent être envisagées. A défaut d'un dispositif décisionnel reposant sur une base légale solide, les contestations juridiques multiples sont programmées. Il y aura toujours surcapacité quelque part et un prétexte pour se dérober au financement des prestations fournies.	FMH
39	5	Die Kantone sollen in ihrer Spitalplanung frei sein. Sie können auf besondere Verhältnisse und Bedürfnisse am besten reagieren. Insbesondere eine Limitierung der Bettenzahl durch den Bund lehnen wir ab.	VSAO
39	5	Den Vorschlag, wonach die Kantone Forderungen an die öffentlichen und privaten Spitäler zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen können, wenn die betreffenden Spitäler zur Spitalliste gehören (z.B. die Bereitstellung von Notfalldiensten in abgeschiedenen Regionen oder die Aufnahme aller obligatorisch versicherten Personen) erachten wir als richtig. Er darf auf keinen Fall gestrichen werden.	SVBG
39	5	Wir beantragen, in Art. 39 Abs. 5 das kann durch ein muss zu ersetzen	SBK
39	5	Wir sind der Meinung, dass der Bund in der Planung eine aktivere Rolle übernehmen muss, als sie im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen ist. Die vorgeschlagene Beschränkung auf eine subsidiäre Kompetenz des Bundes genügt aus unserer Sicht nicht, um eine umfassende und kantonsübergreifende Planung sicherzustellen. Der SVDE ASDD beantragt, in Art. 39 Abs. 1 Bst. d, 5 (neu), das „kann“ durch ein „MUSS“ zu ersetzen.	SVDE
39	5	Die Schaffung der neuen Bundeskompetenz wird abgelehnt. Es kann auf die Ausführungen zur Spitalplanung (Kapitel B. / Ziff. 3.2 und 3.3) verwiesen werden	PULSUS

Art. 41 Abs. 1 dritter Satz, 2 Bst. b und 3 / Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme
Art. 41, al.1, 3^e phrase, 2, let. b, et 3 / Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
41	Die Absichten in diesen Gesetzesbestimmungen sind gut, doch deren Einhaltung bedarf einer strengen Kontrolle durch den Bund.	VAA
41	Vorbemerkung zu Art. 41: santésuisse ist mit dem Ziel, welches mit Art. 41 KVG-E erreicht werden soll, einverstanden. Die einzelnen vorgeschlagenen Formulierungen sind jedoch wenig durchdacht und schlecht mit Art. 49 KVG-E abgestimmt. Nachfolgend schlägt santésuisse zu den einzelnen Absätzen Änderungen vor. Besser wäre es jedoch, den Aufbau des gesamten Artikels neu zu überdenken. Dies insbesondere, weil neu die Unterscheidung innerkantonal / ausserkantonal keine Rolle mehr spielt. Wichtig ist nur noch, ob das	santésuisse

		Spital auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons bzw. überhaupt auf einer Spitalliste aufgeführt ist.	
41	1	Absätze 1 und 2: Diese Vorschläge lösen ein Grundproblem nicht: dass wir nämlich für die gleiche Leistung durchaus innerhalb des Kantons unterschiedliche PREISE haben können. Dies wird umso mehr der Fall sein, als jetzt definitiv vom Kostenbezug zu Preisen umgestellt werden soll. Die Frage des Referenzpreises sollte also unbedingt beantwortet werden.	AG
41	1	Laut Erläuterungen (S. 17) müssen die Versicherer nur beschränkt, die Kantone keine Kosten für die Behandlung in einem Spital übernehmen, wenn der Versicherte ohne medizinische Notwendigkeit ein nicht auf der Liste seines Wohnkantons aufgeführtes Spital aufsucht. Wir beantragen, diese Grundsätze ins Gesetz aufzunehmen. Damit wird die notwendige Klarheit für den Vollzug geschaffen	AR, BE, LU, SG, SH, TG, ZH, GDK
41	1	Nachfolgender Regelungsvorschlag bezieht sich einzig auf die Kantonsbeiträge. Wir möchten es dem zuständigen Bundesamt überlassen, eine Präzisierung für den Grundversicherungsbereich zu formulieren.	GDK
41	1	Afin d'éviter que le pouvoir judiciaire ne doive à nouveau dans le cadre de l'assurance-maladie régler des divergences d'interprétation et ne travestisse in fine la volonté du législateur, il convient de préciser par un alinéa supplémentaire qu' « aucune contribution cantonale n'est due pour les traitements réalisés dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste du canton de résidence de l'assuré, sauf en cas d'urgence ». Si les cantons devaient contribuer à d'autres traitements, toute la planification mise en place par les cantons pour la couverture des besoins de leur population au sens de l'article 39 (modifié) serait vaine. Enfin, compte tenu de l'imbroglio, voire de la « jungle », existant aux yeux de la majorité des assurés en matière de répartition financière entre assurance obligatoire des soins, cantons, autres assurances sociales, assurances complémentaires, il est indispensable, pour protéger les intérêts des patients, d'ajouter un alinéa spécifique au devoir d'information obligatoire minimal des fournisseurs de soins à leurs patients concernant la prise en charge des frais de traitement, devoir qu'exige déjà la jurisprudence fédérale.	FR
41	1	Zum dritten Satz, Kostenübernahme: Hier wird die Pflicht zur Kostenübernahme durch die Versicherer auf den Wohnkanton beschränkt. Dies trägt dem Umstand, dass sich viele Erwerbstätige zum Teil aus beruflichen Gründen am Arbeitsort behandeln lassen, zu wenig Rechnung: Es sollten im Ausnahmefall, z.B. bei Arbeitsunfällen, bei betriebsexterner Tätigkeit usw. Ausnahmen vom Wohnortsprinzip möglich sein. Antrag: Erweiterung prüfen: "... bei stationärer Behandlung muss der Versicherer im Normalfall die Kosten höchstens ... aufgeführt sind. Bei beruflich bedingten, stationären Behandlungen ausserhalb des Wohnkantons gilt das Arbeitsortsprinzip".	SAGV
41	1	Antrag: dritter Satz, Kostenübernahme: Wir erachten die Beschränkung auf die Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten als zu eng und schlagen vor, sowohl den Wohnkanton als auch den Kanton, in welchem der Versicherte regelmässig einer Erwerbstätigkeit nachgeht, zu berücksichtigen. Erfahrungsgemäss erfolgen zahlreiche Konsultationen nicht im Wohnkanton, sondern im Kanton, in dem der Versicherte arbeitet. Daraus ergibt sich folgende Satzergänzung: „... die auf der Liste des Wohnkantons des Versicherten oder des Kantons, in dem der Versicherte arbeitet, aufgeführt sind.	economies uisse
41	1	Wir erachten die Beschränkung auf die Spitalliste des Wohnkantons des Versicherten als zu eng und schlagen vor, sowohl den Wohnkanton als auch den Kanton, in welchem der Versicherte regelmässig einer Erwerbstätigkeit nachgeht, zu berücksichtigen. Erfahrungsgemäss erfolgen zahlreiche Konsultationen nicht im Wohnkanton, sondern im Kanton, wo der Versicherte seiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Bei der	VSAO

		Vergütung ist der höhere Tarif von Wohn- oder Arbeitskanton anzuwenden	
41	1	Uns stört im weiteren, dass die Versicherten nach wie vor verpflichtet sein sollen, sich im Wohnkanton behandeln zu lassen. Wir würden, gerade auch weil die punktuelle Ermöglichung des Wettbewerbs im Rahmen der Grundversicherung durchaus Sinn machen kann, eher ein System der freien Spitalwahl im Rahmen der Grundversicherung bevorzugen. Spätestens mit der allfälligen Einführung der monistischen Finanzierung müsste diese Öffnung vertieft diskutiert werden.	VLSS
41	1	Diese Bestimmung widerspricht im Grundsatz einer gewünschten und notwendigen interkantonalen Spitalplanung gemäss Art. 39, Abs. 2. Die Weiterführung einer pro Kanton aufgestellten und somit unwirtschaftlichen Spitalplanung wird weitergeführt. Zudem wird ein Wettbewerb stark eingeschränkt, welcher aber notwendig wäre, um die bestmögliche Versorgung (qualitativ und wirtschaftlich) anbieten zu können. Das System führt aber auch dazu, dass insbesondere kleinere Spitäler ein breites Spektrum anbieten können, ohne dass die notwendigen Fallzahlen für eine gute Qualität erreicht werden. Damit Druck auf die Kantone entsteht, eine interkantonale Spitalplanung vorzunehmen, muss die Bestimmung so verändert werden, dass die Kosten eines Spitalaufenthaltes in jedem Fall bis zur Höhe des innerkantonalen Tarifs des für die Versorgung entsprechenden innerkantonalen Spitals getragen werden müssen. Antrag: Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer und der Kanton formlos die Kosten nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind und fachlich, qualitativ und wirtschaftlich die entsprechende Versorgung übernehmen können.	SRK
41	1a (neu)	Die Regelung dieses Artikels ist unter dem Aspekt eines einheitlichen schweizerischen Tarifwerks für ambulante Leistungen mit einer sehr geringen finanziellen Differenz des Taxpunktwertes nicht mehr zeitgemäss. Zudem führt der Artikel zu unnötigen Diskussionen bezüglich Definition (Wohnort, Wochenaufenthalter, Arbeitsort bei Teilzeitbeschäftigung usw. und Umgebung). Antrag: „Bei ambulanter Behandlung haben die Versicherer die Leistungspflicht ohne Einschränkung zu übernehmen.“	SRK
41	1	Die Lösung ist unbefriedigend, und letztlich auch nicht sozial. Sie benachteiligt ländliche Gegenden, ohne ihnen bei der Prämiengestaltung die vollen Prämienreduktionen zukommen zu lassen. Es ist offensichtlich, dass die Kosten pro Patient in den grossen Agglomerationen die Versicherer viel mehr trifft als in ländlichen Gegenden. Diese Tatsache wird aber nicht deckungsgleich in der Prämiengestaltung abbildet. Es ist auch eine Folge davon, dass entgegen der Behauptung, die erbrachten Leistungen im stationären Bereich seien leistungsbezogen, letztlich gleichwohl Strukturen bezahlt werden. Nur ein konsequentes Versicherungsmodell, in welchem nur der Versicherer Leistungserbringer ist und nicht auch der Kanton Leistungen zu erbringen hat, würde diese Problematik korrekt lösen. Solange im Gesundheitswesen der Mut, nur Leistungen zu bezahlen, nicht aufgebracht wird, wird man sich mit der vor-geschlagenen Lösung wohl abfinden müssen.	PULSUS
41	1	Weil neu gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG-E in den Tarifverträgen die Vergütung vereinbart wird, welche Kanton und Versicherer gemeinsam bezahlen, muss der Verweis auf „den gültigen Tarif“ angepasst werden. Gemeint ist jeweils nicht die Gesamtvergütung, sondern der Teil, welcher der Versicherer gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG-E zu entrichten hat. Zudem erachten wir es als wichtig, dass präzisiert wird, dass der Versicherer nur bei einem Aufenthalt in einem Spital gemäss Art. 39 KVG-E einen	santésuisse

		Beitrag übernehmen muss. Hinweis zur Definition Spital: Die Definition in Art. 49 Abs. 3 KVG-E entspricht nicht den Erläuterungen zu Art. 41 KVG-E. Auf S. 18 des Kommentars steht, dass ein Spital zugelassen ist, wenn es (zumindest) auf der Spitalliste des Standortkantons aufgelistet ist. Gemäss der Definition von Art. 49 Abs. 3 genügt es jedoch, wenn es auf irgendeiner Spitalliste ist. Antrag: Abs. 1 ist wie folgt zu präzisieren: Bei stationärer Behandlung in einem Spital i.S.v. Art. 39 muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen , höchstens den Betrag vergüten, den er gemäss Art. 49 Abs. 3 bei Spitälern vergütet, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.	
41	1	Offen ist hier, welcher Tarif gewählt wird, wenn die auf der Liste aufgeführten Leistungserbringer über unterschiedliche Tarife verfügen. Dies müsste hier präzisiert werden. (Durchschnitt der Tarife bei gleichem Leistungsauftrag? Der höchste der möglichen Referenzspitäler? Der tiefste Tarif der möglichen Referenzspitäler? Das arithmetische oder geometrische Mittel oder der Median? Eine festgelegte Referenztaxe?)	ÖKK
41	2	Falls der Wohnkanton die nötige Versorgung nicht bereitstellen kann oder will, soll er dem Leistungserbringer die für dessen Institution geschuldete Entschädigung vergüten. Dies vereinfacht den Aufwand der Spitäler, die sonst die Leistungsentschädigungen (heute Tarife) aller übrigen Kantone in ihren Systemen hinterlegen müssen. Zudem wird dadurch geklärt, welcher Tarif überhaupt gelten soll (z.B. der eines Zentrumsspitals oder jener eines Regionalspitals?). Wir verweisen hier auf die obige, allgemeine Stellungnahme zur Einschränkung des VVG.	H+
41	2	Die getroffene Lösung ist richtig.	PULSUS
41	2	Absatz 2 ist wie folgt zu präzisieren: Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so vergütet der Versicherer im stationären Bereich den Betrag, den er gemäss Art. 49 Abs. 3 mit dem entsprechenden Spital vereinbart hat. Im ambulanten Bereich richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden: b. bei stationärer Behandlung in Spitälern, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.	santésuisse
41	2	Auch hier wurde der Begriff „teilstationär“ gestrichen, womit wir einverstanden sind.	Cosama
41	3	An dieser Stelle müsste sich aus der Logik der Änderungen in der Spitalfinanzierung die Disposition nicht auf ausserkantonale Spitäler beziehen, sondern auf solche, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figurieren. Regelungsvorschlag: Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figuriert, ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.	BE
41	3	In Art. 41 Abs. 3 besteht ein Präziserungsbedarf: Aus der Logik der geänderten Spitalfinanzierung müsste sich die Disposition nicht auf ausserkantonale Spitäler beziehen, sondern auf Spitäler, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figurieren. Regelungsvorschlag: Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figuriert, vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.	SH
41	3	Präzisierungsvorschlag: Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figuriert, vergütet der Wohnkanton den nach Art. 49 geschuldeten Anteil.	SG
41	3	Nach Abs. 3 soll der Wohnkanton neu nicht mehr die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Krankenkassentarifen bezahlen müssen, sondern lediglich «den nach Art. 49 geschuldeten	ZH

		Anteil». Diese Bestimmung wiederum sieht vor, dass die Vergütungen je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Personen übernommen werden müssen, wobei die Vergütungen keine Kostenanteile für Lehre und Forschung enthalten dürfen. Nachdem der leistungserbringende Kanton bisher vollumfänglich für seine Leistungen entschädigt wird (einschliesslich L.ehre und Forschung, Berücksichtigung des Unternehmerrisikos, Berücksichtigung des besonderen Patientenmixes), würde die vorgesehene neue Regelung wohl dazu führen, dass die Leistungserbringer für die stationäre Behandlung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten nicht mehr hinreichend entschädigt werden. Wer soll dann das Restdefizit bezahlen? Das bisherige Vergütungsprinzip der Vollkostendeckung durch Wohnsitzkanton und Krankenkassen bei ausserkantonomer Hospitalisation muss deshalb ungeschmälert beibehalten werden.	
41	3	An dieser Stelle müsste sich aus der Logik der Änderungen in der Spitalfinanzierung die Disposition nicht auf ausserkantonale Spitäler beziehen, sondern auf solche, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figurieren. Konkreter Regelungsvorschlag: Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons figuriert, ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.	GDK
41	3	Antrag: Wählt der Patient aus anderen Gründen eine stationäre Behandlung in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons, so vergütet der Wohnkanton 80% des nach Artikel 49 geschuldeten Anteils.	SRK
41	3	santésuisse begrüsst, dass die Konsequenzen aus dem EVG-Urteil gesetzlich umgesetzt bzw. auf alle Spitalabteilungen und -typen ausgedehnt werden. Bei der vorgeschlagenen Formulierung stellt sich aber folgende zwei Fragen: In Art. 41 Abs. 3 KVG-E wird die Kostenübernahme der Wohnsitzkantone für die stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons geregelt. Medizinische Gründe liegen aber gemäss Art. 41 Abs. 2 (nebst dem Notfall) vor, wenn die stationäre Behandlung in Spitälern auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons nicht angeboten wird. Entsprechend muss der Absatz präzisiert werden. Gemäss den Ausführungen im erläuternden Bericht zu Art. 39 KVG-E (S. 16) sollen die Leistungen aller auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler zur Hälfte (wir verlangen mind. zu 60 %) von den Kantonen finanziert werden. Wir gehen daher davon aus, dass die Beteiligung auch für die auf der Spitalliste aufgeführten ausserkantonalen Spitäler gilt. Unseres Erachtens kommt dies aber in Art. 49 Abs. 3 zu wenig deutlich zum Ausdruck, der Gesetzestext muss klarer formuliert werden: Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt ist, ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil. Neu in einem separaten Absatz oder in Art. 49: Die Wohnkantone haben den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil für Behandlungen in Spitälern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, zu vergüten.	santésuisse
41	1, 2b, 3	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP
41	4 (neu)	Regelungsvorschlag: Bei Behandlungen aus nicht medizinischen Gründen in einem Spital, welches nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt ist, ist kein Kantonsbeitrag geschuldet. Abs. 5: Inhalt von Abs. 4	AI, BE, SH, SG, GDK

Art. 42 Abs. 1, 2, 4 und 5 System des Tiers payant, Diagnosecodes
Art. 42. al. 1, 2, 4 et 5 système du tiers payant, codes diagnostiques

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs	
42	Im Gegenzug dazu (Art. 49 Abs. 3) sollte auch der Anteil der Versicherer nach dem System des Tiers payant direkt dem Spital entrichtet werden. Entsprechend schlagen wir vor, Art. 42 dahingehend zu ergänzen, dass bei einem Spitalaufenthalt die Leistungen nach dem System des Tiers payant abgerechnet werden.	ZH	
42	Für die Spitäler viel erstrebenswerter als das monistische System ist, dass beim dual-fixen System beide Schuldner der Spitäler gleichgestellt werden. Nicht nur der Kanton, sondern auch die Krankenversicherer sollen direkte Schuldner des Spitals werden (noch zwingender würde dieses Postulat beim monistischen System – es kann ja nicht sein, dass der Patient gegenüber dem Spital auch noch für den öffentlichen Beitragsanteil haftet!). Um dem Systemwechsel zum dual-fixen System zustimmen zu können, muss daher Art. 42 KVG wie folgt geändert werden: 1 Haben Versicherer und nicht-stationäre Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden 2 Versicherer und nicht-stationäre Leistungserbringer können vereinbaren, 3 Gegenüber stationären Leistungserbringern (Spitäler und Pflegeheime gemäss Art. 39) sind die Versicherer Schuldner der Leistungsvergütung. [Die Abs. 3 + 4 werden neu zu Abs. 4 + 5]	Städte- verband	
42	1	Im Zuge der Gesetzesänderung ist einheitlich festzulegen, dass die Spitalleistungen im System des Tiers payant vergütet werden. Die Patienten sind sowohl mit der Kontrolle als auch mit der Bevorschussung der Rechnung überfordert. Auch steht mit der Systemänderung in der Spitalfinanzierung ein ungleicher Finanzierungsmodus von Kantonen und Versicherern quer in der Landschaft.	BE, GR, GDK
42	1	Regelungsvorschlag: Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant). In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden. Bei Spitalaufenthalt werden die Leistungen im System des Tiers payant abgerechnet.	BE, GDK
42	1	H+ beantragt, für den stationären Bereich den tiers payant als grundsätzliche Zahlungsart zu verankern. Im stationären Bereich ist das System des tiers garant überholt. Dies hat vor allem vier Gründe: Die Rechnungen übertreffen meistens die dem Patienten zur Verfügung stehenden Mittel. So muss auf die Kostenübernahme vom Versicherer gewartet werden. Die ausstehenden Rechnungen bei den Spitälern nehmen zu. Viele werden gar nicht mehr beglichen. Das System des tiers garant besteht so zu Lasten der Leistungserbringer. Im Gegensatz zur ambulanten Leistungserbringung ist der stationäre Aufenthalt kein Handeln, das möglicherweise durch Konsumüberlegungen gesteuert wird, sondern das auf medizinischen Notwendigkeiten beruht. Das eigenverantwortliche Handeln hat hier seine Grenzen. Anreize bringen keine Verbesserung, hingegen bewirken sie Negatives zu Lasten der Spitäler. Viele Versicherer scheinen auf das System des tiers payant umgestellt zu haben. Im Rahmen der elektronischen Abrechnung zwischen Versicherern und Leistungserbringern ist der Versicherte als Kostenträger obsolet geworden.	H+
42	2	Regelungsvorschlag: Versicherer und Leistungserbringer können	BE, GDK

		vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung auch in anderen Leistungsbereichen schuldet (System des Tiers payant).	
42	4, 5	Gegenwärtig ist im Rahmen von Tarmed die Angabe der Diagnosen auf den Rechnungen strittig. Wir regen an, an dieser Stelle die Weitergabe von Diagnosecodes auf den Rechnungen für sämtliche Leistungen einheitlich zu regeln.	BE, GR, GDK

Art. 44 Tarifschutz

Art. 44 protection tarifaire

44	1	Seitens des VLSS wird beantragt, dass Art. 44 Abs. 1 dahingehend ergänzt wird, dass der Tarifschutz im stationären Bereich ausdrücklich nur auf die Grundversicherung beschränkt bleibt. Zusatzversicherungen werden abgeschlossen, weil sich der Versicherte Zusatzleistungen erwünscht, die es entsprechend zu entschädigen gilt. Seitens des SGV schliessen wir uns dem Ergänzungsantrag des VLSS, der Klarheit schaffen will, an.	SGV
44	1	Levée de la protection tarifaire pour les prestations de l'assurance complémentaire : Le principe d'économicité et celui de la protection tarifaire qui lui est lié ont été conçus pour limiter les prestations de l'assurance obligatoire (qui - faut-il le rappeler - est une assurance sociale) à ce qui est strictement nécessaire et suffisant, non seulement du point de vue du confort hôtelier, mais aussi sur le plan médical. Ces principes ne peuvent pas s'appliquer au domaine régi par l'assurance complémentaire sans remettre en cause sa raison d'être. En s'acquittant d'une prime supplémentaire, le patient s'attend à des prestations qui peuvent aller au-delà de ce qui est défini comme strictement nécessaire du point de vue médical. Il peut s'agir aussi bien d'une attention accrue du médecin que du personnel infirmier. La loi devrait être plus explicite sur ce point, pour empêcher que les principes propres à l'assurance obligatoire ne s'étendent à l'assurance complémentaire d'hospitalisation et ne la prive de sa raison d'être.	CP
44	1	Heute hat der Patient, entsprechend der bisher eigentlich unbestrittenen Definition der privatärztlichen Tätigkeit, wonach der privat gewählte Arzt die wichtigsten Schritte durchführen oder persönlich überwachen muss, auch im KVG-Spital noch Anspruch darauf, dass in einer schwierigen Situation ein hochqualifizierter Kaderarzt persönlich Hand anlegt, auch wenn der Patient über keine Zusatzversicherung verfügt. Dass auch bei Wegfall der privatärztlichen Tätigkeit am KVG-Spital noch genügend qualifizierte Kaderärzte dort tätig sein werden ist eine politische Äusserung ohne irgendeinen sachanalytischen Hintergrund. Es kann sein, dass gewisse Politiker dem Glauben schenken möchten, die Fachleute sind hier auf jeden Fall anderer Meinung. Auch die Ablegung des hippokratischen Eids wird die Gesetzmässigkeiten des privaten Gesundheitsmarktes nicht verdrängen können. Der VLSS fordert deshalb, dass Art. 44 KVG wie folgt ergänzt wird: Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Vorbehalten bleiben die Leistungen im stationären Bereich, sofern der Versicherte über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügt (Austauschbefugnis) sowie die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3)	VLSS
44	1	Halbprivat und privat Zusatzversicherung: Bisher haben im halb- und privat versicherten Bereich die Patienten dank ihrer Zusatzversicherung die gesamten Leistungen bezahlt und dadurch die auf ca. 1/3 oder	SGIM

		<p>maximal 50% der Kosten, staatlich festgelegten Preise und somit vorprogrammierten Defizite deutlich reduziert. Zusätzlich wurde Dank der aus der Zusatzversicherung bezahlten Honorare für Kaderärzte auch an öffentlichen Spitälern ermöglicht, ausgezeichnete Fachkräfte für die Patientenbehandlung zu rekrutieren. In öffentlichen Spitälern droht mit Abschaffung der Möglichkeit zur privatärztlichen Tätigkeit das Abwandern qualifizierter Fachkräfte in die Privatkliniken und eine Förderung der Zweiklassenmedizin, während heute auch die Grundversicherten öffentlicher Spitäler in medizinisch schwierigen Situationen auf die Behandlung durch die qualifizierten Kader- und Chefärzte zählen können. Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Vorbehalten blieben Leistungen im stationären Bereich, sofern der Versicherte über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügt (Austauschbefugnis) sowie die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.</p>	
--	--	--	--

Art. 47 Abs. 2 Fehlen eines Tarifvertrages
Art. 47, al. 2 Absence de convention tarifaire

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
47	2	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. In der Logik der vorausgehenden Änderungen richtig.	SVP
47	2	Antrag: Teilstationär belassen.	SRK
47	2	Der Begriff „ausserhalb des Wohnkantons“ wird in Art. 41 KVG-E nicht mehr aufgeführt. Entsprechend muss auch dieser Absatz abgeändert werden: „Besteht für die ausserhalb eines Zulassungsvertrages im Sinne von Artikel 35a erbrachte ambulante Behandlung einer versicherten Person oder für die stationäre Behandlung einer versicherten Person in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt ist, ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.“	santésuisse
47	2	Dass es im vertragslosen Zustand einen Amtstarif gibt, ist unbestritten. Der vorliegende Artikel geht davon aus, dass die Aufhebung des Vertragszwangs politisch mehrheitsfähig ist, was wir doch etwas bezweifeln. Die Begriffe „teilstationär“ und „Arbeitsort“ werden gestrichen, was kohärent ist.	Cosama

Art. 48 Tarifverträge mit Ärzteverbänden
Art. 48 Conventions tarifaires avec les hôpitaux

48	1	Das KVG, einschliesslich der nun vorliegenden Revisionsanträge, ist primär auf das Chefarztsystem ausgerichtet und vermag die Besonderheiten des in der Schweiz weit verbreiteten Belegarztsystems in keiner genügenden Art zu berücksichtigen. So sind insbesondere Pauschalvergütungssysteme an Spitäler nicht auf die besonderen Tatbestände von Belegarztleistungen ausgerichtet. Das geltende Gesetz lässt keine abschliessende Beurteilung zu, ob die Arztleistungen über Art. 48 oder 49 gelöst werden. Die SBV verlat die normative Klarstellung, dass die Arztleistungen gemäss Art. 48 finanziert werden, wodurch auch das	SBV
----	---	--	-----

		Belegarztsystem abgedeckt wird. Entsprechend ist in Art. 49.5 der Vorbehalt des Art. 48 für die Vergütung der ärztlichen Leistung anzubringen.	
--	--	--	--

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

Art. 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
49 1	Wir stellen nach wie vor einen gewissen Widerspruch fest: einerseits müssen für die stationären Aufenthalte leistungsbezogene Pauschalen vereinbart werden, andererseits gelten aber auch Fälle, welche lediglich zu einer Untersuchung gekommen sind und über Nacht ein Bett besetzt haben, als stationäre Fälle. Für diese würde dann - je nach Fachbereich differenzierte – leistungsbezogene Pauschalen der Versicherer und der Sockelbeitrag des Kantons geschuldet, wie für einen stationären Aufenthalt in der entsprechenden Abteilung. Wir erachten diesen Mechanismus als kostentreibend und können ihn so nicht unterstützen. Die Loslösung vom Kostenprinzip macht auch die VKL zu einem gewissen Grad obsolet, weil jegliche Rechtsgrundlagen für eine kostenorientierte Preisbestimmung fehlen. Eingeführt wird ein nach „marktwirtschaftlichen Grundsätzen“ funktionierendes Preisbildungssystem, einmal mehr vergessend, dass wir es mit einem reinen Anbietermarkt zu tun haben und es kaum realistisch ist, mit den Leistungserbringern „Markt“ zu simulieren. Unseres Erachtens sollte mindestens über ein Eskalationsprozedere festgehalten werden, dass in diesem Fall eine Kostenbetrachtung zum Tragen käme. Damit wäre auch für Prüfungsinstanzen – namentlich den Preisüberwacher - klar, welche Kriterien er zu berücksichtigen hätte.	AG
49 1	Der Übergang zur Leistungsfinanzierung wird begrüsst. Der Bundesrat wird bereits heute ersucht, bei der Festlegung der Übergangsfristen den Projektstand von SwissDRG zu berücksichtigen, zumal die Tarifstruktur mit Blick auf diesen Wechsel von den Partnern im Gesundheitswesen unter Federführung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) entwickelt wird.	AR, BE, GL, TG
49 1	In den Erläuterungen zu Art. 39 Abs. 4 hält der Bundesrat fest, dass mittels Auflagen eine Diskriminierung öffentlicher Spitäler verhindert werden soll. Die Auflagen der Kantone sind jedoch kein ausreichendes Instrument, um die öffentlichen Spitäler mit Aufnahmepflicht gegenüber den anderen Spitälern nicht zu diskriminieren, weil erstere ihre Patienten nicht auswählen können. Unseres Erachtens können auch nicht allen Spitälern zwecks Gleichbehandlung dieselben Auflagen gemacht werden, weil dadurch zu viele gemeinwirtschaftliche Leistungen angeboten würden. Wir gehen mit dem Bundesrat einig, dass die Investitionen nach einheitlichen Kriterien in die leistungsbezogenen Pauschalen einzubeziehen sind (Botschaft zu Absatz 2 der Übergangsbestimmungen). Diese Präzisierung gilt im Übrigen auch für sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Daher ist auf Gesetzesstufe zu regeln, dass die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und die Investitionen, welche mittels Leistungsaufträgen in Auftrag gegeben werden, fix-dual abgegolten werden.	BE, GR, GDK
49 1	Wir verstehen Artikel 49 Absatz I zudem dahingehend, dass den Pauschalabgeltungen weiterhin Kostenrechnungen zu Grunde liegen und auf Verordnungsebene festgelegt wird, welche Kosten bei der Berechnung der Pauschalen auf welche Art und Weise einbezogen werden. Regelungsvorschlag: Für die Vergütung der stationären	BE

		Behandlungen einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen, beinhalten auch die Kosten für Investition, welche aufgrund der kantonalen Leistungsaufträge notwendig sind, und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.	
49	1	Nous pouvons nous rallier à la mise en place de structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Cependant, celle-ci doit être limitée à un seul modèle et doit par ailleurs être impérativement approuvée par le Conseil fédéral au niveau suisse et non au niveau cantonal, après avoir toutefois préalablement consulté les milieux intéressés. A notre avis, le fait de mentionner dans la loi « des structures uniformes » ne permettra pas de répondre à l'objectif de simplification administrative, de comparaisons intercantionales valables et de consolidation des données au niveau national. En outre, concernant le choix d'une telle structure tarifaire, la formulation de la loi proposée n'intègre pas les cantons en tant que partenaires à part entière dans ces travaux. En effet, l'alinéa 1 de l'article 49 stipule que les parties conviennent de forfaits qui sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes convenues entre les « partenaires tarifaires ». Or, l'article 46 de la loi ne mentionne comme « partenaires tarifaires » que les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Les cantons en seraient ainsi exclus bien que devant participer financièrement à raison de 50% sur la base de cette même structure tarifaire. Nous partons du principe qu'il ne s'agit pas d'une volonté expresse du législateur d'exclure les cantons. Par conséquent, il est nécessaire d'intégrer une référence dans la loi donnant aux cantons un statut et une place à part entière dans le cadre de la détermination de cette structure tarifaire.	FR
49	1	En raison du changement de paradigme, on se félicite du passage conséquent au financement des prestations. Le Conseil fédéral est d'ores et déjà appelé à prendre en compte l'état du projet de SwissDRG en fixant les périodes transitoires, d'autant que la structure tarifaire, eu égard à ce changement, est en train d'être développée par les partenaires du domaine de la santé sous l'égide de la CDS.	NE
49	1	Mit dem Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen wird die unterschiedliche Tarifierung für innerkantonale und ausserkantonale Versicherte wegfallen. Wenn mit den Versicherern ein Preis für eine Leistung vereinbart wird, ist es unerheblich, ob damit eine innerhalb oder ausserhalb des Kantons erbrachte Leistung entschädigt wird. In diesem Sinne baut die vorgesehene Leistungsfinanzierung die Schranken zwischen den Kantonen ab.	NW, OW
49	1	Ein Übergang von der heutigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung wird begrüsst. Hier fehlt der Hinweis, dass die Pauschalen auch die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für Investitionen, welche aufgrund des kantonalen Leistungsauftrags notwendig sind, dual-fix abzugelten haben. Formulierungsvorschlag für einen neuen dritten Satz: Sie umfassen auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie Investitionen, welche aufgrund des kantonalen Leistungsauftrags notwendig sind.	SG
49	1	Der vom Bundesrat vorgeschlagene Übergang von der Objektfinanzierung zur Finanzierung der effektiv erbrachten Leistungen stimmt der Regierungsrat zu. Im Kanton Schwyz ist dieses System bereits erfolgreich umgesetzt.	SZ
49	1	Riteniamo fondamentale che il cantone possa essere considerato come partner tariffale e contrattuale. I cantoni devono, in effetti, poter partecipare direttamente alle negoziazioni per determinare le tariffe forfettarie che saranno attribuite agli ospedali. Il loro ruolo deve quindi essere equi-	TI

		parato a quello degli assicuratori malattia. Di conseguenza, non sosteniamo la posizione secondo la quale i cantoni non debbano essere considerati come parti alle convenzioni, ma semplicemente come organi incaricati di approvare le tariffe negoziate. Questo nostro postulato si fonda sul fatto che, con la nuova proposta di finanziamento, il cantone dovrà finanziare il 50% delle prestazioni. Di conseguenza è fondamentale che quest'ultimo possa partecipare attivamente alle negoziazioni tariffali. Tale principio deve, secondo il nostro parere, essere inserito nella legge. Una maggior implicazione del cantone nell'ambito delle negoziazioni tariffali permetterebbe inoltre di chiarire le procedure giuridiche nel caso in cui gli assicuratori malattia, per esempio, dovessero contestare le fatture a loro carico.	
49	1	Die leistungsbezogene Finanzierung mit auf einheitlichen Strukturen basierenden Pauschalen begrüessen wir. Diese ist jedoch auch unter dem geltenden Recht realisierbar. Bereits heute werden in mehreren Kantonen die Leistungen der Spitäler mit diagnosebezogenen Fallpauschalen basierend auf AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) finanziert. Mit dem Projekt Swiss DRG der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, das bei den Partnern des Gesundheitswesens breit abgestützt ist, soll die Leistungsvergütung auf eine schweizweit einheitliche Basis gestellt werden. Fazit: Die Einführung einer leistungsorientierten Finanzierung ist unabhängig von der vorgeschlagenen Revision der Spitalfinanzierung möglich.	UR
49	1	Dans la perspective de créer un environnement concurrentiel, le projet du DFI met un terme au système des subventions accordées à des institutions. Il introduit le principe d'un financement des prestations sous forme de forfait : l'argent suit les prestations – indépendamment de l'hôpital qui les fournit - pour autant qu'elles soient fournies dans le cadre du mandat de prestations attribué par le canton. Le forfait fixé pour la prestation est financé à raison de 50 % par le canton de résidence du patient et 50 % par l'assurance de base et il comprend la rémunération des charges d'investissement (financement dual fixe). Enfin, à l'instar de TARMED, le catalogue des prestations ainsi que leur poids relatif (la structure tarifaire) sont arrêtés au niveau national par les représentants des hôpitaux et des assureurs (partenaires tarifaires) ou, en cas d'échec, par le Conseil fédéral. Quant au tarif forfaitaire, il se négocie au niveau cantonal.	VD
49	1	Nous soutenons l'introduction de forfaits basés sur les prestations ressortant d'une structure uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Par contre, il est impératif de préciser dans la loi que les coûts d'investissements des hôpitaux publics ou subventionnés sont inclus dans les forfaits (cf. dispositions transitoires, al. 3).	VS
49	1	Der Kanton Zug vergütet die Leistungen seiner öffentlich subventionierten Spitäler schon seit Jahren nur mehr leistungsbezogen. So vergüten wir den Spitalern laut Spitalgesetz folgendes: - Tarifanteil gemäss vereinbartem Kostenteiler; - Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss Leistungsprogramm (bestehend aus Vorhalteleistung Notfall, Bevölkerungsschutz und der Abgeltung für Pädiatrie); - Kosten für Lehre und Forschung; - Kosten für Investitionen. Erklärtes Ziel von Kanton und Spital ist seit dem Jahr 2001 die Einführung einer diagnosebezogenen Abgeltung. Auch die Krankenversicherer haben ihre grundsätzliche Zustimmung für eine diagnosebezogene Vergütung der Kassenleistungen erteilt. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde durch eine fallbezogene Bemessung der Vergütung erreicht. Entsprechend wurde bereits im Jahr 2001 für die Abgeltung der Spitalleistungen eine Fallpauschale anstelle der bisherigen Tagespauschale eingeführt. Fallpauschalen haben gegenüber	ZG

		Tagespauschalen generell den Vorteil, dass die Höhe der Leistungsabgeltung nicht durch Verlängerungen der Aufenthaltsdauer beeinflusst werden können. Ab 2005 wird für die Kantonsabgeltung eine DRG-basierte Fallkostenabrechnung nach dem AP-DRG-System (All Patient Diagnosis Related Groups) eingeführt. Der Bereich der Unfallversicherung wird seit Mitte 2003 DRG-basiert abgegolten. Seit 2004 vergüten auch die Krankenversicherer die Leistungen des Zuger Kantonsospitals auf Basis AP-DRG. Im Jahr 2004 wird für die Kantonsabgeltung eine DRG-basierte Schattenrechnung geführt, und ab 2005 folgt auch hier die Umstellung auf eine rein diagnosebezogene Abgeltung. Auch daraus ist ersichtlich, dass effektiv keine sachlichen Gründe für die angestrebte Revision sprechen.	
49	1	Regelungsvorschlag: Für die Vergütung der stationären Behandlungen einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen, beinhalten auch die Kosten für Investitionen, welche aufgrund der kantonalen Leistungsaufträge notwendig sind, und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.	GDK
49	1	In der Logik der vorausgehenden Änderungen richtig.	SVP
49	1	Es soll neu leistungsorientiert abgegolten werden. Diese Massnahme ist zu begrüessen. Sie bedeutet einen Übergang von den Tagespauschalen, welche falsche Anreize geben, hin zu Fallpauschalen. Auch diese sind aber nicht frei von möglichen Fehlanreizen. So können Spitäler versucht sein, mit der Codierung die Einnahmen zu erhöhen oder die PatientInnen zu früh zu entlassen. Die Grüne Partei verlangt, dass hier Qualitätssicherungsmassnahmen eingebaut werden.	GPS
49	1	Wir unterstützen Fallkostenpauschalen, die die Transparenz erhöhen und eine einheitliche Art der Rechnungsstellung ermöglichen. Damit fällt die unterschiedliche Tarifgestaltung für innerhalb oder ausserhalb des Wohnkantons erbrachte Leistungen weg. Allerdings besteht eine gewisse Gefahr der Unterversorgung.	SGB
49	1	Wie einleitend bereits erwähnt, unterstützen wir die vorgeschlagene Lösung. Den Wechsel weg von der Objekt- hin zur leistungsbezogenen Finanzierung, erachten wir als zwingend.	SBV
49	1	Dem im ersten Absatz anvisierten Wechsel von der heutigen Objektfinanzierung zu einer leistungsbezogeneren Spitalfinanzierung schliesst sich der SGV ausdrücklich an. Wir erachten die Ablösung der Institutsfinanzierung durch eine Leistungsfinanzierung als einen wichtigen Zwischenschritt im Hinblick auf den möglichst rasch zu vollziehenden Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung.	SGV
49	1	economiesuisse begrüsst den Wechsel von der heutigen Objektfinanzierung (= Institutsfinanzierung) zur wettbewerbstauglichen Subjektfinanzierung (= Leistungsfinanzierung). Dadurch werden falsche ökonomische Anreize des dualen Systems beseitigt, wodurch sich Einsparungen erzielen lassen sollten. Will man Transparenz gewährleisten sowie gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung ermöglichen, so sind die Vergütungsformen nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufzubauen. In diesem Sinne unterstützen wir die Einführung gesamtschweizerischer einheitlicher Tarifstrukturen. Wir erachten den Vorschlag als sinnvoll, die Erarbeitung dieser Tarifstrukturen primär den Verhandlungspartnern zu überlassen und den Bundesrat nur subsidiär eingreifen zu lassen, wenn die Erarbeitung nicht innert einer vom Bundesrat festgesetzten Frist erfolgt. Mit der Zunahme der Bedeutung der Fallkostenpauschalen wird die konsequente Qualitätssicherung wichtiger, damit Patienten wegen der begrenzten Vergütung nicht zu früh aus dem Spital entlassen werden. Wir fordern deshalb die Umsetzung	economiesuisse

		des Art. 58 KVG.	
49	1	Cette réforme mettra fin au système des enveloppes budgétaires ou de financement des déficits, qui prévalait jusqu'à présent. Elle va rétablir une certaine logique économique et constitue la base sur laquelle pourra se construire un système privilégiant la concurrence. Les hôpitaux disposeront enfin d'un outil de gestion qui leur permettra de se comparer en termes d'efficacité et de performance.	CP
49	1	Dans le cadre du système actuel, les cantons, tout comme les assureurs, financent des institutions plutôt que des prestations. Notre Fédération est favorable à l'introduction du financement des prestations, tel qu'il est prévu par le projet, dès lors qu'il permettra d'abandonner le système de subventions versées aux établissements, habituellement en vigueur jusqu'ici et favorisera une certaine transparence du marché. Il s'agira en effet de financer les prestations et non plus de couvrir des coûts. Comme le souligne le rapport explicatif, ce type de financement présente l'avantage que les prestations fournies peuvent être tarifées et qu'ainsi l'accent est mis sur le rapport prix/prestations.	FER
49	1	S'il est pertinent d'introduire des structures tarifaires uniformes pour toute la Suisse, les commentaires des différentes formes de forfait (forfait à la prestation, forfait journalier, forfait par cas) sont un peu confus. La notion de traitement ambulatoire et traitement hospitalier nous paraît également assez floue, particulièrement concernant le séjour de moins de 24 heures qualifié d'hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit (chirurgie ambulatoire par exemple). La frontière avec l'ambulatoire nous semble assez ténue.	FRC
49	1	Die Pauschalierung wird abgelehnt, da sie unweigerlich zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen führt.	VAA
49	1	H+ unterstützt die Einführung von leistungsabhängigen Pauschalen. Deshalb engagiert - sich der Verband seit Beginn im Projekt Swiss DRG. Wir stimmen mit dem Bundesrat überein, dass der Einsatz von Fallpauschalen, wie DRG1s im akut-somatischen Bereich geeignet ist, während die Leistungserbringer in den Bereichen Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege andere Leistungsentschädigungsarten brauchen. Es muss im Gesetz klar gestellt sein, dass unter leistungsabhängigen Pauschalen nicht nur Fallpauschalen verstanden werden können. Die Einführung von national einheitlichen Qualitätsstandards ist bei der Einführung leistungsabhängiger Pauschalen unerlässlich, um die Vergleichbarkeit der Leistungen sicher zu stellen. Antrag:die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen (z.B. Fallpauschalen oder schweregradabhängige Tagespauschalen) und beruhen auf gesamtschweizerischen einheitlichen Strukturen, Behandlungs- und Qualitätsstandards sowie Berechnungsmodalitäten. Sie werden von den ...	H+
49	1	La Fédération des Hôpitaux vaudois accepte le modèle de financement à la prestation. De même, la volonté d'adopter une structure uniforme en matière de tarifs hospitaliers nous paraît aller dans la bonne direction. Cependant, nous exprimons nos craintes quant à savoir ce que signifie réellement le paiement à la prestation. En particulier, tous les aspects liés aux coûts de la formation et à la recherche dévolue aux hôpitaux publics et reconnus d'intérêt public devraient faire l'objet d'un financement distinct. il en va de même pour l'ensemble des tâches d'intérêt public telles que les urgences, par exemple. Enfin, dans l'optique d'une rémunération de la chaîne de soins, il sera nécessaire de bien définir la part revenant à l'hôpital et celle revenant aux autres prestataires de soins.	FHV
49	1	Der VSAO begrüsst grundsätzlich die Stossrichtung der Vorlage, im Bereich der Spitalfinanzierung von einer objekt- resp. Kosten bezogenen Finanzierung zu einer leistungsbezogenen Finanzierung überzugehen.	VSAO

		Da der Übergang von der bisherigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung für zahlreiche Spitäler eine Herausforderung darstellt und die Gefahr besteht, dass unter dem Finanzierungsdruck die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigt wird, fordern wir weiter, dass die Umstellungsphase wissenschaftlich begleitet wird und die Spitäler zu einer Qualitätskontrolle verpflichtet werden. Der zusätzliche Aufwand für die Qualitätskontrolle ist durch die Kantone und die Versicherer zu gleichen Teilen zu finanzieren.	
49	1	Der VLSS unterstützt die leistungsbezogene Finanzierung vom Grundsatz her. Der Übergang von der kostenbezogenen zur leistungsbezogenen Finanzierung ist grundsätzlich der richtige Weg. Wir gehen indessen davon aus, dass der Staat bzw. der Kanton weiterhin ein Mitspracherecht beim Einsatz der Mittel durch die Krankenversicherer haben muss. Ferner setzt ein derart funktionierendes System zwingend voraus, dass Qualitätssicherungssysteme vorhanden sind. Verschiedene Fachgesellschaften, z.B. die Chirurgie, sind hier in den Bemühungen bereits sehr weit fortgeschritten. Damit sei vor allem gesagt, dass Qualitätssicherung im stationären Bereich nicht standardisiert verordnet werden kann. Zwingend sollen schon existierende Modelle damit Anerkennung finden und die Verordnung von Duplizitäten ist zu vermeiden; sie bedeuten einen Ressourcenverschleiss erster Ordnung.	VLSS
49	1	Der Grundsatz einer leistungsbezogenen Finanzierung ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Das leistungsbezogene Abgeltungssystem ist aber faktisch eine „Augenwischerei“, da das Ganze mit Pauschalabgeltungen wiederum übersteuert wird. Das Unternehmerrisiko wird vollständig auf die öffentliche Hand bzw. auf die Spitäler verschoben. Es gibt faktisch keine Branche, in welcher eine Dienstleistung zu Pauschalpreisen durchgeführt werden soll, wenn nicht bekannt ist, was konkret überhaupt im einzelnen Fall für Leistungen erbracht werden müssen. Die Gesundheits- Versorgung ist nur äusserst beschränkt mit einem Pauschalssystem leistungsbezogen abzugelten. Mit einem Pauschalabgeltungssystem wird die Finanzierung der Investitionskosten für alle Spitäler äusserst schwierig. Im Weiteren sind bei einem leistungsbezogenen Pauschalssystem auch die Standards, die Berechnungsmodalitäten der Investitionskosten und die Qualitätsvorgaben festzulegen. Antrag: Aufnahme des Begriffs teilstationäre Versorgung. Änderungsantrag: Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerischen einheitlichen Strukturen, Behandlungs- und Qualitätsstandards sowie Berechnungsmodalitäten der Investitionskosten. Das Pauschalabgeltungssystem berücksichtigt auch einheitliche Normen für die Belegärzte. Sie Die bis dato etablierten Fallpauschalensysteme sind viel zu grob gefasst, führen zu massiven ökonomischen Verzerrungen und bergen eine grosse Gefahr, dass die Patienten, deren Leiden im Rahmen der anwendbaren Fallpauschale im Durchschnitt nicht kostendeckend therapiert werden können, eine medizinisch suboptimale Behandlung erhalten werden. Im übrigen besteht die Problematik, dass der Einsatz neuer Therapieverfahren mit zusätzlichem Nutzen die gleichzeitig mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, wegen fehlender Finanzierung nicht zur Anwendung kommen können. Der medizinisch-technische Fortschritt wird sich in einem pauschalisierten Abgeltungssystem lediglich darauf konzentrieren können, dass bestehende Behandlungsverfahren kostengünstiger erbracht werden. Der ökonomische Druck wird vom Arzt verlangen, dass kostenintensivere neue Behandlungsmethoden nicht zur Anwendung kommen und führt damit zwangsläufig zu ethischen Problemen. Im Weiteren müssten klare Behandlungs- und Qualitätsstandards festgelegt werden. Fazit: Ohne einen umfassenden und länger dauernden Feldversuch (Pilotbetriebe) darf ein solches	SRK

		System nicht eingeführt werden (Hinweis: Ein Modell, welches in diese Richtung weist, läuft zur Zeit im Kanton Bern bei den Privatspitälern).	
49	1	Da wo leistungsabhängige Fallpauschalen keinen Sinn machen, beispielsweise im Reha-Bereich, müssen Tagespauschalen weiterhin ihre Gültigkeit behalten oder zumindest als Teilpauschalen mit Fallpauschalen kombiniert werden. Die Fallpauschalen müssen wie bis anhin von den Spitälern beziehungsweise deren Verbänden kantonale ausgehandelt werden und dürfen nicht administrierte Tarife sein. Mit der vorgesehenen Finanzierungsform über Preise statt anrechenbaren Betriebskosten wird ein richtiger Schritt in Richtung Wettbewerb und Transparenz, aber auch grössere unternehmerische Freiheit der Spitäler getan. Mit dem dual-fixen Finanzierungsmodus und der Beteiligung der Krankenversicherer an den Investitionskosten werden die Tarife kostendeckend gestaltet werden können. Die Investitionsentscheide werden dabei grundsätzlich vom Leistungserbringer getroffen. Dabei kommt die jeweilige kantonale Gesetzgebung zur Anwendung, welche entsprechende Mitentscheidungsrechte für den mitfinanzierenden Kanton enthält. Eine Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes zur Spitalfinanzierung bis zum Inkrafttreten der Gesetzesänderung wird befürwortet. Bei einer Ausdehnung des Leistungsbereichs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unabhängig vom Ort des Aufenthalts im Spital sind zwingend gleich lange Spiesse für öffentliche und private Spitäler zu schaffen. Dies gilt sowohl für Planungs- und Finanzierungsinstrumente, Qualitätssicherung (gemäss heutiger Outcomemessung) wie Aufnahmepflicht. Die Einrechnung der Investitionen hat bei Gleichstellung aller Leistungserbringer auf der Basis von normativen Kosten zu erfolgen.	K3
49	1	Wir begrüssen die Einführung der Leistungsentschädigung auf der Basis einer Gesamtkostenrechnung, wobei alle nicht durch das KVG zu tragenden Leistungen abschliessend und explizit zu nennen sind (Lehre und Forschung, Vorhalteleistungen im Notfallbereich, Abgeltungen aus versorgungspolitischen Gründen etc.). An der Mehrfachrolle der Kantone und der damit verbundenen schleichenden Verstaatlichung der Medizin ändert die vorgeschlagene Reform enttäuschenderweise absolut nichts. Die Kantone behalten ihre Macht im Gesundheitsbereich, ja sie wird sogar noch ausgebaut. Die Kantone sind weiterhin Planer, Finanzierer und Betreiber von Spitälern sowie Schiedsrichter in Tarifstreitigkeiten. Erst mit einem monistischen Finanzierungssystem, wie unter Punkt 1.1. gefordert, könnten diese Widersprüche behoben und dem Wettbewerb zum Durchbruch verholfen werden. Die Gefahr, dass die Kantone, gestützt auf ihre Mehrfachrolle und Machtballung, die öffentlichen und subventionierten Spitäler deutlich bevorzugen, ist nicht nur eine Annahme, sondern Realität.	Hirslanden
49	1	Die SGIM unterstützt grundsätzlich die leistungsbezogene Finanzierung. Wir weisen aber auf die Gefahr hin, dass die Qualitätssicherung insbesondere bei komplexen Fällen nicht einfach sowie mit einem zweifellos grossen administrativen Aufwand und damit neuen Kosten verbunden sein wird! Die Vorstellung, dass unrentable Leistungen auf Dauer nicht Bestand haben würden, weil sie die Existenz der Leistungserbringer gefährden, ist richtig. Andererseits ist zu betonen, dass deshalb unrentable sogenannte ‚schlechte Fälle‘ drohen, ungenügend oder nicht behandelt oder von Spital zu Spital verschoben zu werden!	SGIM
49	1	Die gesamtschweizerischen Strukturen für die Pauschalen müssen unbedingt alle relevanten Behandlungskomponenten in die Berechnungen einbeziehen.	SVBG
49	1	Die Einführung der Diagnose - oder Fallpauschalen kann in gewissen Bereichen durchaus zu Kostensenkungen führen. Nach Auffassung des Schweizerischen Hebammenverbandes wird die Einführung von	SHV

		<p>Diagnose- oder Fallpauschalen auf den geburtshilflichen Abteilungen jedoch kaum kostensenkende Wirkung haben, dies aus folgenden Gründen: Zur Zeit wird mit einer Fallpauschale die Geburt und die nachfolgende Erholungszeit (Wochenbett) von Mutter und Kind auf fünf Tage beschränkt. Aus der Statistik der Freipraktizierenden Hebammen des Schweizerischen Hebammenverbandes geht jedoch hervor, dass immer mehr Mütter heute vorziehen, die stationäre Einrichtung des Spitals bereits am 2. oder 3. Tag nach der Geburt zu verlassen und sich anschliessend zuhause von einer freipraktizierenden Hebamme betreuen zu lassen, deren Leistungen bis zum 10. Tag nach der Geburt von der Krankenkasse abgegolten werden. Für diese Betreuung brauchen die Hebammen keine ärztliche Verordnung. Diese von den Müttern immer häufiger gewählte Betreuungsmöglichkeit durch Freipraktizierende Hebammen führt zu Mehrkosten, da zu den entstandenen Spitalkosten die Kosten der Freipraktizierenden Hebammen hinzuzuzählen sind. Laut Santésuisse verzeichneten die Hebammen in den Jahren 1999 - 2002 eine Zunahme der Bruttokosten (Umsatz) von 23 % pro Hebamme. Nach Ansicht der Krankenkassen sind für diese Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen die Hebammen verantwortlich. Der Schweizerische Hebammenverband ist der Auffassung, dass diese Mehrkosten im geburtshilflichen Sektor durch Tagespauschalen gesenkt werden könnten. Der Schweizerische Hebammenverband spricht sich daher für die Einführung von Tagespauschalen in den stationären Einrichtungen aus, welche die Krankenversicherer wie auch die Kantone voraussichtlich kostengünstiger zu stehen kommen werden.</p>	
49	1	<p>Die Fallpauschale ist nur vordergründig leistungsbezogen. In der Realität wird damit jedoch nur eine pauschal festgelegte (theoretische) Leistung entschädigt, ohne jeden Bezug auf die konkret erbrachte Leistung. Der pauschal entschädigte Leistungserbringer wird immer der Versuchung ausgesetzt sein, nicht alle zur Berechnung der Pauschale herangezogenen Teilleistungen erbringen zu müssen, um so eigene ökonomische Vorteile zu erhalten. Eine solche Entwicklung schadet aber der Qualität der Medizin und widerspricht grundsätzlich den Interessen der Patienten. Der Patient kann aber nur ein einziges Interesse haben: Vollumfängliche Transparenz über die notwendigen und zu erbringenden bzw. erbrachten Leistungen samt der entsprechenden Tarifstruktur. Was die ambulanten Leistungserbringer können, sollte auch den Spitätern möglich sein. Im Hinblick auf die vom Bundesrat geforderte statistische Erfassung des gesamten Gesundheitswesens müssten die stationären Leistungserbringer ohnehin in der Lage sein, ihre Einzel- und Teilleistungen spezifiziert als Patienten- und Behandlungsdaten dem Bund zur Verfügung zu stellen. Die Begründung zur Einführung der Fallpauschale, die stationären Leistungserbringer wären nicht in der Lage, spezifizierte Leistungsverzeichnisse mit den entsprechenden Tarifpositionen ihrer Rechnungsstellung zugrunde zu legen, war schon damals nur ein vordergründig stichhaltiges Argument. Im Hinblick auf die geforderte Verpflichtung zur statistischen Erfassung sämtlicher medizinischer Leistungen ist das Argument ohnehin unhaltbar geworden. Die Einführung der Leistungsfinanzierung wäre grundsätzlich zu begrüssen. Doch ist nicht zu verkennen, dass der Vorschlag des Gesetzgebers inkonsequent ist. Auch die diagnosebezogene Fallpauschale hat Kosten und somit die Objektfinanzierung als Grundlage. Jede Pauschale relativiert die Finanzierung der tatsächlichen Leistung. Die Budgetverantwortlichkeit könnte dazu verführen, im Einzelfall nicht alle gebotenen Einzelleistungen zu erbringen oder in Abwägung zwischen medizinischer Qualität und finanzieller Situation des Spitals letztlich im Zweifelsfall die finanzielle Komponente als Sachzwang stärker zu gewichten. Die Leistungsrationierung wird somit</p>	PULSUS

		<p>durch Zufall vollzogen. Die Begrenzung der obligatorisch versicherten Gesundheitskosten ist effizienter, ehrlicher und sachgerechter nur in der Begrenzung des Pflichtleistungskataloges zu erreichen. Die Fallpauschale suggeriert dem Bürger, durch eine administrative bzw. abrechnungstechnische Massnahme könne man die Gesundheitskosten eindämmen und gleichzeitig die medizinischen Leistungen unbeschränkt anbieten.</p> <p>Dies trifft nicht zu. Die Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich, Frau Regierungsrätin Frau Verena Diener, hat zu Recht kürzlich in einem Interview darauf hingewiesen, dass heute das medizinisch Mögliche und das finanziell Mögliche nicht mehr deckungsgleich seien. Dieser offensichtlichen Diskrepanz kann nur durch eine klare Definition, was obligatorisch versichert und Bestandteil des Pflichtleistungskataloges ist, begegnet werden. Dieser Pflichtleistungskatalog darf nicht alles medizinisch Mögliche, sondern nur die elementare medizinische Versorgung umfassen.</p>	
49	1	<p>In den Ausführungen im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass keine gesetzliche Regelung der Abgrenzung stationär / ambulant erforderlich sei, da die VKL bereits eine einheitliche Abgrenzung festlege. santésuisse ist jedoch der Ansicht, dass die Begriffe stationär und ambulant zwingend auf Gesetzesstufe definiert werden müssen. Insbesondere deshalb, weil auch die unterschiedliche Finanzierung von ambulanter und stationärer Leistungen ebenfalls auf Gesetzesstufe geregelt sind. Die gesetzliche Definition sollte die heute in der VKL enthaltene Regelung, wonach eine Behandlung als stationär gilt, wenn während einer Nacht ein Bett belegt wird, nicht übernehmen. Die Praxis hat gezeigt, dass diese Bestimmung oft missbraucht wird, und Patienten unnötigerweise in ein Bett gelegt werden. Bezüglich Festlegung der Leistungspauschalen ist die Rolle des Kantons unklar: beteiligt sich der Kanton als Vertragspartner bei der Pauschalfestsetzung, steht dies im Widerspruch zur Genehmigungsfunktion der Kantone. Werden sie nicht zu Verhandlungspartnern, haben sie trotz ihrer Mitfinanzierungsverpflichtung lediglich im Rahmen ihrer Planung resp. Genehmigung der Verträge die Möglichkeit, einzugreifen. Hier ist eine Klärung dringend notwendig. Antrag: Die Begriffe stationär und ambulant sind auf Gesetzesstufe wie folgt zu definieren: Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung. Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die weder als stationär noch als teilstationär angesehen werden. Die Funktion des Kantons ist bei der Festlegung der Vergütungen zu klären.</p>	santé-suisse
49	1	<p>Der Begriff «Leistung» müsste noch im Verhältnis zum Begriff «Kosten» geklärt werden.</p>	Cosama
49	1	<p>Auf die Definition des Begriffs „stationär“ auf Gesetzesstufe kann nicht verzichtet werden. Insbesondere deshalb, weil auch die unterschiedliche Finanzierung von ambulanter und stationärer Leistungen ebenfalls auf Gesetzesstufe geregelt sind. Die Definitionen der VKL sind daher ins Gesetz zu überführen. Anzuregen wäre, für die Festlegung der Leistungspauschalen ein spezielles Patientenklassifikationssystem (Abstufungen bezügl. Schwere der Krankheit) einzuführen. Bezüglich Festlegung der Leistungspauschalen ist die Rolle des Kantons unklar: beteiligt sich der Kanton auch bei der Pauschalfestsetzung, steht dies im Widerspruch zur Genehmigungsfunktion der Kantone. Werden sie nicht zu Verhandlungspartnern, haben sie trotz ihrer Mitfinanzierungsverpflichtung lediglich im Rahmen ihrer Planung resp. Genehmigung der Verträge die Möglichkeit, einzugreifen. Hier wäre eine</p>	ÖKK

		Klärung vonnöten. Zudem ist eine Frist für die Einführung von gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen einzuführen.	
49	1	Die anvisierte Pauschaltarifierung, die nicht mehr Kosten, sondern Leistungen finanziert, hat ein zwiespältiges Gesicht. Einerseits wird transparent, bei welchen Spitälern welche (z.B. diagnosebezogenen) Fallpauschalen preiswerter sind als bei anderen. Tiefere Pauschalen können Ausdruck einer besseren Auslastung, grösserer Routine und mehr Behandlungssicherheit für Patienten sein. Allerdings kann bei vergleichsweise tiefen Pauschalen auch eine Unterversorgung nicht ausgeschlossen werden. Dies führt zu falschen Lenkungsanreizen. Es gilt bei der leistungsorientierten Pauschaltarifierung daher mit allen Mitteln zu verhindern, dass Patienten mit höherem Behandlungsbedarf unterversorgt werden (Bsp. Polymorbidität z.B. bei älteren Patienten). Wir ersuchen Sie daher, 1. bei den Tarifstrukturen die nötige Differenzierung (inkl. Nebendiagnosen) vorzuschreiben, 2. endlich KVG Art. 58 (Qualitätssicherung) Nachachtung zu verschaffen, unter besonderer Berücksichtigung problematischer Auswirkungen der Pauschaltarifierung und 3. die bestehende Wirkungsanalyse zu vertiefen und die Patienten-Organisationen zu beauftragen, gemeldete Risiken in Spitälern weiterzuleiten (ohne Namensnennung der Ratsuchenden). Der Auftrag sollte wiederum an ein Universitätsinstitut gehen. Die Meldungen sollten jährlich veröffentlicht werden. Dies soll auch Indizien liefern, ob die Pauschalierung Auswirkungen auf die nachfolgende Stufe der Behandlungskette hat.	SSR
49	1	Vorschlag zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit: Die vorgesehene Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen darf nicht dazu führen, dass beispielsweise ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten unterversorgt werden. Um die Versorgungsqualität zu sichern, sollte Art. 58 KVG (Qualitätssicherung) endlich Nachachtung verschafft werden. Es scheint uns nach den bisherigen Erfahrungen mit der unzureichenden Umsetzung des betreffenden Artikels unverzichtbar zu sein, die Kompetenzen des Bundes in diesem Bereich zu stärken.	Pro Senectute
49	1	Die Einführung von Abteilungs- und Fallpauschalen anstelle von Tagespauschalen darf nicht zu einer Patientenselektion vor allem seitens der Privatspitäler führen (zum Beispiel Abschieben von Patienten mit hohem Komplikationsrisiko an die öffentlichen Spitäler) sowie eine übermässige Lastenverschiebung an nachbehandelnde Versorgungsrichtungen zur Folge haben. Zu diesem Zweck sind den Privatspitälern seitens der Kantone entsprechende Auflagen zu machen. Zudem sind zweckmässigerweise Pauschalen vorzusehen, die sich auf den gesamten Behandlungspfad beziehen, oder aber es ist eine Kombination von Abteilungs- (resp. Fallpauschalen) und Tagespauschalen anzustreben, wie sie heute zum Beispiel bereits im Kanton St. Gallen üblich ist.	ffg
49	1	La rémunération à la prestation des établissements hospitaliers, mais facturée de façon forfaitaire aux assureurs, rend difficile le contrôle par l'assuré des examens et traitements subis les forfaits basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.	MPF
49	1bis (neu)	Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sollten definiert werden. Formulierungsvorschlag: Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufnahmebereitschaft, Notfallstation, Rettungswesen und die Kosten der Weiterbildung sowie der nichtuniversitären Ausbildung.	SG
49	1bis (neu)	Als stationäre Behandlung gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein	ÖKK

		anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.	
49	2 (neu)	Die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden ebenfalls fix-dual abgegolten. Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufnahmebereitschaft, Notfallstation, Rettungswesen und die Kosten der Weiterbildung so wie der nicht universitären, Ausbildung. Abs. 3: Inhalt von Abs. 2 Abs. 4 Inhalt von Abs. 3 mit Referenzanpassungen an Absätze 1-3 Abs. 6: Inhalt von Abs. 4 etc. bis Abs. 10: Inhalt von Abs. 8	BE, GDK
49	2	Mit Vorbehalt Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Einerseits trifft das Argument zu, dass bei einer Änderung die Gefahr der Mengenausweitung besteht; andererseits verpasst man es, die für ein monistisches System notwendige, genaue Kostenabrechnung einzuleiten.	SVP
49	2	Mit dem Vorschlag, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden können, sind wir einverstanden und haben keine Bemerkungen dazu.	SPS
49	2	Die Vertragsparteien vereinbaren, welche besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Ergänzungsantrag: „Sie stellen damit sicher, dass es im Einzelfall nicht zu einer Unterversorgung kommt“.	SGB
49	2	Il paraît assez logique de maintenir une facturation hors-forfait pour des prestations diagnostics ou thérapeutiques spéciales. En outre, une liste des prestations horsforfait et des critères devrait être établie.	FRC
49	2	H+ unterstützt die Ausnahmeregelung zu den leistungsabhängigen Pauschalen.	H+
49	2	Der Vorschlag, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden können, kann dazu beitragen, auch sehr aufwändige Pflege zu gewährleisten, die den Rahmen der Pauschale sprengt. Die gesamtschweizerischen Strukturen für die Pauschalen müssen unbedingt alle relevanten Behandlungskomponenten in die Berechnungen einbeziehen.	SBK
49	2	Leistungen sollen nur ausnahmsweise getrennt in Rechnung gestellt werden können, sonst besteht die Gefahr, dass jede Fachdisziplin neben den Pauschalen einen eigenen Einzelleistungskatalog kreiert. Es würden somit erneut falsche Anreize geschaffen (induzierte Nachfrage). Abs. 2 soll wie folgt ergänzt werden: Die Vertragsparteien können ausnahmsweise vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.	santé- suisse
49	2	Dass Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden können soll die Ausnahme bleiben, denn es besteht ansonsten die Gefahr, dass jede Fachdisziplin neben den Pauschalen einen eigenen Einzelleistungskatalog kreiert. Es würden somit erneut falsche Anreize geschaffen. Absatz 2 ist folgendermassen anzupassen: Die Vertragsparteien können ausnahmsweise vereinbaren...	Cosama
49	2	La possibilité de prévoir des "prestations diagnostiques et thérapeutiques" hors des forfaits nous paraît de nature à entraîner des abus.	AVS
49	3	Die Anrechnung der Investitionskosten sollte verfahrensmässig ebenfalls einheitlich geregelt werden. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, was als Investitionskosten zu gelten hat (Amortisationen, Abschreibungen, Verzinsungen - nach Massgabe des Ersatzbedarfs oder des investierten Betrags, was passiert mit den schon getätigten	AG

		Investitionen? etc ...) Der Bundesrat wäre zu beauftragen eine entsprechende Verordnung zu erlassen. Es kann nicht angehen, dass einfach beschlossen wird, ein Vorhaben dieses Komplexitätsgrades umzusetzen, ohne minimale Vorstellungen dazu zu formulieren, wie dies abzuhandeln wäre.	
49	3	Nous sommes vivement opposés au fait que les cantons puissent financer seuls d'autres domaines dans les hôpitaux. En effet, cette disposition vide complètement de son sens la volonté de partager à part égale les coûts hospitaliers entre les cantons et les assureurs-maladie. A l'instar de la situation qui s'applique actuellement dans le cadre de la calculation et des négociations tarifaires, les assureurs-maladie auront pour seul intérêt d'attribuer un maximum de coûts à ces domaines, même en présence de toute définition en la matière. Dans les faits, cette disposition équivaldrait exactement à la situation actuelle basée sur prise en charge d' « au maximum 50% des coûts imputables » et reviendrait en fin de compte à mettre en place à nouveau un système où la part non couverte par les assureurs serait de facto à charge de l'Etat. En d'autres termes, il s'agit d'un système de couverture de déficit que l'on connaît actuellement et duquel le Conseil fédéral souhaite s'écarter pour instaurer de la concurrence entre hôpitaux. Aucun canton, n'est parvenu à ce jour, malgré de nombreuses années de travail, à définir clairement ce genre de prestations (autres domaines ou tâches particulières), ni de proposer une solution applicable dans la réalité. Par conséquent, nous demandons avec une insistance toute particulière, que soit supprimée la dernière phrase de l'alinéa 3 de l'article 49 (« Les cantons peuvent décider de financer séparément d'autres domaines »), subsidiairement nous demandons que ces autres domaines soient également pris en charge pour moitié par les assureurs-maladie et pour moitié par les cantons. En cas de maintien du financement pour moitié des prestations par les assureurs-maladie et pour moitié par les cantons, le système tel que est prévu ne donne aucune place aux cantons dans les négociations et la détermination initiale des tarifs. Leur seul pouvoir d'intervention prévu dans la loi se situe à la fin des négociations entre les fournisseurs de soins et les assureurs-maladie dans le cadre de l'approbation des conventions, voire en cas d'échec des négociations. Or, en tant que CO-financeur à raison de 50% des tarifs, il est indispensable de donner explicitement dans la loi une compétence aux cantons leur permettant d'être associés à la fixation des tarifs à 100%, avant leur répartition pour moitié entre chacun des payeurs. De plus, la loi doit expliciter clairement que les coûts d'investissement font partie intégrante des tarifs pris en charge pour moitié par chacun des payeurs. La recherche « universitaire » et « l'enseignement académique » doivent seuls être exclus de la rémunération des assureurs. En effet, le personnel en formation dans les établissements hospitaliers amène une contribution essentielle dans le cadre des soins fournis aux patients et ceci, de surcroît, à un moindre coût salarial. De ce fait, il en est déjà tenu compte de manière adéquate dans la fixation des tarifs, sans encore exclure à nouveau cette partie.	FR
49	3	Wesentliche Bestimmungen sind zwingend auf Gesetzesstufe zu regeln: Definition der anrechenbaren Investitionskosten, deren Abschreibungsregeln und der zu unterstellenden Verzinsung des Anlagekapitals; Definition der Berechnungsgrundlage, Abschreibungsregeln und Verzinsung für getätigte Investitionen (Bilanzwerte); Definition der Kosten für universitäre Lehre und Forschung; Definition der anrechenbaren Kosten zur Ermittlung des Kostendeckungsgrades der Spitaltaxen; Definition der von den Kantonen separat finanzierbaren Bereiche; Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Aufnahmebereitschaft, Notfallstation, Rettungswesen und Kosten der Weiterbildung sowie der nicht universitären Ausbildung) und deren Abgeltung im Rahmen eines leistungsorientierten	GL

		Abgeltungssystem; Definition der Möglichkeit der Kantone zu Defizitdeckung bei Spitälern mit einem Versorgungsauftrag zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit; Definition der anrechenbaren Kosten bzw. der Kalkulationsgrundlagen für die kantonalen Beiträge an Privatspitäler; Abgrenzung zwischen OKP- und VVG-Leistungen (bzw. -Kosten).	
49	3	Es zu präzisieren, dass die Vergütungen keine Kostenanteile für die universitäre Lehre und Forschung enthalten. Die Bestimmungen zu den separat finanzierten Bereichen öffnet Tür und Tor für Begehrlichkeiten seitens weiterer Kostenträger bzw. deren Vertreter und ist daher zu streichen. Vorschlag: In Bezug auf die inner- und ausserkantonale Kostenbeteiligung, d.h. durch Gemeinden und Kantone, muss der Gesetzestext präzisierend festhalten, dass die Kantone eine Regelung treffen.	GR
49	3	Eine Ausnahme von den anrechenbaren Kosten ist nur gerechtfertigt für die universitäre Lehre und Forschung. Dies soll auch klar im Gesetz festgehalten werden. Im Übrigen verweisen wir noch einmal auf die grosse Problematik, dass mit dem vorgeschlagenen Modell die Nichtausbildungsspitäler einen gewaltigen Wettbewerbsvorteil haben gegenüber den Ausbildungsspitalern. Die Leistungseinkäufer werden wegen der günstigeren Preise die Nichtausbildungsspitäler bevorzugen. Es besteht daher auch die Gefahr, dass viele Spitäler keine Ausbildung mehr anbieten. Es ist zu bestimmen, welches die Basis der Kosten für die je hälftige Übernahme durch Kantone und Versicherer ist. Sachlich richtig ist die Präzisierung, dass die Nettokosten (nach Franchise und Selbstbehalt) Berechnungsgrundlage für die Kostenaufteilung darstellen. Zudem ist unbedingt zu präzisieren, dass die Vergütungen keinen Kostenanteil nur für die universitäre Lehre und Forschung enthalten.	LU
49	3	S'agissant de l'application du financement hospitalier dual fixe, nous estimons que les questions d'application techniques le rendront aussi compliqué que le mode actuel avec comme conséquence la multiplication des actions juridiques si la confédération ne donne pas des définitions claires. Il s'agit donc de définir précisément ce qui entre dans le financement des assureurs et ce qui en est exclu. Citons notamment les définitions d'investissements imputables, de l'enseignement et de la recherche, des tâches d'intérêt public, etc.	NE
49	3	In Übereinstimmung mit der GDK können wir einer fix-dualen Spitalfinanzierung nur dann zustimmen, wenn am je hälftigen Finanzierungsschlüssel festgehalten wird. Um Transparenz zu gewährleisten und gesamtschweizerische Vergleiche sowie eine einfache interkantonale Vergütung zu ermöglichen, sind die leistungsabhängigen Pauschalen nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufzubauen. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie, bei der Festlegung der Übergangsfristen den Projektstand von SwissDRG zu berücksichtigen. Neben den leistungsabhängigen Pauschalen ist es gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG den Kantonen freigestellt, weitere Bereiche separat zu finanzieren, um bspw. die Versorgung in Randregionen sicherzustellen.	NW
49	3	Die vorgeschlagene fix-duale Spitalfinanzierung wird vom Kanton Obwalden grundsätzlich begrüsst. Wir sind davon überzeugt, dass aus dem Wechsel von der Objektfinanzierung zur Leistungsfinanzierung die Transparenz bei den Tarifen zunehmen wird. Die Höhe der Pauschalen wird sich nach vergleichbaren „Marktpreisen“ von ähnlich gelagerten Leistungsanbietern richten. Natürlich ist auch absehbar, dass durch diesen Wechsel bei der Spitalfinanzierung der Kostendruck auf kleine Häuser noch zunehmen wird. Spitäler mit zu hohen Fallkosten werden zunehmend höhere Verluste generieren, welche jedoch nicht mehr automatisch über eine Defizitabdeckung durch die öffentliche Hand	OW

		gedeckt werden sollen. Um die Gesundheitsversorgung in Randregionen zu gewährleisten werden die Kantone jedoch trotzdem gezwungen sein, einzelne Spitalträger zu subventionieren, oder wenn sie selbst Spitalträger sind die Defizite zu übernehmen. Bei der fix-dualen Spitalfinanzierung werden öffentliche Spitäler gegenüber privaten Anbietern benachteiligt. Öffentliche Spitäler weisen in der Regel den geringeren Anteil von Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten auf. Dadurch kann nur ein geringer Deckungsbeitrag aus den lukrativen Privatabteilungen erwirtschaftet werden. Auch ist es problematisch, wenn öffentliche Gelder gewinnorientierten Unternehmen zur Verfügung gestellt werden.	
49	3	Die vorgelegten Bestimmungen für die Tarifgestaltung in den Spitälern sind viel zu offen formuliert und werden, wie schon die heutige Regelung, zu langwierigen Tarifstreitigkeiten zwischen den Kantonen, den Spitälern und den Versicherern führen. Sind heute die "anrechenbaren Kosten" umstritten, so werden es künftig ohne klare Regelung auf Gesetzesstufe die im "Preis enthaltenen Leistungen" sein. Die vorgesehene Delegation der Regelungsbefugnis an den Bundesrat vermag auch unter dem Gesichtspunkt der angemessenen Rechtssetzungsstufe in keiner Weise zu befriedigen. Sachverhalte von wesentlicher Tragweite sind auf Gesetzesstufe zu regeln. Den Bestimmungen über die Berechnung der leistungsbezogenen Pauschale kommt wesentliche Tragweite zu. Entsprechend hat der Gesetzgeber sie selber zu regeln. Er darf diese Aufgabe nicht an den Bundesrat delegieren.	SH
49	3	Der Begriff „Lehre und Forschung“ ist im Gesetz klar zu definieren. Es geht nicht an, dass der Bundesrat auf dem Verordnungsweg oder über die Rechtssprechung den Begriff der Lehre auf die nichtuniversitare Aus- und Weiterbildung ausdehnen kann. Formulierungsvorschlag für den dritten Satz: Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für die universitäre Lehre und Forschung enthalten.	SG
49	3	Die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen ist zu begrüssen, sie wird eine bessere Transparenz hinsichtlich Spitalleistungen und Spitalkosten auslösen. Die Krankenversicherer sollen wirklich nur die „echten“ Spitalleistungen und nicht Defizite (über eine allgemeine Defizitdeckung) mitfinanzieren müssen. Wo aus politischen oder wirtschaftlichen Gründen Spitalleistungen teurer angeboten werden, haben die Kantone für die entsprechenden Mehrkosten aufzukommen. Der bisherige Kostenteiler 50% Kanton und 50% Krankenversicherer ist unbedingt beizubehalten. Wegen der durch den Entscheid des EVG ausgelösten Mitfinanzierung der medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisationen sowie der Mitfinanzierung der innerkantonalen Behandlungen von Zusatzversicherten in den öffentlichen Spitälern haben die Kantone in den vergangenen 8 Jahren enorme Mehrkosten finanzieren müssen. Hinzu kommt neu noch die Mitfinanzierung der auf der Spitalliste stehenden Privatspitäler (inkl. Investitionsanteil). Angesichts aller Mehrkosten für die Kantone muss deshalb die Mitfinanzierung der Investitionskosten durch die Krankenversicherer unter Beibehaltung des heutigen 50/50 Kostenteilers erfolgen.	SO
49	3	In Art. 49 Abs. 3 ist die Vorschrift enthalten, dass die dual-fixen Vergütungen keine Kosten für Lehre und Forschung enthalten dürfen. Die Auslegung des Bundesrates dieser Vorschrift, nach welcher die Kosten der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals als Kosten der Lehre und Forschung bezeichnet werden, entbehrt jeder betriebs- und volkswirtschaftlichen Grundlage. Würden die öffentlichen Spitäler keine Plätze für die praktische Ausbildung von medizinischem Personal mehr anbieten, dann würden die Spitäler ihre Betriebe über kurz oder lang infolge Personalmangels schliessen müssen. Jeder Industrie- und Dienstleistungsbetrieb muss heute praktische Ausbildung	SO

		betreiben, sonst entzieht er sich die Existenzgrundlage. In der freien Wirtschaft werden die Kosten der praktischen Aus- und Weiterbildung sämtlichen Personals als Personalkosten den Betriebskosten zugeordnet. Deshalb sind auch die Kosten für die praktische Aus- und Weiterbildung des gesamten Spitalpersonals über die dual-fixe Finanzierung abzugelten.	
49	3	Mit dieser Änderung sollen zukünftig nicht nur die öffentlichen und öffentlich subventionierten, sondern auch die privaten Spitäler in die Finanzierungsleistungen und die Planung der Kantone einbezogen werden. Ziel ist es, die zurzeit bestehende ungleiche Behandlung der Leistungserbringer aufzuheben und den Wettbewerb zu erleichtern. Privatspitäler sind gewinnorientierte Unternehmungen, die heute weitgehend den Regeln des freien Marktes folgen und folglich vor allem in ertragsinteressanten Bereichen Leistungen, insbesondere für Zusatzversicherte, erbringen. Sollten staatliche Beiträge an diese Unternehmen gezahlt werden, ist konsequenterweise eine vermehrte Einflussnahme der Kantone in die Angebotsgestaltung dieser Spitäler unumgänglich. Es kann nicht angehen, dass die Kantone nur zahlen und die Privatspitäler diejenigen Patienten, die am meisten Ertrag bringen, den heutigen öffentlichen oder mit öffentlichen Geldern unterstützten Spitalern, die sich zudem - so im Kanton Schwyz - einer Gesamtplanung des Kantons unterziehen müssen, entziehen. Die Regeln des so genannten „freien“ Marktes würden durch solche Subventionen zu einem beträchtlichen Teil ausser Kraft gesetzt und die Verantwortung der Kantone und des Bundes für einen Wirtschaftsbereich, in dem ebenfalls ein Überangebot besteht, zusätzlich erhöht. Die Kantone verfügen nur über begrenzte Mittel und sind nicht daran interessiert, noch weitere Aufgabenbereiche mitzufinanzieren. Eine massgebliche Mitfinanzierung der Aufwändungen für einen Bereich, durch den vor allem die Bedürfnisse der Zusatzversicherten abgedeckt werden, wird abgelehnt.	SZ
49	3	I compiti d'interesse pubblico dovrebbero essere definiti dal Consiglio federale e devono essere finanziati separatamente e non presi in considerazione nel forfait per prestazione, questo per garantire una maggior trasparenza del sistema e permettere l'attuazione di un sistema di benchmarking fra i diversi istituti ospedalieri svizzeri. Ciononostante i compiti d'interesse pubblico dovranno comunque essere finanziati con il sistema duale fisso. Il calcolo degli oneri per questi compiti sarà definito a livello federale attraverso una metodologia di calcolo che dovrà essere applicata sull'insieme del territorio elvetico. Riteniamo importante suddividere i costi di formazione e ricerca in universitari e non universitari. Per i primi condividiamo quanto sostenuto dalla CDS, siamo in altri termini favorevoli al fatto che questi oneri siano assunti al 100% dai cantoni. Per quel che concerne i costi di formazione e ricerca non universitari, ribadiamo quanto già espresso al punto precedente. Questi compiti devono, in effetti, essere considerati d'interesse pubblico e specificati nel contratto di prestazione definito fra Stato e istituti ospedalieri. La loro remanerazione non dovrà quindi essere inglobata nel forfait per prestazione, ma computata separatamente attraverso la definizione puntuale del volume ed del prezzo di tali compiti. Gli oneri relativi a queste prestazioni dovranno comunque essere finanziati secondo il modello duale fisso, come richiesto anche dalla CDS. Rileviamo come nel messaggio trasmessoci e nel progetto di legge relativo ci si riferisca sempre al "prezzo" per prestazione, mentre il concetto di "volume" è menzionato unicamente nel capitolo concernente la pianificazione ospedaliera. Riteniamo che questa considerazione limitata del volume sia inaccettabile. Il volume delle prestazioni è una questione fondamentale per l'applicazione del nuovo modello di finanziamento duale fisso, pertanto deve essere approfondita. I cantoni (e gli assicuratori) devono avere, in effetti, il diritto di determinare anche una quantità (volume)	TI

		definita di prestazioni tramite dei contratti stipulati con gli ospedali. Questo soprattutto per evitare una "moltiplicazione" dei casi e per poter assicurare un miglior controllo dell'attività svolta in ogni istituto incluso nella lista ospedaliera. A livello di volume, la pianificazione ospedaliera può determinare solo le condizioni quadro. Essa non è invece lo strumento idoneo (diventerebbe troppo rigida) per definire in modo preciso il volume delle prestazioni. A tale scopo è indispensabile abbinare alla pianificazione lo strumento del contratto di prestazione con il quale lo Stato stabilisce per i singoli istituti anche il volume esatto delle prestazioni da erogare.	
49	3	<p>Die Investitionen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler wurden bis anhin vollumfänglich durch die Kantone finanziert. Die fixduale Abgeltung der Investitionen über die Tarife wird als problematisch beurteilt. Sowohl die Kantone als auch die Krankenversicherer leisten künftig Beiträge an betriebliche und bauliche Investitionen, ohne dass - zumindest bei Privatspitälern - eine Mitbestimmungsmöglichkeit besteht. Durch die vorgesehene pauschale Finanzierung der Investitionen können Widersprüche zur kantonalen Spital- und Leistungsplanung entstehen. Die Anschaffung teurerer Geräte kann nicht koordiniert werden, wodurch sich die Gefahr von Fehlinvestitionen erhöht. Auch ergeben sich gravierende Vollzugsprobleme wie beispielsweise die Feststellung des Grundversicherungsanteils an den Investitionskosten, der Nachweis einer zweckentsprechenden Verwendung der Investitionsbeiträge sowie der Bildung angemessener Rückstellungen für künftige Investitionen. In der freien Wirtschaft tragen die Kosten für Fehlinvestitionen die Unternehmen, bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern letztendlich die Kantone.</p> <p>Die vorgeschlagene Revision der Spitalfinanzierung bringt massgebliche Mehrkosten für die Grundversicherung sowie eine gleichzeitige Verbilligung der Zusatzversicherungen. Auch müssen einzelne Kantone mit Mehrkosten rechnen. Die in der Folge sinkenden Tarife für die Zusatzversicherungen bewirken eine steigende Nachfrage nach Privat- und Halbprivatleistungen. Die öffentlichen Spitäler werden dieser zusätzlichen Nachfrage nachkommen und ihre Spitalinfrastrukturen entsprechend ausbauen, wodurch zusätzliche Kosten entstehen.</p>	UR
49	3	<p>Le DFI propose d'étendre les obligations des cantons également aux hôpitaux jusqu'à présent non subventionnés (cliniques privées), dès lors qu'ils sont nécessaires à la couverture des besoins en soins de la population. Cette position consacre l'abandon des notions de chambre commune et de chambre privée dans le cadre de l'assurance obligatoire, au profit d'une nouvelle notion partie intégrante du catalogue des prestations: le séjour hospitalier. Pour le canton de Vaud, la décision de 2002 se traduit en 2004 par des charges supplémentaires de 33 mios. L'extension de l'obligation de participation aux hôpitaux non subventionnés, si elle était finalement retenue, représenterait un transfert supplémentaire de 52 mios, en première estimation.</p> <p>Détermination: Comme mentionné dans le préambule, le Conseil d'Etat du canton de Vaud s'oppose à l'évolution dictée par le Tribunal fédéral des assurances concernant la participation des cantons à tous les séjours hospitaliers, indépendamment de l'existence ou non d'une assurance complémentaire privée ou semi-privée. Il insiste sur l'importance des charges supplémentaires occasionnées aux cantons en vertu de l'arrêt du TFA susmentionné et de celles qui résulteraient de l'extension de leurs obligations et estime anormal que l'argent « public » soit affecté au financement de cliniques privées à but lucratif. Avec la CDS, il demande instamment, une nouvelle fois, que la neutralité des coûts pour les cantons soit garantie par l'intermédiaire d'un paquet unique de mesures portant simultanément sur le financement de l'hospitalisation - objet de la présente consultation - et le financement des soins de longue du-</p>	VD

		<p>rée, qui vient de faire l'objet d'une proposition séparée du Conseil fédéral.</p> <p>A relever que le projet du DFI laisse à la libre appréciation des cantons la possibilité d'exclure du forfait la rémunération des prestations d'intérêt public - comme les urgences - avec pour corollaire, l'obligation de les payer en totalité (49 al. 3). Sur ce point, la position du DFI est inacceptable. Elle revient en effet à supprimer la contribution des assureurs pour des prestations qui font partie intégrante du catalogue LAMal. De plus, elle pénalise financièrement les cantons qui, pour des raisons tant de santé publique qu'économiques, entendent exclure des tarifs valables pour tous les hôpitaux la rémunération des prestations qui ne sont fournies que par certains d'entre eux. Aux yeux du Conseil d'Etat, en toute logique, si le DFI entend introduire une concurrence entre hôpitaux par l'intermédiaire de tarifs uniformes, il n'a pas d'autre choix que d'exclure de ces tarifs les montants qui rémunèrent des responsabilités particulières attribuées de manière sélective à un nombre restreint d'hôpitaux et de les faire financer séparément, selon le système dual fixe. Leur inclusion dans les tarifs forfaitaires est en effet économiquement injustifiable, puisque ces responsabilités ne concernent pas tous les hôpitaux. Par ailleurs, un financement séparé, supporté uniquement par les cantons, représenterait un transfert supplémentaire de charges en regard de la situation actuelle et introduirait un nouveau conflit d'intérêt avec les assureurs - et, partant, de nombreux recours - par rapport à la définition des coûts imputables ou non à l'assurance de base.</p> <p>En cas de non prise en considération de la position de la CDS par le Conseil Fédéral, le Conseil d'Etat du canton de Vaud s'oppose à l'introduction d'une « libre concurrence » dans le secteur des hôpitaux, telle qu'elle est proposée par le projet mis en consultation. Si des éléments de concurrence sont introduits, ils doivent être accompagnés de garde-fous (concurrence encadrée) et ne doivent pas aboutir à un nouveau transfert de charges sur les cantons. Plus concrètement, le Conseil d'Etat considère qu'une concurrence accrue implique le respect des quatre principes suivants : l'encadrement de la concurrence doit être considéré comme une responsabilité des cantons qui doit être inscrite dans la loi ; l'encadrement de la concurrence doit être réalisé non seulement par la planification (être nécessaire à la couverture des besoins, respect des conditions posées par le canton à l'octroi du mandat de prestations, sanctions en cas de non-respect des conditions), mais également par un financement des prestations d'intérêt public obligatoirement séparé de celui des autres prestations de soins. Ce financement doit être associé à un mandat de prestations attribué par un canton ou un groupe de cantons à un hôpital ou à un groupe d'hôpitaux ; la définition des tâches d'intérêt public nécessaires à l'approvisionnement en soins de la population doit se fonder sur une disposition légale, établie en concertation avec les cantons ; le financement de ces prestations doit être assumé selon le principe du financement dual fixe, 50% à charge des cantons, 50% à charge de l'assurance de base. L'introduction d'une structure tarifaire nationale, négociée entre partenaires tarifaires, conjuguée avec la responsabilité que le Conseil d'Etat entend continuer d'assumer en matière d'approvisionnement et notamment d'accès aux prestations d'intérêt public, sa volonté d'éviter des conflits d'intérêt majeurs avec les assureurs, ainsi que sa détermination à écarter tout nouveau transfert de charges rendent indispensable le respect des principes ci-dessus. Pour cette raison, le Conseil d'Etat demande avec insistance que le projet de loi du Conseil fédéral sur les nouvelles modalités de financement des hôpitaux soumis aux Chambres soit adapté en conséquence. A cet égard, il soutient les propositions d'amendement des articles 39 et 49 présentées par la CDS.</p>	
49	3	<p>Lie canton du Valais soutient un financement hospitalier dual fixe, sous réserve des remarques ci-dessous, et pour autant que la formule moi</p>	VS

		<p>tié/moitié soit maintenue. Nous attirons également votre attention sur le fait que les délais transitoires prévus sont très courts et que de nombreuses questions sur les applications techniques de la mise en place de ce financement sont encore ouvertes.</p> <p>« Les rémunérations visées aux al. 1 et 2 sont prises en charge pour moitié par l'assureur et pour moitié par le canton où réside l'assuré. Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les rémunérations ne comprennent pas les parts que représentent les coûts de formation et de recherche. Les cantons peuvent décider de financer séparément d'autres domaines ». Nous soutenons le principe du financement dual fixe qui précise que les rémunérations visées aux alinéas 1 et 2 sont prises en charge pour moitié par l'assureur et pour moitié par le canton où réside l'assuré.</p>	
49	3	<p>Die vorgeschlagene fix-duale Finanzierung in allen Spitälern tönt einfach, stellt aber das bisherige System in vielen Bereichen völlig auf den Kopf. Vieles wird eindeutig komplizierter. Die über Jahre entwickelte Rechtsprechung zu den Tarifen, welche im Wesentlichen an die Kostentransparenz anknüpft, wird mit einem Schlag unbrauchbar. Es fehlt somit insgesamt an der Berechenbarkeit der Wirkungen, welche mit der Revision auf die Spitalversorgung ausgelöst werden. Im Folgenden weisen wir auf die aus unserer Sicht wichtigsten Schwachstellen hin:</p> <p>Neue Rollen ohne klare Spielregeln: Die vorgeschlagene fix-duale Finanzierung in allen Spitälern beinhaltet eine völlig neue Rollenverteilung für alle Beteiligten. In der vorgeschlagenen Revision werden aber nur die Rollen neu verteilt, ohne dass dabei die Spielregeln angepasst werden: Wenn die Kantone in den privaten und öffentlichen Spitälern genau die gleichen Beiträge bezahlen, gibt es keinen Grund mehr, die beiden Spitalkategorien unterschiedlich zu behandeln (z.B. im Bezug auf Personalrecht, Globalbudget, Leistungsauftrag, Investitionen etc.). Beide Kategorien müssen also die gleich langen Spiesse haben. Sollen und können also beispielsweise die Privatspitäler den gleichen politischen Einflussmöglichkeiten wie die öffentlichen Spitäler unterstellt werden? Die Kantone haben mit der 50 / 50 Lösung theoretisch die gleiche Stellung und die gleichen Interessen wie die Versicherer. Sie werden sozusagen zu Partnern der Versicherer. Was für die Versicherer Gültigkeit hat, gilt ja auch für die Kantone und umgekehrt. Bis anhin haben die Kantone die von den Versicherern nicht gedeckten Kosten bezahlt. Sie hatten deshalb ein Interesse an möglichst hohen Versicherungstaxen. Mit der neuen Regelung haben die Kantone zusammen mit den Versicherern ein Interesse an möglichst tiefen Taxen in allen Spitälern, weil sie ja gleich viel zahlen wie die Versicherer. Und ungedeckte Restkosten dürfte es eigentlich gar nicht mehr geben, weil ja 100% von vornherein definiert sind. Eigentlich müssten also die Kantone als hälftiger Finanzierer auch das gleiche machen wie die Versicherer, also mit jeder Versicherung in jedes Spital gehen und die Tarife aushandeln, Kostengutsprachen erteilen, Rechnungen prüfen etc. Diesen administrativen Aufwand wird aber sicher kein Kanton auf sich nehmen, sondern einfach den gleichen Betrag wie die Versicherer bezahlen. Faktisch führt dieses Modell also zur monistischen Finanzierung. Die Versicherer führen alleine die Verhandlungen etc. und die Kantone erhalten die Rechnung. (Gegen eine monistische Finanzierung ist an sich nichts einzuwenden. Sie kann aber nicht ohne dazugehörige Regeln eingeführt werden.)</p> <p>Unklarheit betreffend Vergütungsbasis: Die vorgeschlagene Lösung setzt voraus, dass man weiss, wie viel 100 % sind. Es gibt dann keinen "Restfinanzierer" mehr. Der Vergütungs- bzw. Kostenteiler im KVG gilt nur für den obligatorischen Grundversicherungsbereich und nicht beispielsweise auch für den Zusatzversicherungs- oder UVG-Bereich. Man muss somit exakt ausscheiden können, welche Kosten welchem</p>	ZG

	<p>Bereich zuzurechnen sind. Das Gleiche gilt für den ambulanten und stationären Bereich. Sofern die Abgeltung auf leistungsbezogenen Pauschalen beruhen soll, müssen die Aus-, Weiter- und Fortbildungskosten und sonstigen Vorhalteleistungen unbedingt separat abgegolten werden. Sonst haben Nichtausbildungs-Spitäler einen massiven Wettbewerbsvorteil. Das bedeutet aber auch, dass man wissen muss, wie viel die Aus- und Weiterbildung oder die Aufrechterhaltung des Notfalldienstes kostet. Und es muss auch bestimmt sein, wie die Leistungen gerecht abgegolten und finanziert werden und wie viele Ausbildungsstellen es wo braucht.</p> <p>Bei der Neuregelung der Finanzierung ist immer von „Gleichbehandlung“ und „gleich langen Spiessen“ die Rede. Dabei werden die effektiven Verhältnisse bisweilen völlig verkannt. Die Privatspitäler in der Schweiz haben sich erfolgreich etabliert und können ihre Leistungen auch unter dem geltenden Recht gewinnbringend anbieten. Die Privatkliniken sind aufgrund ihrer Lage, ihrem Ausbaustand und ihrer Infrastruktur rein auf Halb- und Privatpatienten ausgerichtet. Die Behandlungen an bloss grundversicherte Personen machen denn auch im Durchschnitt weniger als 20% der Klientel aus. Ermöglicht und gefördert wurden diese luxuriösen Infrastrukturen durch die grosszügigen Vergütungen der Zusatzversicherung. Es ist deshalb nicht einzusehen, weshalb die soziale Krankenversicherung oder auch die öffentliche Hand plötzlich solche luxuriösen Strukturen honorieren sollten. Die Privatspitäler sind heute sehr mächtig, da sie weitgehend zusammengeschlossen sind. So verfügt die Hirslanden Holding AG gegenwärtig über 12 Kliniken. Allein im Jahr 2002 hat sie drei Kliniken erworben. Ihre Spitäler liegen über die ganze Schweiz verteilt, in Aarau, Bern (3), Cham, Heiden, Lausanne (2), Münchenstein, Schaffhausen und Zürich (2). Jede vierte Herzoperation in der Schweiz wird heute beispielsweise in einer der Hirslandenkliniken durchgeführt. Hinzu kommt, dass die Hirslanden Holding in jüngster Zeit nochmals eine Verstärkung in ihrer wirtschaftlichen Ausrichtung erfahren hat. Sie ist seit dem 1. November 2002 im Besitz der britischen Investmentfirma BC Partner Funds. BC Partner ist eine führende Private Equity Gruppe mit Niederlassungen in London, Mailand, Hamburg, Paris und neu auch in Genf. Die Funds von BC Partner halten eine Mehrheitsbeteiligung an der General Healthcare Group, welche BMI Healthcare, die grösste britische und eine der bedeutendsten europäischen Privatspitalgruppen, führt. Die BC Partner setzt nach eigenen Aussagen auf Innovation, Wachstum und langfristige Existenzsicherung. Ziel ist der Gang an die Börse. Die besagten Privatspitäler stellen somit in der Schweizer Spitallandschaft eine mächtige und vorab pekuniär ausgerichtete Grösse dar, bei denen die Shareholder das Sagen haben. Mit dem Service Public im Sinne der sozialen Grundversorgung für die Schweizer Bevölkerung hat dies wenig bis gar nichts zu tun.</p> <p>Die Subventionierung steht im Widerspruch zur Staatsskepsis der Privatspitäler: Die Privatspitäler lehnen staatliche Planung und Lenkung im Gesundheitswesen grundsätzlich ab und möchten ein liberalisiertes Gesundheitswesen, indem strukturelle Bereinigungen dem Markt überlassen werden (Robert Bider, CEO Hirslanden Holding, in Krankenversicherung und Gesundheitswesen - wie weiter?, Bern 1999, S. 198). Diese Haltung wird aktuell bestätigt: In ihrem Geschäftsbericht 2003 übt die Hirslandengruppe harte Kritik an den staatlichen Normen, "die opportunistisch, konzeptlos und ohne angemessene Kosten-Nutzen-Überlegungen erlassen würden." Generell zeichne sich das Gesundheitswesen durch das Fehlen einer strategischen Gesamtsicht, durch eine intransparente Finanzierung und durch etatistischen Planungseifer aus. Zur laufenden Revision des KVG schreibt das Unternehmen, es brauche einen grundsätzlichen Entscheid für</p>	
--	---	--

	<p>Planwirtschaft oder Wettbewerb.</p> <p>Vorhersehbare Prozessflut: Neben dem teuren Ausbaustandard ist ebenso augenfällig, dass die Privatkliniken in der Regel über teure Infrastrukturausrüstungen verfügen wie Computertomographen (CT) sowie auch Magnet-Resonanz-Imaging Anlagen (MRI). Diese Anschaffungen sind aus versorgungsplanerischer Sicht grossteils unnötig. Das Schweizerische Krankenhaus-Institut (SKI) hat im Rahmen einer Bedarfsstudie im Jahr 1986 festgestellt, dass für die ganze Schweiz 15 CTs genügen würden. 1991 zählte man in der Schweiz bereits über 70 CT (Rechenschaftsbericht der Preisüberwachung 1994, Seite 16). Dennoch haben die privaten Institutionen mit Hilfe der Zusatzversicherten-Erträge diese Überkapazitäten in den letzten Jahren weiter aufgebaut. In der Schweiz stehen heute 13 MRI-Geräte pro Million Einwohner zur Verfügung. In Deutschland beträgt die Dichte nur halb so viel und in Frankreich nur einen Viertel. In beiden Ländern gilt diese Anzahl als ausreichend (Schweiz, Gesundheitswesen, in Facts Nr. 22, 2002). Eine ETH-Studie aus dem Jahr 2000 (ETH Zürich/ Technikgeschichte/Preprint 1 O), die sich mit soziotechnischen, institutionellen und medizinischen Aspekten der MRI befasst hat, kommt zum Ergebnis, dass zwei Drittel der MRI-Anlagen in privaten Instituten untergebracht sind (Seite 37). Wenn ein Privatspital luxuriöse Infrastrukturen aufbaut und versorgungs-technisch unnötige High-Tech-Anlagen für die Behandlung von Zusatzversicherten anschafft und betreibt, so liegt das freilich in den Kompetenzen der privaten Spitalbetreiberin. Doch es kann und darf nicht sein, dass die damit einhergehenden Anlage- und Betriebskosten nun plötzlich (wie auch immer) durch die soziale Krankenversicherung oder die öffentliche Hand mitgedeckt werden. Genau das würde nun aber mit der im Rahmen der vorliegend beabsichtigten Gesamtfinanzierungsverschiebung zu Lasten der Kantone letztlich getan. Denn es wird den Kantonen kaum je möglich sein, diese unwirtschaftlichen Komponenten - sei es bei der Anlagenutzung oder den Betriebskosten - sachgerecht auszuscheiden. Endlose Verfahren stehen uns Kantonen bei der Frage der Finanzierung dieser privaten Institutionen bevor. Voraussehbar sind zudem auch unzählige Prozesse bezüglich der Spitalistenplatzierung inkl. der Leistungsaufträge besagter Institutionen.</p> <p>Gleichbehandlung steht im Widerspruch zur ursprünglichen KVG-Konzeption: Auf Seite 7 ist erwähnt, dass die Beitragspflicht der Kantone bei der Spitalbehandlung zusatzversicherter Patienten vom Gesetzeswortlaut und von der Gesetzeslogik her klar sei, und dass sie dem klaren gesetzgeberischen Willen entspreche. Dieser Interpretation können wir nicht Folge leisten: Falls diese Regelung tatsächlich dem Willen des Gesetzgebers entsprochen hätte, hätte sie damals zumindest auch thematisiert werden müssen. Denn immerhin handelt es sich hier um die wahrscheinlich in der Praxis folgenschwerste Veränderung, welche der Erlass des KVG mit sich gebracht hat. Es wurden damit nämlich mehrere hundert Millionen Franken auf die Kantone abgewälzt. Wie der damalige SDK-Präsident, Philipp Stähelin, in der NZZ vom 29. Dezember 1997 aber zu Recht schrieb, "(...) war im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens nie die leiseste Rede davon, dass sich die öffentliche Hand auch an den Behandlungen in den Privatabteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler beteiligen müsse. Weder im Bericht und in den Protokollen der Expertenkommission, noch in der Botschaft des Bundesrates noch in den Protokollen der vorberatenden Parlamentskommissionen, noch in jenen der Bundesversammlung findet sich irgendwo ein Hinweis darauf, dass mit dem KVG die Subventionierung von Privatbehandlungen eingeführt werden sollte." Auch von Gesetzeslogik kann sicher nicht die Rede sein. Die Situation gemäss bundesgerichtlicher Auslegung des</p>	
--	---	--

		<p>(verunglückten) Gesetzeswortlautes präsentiert sich heute nämlich wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lässt sich ein zusatzversicherter Patient im kantonalen öffentlichen Spital behandeln, bezahlt der Wohnortkanton den gleichen Anteil wie der Krankenversicherer für Grundversicherte. - Lässt sich der gleiche Patient in einem öffentlich subventionierten ausserkantonalen Spital behandeln, bezahlt der Wohnortkanton die Differenz des obgenannten Betrages zu den Vollkosten (also am meisten). - Und lässt er sich in einem privaten Spital behandeln, zahlt der Wohnortkanton gar nichts. <p>Die Regelung schafft also völlig ungleiche Bedingungen für die öffentlichen und privaten Spitäler und gibt auch absolut falsche Anreize. Nachdem nun aber eine Ausdehnung der Spitalfinanzierung auf Zusatzversichertenleistungen im heute praktizierten Sinne bei der Einführung des KVG gar nie Thema und deshalb auch nicht Wille des Gesetzgebers war (vgl. Ausführungen oben), schlagen wir vor, wieder zum alten System zurückzukehren und die durch die Rechtsprechung hervorgerufenen Änderungen zu korrigieren. Diese ursprüngliche Konzeption hätte gegenüber der vorgelegten Finanzierungsregelung viele Vorteile. Insbesondere ist sie viel weniger kompliziert und all die oben geschilderten, fast nicht lösbaren Probleme könnten umgangen werden. Derart würde auch die Administration deutlich vereinfacht gegenüber heute und insbesondere wäre sie auch massiv einfacher als im aktuell vorgeschlagenen System. Bezüglich der finanziellen Konsequenzen kann sie so ausgestaltet werden, dass sie für die Krankenversicherer und Kantone kostenneutral ist. Nach diesem Modell gäbe es wieder Allgemeinversicherte und Privatversicherte. Subventionen des Staates würden wieder wie früher nur öffentliche Spitäler für die Behandlung der Allgemeinversicherten erhalten. Wie bei den Schulen würden also nur die öffentlichen Institutionen subventioniert werden. Private können einen konkreten Leistungsauftrag für die Behandlung von Allgemeinversicherten erhalten. Das Obligatorium könnte problemlos beibehalten werden. Jede Person muss versichert sein, entweder privat oder allgemein. Analog zum Schulobligatorium: Jeder muss zur Schule, entweder in eine öffentliche oder private. Auch die Solidarität würde nicht tangiert. Wer seine Kinder heute in eine Privatschule schickt, handelt ja auch nicht unsolidarisch gegenüber der Gemeinschaft. Im Gegenteil: Wer sich privat versichert, bezahlt seine Kosten selber und finanziert die Kosten der Allgemeinheit trotzdem über die Steuern mit. Auch das dritte Ziel, nämlich die Kostendämpfung könnte mit dieser Finanzierung viel besser erreicht werden. Statt die Grund- und Zusatzversicherung wie beim fix-dualen Modell zu vermischen, könnte wieder eine klare Trennung zwischen der Allgemein- und Privatversicherung getroffen werden. Es könnten vermehrt die Versicherungsleistungen auf die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit beschränkt werden. Wer mehr will, muss sich privat versichern. Es dürfte dann beispielsweise auch wieder weniger komfortable Spitäler für Allgemeinversicherte geben.</p>	
49	3	<p>Wir wenden uns nicht grundsätzlich gegen den Übergang zu einer leistungsbezogenen Finanzierung der Spitäler. Die Beiträge der Kantone werden aber mit der neuen fix-dualen Spitalfinanzierung den Charakter von sozialversicherungsrechtlichen Beiträgen erhalten; sie werden keine gezielten Subventionen mehr darstellen. Öffentliche Gelder dürfen aber nicht unbesehen gewinnorientierten Unternehmen zur Verfügung gestellt werden. Der Bezug von Kantonsbeiträgen muss deshalb für alle Spitäler die Verpflichtung begründen, sich der kantonalen Spitalplanung zu unterziehen sowie Leistungsaufträge samt Auflagen entgegenzunehmen. Entsprechend müssen zwingend auch Sanktionsmöglichkeiten von der</p>	ZH

	<p>Kürzung der Leistungsaufträge bis hin zur Streichung von den Spitallisten als Ultima ratio möglich sein. Sollten im Verlauf der parlamentarischen Beratungen diese zwingenden Grundsätze aufge- weicht werden, müssten wir unsere Zustimmung zur fix-dualen Spitalfinanzierung widerrufen.</p> <p>In Bezug auf die Umsetzung der fix-dualen Spitalfinanzierung ist auf die bereits heute absehbaren Schwierigkeiten aufmerksam zu machen, insbesondere bei der Abgeltung der Investitionen. Dies betrifft zahlreiche technische Umsetzungs- bzw. Vollzugsfragen, wie sie die GDK bereits im Rahmen des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik vom 30. April 2004 vorgebracht hat. Dazu gehören folgende Punkte: Definition der anrechenbaren Investitionskosten, deren Abschreibungsregeln und die zu unterstellende Verzinsung des Anlagekapitals; Berechnungsgrundlagen, Abschreibungsregeln und Verzinsung für getätigte Investitionen (Bilanzwerte); Definition der Kosten für universitäre Lehre und Forschung (vgl. dazu auch die Bemerkungen zu Art. 49 betreffend Übernahme der Kosten der Weiterbildung sowie der nicht universitären Ausbildung); Definition der anrechenbaren Kosten zur Ermittlung des Kostendeckungsgrades der Spitaltaxen; Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Aufnahmebereitschaft, Ausbildung, Versorgungssicherheit in peripheren Gebieten) und deren Abgeltung im Rahmen eines leistungsorientierten Abgeltungssystems; Definition der Möglichkeit der Kantone zu Defizitdeckung bei Spitälern mit einem Versorgungsauftrag zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit; Definition der anrechenbaren Kosten bzw. der Kalkulationsgrundlagen für allfällige kantonalen Beiträge an Privatspitäler.</p> <p>In Anbetracht der genannten Umsetzungsproblematik bei den Investitionen und dem Verlust der Steuermöglichkeit von (Aus-) Bauvorhaben, wäre unseres Erachtens auch zu prüfen, auf den Miteinbezug der Investitionen in die fix-duale Finanzierung zu verzichten. Die neu vorgesehene Subventionierung der Privatspitäler wird wie erwähnt abgelehnt, wobei wir unter Privatspitälern Krankenhäuser verstehen, die bisher nicht öffentlich subventioniert werden, keinen wesentlichen Leistungsauftrag zur Versorgung von grundversicherten Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abheilung haben und als Erwerbsgesellschaften bzw. nicht gemeinnützig betrieben werden. Die geplante neue Belastung würde den Kanton Zürich - auch unter Berücksichtigung der Entlastung bei den Investitionen -grob geschätzt mindestens zusätzlich 100 Mio. Franken kosten. Die Ausdehnung der Subventionierung auf nicht gemeinnützig betriebene Privatspitäler wäre auch deshalb problematisch, weil Staatsbeiträge in sozialen Bereichen gemeinnützigen Institutionen vorbehalten bleiben sollten, wie dies analog im Bildungsbereich auch bei den gewinnorientierten Privatschulen so gehandhabt wird. Zudem sind Staatsbeiträge nach rechtsgleichen Kriterien zu sprechen, was im Spitalbereich die Einbindung aller Subventionen empfangenden Spitäler in die kantonale Leistungsplanung voraussetzt. Dieses Element wäre für Privatspitäler systemfremd; gewinnorientiert geführte Krankenhäuser richten sich in ihrem Leistungsangebot nicht auf einen kantonalen oder einen überregionalen Gesamtbedarf aus, sondern nach Gewinnmaximierungsprinzipien. Der bisherige Verzicht auf Staatsbeiträge an die Behandlung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten in Privatspitälern ist aber gerade deshalb systemgerecht, weil hier die Gewinne privat abfliessen. Weiter weisen wir darauf hin, dass der Kanton Zürich mit seiner vom Bundesrat bestätigten Spitalliste die Kapazitäten unter den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern aufgeteilt hat und entsprechend bei einem Miteinbezug von Privatspitälern ein Abbauszenario wohl unumgänglich würde, was wiederum wie bei der Einführung des KVG eine Prozesslawine auslöste.</p>	
--	---	--

		<p>Der vorliegende Entwurf lässt die Einnahmen der Spitäler aus der Behandlung von Privat- und Halbprivatpatientinnen und –patienten ausser Acht. Da mit der vorgesehenen Finanzierung die Versicherer und die Kantone für alle Patientinnen und Patienten im KVG-Bereich grundsätzlich kostendeckende Preise zahlen, liegt es auf der Hand, dass bei wirtschaftlicher Betriebsführung öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler je nach Anteil an Zusatzversicherten unterschiedliche Überschüsse erwirtschaften werden. Da die Spitäler die Einnahmen aus der Behandlung mit Privat- und Halbprivatpatientinnen und –patienten unter Benützung der von den Kantonen mit finanzierten Infrastruktur erzielen und diese Einnahmen heute zu einer Senkung des Defizites der öffentlichen Spitäler und damit zu einer Verminderung der Betriebsbeiträge der öffentlichen Hand führen, sind die Einnahmemöglichkeiten der öffentlichen Spitäler aus der Behandlung von Privat- und Halbprivatpatientinnen und -patienten bei der Konzeption der Leistungsfinanzierung mit einzubeziehen. Eine analoge Problematik ergäbe sich im Ergebnis auch bei einer Subventionierung der Privatspitäler.</p> <p>Nach der im Bereich der Spitalplanung neu vorgesehenen Bestimmung von Art. 39 Abs. 4 letzter Satz können die Kantone mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen Auflagen verbinden. In den Erläuterungen (S. 16 unten) wird dazu festgehalten, es solle verhindert werden, dass durch die einheitliche kantonale Beteiligung an den Betriebs- und Investitionskosten der öffentlichen und privaten, auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler die öffentlichen Spitäler benachteiligt werden, da diese ihre Patientinnen und Patienten nicht auswählen können und einen Grossteil der Lehre und Forschung zu tragen haben. Die Kantone seien mit der neuen Regelung berechtigt, den Spitälern Verpflichtungen aufzuerlegen, deren Erfüllung eine Voraussetzung für die Aufnahme von öffentlichen wie auch privaten Spitälern auf die Spitalliste darstelle, sofern diese Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung stünden. Dazu gehörten beispielsweise die Bereitstellung von Notfalldiensten in abgeschiedenen Regionen oder die Aufnahme aller obligatorisch versicherten Personen (Erläuterungen S. 17 oben). Damit nicht zu viele gemeinwirtschaftliche Leistungen angeboten werden, muss die Auferlegung solcher Verpflichtungen selektiv bzw. nach planerischen Grundsätzen erfolgen können. Dies bedingt aber, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht wie in den Erläuterungen festgehalten (S. 7 Mitte) allein von den Kantonen, sondern ebenfalls fix-dual abgegolten werden. Entsprechend schlagen wir vor, die Mitfinanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Versicherer ausdrücklich festzuhalten und nach Art. 49 Abs. 1 in einem neuen Abs. 2 Folgendes zu bestimmen: «Die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die auf Grund des kantonalen Leistungsauftrags notwendig sind, werden je zur Hälfte vom Versicherer und vom Wohnkanton übernommen. Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere Aufnahmebereitschaft, Bereitstellung von Notfalldiensten samt Rettungswesen so wie Kosten von Weiterbildung und nicht universitärer Ausbildung.» Weiter soll nach Art. 49 Abs. 3 der Wohnkanton neu «seinen Anteil direkt dem Spital» entrichten.</p> <p>In Art. 49 sollte sodann an geeigneter Stelle festgehalten werden, dass die Aufteilung des Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand zwischen Kanton und Gemeinden Sache der Kantone ist: «Die Aufteilung der Finanzierungsanteile unter den öffentlichen Kostenträgern für inner- und ausserkantonale Spitalaufenthalte ist Sache der einzelnen Kantone.»</p>	
49	3	Es zu präzisieren, dass die Vergütungen keine Kostenanteile für die universitäre Lehre und Forschung enthalten. Die Bestimmungen zu den	GDK

		separat finanzierten Bereichen öffnet Tür und Tor für Begehrlichkeiten seitens weiterer Kostenträger bzw. deren Vertreter und ist daher zu streichen.	
49	3	Die in der Vernehmlassungsvorlage 2A vorgeschlagene Realisierung der dual-fixen Spitalfinanzierung wurde seitens der FDP im Rahmen der 2. KVG-Revision als eine den Wettbewerb fördernde Massnahme (weitgehende Gleichbehandlung der verschiedenen stationären Leistungsanbietern) unterstützt. Das dual-fixe Finanzierungsmodell sieht einen Wechsel von der heutigen Objektfinanzierung zu einer Leistungsfinanzierung vor, indem die der Planung entsprechenden Leistungen der öffentlichen wie auch der privaten Spitälern je zur Hälfte durch die Kantone und die Krankenversicherer entschädigt werden. Auf diese Weise kann eine eindeutige Finanzierungsaufteilung angeführt und die Quersubventionierung zwischen Grund- und Zusatzversicherten können reduziert werden.	FDP
49	3	Ablehnung der vorgeschlagenen Änderung. Die hälftige Aufteilung der Kosten auf die Kantone und die Spitäler ist bei Einbezug der verschiedensten neuen Kosten (Investitionen etc.) zu hinterfragen. Ein massiver Prämienschub könnte die Folge sein. Der Vorschlag entspricht einem Übergang zu einer dual-fixen Finanzierung, was nicht im Sinne der SVP ist. Wir bevorzugen ein monistisches System!	SVP
49	3	Mit der dual-fixen Finanzierung (50% Kantone, 50% Versicherer) von Leistungen sind wir einverstanden sofern sie öffentlich und öffentlich subventionierte Spitäler betreffen. Eine dual-fixe Finanzierung für Privatspitäler lehnen wir hingegen ab, es sei denn folgende Rahmenbedingungen sind erfüllt: - der Bund erlässt zwingend Grundsätze für die Planung einer bedarfsgerechten Spitalplanung; - keine Verpflichtung geschaffen wird, wonach die Privatspitäler weitergehend als nach geltendem Recht in die Spitalplanung einzubeziehen sind; - ein substantieller Versorgungsauftrag vorhanden ist.	SPS
49	3	En ce qui concerne le financement dual fixe, le PLS approuve la reprise de la seconde révision de la LAMal telle que proposée par le Conseil fédéral, puisque le financement dual fixe prévoit également la prise en compte des frais d'investissement, les rémunération axée sur les prestations et l'égalité entre tous les hôpitaux qu'il soient publics ou privés. Toutefois, le PLS n'est pas satisfait de la proposition du Conseil fédéral en ce qui concerne l'article 49 alinéa 3 qui prévoit que la rémunération des traitements hospitaliers seront, dès lors, pris en charge à moitié par les cantons et à moitié par les assureurs-maladie. Cette proposition va assurément à l'encontre de la volonté d'une stabilisation, voire d'une réduction des primes d'assurance qui sont à la charge des assurés. La prise en compte pour moitié des charges supplémentaires liées aux frais d'investissement et des coûts hospitaliers stationnaires devrait avoir des conséquences négatives sur l'augmentation inévitable des primes d'assurance. Les assureurs-maladie prévoient que cette augmentation devrait avoisiner les 10 pour cent. Une telle hausse serait insupportable pour bon nombre d'assurés. Dès lors, la formule actuelle, qui prévoit que les assureurs-maladie prennent en charge 40% des frais hospitaliers devrait être maintenue provisoirement, dans l'attente du passage très rapide à un financement moniste de ces derniers. Dans sa formulation, le Parti libéral suisse approuve la proposition du Conseil fédéral de reprendre les décisions qui avaient été rejetées lors de la seconde révision de la LAMal en matière de financement dual fixe dans le nouveau paquet de proposition qu'il présente à la consultation. Toutefois, il souhaite que le passage à un financement moniste soit appliqué rapidement.	LPS
49	3	Antrag: Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu 30	SGB

		<p>Prozent vom Versicherer und zu 70 Prozent vom jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Lehre und Forschung und Betriebskostenanteile aus Überkapazität und Investitionskosten enthalten.</p> <p>Begründung: Einverstanden ist der SGB mit einer „dual-fixen“ Finanzierung, aber im Verhältnis 70:30%. Es soll damit verhindert werden, dass es mit der vorgeschlagenen „dualfixen“ 50:50-Finanzierung zu einem Kostenschub bei der Grundversicherung und einer Erhöhung der Krankenkassenprämien kommt. Die öffentliche Hand soll über die Kantone eine gewichtige Rolle übernehmen. Die erhalten gute Steuerungsinstrumente (Art. 39) und müssen auch finanzielle Verantwortung übernehmen. Es soll verhindert werden, dass mit der dual-fixen Finanzierung der Pauschalen kantonale Steuermittel in Investitionen von gewinnorientierten Privatspitälern fließen. Die Investitionen in öffentliche und subventionierte Spitäler werden wie bisher vom Kanton finanziert, jene der Privatspitäler von den Privatspitälern.</p>	
49	3	<p>Wir erachten es als sinnvoll, dass die heute bestehende unterschiedliche Tarifierung für innerkantonale und ausserkantonale Versicherte wegfällt.</p> <p>Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass auch die Investitionskosten in die Berechnung miteinbezogen werden. Diesbezüglich ist aber dringend darauf zu achten, dass dieser Kostenteil einwandfrei ermittelt wird. Wie in den Vernehmlassungsunterlagen richtig erwähnt wird, besteht die Gefahr, dass die Kantone versucht sein werden, hier sehr hohe Kosten einzusetzen und dass somit eine ungerechtfertigte Umlagerung der Kosten vom Steuer- auf den Prämienzahler erfolgt.</p> <p>Die Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlich- oder öffentlich subventionierten Spitälern, erachten wir als richtig.</p>	SBV
49	3	<p>Der neue Kostenverteilungsschlüssel, wie er in Absatz 3 vorgeschlagen wird, würde zwar zu gewissen administrativen Vereinfachungen führen. Andererseits würde dieser Schlüssel bewirken, dass die Krankenversicherer und damit letztendlich auch die Versicherten jährlich mit gut einer Milliarde Franken zusätzlich belastet würden. Allein diese Kostenumverteilung würde die Krankenkassenprämien um bis zu 10 Prozent ansteigen lassen, was aus Sicht des SGV nicht akzeptabel ist. Wir beantragen deshalb, dass ein prämieneutraler Finanzierungsschlüssel herangezogen wird.</p> <p>Positiv aus Sicht des SGV ist, dass die Investitionskosten inskünftig mit zu berücksichtigen sind. Um Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen und privaten Spitälern zu verhindern, verlangen wir, dass die bisherigen Investitionen angemessen zu aktivieren und in die Kalkulationen einzubeziehen sind. Das im stationären Bereich angewendete duale Finanzierungsmodell hat aus Sicht des SGV den Nachteil, dass es Anreize schafft, gewisse Leistungen aus dem ambulanten in den stationären Bereich zu verlagern (im ambulanten Bereich müssen die Krankenversicherer die ganzen Kosten selber tragen, im stationären Bereich haben die Kantone mindestens die Hälfte der anfallenden Kosten zu übernehmen). In der Regel hat diese Verlagerung eine unerwünschte Verteuerung der Gesamtkosten zur Folge. Wir ersuchen Sie, das System so zu optimieren, dass diese kostentreibenden Anreize eliminiert oder zumindest minimiert werden können.</p>	SGV
49	3	<p>Die Aufhebung der künstlichen Trennung zwischen Investitions- und Betriebsrechnung im Spital ist zu begrüßen, da sie im Widerspruch steht mit dem Kostendämpfungsziel des KVG und aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht gerechtfertigt ist: Investitionen sind nie unabhängig vom Betrieb, Investitionen haben immer auch einen Einfluss auf die</p>	economie-suisse

		<p>Betriebskosten (Leistungsangebot, Abschreibungen). Mit der Entstehung neuer Finanzierungsformen, insbesondere des Leasings, ist der Übergang zwischen Investitions- und Betriebskosten zudem fließend geworden. Dies rechtfertigt eine ganzheitliche Sicht im Sinne der gleichen Finanzierungsregelung für Betriebs- und Investitionskosten. Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene hälftige Aufteilung der Kosten bedeutet aufgrund von Schätzungen ein Nullsummenspiel für die Kantone und eine Mehrbelastung von 1.1-1.2 Milliarden CHF für die Versicherer. Dies hätte einen Prämienanstieg um ca. 8-10%, verteilt auf ca. 3 Jahre, zur Folge. Wir fordern einen weitgehend prämieneutralen Kostenverteilungsschlüssel, was einen höheren Finanzierungsanteil der Kantone voraussetzt. Für einen höheren Anteil der Kantone sprechen auch die nach der Logik des KVG geschuldeten, aber bisher nicht in vollem Umfang bezahlten Sockelbeiträge der Kantone an Zusatzversicherte der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. (Der Sockelbeitrag nach dringlichem Bundesgesetz ist auch auf der höchsten Stufe kleiner als der Sockelbeitrag nach dem Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichtes). Die Verhinderung eines weiteren Prämienanstieges muss zudem verhindert werden, um nicht den Druck für zusätzliche Prämienverbilligungen zu verstärken. Mit Befriedigung stellen wir fest, dass der von uns geforderte längst fällige Staatsanteil an der Grundversicherung (Sockelbeitrag) für die Patienten von nicht subventionierten Privatspitalern in Zukunft ausgerichtet werden soll.</p>	
49	3	<p>A livello teorico l'ACSI potrebbe condividere l'introduzione di un sistema di finanziamento duale fisso per gli ospedali pubblici e quelli già attualmente sussidiati dall'ente pubblico. Temiamo tuttavia che il passaggio a questo sistema porti a un aumento dei premi per l'assicurazione di base. Attualmente gli assicuratori coprono meno del 50% dei costi ospedalieri. Un aumento del loro tasso di copertura porterebbe quindi a un incremento dei premi. Una situazione che non possiamo accettare in un periodo in cui il budget famigliari sono già messi a dura prova dagli aumenti registrati negli scorsi anni e a quelli già preannunciati per i premi 2005. Tanto più che il rapporto non avanza cifre precise sulle conseguenze finanziarie per gli assicurati delle modifiche proposte. Se venisse introdotto il sistema di finanziamento duale fisso riteniamo che i cantoni dovrebbero essere considerati partner tariffali e contrattuali e partecipare dunque alle negoziazioni per determinare le tariffe forfettarie che saranno attribuite agli ospedali. Il loro molo dovrebbe essere equiparato a quello degli assicuratori malattia. Visto che i cantoni dovranno finanziare il 50% della prestazioni è giusto che partecipino attivamente alle negoziazioni tariffali. Alle associazioni che rappresentano i pazienti e gli assicurati dovrebbe continuare a essere garantito il diritto di esprimersi sugli accordi tariffali prima della loro approvazione definitiva.</p> <p>Abbiamo numerose perplessità anche sulle modifiche concernenti il finanziamento delle degenze in tutti gli ospedali e cliniche private riconosciuti dalla pianificazione ospedaliera (finora non sussidiati). Siamo coscienti che la partecipazione dei cantoni potrebbe portare a un contenimento dei premi sia per l'assicurazione di base che per le assicurazioni complementari. Ci preoccupa tuttavia la particolare situazione del cantone Ticino dove le cliniche private dispongono di circa il 45% dei posti letto totali. In un simile contesto il cambiamento proposto porterebbe a un ingente costo supplementare per il cantone. Il rapporto esplicativo indica le conseguenze finanziarie per i singoli cantoni. Il cantone Ticino stima tuttavia questa cifra a oltre 80 milioni di franchi. Si tratta a nostro parere di un impegno finanziario notevolissimo che nella difficile situazione attuale avrà quasi sicuramente come conseguenza un taglio di servizi fondamentali per il cittadino. Come indicato da rapporto l'unico mezzo per incidere su questa cifra è una rigorosa pianificazione ospedaliera che porti a</p>	acsi

		<p>uria riduzione dei posti letto. I processi pianificatori in ambito sanitario hanno tuttavia tempi lunghi per cui riteniamo prematuro uria partecipazione finanziaria del cantone alle degenze in istituti privati.</p> <p>Nel rapporto esplicativo ci si riferisce sempre al "prezzo" per prestazione mentre si menziona il concetto di volume unicamente quando ci si riferisce alla pianificazione ospedaliera. Riteniamo che il volume delle prestazioni è una questione fondamentale per l'applicazione del nuovo modello di finanziamento duale fisso. Riteniamo quindi che vada approfondita.</p> <p>Solo agendo sul volume di prestazioni si potrà riuscire a contenere i costi della salute e quindi i premi per l'assicurazione malattia di base.</p>	
49	3	<p>Le financement dual fixe: Cantons et assureurs devront financer à part égale les prestations hospitalières, investissements compris. C'est une simplification bienvenue, qui rendra inutiles les difficiles négociations qui étaient jusqu'à présent nécessaires pour déterminer la part respective du canton et des assureurs dans le financement hospitalier. Cela prime, à notre sens, sur le fait que ce système continuera d'inciter les assureurs à favoriser une hospitalisation au détriment d'un traitement ambulatoire, dont ils assument les frais avec le patient.</p> <p>L'inclusion des coûts d'investissements dans les forfaits hospitaliers: C'est un élément indispensable, si l'on veut rétablir des conditions réelles de concurrence entre des hôpitaux dont les investissements ont été jusqu'à présent financés par la collectivité et les établissements privés qui ont assumé eux-mêmes leurs investissements. Le prix des prestations doit donc inclure le coût des investissements. Reste le problème épineux de l'évaluation des investissements existants dont la comptabilisation et l'amortissement se sont faits selon des règles entièrement différentes, selon que l'on parle d'un hôpital public ou d'une clinique privée.</p> <p>L'évaluation des investissements existants : Comme nous l'avons dit plus haut, l'égalité de traitement ne peut être assurée entre les cliniques privées et les hôpitaux publics que si l'on tient compte de la totalité des investissements consentis dans un cas comme dans l'autre. La loi devrait garantir une égalité de traitement sur ce point précis sous peine de vider la réforme de tout son sens.</p>	CP
49	3	<p>Le projet dont il est ici question prévoit le passage au financement dual fixe des hôpitaux. Le Conseil fédéral propose de passer du financement actuel par établissement à un financement des prestations (voir ci-après). De plus, toutes les prestations, aussi bien celles fournies par les hôpitaux publics que celles fournies par les hôpitaux privés figurant dans la planification cantonale seraient prises en charge pour moitié par le canton et pour l'autre moitié par les assureurs maladie.</p> <p>La Fédération des entreprises romandes salue aussi l'inclusion des coûts d'investissements dans le prix des prestations. En effet, cela corrigera enfin la distorsion de concurrence qui prévaut entre les hôpitaux dont les investissements sont financés par les collectivités publiques (et donc les contribuables) et les cliniques qui financent elles-mêmes leurs investissements.</p>	FER
49	3	<p>A notre avis, il est très important que les cantons puissent exclure certains domaines d'intérêt public du financement lié aux prestations, comme par exemple les services d'urgence, et de prévoir un financement indépendant. Si nous comprenons que par mesure d'économie d'entreprise, les coûts d'investissement soient compris dans le financement, nous nous demandons quel effet cela aura sur les primes des assurés. Nous notons également que cette nouvelle règle de financement est étendue aux organismes privés inscrits sur les listes cantonales, ceci dans un but d'égalité de traitement. Ainsi les cantons devront payer des prestations fournies en clinique privées et nous nous demandons comment les cantons qui ont beaucoup des cliniques privées pourront établir une planification équitable.</p> <p>Nous pensons également que le forfait lié aux prestations risque de po-</p>	FRC

		<p>ser problème dans certains domaines, en psychiatrie par exemple, même si l'introduction peut se faire par étapes.</p> <p>L'art. 49 al. 3 permettra aux cantons de décider de financer séparément certains domaines d'intérêt public, comme le service des urgences par exemple, mais le financement sera difficile, voir impossible pour les cantons très endettés. Cela risquera de créer des inégalités de traitement entre patients « lucratifs » et patients peu intéressants financièrement parlant (malades chroniques ou avec des pathologies exigeant des traitements très onéreux).</p> <p>En revanche, nous soutenons pleinement l'obligation faite aux cantons d'organiser une planification intercantonale concernant le domaine de la médecine hautement spécialisée, art. 39 al. 3 ; certains cantons romands l'ont déjà bien compris.</p> <p>Dans ce projet de financement dual, les assureurs devront prendre en charge 50% des frais d'investissement. Un chiffre de 10% d'augmentation de charge pour l'assurance obligatoire des soins est avancé, cela ne nous paraît pas acceptable ! D'autre part, la perspective de l'éventuelle suppression de l'obligation de contracter et le passage dans un délai de 3 ans, si cette révision est acceptée, à un système de financement moniste nous préoccupe. Le succès des hôpitaux dépendra du nombre de patients soignés puisque leur unique source de revenu sera le nombre de cas soignés. On peut déjà prédire « la sélection déguisée des bons risques ».</p> <p>Nous relevons également que les cantons resteront seuls maîtres à bord concernant la recherche et la formation dont ils assumeront le financement. Dans le contexte actuel de péjoration des finances, là aussi, nous craignons pour la formation des générations à venir.</p>	
49	3	<p>Mit der hälftigen Teilung der Leistungsfinanzierung zwischen Kantonen und Versicherern für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern sind wir einverstanden. Eine Finanzierung auf dieser Grundlage für Privatspitäler ist für uns nur dann gerechtfertigt, wenn auf Bundesebene zwingende Grundsätze für die Spitalplanung bestehen, den Privatspitälern nicht weitergehende Rechte in Bezug auf die Spitalplanung eingeräumt werden und für die betreffenden Privatspitäler ein Versorgungsauftrag vorhanden ist.</p>	SKS
49	3	<p>Es ist unbedingt darauf zu achten, dass die medizinische Grundversorgung in Spitälern auch weiterhin primär im Wohnkanton des Versicherten anzubieten ist. Es darf nicht passieren, dass den kleineren Spitälern in Randregionen die Existenzgrundlage durch ein Grossspital im Nachbarkanton entzogen wird.</p>	VAA
49	3	<p>Das Ziel von H+ bleibt eine einheitliche Leistungsentschädigung für sämtliche Leistungsarten (ambulant und stationär). Insbesondere wegen der hierfür noch notwendigen Klärung von Strukturen und Rahmenbedingungen unterstützt H+ die vorläufige Einführung einer dual-fixen Leistungsentschädigung. Für viele unserer Mitglieder bedeutet dies aber einen Rückschritt, namentlich für die Privatspitäler und für die meist privaten Rehabilitationsbetriebe. Bei einer Einführung unterstützt H+ den Verteilerschlüssen von 50 zu 50 zwischen Kantonen und Versicherern. H+ unterstützt die Neuregelung, die die Leistungsentschädigung auf eine Gesamtkostenrechnung aufbauen lässt. Das Projekt Rekole von H+ für eine einheitliche Kostenrechnung der Spitäler bringt hier die nötigen Vorarbeiten. Von der Gesamtkostenrechnung sind jene Leistungen auszunehmen, die durch andere Kostenträger als jene des KVG getragen werden. Diese sind klar und abschliessend zu definieren: Entschädigungen für universitäre Lehre und Forschung (Änderung des heutigen Rechts und der heutigen stossenden Praxis), Vorhalteleistungen für den Katastrophenfall, Abgeltungen aus regional- oder versorgungspolitischen Gründen. Dagegen bilden Bestandteile der Gesamtkosten: Investitionen, Betriebskosten, Kosten für</p>	H+

		<p>Qualitätsentwicklung und -evaluation, Lehre (Aus-, Weiter- und Fortbildung) für alle nicht universitären Berufe, namentlich die pflegerischen, pflege-technischen und pflege-therapeutischen, Datenerhebung für statistische Zwecke (siehe oben Art. 22a (neu)). Insbesondere sind die in den Spitälern bisher getätigten und neuen Investitionen nach national einheitlichen Definitionen und Kriterien zu bewerten. Eine Klärung dieser Frage gemeinsam mit den Spitälern ist hierfür unbedingt notwendig. Insbesondere im Zusammenhang mit der Investitionstätigkeit ist die Rolle der Kantone zu überdenken, damit alle Leistungserbringer über die gleiche Flexibilität bei der effizienten und patientengerechten Leistungserstellung verfügen.</p>	
49	3	<p>La Fédération des Hôpitaux vaudois souhaite le maintien du système actuel. En terme de financement, il nous est difficile de voir ce qu'un changement apporterait comme avantages. Au contraire, nous disposons aujourd'hui d'une marge de manoeuvre dans les négociations avec les assureurs, notamment au sujet du taux de couverture des coûts. Un système dual fixe serait à notre sens plus rigide et n'autoriserait plus aucune souplesse dans le cadre des négociations. Nous ne sommes pas convaincus que ce modèle de rémunération apportera l'optimisation du rapport coûts-prestations voulu par le législateur. Du fait de cette réserve, nous ne sommes pas favorables au système dual fixe.</p> <p>La Fédération des hôpitaux vaudois est favorable à ce que les tarifs prennent en considération les investissements, à certaines conditions. Elle est également favorable à l'abandon du modèle de couverture des soins imputables. Cependant, nous ne voyons pas clairement comment, dans la pratique, les investissements seront inclus dans les tarifs. Si l'on se réfère à l'OCP (art. 8), sont considérés comme investissements les biens meubles et immeubles ainsi que les autres immobilisations nécessaires pour remplir le mandat de prestation. L'art. 10, al. 3 de l'OCP définit les investissements comme étant des objets ayant une valeur de CHF 3000.-- et plus. Il s'agira de définir des règles précises permettant de prendre en compte cette très large palette d'investissements dans les tarifs.</p> <p>Aujourd'hui, les hôpitaux décident de leurs investissements. Cette pratique doit continuer à l'avenir. L'esprit de concurrence voulu par la LAMal incite clairement les directeurs d'hôpitaux à être des managers. Les directeurs d'hôpitaux de la FHV souhaitent pouvoir le rester. Il est donc important que les décisions relatives aux investissements appartiennent aux hôpitaux. Le canton doit édicter des règles quant au niveau des investissements ainsi que de leur amortissement.</p> <p>Il nous semble indispensable d'établir un bilan d'entrée des investissements. En particulier, vu la volonté d'intégrer les cliniques privées dans les prochaines listes LAMal, on peut se demander de quelle manière seront pris en compte leurs investissements. Dans le même ordre d'idée, comment seront pris en compte les investissements d'un hôpital subventionné ayant amorti ses immeubles par exemple ? Ces questions d'importance sont pour l'instant sans réponses.</p> <p>La Fédération des Hôpitaux vaudois n'est pas favorable à ce que tous les prestataires soient mis sur le même pied d'égalité. Nous sommes des hôpitaux privés, reconnus d'intérêt public, et nous affirmons notre attachement à ce statut qui se caractérise par la volonté d'assumer de manière indépendante, responsable et efficiente notre mission. Notre statut nous apporte entière satisfaction et nous souhaitons le préserver. L'égalité de traitement entre cliniques et hôpitaux publics telle qu'elle est voulue par le législateur n'apporte pas à notre sens une plus-value, ni au niveau de la qualité des soins et des prestations, ni au niveau des coûts.</p> <p>Nous sommes bien sûr favorables à ce que la qualité soit promue dans les établissements hospitaliers et nous avons fait des investissements importants en la matière puisque la plupart des établissements de la</p>	FHV

		<p>FHV sont déjà certifiés ou sont sur le point de l'être. Nous constatons malheureusement que la qualité a un coût que le: payeurs (pouvoirs publics et assureurs) rechignent à financer. Dans les faits, ce sont les hôpitaux qui ont pris en charge les coûts relatif à la qualité. Nous constatons que les déficits auxquels nous devons faire face risquent de compromettre sérieusement les programmes qualité que nous avons mis en place. Les finances tant de la Confédération que des cantons ne laissent pas augurer de bonnes perspectives.</p> <p>La Fédération des Hôpitaux vaudois ne croit pas à l'instauration d'une véritable concurrence dans le domaine sanitaire et, en particulier, hospitalier. Mais elle pense qu'une certaine liberté d'entreprise est possible. Cette liberté de manager se transcrit à travers la pertinence de son statut actuel qui intègre judicieusement la souplesse du talent privé et les devoirs liés à la reconnaissance d'intérêt public.</p>	
49	3	<p>Eine dual-fixe Aufteilung der Leistungsfinanzierung im Verhältnis 1 : 1 zwischen Versicherern und Kantonen stimmen wir ebenfalls zu, sofern die Abgrenzung der Finanzierung von Lehre und Forschung gegenüber der Weiterbildung zuvor transparent geregelt wird. Die ärztliche Weiterbildung, die hauptsächlich aus Dienstleistungen für das Spital besteht, muss integraler Bestandteil der Betriebskosten des Spitals bleiben und durch die Kantone und Versicherer je hälftig finanziert werden. Die Ärztinnen und Ärzte leisten ihren Beitrag durch erheblich höhere Arbeitszeiten, als sie das übrige Personal kennt. Die Finanzierung von Lehre und Forschung darf durch den Wechsel in der Spitalfinanzierung gegenüber dem heutigen Zustand nicht benachteiligt werden.</p> <p>Ebenso stimmen wir der beabsichtigten Gleichbehandlung aller Spitäler unabhängig von ihrer Trägerschaft zu. Eine Gleichbehandlung muss jedoch zwingend alle erbrachten Leistungen berücksichtigen, insbesondere auch Notfalldienstleistungen, Bereitschaftsdienst, Rettungswesen, Weiterbildung etc. Es dürfen keinesfalls falsche Anreize gesetzt werden, welche die Erbringung dieser für die Qualität der medizinischen Versorgung unentbehrlichen Leistungen uninteressant werden lässt. Die Bestimmung, dass die Kantone an die Erteilung von Leistungsaufträgen Bedingungen knüpfen können, erachten wir deshalb als unverzichtbar. Eine Ungleichbehandlung der Spitäler hat der Bundesrat zu unserem Bedauern kürzlich gebilligt, indem er Spitäler der öffentlichen Verwaltung dem Arbeitsgesetz nicht unterstellte. Diese Ungleichbehandlung muss so rasch als möglich korrigiert werden, da sie wettbewerbsverzerrend wirkt, indem alle Spitäler dem Arbeitsgesetz unterstellt werden.</p> <p>Im Rahmen der Leistungsabgeltungen der obligatorischen Krankenversicherung sollen keine Kostenanteile für Lehre und Forschung abgegolten werden. Gleichwohl ist unter allen Umständen sicherzustellen, dass diese wichtige Aufgabe, welche schlussendlich der Qualitätserhaltung des Schweizer Gesundheitswesens dient und somit allen Versicherten zu Gute kommt, ausreichend finanziert wird. Die Neuordnung der Spitalfinanzierung darf im Weiteren nicht dazu dienen, die Aus- und Weiterbildungskosten hinterrücks dem medizinischen Personal aufzubürden. Insbesondere in Bezug auf die Finanzierung der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten fordern wir, dass bis auf weiteres am Status quo festgehalten wird. Die heutige Weiterbildung besteht zum grössten Teil aus Dienstleistung für das Spital. Würde beispielsweise die Operationsassistenz wegfallen, müsste eine andere Person assistieren und bezahlt werden. So können die Kosten gar nicht exakt beziffert werden und ein Wettbewerb zwischen den Weiterbildungsinstitutionen findet nicht statt. Wir weisen im Weiteren darauf hin, dass die im Vergleich zum übrigen Spitalpersonal deutlich längere Maximalarbeitszeit von 50 Stunden pro Woche stets damit</p>	VSAO

		gerechtfertigt wurde, dass dies eine Konsequenz des Status als Weiterzubildendem sei.	
49	3	Es ist richtig, dass die Investitionskosten bei der Tarifberechnung aller Institutionen einbezogen werden müssen. Investitionen wie auch deren zeitgerechte Abschreibung sind Kostenfaktoren von eminenter Bedeutung. Es wird aber auf den Widerspruch hingewiesen, dass nur eine Leistung, nicht jedoch ein Objekt finanziert werden soll. Es ist deshalb klar zu definieren, welche Investitionen und in welchem Umfang sie bei der Berechnung der Gestehungskosten und somit auch bei der Festlegung des Vergütungsrahmens herangezogen werden können.	PULSUS
49	3	Das KVG schliesst die Finanzierung von Lehre und Forschung aus. Dies sei Aufgabe der Kantone. Dies ist durchaus nachvollziehbar. Wichtig ist aber, dass nicht stillschweigend die Weiter- und Fortbildung der Ärzte in diese Begriffe hineininterpretiert wird. Eine qualitativ hochstehende Weiterbildung ist eine Investition in eine Zukunft, die über hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte verfügt. Weiterbildung zum Facharzt ist damit auch eine öffentliche Verantwortung gegenüber zukünftigen Generationen. Abgesehen davon gilt es festzuhalten, dass die Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung ein grosses Arbeitsvolumen während ihrer Weiterbildungszeit leisten, so dass hier wohl kaum von wesentlichen Kosten die Rede sein kann. Das heisst nicht, dass Weiterbildung nichts kostet. Im Gegenteil, sie muss kosten, um unseren Qualitätsansprüchen gerecht zu werden. Ähnliches gilt für die Fortbildung: Sie liegt in der Verantwortung jedes Einzelnen und ist damit die vorderste Front der Qualitätsgarantie. Sie ist aber auch eine Verantwortung der öffentlichen Hand bzw. der Unternehmensführung im Gesundheitswesen und so gesehen von diesen Instanzen sowohl zu ermöglichen wie auch zu finanzieren	VLSS
49	3	Mit der Vereinheitlichung der Vergütungsregeln für alle Spitäler die auf der kantonalen Liste aufgeführt sind, ist eine wichtige Voraussetzung für die angestrebte Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern geschaffen. Allerdings ist damit noch keine Gleichbehandlung gegeben. Solange die Kantone sowohl die Planungsverantwortung für die kantonale Spitalliste inne haben und zugleich die finanzielle Verantwortung für öffentliche Spitäler tragen, ist noch keine Gleichbehandlung zu erwarten. Angesichts drohender Defizite werden die Kantone versucht sein, die öffentlichen Spitäler auf ihren Listen zu begünstigen. Dies trifft auch dann noch zu, wenn die öffentlichen Spitäler juristisch verselbständigt sind, aber die Kantone nach wie vor allfällige Defizite zu tragen hätten. Solange nicht eine vollständige Trennung dieser beiden Aspekte gegeben ist, was erst bei einer monistischen Spitalfinanzierung der Fall wäre, sollte die Ausdehnung der Planungshoheit der Kantone auf die privaten Spitäler nicht ausgedehnt werden. Vorschlag: Einfrieren der Spitallisten auf den Stand 2003 bis eine monistische Spitalfinanzierung geschaffen wird. Grundsätzlich ist es zu unterstützen, dass leistungsgerechte Entschädigungen bezahlt werden, welche die Investitions- und Betriebskosten abdecken. Hier sind aber klare Vorgaben vorgängig zu definieren, nach welchen Grundsätzen die Investitionen abgegolten werden müssen (Beispiel: Erneuerungsbedürftiges Spital erhält gleich viel wie kurz vorher saniertes Spital usw.). Zukünftig darf der Kanton auch bei öffentlichen Spitälern nicht mehr in die Investitionsentscheide involviert werden. Der Kanton muss verpflichtet werden, finanzielle Mittel im bisherigen Umfang, jedoch über andere Kanäle, dem Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen. Die unterschiedliche investitionsmässige Ausstattung der einzelnen Spitäler im Zeitpunkt des Übergangs ist mit geeigneten Übergangslösungen zu kompensieren.	SRK

		<p>Die Vergütung von Lehre im Sinne von Ausbildung haben auch die Versicherer mitzutragen. Es kann nicht angehen, dass die Finanzierung nur von der öffentlichen Hand übernommen werden soll.</p> <p>Antrag: . . . Die Vergütung darf keine Kostenanteile für Lehre und Forschung enthalten, hingegen werden die Ausbildungskosten mitberücksichtigt.</p> <p>Die Investitionsentscheide sollten zukünftig zwingend von den zuständigen Trägerschaften gefällt werden.</p>	
49	3	<p>Bei der Finanzierung von Lehre und Forschung wird vorgeschlagen, beim aktuellen Gesetzestext von Artikel 49 Absatz 3 zu bleiben. Das heisst, dass alle Kosten der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals von der Übernahme durch die Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Die Ausbildung der Chiropraktoren beinhaltet in aller Regel auch Assistententätigkeit im Spital. Diese Regelung, die sich heute durchsetzt und wohlbegründet erscheint, wird durch die archaisch anmutende Finanzierungsbestimmung massiv erschwert. Wir beantragen, zur Formulierung der letzten Revisionsvorschläge zurückzukehren: „Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Forschung und universitäre Lehre enthalten“.</p>	SCG
49	3	<p>Der Einbezug von Investitionen in die Spitalfinanzierung ist unabdingbar, wenn wettbewerblich gleich lange Spiesse zwischen öffentlichen und privaten Spitalleistungserbringern geschaffen werden sollen. Privatspitäler haben bis anhin Investitionskosten weitgehend selber getragen, im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern. Spitalpreise müssen daher die Investitionskosten einbeziehen. Auch sind die bisherigen Investitionen der öffentlichen Hand für die öffentlichen Spitäler angemessen zu aktivieren; ohne einen derartigen Schritt, der im Gesetz normativ zu regeln ist, würden Wettbewerbsverzerrungen zu Ungunsten privater Spitalleistungserbringer in grossem Masse weiter bestehen und hätten existenzgefährdende Auswirkungen für die Privatspitäler.</p>	SBV
49	3	<p>Es ist nicht zu bestreiten, dass das Gesundheitswesen wirtschaftliches Wachstum regional wie national bewirkt. Spitalbetriebe üben Mehrfachfunktionen aus, die bezogen auf die "anrechenbaren Kosten" Differenzierungen rechtfertigen. Allerdings ist die Ausbildung von Pflegepersonal und Medizinerinnen nur zu beschränkten Teilen nicht auch für den Spitalbetrieb unerlässlich. Assistenzärzte und angehende Pflegefachleute ebenso wie medizintechnisch Auszubildende tragen in erheblichem Masse zu Spitalleistungen bei, unbesehen um deren Begleitung durch Ausbilder. Eine Ausklammerung der Ausbildungskosten bei der Spitalfinanzierung lässt sich unter dieser Betrachtungsweise nicht rechtfertigen.</p> <p>Der Einbezug von Investitionen in die Spitalfinanzierung ist unabdingbar, wenn wettbewerblich gleich lange Spiesse zwischen öffentlichen und privaten Spitalleistungserbringern geschaffen werden sollen. Privatspitäler haben bislang Investitionskosten selber getragen, im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern. Spitalpreise müssen daher die Investitionskosten einbeziehen. Auch sind die bisherigen Investitionen der öffentlichen Hand für die öffentlichen Spitäler angemessen zu aktivieren; ohne einen derartigen Schritt, der im Gesetz normativ zu regeln ist, würden Wettbewerbsverzerrungen zu Ungunsten privater Spitalleistungserbringer in grossem Masse weiterbestehen und hätten existenzgefährdende Auswirkungen für die Privatspitäler.</p>	SVPK
49	3	<p>Le financement de la formation pré- et post graduée ne peut pas être sans autre dissocié du financement hospitalier. La qualité des prestations et leurs résultats (outcome) en dépendent directement. Il y a donc lieu de trouver dans ce domaine une répartition équitable entre pouvoirs publics, cantons et Confédération et assureurs, qui se reporte directement sur les forfaits négociés, étant admis que les intéressés en formation y participent directement par leur travail à des conditions avantageu-</p>	FMH

		ses.	
49	3	Nous émettons ici simplement un souci de principe : la séparation du financement des activités hospitalières de celui de leur composante d'enseignement et de recherche nous paraît difficile dans certains cas et risque de condamner dans les faits cette source importante de progrès pour la médecine de notre pays.	SAV
49	3	Forschung und Lehre werden in der KVG Revision an die Kantone delegiert. Künftig sollen Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Dadurch droht Forschung und Lehre insbesondere in den kleineren Spitälern zu verkümmern, was mittelfristig ungünstige Folgen haben wird, wenn nicht eine besondere Abgeltung erfolgt. Analysen aus den USA belegen, dass Teaching Hospitals heute eine qualitativ höher stehende Leistung erbringen als Nicht-Teaching Hospitals was sich in einer höheren Mortalität in gewinnorientierten Spitälern (CMAJ 166: 1399-1406;2002) widerspiegelt. Dies trifft auch für kleinere Spitäler zu und ermöglicht heute in der Schweiz letztlich die Weiterbildung kompetenter Ärzte landesweit. Zu den Grundaufgaben eines Kantons gehört die Sicherstellung der adäquaten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. In Analogie wird die Bevölkerung vor verschiedenen Gefahren durch die Polizei und Feuerwehr geschützt. Die Kosten für die Aus- und Weiterbildung sowie die Übernahme der Vorhaltekosten für die Einsatzbereitschaft, ist weiterhin von den Kantonen zu übernehmen. z.B. Vorhaltekosten für 24h Angebote (Notfallstationen, Rettungsdienste, etc.).	SGIM
49	3	Mit der dual-fixen Finanzierung (50% Kantone, 50% Versicherer) von Leistungen sind wir einverstanden, sofern sie öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler betrifft. Eine dual-fixe Finanzierung der Privatspitäler lehnen wir hingegen ab. Problematisch finden wir die bereits bestehende Ausdehnung des Begriffs der Lehre und Forschung auf alle Aus- und Weiterbildungen. Hier steht die Regelung des KVG im klaren Widerspruch zum Berufsbildungsgesetz, das von einer Beteiligung der Arbeitgeber an der Berufsbildung ausgeht. Diese wälzen ihren Teil der Kosten auf die Produktionspreise ab. Auch die laufende Fort- und Weiterbildung ist eine Aufgabe der Arbeitgeber, nicht zuletzt, um die Qualität ihrer Leistungen und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Es ist für uns nicht ersichtlich, weshalb diese Kosten vollumfänglich von den Kantonen zu übernehmen sind. Wir erwarten, dass diese Ausdehnung in der VKL überprüft wird.	SVBG
49	3	Mit der dual-fixen Finanzierung (50% Kantone, 50% Versicherer) von Leistungen sind wir einverstanden, sofern sie öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler betrifft. Eine dual-fixe Finanzierung der Privatspitäler lehnen wir hingegen ab. Problematisch finden wir die bereits bestehende Ausdehnung des Begriffs der Lehre und Forschung auf alle Aus- und Weiterbildungen. Hier steht die Regelung des KVG im klaren Widerspruch zum Berufsbildungsgesetz, das von einer Beteiligung der Arbeitgeber an der Berufsbildung ausgeht. Diese wälzen ihren Teil der Kosten auf die Produktionspreise ab. Auch die laufende Fort- und Weiterbildung ist eine Aufgabe der Arbeitgeber, nicht zuletzt, um die Qualität ihrer Leistungen und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Es ist für uns nicht ersichtlich, weshalb diese Kosten vollumfänglich von den Kantonen zu übernehmen sind. Wir erwarten, dass diese Ausdehnung in der VKL überprüft wird.	SBK
49	3	santésuisse fordert dringend einen annähernd prämieneutralen Finanzierungsschlüssel. Das ist aber nur zu erreichen, wenn der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung nicht über 40 % beträgt. Würden die stationären Spitalkosten mit Einschluss der Investitionskosten je zur Hälfte durch die öffentliche Hand und die Krankenversicherung finanziert, hätte das nach Berechnungen von santésuisse, die mit den Schätzungen des Bundesamtes für	santé-suisse

		<p>Gesundheitswesen in etwa übereinstimmen, eine Mehrbelastung der Grundversicherung von 1,1 bis 1,2 Mrd. Franken zur Folge. Das entspricht einem Prämienanstieg von gegen 10 Prozent. Ein solcher Anstieg ist für die Versicherten nicht tragbar, auch wenn er etappenweise über mehrere Jahre erfolgt. Weiter ist es weder notwendig noch sinnvoll, dass der Wohnkanton seinen Anteil zwingend direkt dem Spital zugute kommen lassen muss. Es sind auch Formen denkbar, wonach vertraglich vorgesehen wird, dass die Kantone ihren Anteil den Versicherern zukommen lassen, und die Versicherer diesen den Spitälern überweisen. Aus den Erläuterungen auf S. 7 geht hervor, dass der Kanton weiterhin für die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie Lehre und Forschung, Notfalldienste etc. aufkommen muss. Im Gegensatz zu Lehre und Forschung sind die Kosten für die Notfalldienste in Art. 49 Abs. 3 KVG-E nicht aufgezählt. santésuisse ist der Meinung, dass aus dem Gesetz klar hervorgehen muss, dass die Bereitschaftskosten der Notfalldienste nicht von den Versicherern bezahlt werden. Absatz 3 ist zwingend wie folgt zu ändern: Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 werden je zu höchstens 40% vom Versicherer und zu mindestens 60% vom jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für Lehre und Forschung sowie für das Bereithalten der Notfalldienste enthalten. Die Kantone können bestimmen, dass sie weitere Bereiche separat finanzieren.</p>	
49	3	<p>Der Verteilschlüssel 60:40 stellt für uns eine absolute Minimalanforderung dar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bisher betrug die Kostenbeteiligung der Versicherer höchstens 50%. Weshalb sollen die Versicherer von nun an, trotz weiterhin bestehender Überkapazitäten und Ineffizienz 50% der Kosten übernehmen ; - Welches sind die 100% die zur Berechnung des Verteilschlüssels beigezogen werden. In Anbetracht der Unsicherheiten über die Definition der 100%, sollte die Verteilung zwischen Versicherer/Staat nicht mit 40/60 fixiert werden, sondern auf maximal 40% für die Versicherer limitiert werden. - Im Zusammenhang mit der Berechnung des Verteilschlüssels sind unnötige gerichtliche Verfahren aufgrund der entstehenden Rechtsunsicherheiten (Berechnung der zu übernehmenden Kosten) zu befürchten; - Wie werden Überkapazitäten und Ineffizienz berücksichtigt? - Die Grundversicherung wird eine erhebliche Mehrbelastung erfahren. - Die Verteilung der Kosten zwischen Kantonen und Versicherer sollte auf die aktuelle Situation abstellen (Berücksichtigung der Zahlen betreffend Verteilung der Kosten zwischen Versicherer und Kantonen, zu liefern durch das BAG. <p>Der Verteilschlüssel 60 (Kanton) : 40 (Versicherer) ist unbedingt einzubauen. Die Kriterien wie Überkapazität und Ineffizienz sind zwingend in den Gesetzestext aufzunehmen. Der Artikel ist entsprechend anzupassen.</p>	Cosama
49	3	<p>Für eine prämieneutrale Ausgestaltung der kantonalen Beteiligung bei stationären Aufenthalten ist der Kostenverteiler auf mindestens 60 (Kanton) : 40 (Krankenversicherer) festzulegen. In Anbetracht der zusätzlich zu übernehmenden Investitionskosten würde sich aus Sicht der Prämienzahlenden sogar ein Verhältnis von 65 (Kanton) : 35 (Versicherer) aufdrängen.</p>	ÖKK
49	3	<p>Le projet nous paraît équilibré, sans rupture par rapport à la situation actuelle. Les nouvelles compétences accordées au Conseil fédéral nous semblent justifiées, pour autant que l'on voue un soin particulier à la protection des données. La répartition des frais 50 / 50 apporte une précision bienvenue. Nous craignons toutefois qu'un passage au système</p>	AVS

		moniste (dispositions transitoires) qui se ferait en donnant toute la responsabilité aux assureurs leur attribue un pouvoir considérable.	
49	3	Der SSR ist auch der Meinung, dass die dual-fixe Finanzierung nur für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler gültig sein soll. Eine Mitfinanzierung von Privatspitäler sollte sich darauf beschränken, allen obligatorisch Versicherten Tarifschutz im stationären Bereich zu gewähren, unabhängig davon, ob es sich um ein öffentliches oder um ein Privatspital handelt. Der SSR teilt zudem Ihre Auffassung, dass kassenzulässige Behandlungen nicht nur wirksam und zweckmässig, sondern auch wirtschaftlich sein sollten.	SSR
49	3	Mit der dual-fixen Finanzierung (je 50 Prozent Kantone und Versicherer) sind wir einverstanden, sofern sie öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler betreffen. Einer dual-fixen Finanzierung von Privatspitälern stimmen wir nur unter folgenden Voraussetzungen zu: - Der Bund erlässt zwingend Grundsätze einer bedarfsgerechten Spitalplanung. - Der oben erwähnte Zusatz, wonach Privatspitäler angemessen bei der Spitalplanung zu berücksichtigen seien, wird gestrichen. - Ein substantzieller Versorgungsauftrag für das zu finanzierende Privatspital muss vorhanden sein.	Pro Senectute
49	3	Im Vernehmlassungstext wird grundsätzlich nach wie vor von der hälftigen Übernahme der Spitalkosten durch den Versicherer und den betreffenden Kanton gesprochen. Wir erachten das als einen nicht im Interesse der Patienten liegenden Tributzoll an Föderalismus und Zersplitterung des Landes. Er wirkt sich als Diskriminierung von Patienten in Kantonen aus, die sich ihrer sozialen Verantwortung zu entziehen wissen.	VASOS
49	3	Im Vernehmlassungstext wird grundsätzlich nach wie vor von der hälftigen Übernahme der Spitalkosten durch den Versicherer und dem betreffenden Kanton gesprochen. Wir erachten das als einen nicht im Interesse der Patienten liegenden Tributzoll an Föderalismus und Zersplitterung des Landes. Es wirkt sich als Diskriminierung von Patienten in Kantonen aus, die sich ihrer sozialen Verantwortung zu entziehen wissen.	neuer panter club
49	3	Der hälftige Kostenteiler zwischen Kantonen und Versicherern wird bei einem Miteinbezug der Investitionskosten absehbarerweise zu einer Mehrbelastung der Grundversicherten führen. Um hier einen gewissen Ausgleich zu schaffen, sind neu nicht nur Aufenthalte als stationär zu definieren, bei welchen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sondern solche, bei welchen das während mindestens sechs Stunden und auch tagsüber der Fall ist.	ffg
49	3	La charge des investissements partagée par moitié entre l'Etat et les assurés signifie le transfert de coûts fiscalisés à des coûts personnalisés, donc une diminution de la solidarité. De plus, les cotisations subiront une augmentation de 10 à 15% selon les estimations alors que les subsides cantonaux sont revus à la baisse dans de nombreux cantons. L'économie d'entreprise que vous introduisez dans l'hospitalisation pour favoriser la concurrence conduira, à terme, à une recherche de la rentabilité au détriment du malade. Le risque de soins selon les assurances du patient existe et conduit à une médecine à deux vitesses qui aboutit à l'accès de certains soins particuliers et onéreux réservés aux riches et à la médecine courante et restrictive pour ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir des assurances complémentaires.	MPF
49	3, 4	La rémunération en cas d'hospitalisation doit faire l'objet d'une distinction claire selon qu'elle émerge uniquement à la LAMal ou également à la LCA. Les dispositions prévues par la LAMal ne s'appliquent pas à la LCA. Lorsque la LCA doit être prise en considération (assurances complémentaires), une double facturation doit être autorisée. A défaut, le	FMH

		<p>système instaure clairement une médecine à 2 vitesses dans des conditions d'ambiguïté retorses particulièrement inacceptables.</p>	
49	4	<p>In den Erläuterungen zu Art. 49 Abs. 4 wird festgehalten, dass mittels Auflagen eine Diskriminierung öffentlicher Spitäler verhindert werden soll. Öffentliche Spitäler können ihre Patientinnen und Patienten nicht auswählen, da sie in der Regel der gesetzlichen Aufnahmepflicht unterliegen. Die Möglichkeit, Leistungsaufträge mit Auflagen zu verbinden, ist jedoch kein ausreichendes Instrument, um die öffentlichen Spitäler gegenüber den Privatkliniken nicht zu diskriminieren. Es macht auch keinen Sinn, allen Spitälern zwecks Gleichbehandlung dieselben Auflagen zu machen, weil dadurch zu viele gemeinwirtschaftliche Leistungen angeboten würden. Weiter sollte im Gesetz ausdrücklich eine Mitfinanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Versicherer festgehalten werden. Wir beantragen, Art. 49 wie folgt zu ergänzen: Die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie für Investitionen, welche aufgrund des kantonalen Leistungsauftrags notwendig sind, werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem Wohnkanton übernommen. Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufnahmebereitschaft, Notfallstation, Rettungswesen und die Kosten der Weiterbildung sowie der nicht universitären Ausbildung.</p>	AI, AR
49	4	<p>Regelungsvorschlag: Die Vergütungen nach den Absätzen 1 bis 3 werden je zur Hälfte vom Versicherer und dem jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für die universitäre Lehre und Forschung enthalten. .</p>	BE, GDK
49	4	<p>Ergänzung: In Bezug auf die Kostenbeteiligung der Gemeinden und Kantone an inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalten muss der Gesetzestext präzisieren, dass die Kantone eine Regelung treffen können</p>	BE
49	4 - 8	<p>Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.</p>	SVP
49	5	<p>In Bezug auf die inner- und ausserkantonale Kostenbeteiligung, d.h. durch Gemeinden und Kantone, muss der Gesetzestext präzisieren, dass die Kantone eine Regelung treffen Regelungsvorschlag: Die allfällige Aufteilung der Finanzierungsanteile unter den öffentlichen Kostenträgern für inner- und ausserkantonale Spitalaufenthalte ist Sache der einzelnen Kantone. Die Absätze 4 bis 8 werden damit zu den Absätzen 6 bis 10. Die oben genannte Änderung in Artikel 49 Absatz 5 im Zusammenhang mit dem Tarifschutz kommt damit in Absatz 7 zu stehen.</p>	BE, GDK
49	5	<p>Die Absätze 4 und 5 sind problematisch, weil damit in den Zusatzversicherungsbereich des VVG eingegriffen wird. Dies ist abzulehnen. Zusätzliche Honorare von Zusatzversicherten (z.B. für freie Arztwahl, persönliche intensive Betreuung) müssen weiterhin möglich sein, auch wenn die zu Grunde liegende Leistung eine Pflichtleistung gemäss KVG ist. Ansonsten ist in der Grundversicherung mit einem Kostenschub zu rechnen. Wir verweisen an dieser Stelle zusätzlich auf die obige, allgemeine Stellungnahme zur Einschränkung des VVG:</p>	H+
49	5	<p>Die Honorare im stationären Bereich werden vollumfänglich durch die Zusatzversicherung bezahlt. Ungefähr jeder zweite Franken Einkommen der Kaderärzte wird zudem durch den Staat abgeschöpft und für Quersubventionierungen z.B. die Verbilligung der Grundversicherung eingesetzt. Der VLSS hält klar fest, dass es in diesem Bereich – insbesondere unter Berücksichtigung des Rückgangs der Zusatzversicherten - keinen Verhandlungsspielraum zuungunsten unserer Mitglieder mehr gibt. Die Absicht der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), die Kaderärzte in einheitlichen Anstellungsverhältnissen zu verstaatlichen und das Leistungsprinzip über Bord zu werfen, von dem die öffentliche Hand bisher profitiert hat, stösst deshalb bei unseren Mitgliedern nach wie vor</p>	VLSS

		<p>auf grosses Unverständnis. Wir können uns nun des Eindrucks nicht erwehren, dass der Entwicklung noch Vorschub leisten möchte. Das Stichwort lautet „ Tarifschutz“. Dazu möchten wir folgendes ausführen: Das Bundesgericht hat bis jetzt die „Austauschbefugnis“ zwischen den Leistungen aus der Grundversicherung und den Leistungen, für welche die Zusatzversicherung aufkommt, stets bejaht. Dies heisst mit anderen Worten, dass bei einem halbprivaten oder privaten Aufenthalt im Spital dieses der Zusatzversicherung der Patientin oder des Patienten den vollen, marktwirtschaftlich gerechtfertigten Preis der Leistungen verrechnet. Die Grundversicherung bezahlt aber trotzdem den tieferen, staatlich festgesetzten bzw. zumindest staatlich genehmigten Preis der Leistungen gemäss KVG. Damit vermindert sich der Anteil, der schlussendlich von der Zusatzversicherung übernommen werden muss. Mit anderen Worten hat der Versicherte auch dann Anspruch auf die Leistungen aus der Grundversicherung, wenn er sich in einer höheren Klasse behandeln lässt. Damit ist die Geltendmachung des Tarifschutzes dann ausgeschlossen, wenn die Patientin oder der Patient über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügt. Der Botschaft 2A des Bundesrats zur Spitalfinanzierung lässt sich zwar entnehmen, dass die Zusatzversicherung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern jene Leistungen deckt, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind (vgl. S. 15): „Dies sind insbesondere der zusätzliche Komfort beim Aufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer und die Möglichkeit der freien Arztwahl. “ Damit bleibt aber offen, ob eine Abgrenzung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung notwendig ist oder nicht. Würde inskünftig die Austauschbefugnis verneint, so würde auch im stationären Bereich der Tarifschutz unabhängig davon gelten, ob sich der Versicherte halbprivat oder privat behandeln lassen möchte. Die Leistungen der Grundversicherung müssten gegenüber den Leistungen der Zusatzversicherung abgegrenzt werden. Dies wiederum ist eine Fiktion, weil der Standard der Leistungserbringung gemäss KVG weder bezüglich Spitalkomfort (Anzahl Betten, Grösse und Ausstattung der Zimmer) noch was die Anforderungen an den Arztkomfort anbelangt in der Grundversicherung definiert wird. In letzter Konsequenz könnte die Berufung auf Tarifschutz dazu führen, dass der Versicherte zwar eine höhere Prämie bezahlt (Zusatzversicherung), dafür aber im KVG-Spital nichts erhält, weil die Leistungen zum Preis der Grundversicherung erbracht werden müssen. Damit wäre die privatärztliche Tätigkeit im KVG-Spital gestorben. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die heute teilweise angebotenen Zusatzversicherungen nicht immer diejenigen Leistungen beinhalten, die eigentlich inbegriffen sein müssten (z.B. Listen, mit denen die Spitalwahl im Vergleich zur Grundversicherung verkleinert wird). Auch in diesem Fall muss die Prämie für eine nicht ausreichende Gegenleistung bezahlt werden. Die qualifiziertesten Fachärzte würden bei Aufhebung der Austauschbefugnis aus den öffentlichen Spitälern abwandern, im Privatspital in den Ausstand treten und nur noch private Patientinnen behandeln. Diese Privatpatienten müssten den Marktpreis bezahlen, würden aber aus der Grundversicherung nichts mehr erhalten. Wird die Komplementarität zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung im stationären Bereich aufgegeben, so hätte dies zur Folge, dass die Zweiklassenmedizin, die heute in abgeschwächter und damit sozialverträglicher Form bereits vorhanden ist, wesentlich verstärkt würde.</p>	
49	5	<p>Art. 48 regelt die Situation mit den Ärzten. In Art. 49 ist somit nicht ersichtlich, ob die Arztleistungen über Art. 48 oder Art. 49 gelöst werden sollen. Die Arztleistungen sollten jedoch gemäss Art. 48 finanziert werden, da dadurch auch das Belegarztsystem abgedeckt ist. Antrag: Mit</p>	SRK

		den Vergütungen nach den Absätzen 1 - 4 sind die Ansprüche des Spitals, vorbehalten Art. 48 für die ärztlichen Leistungen, abgegolten.	
49	5	Das WZW-Erfordernis und, damit zusammenhängend, der Tarifschutz wurden im KVG konzipiert, um die Leistungen der obligatorischen sozialen Krankenversicherung einzugrenzen. Diese Grundprinzipien lassen sich jedoch nicht auf die Zusatzvereinbarung anwenden, wenn man deren Existenz nicht in Frage stellen will. Tatsächlich will der Patient mit seiner Zusatzversicherung sicherstellen, dass er über die auf das Notwendige beschränkte Versorgung der sozialen Krankenversicherung hinaus weitere medizinische, pflegerische und hotelleriebezogene Leistungen beanspruchen und absichern kann. Das Gesetz muss in dieser Hinsicht klare und unmissverständliche Normen vorsehen, die ein "Übergreifen" des KVG auf das VVG ausdrücklich verneinen.	SBV
49	6	H+ unterstützt die Neuformulierung des Absatzes 6.	H+
49	6	Nous demandons que la notion de « traitement ambulatoire à l'hôpital » soit clairement définie, afin que les conditions particulières du financement des hôpitaux ne provoquent pas de distorsions de la concurrence dans le marché ambulatoire. Nous proposons la définition suivante du « traitement ambulatoire à l'hôpital »: « Traitement administré en milieu hospitalier pour des raisons médicales ou techniques sans que le patient doive y séjourner la nuit » Proposition: Ajouter les phrases suivantes à l'alinéa 6: On entend par « traitement ambulatoire à l'hôpital » tout traitement administré en milieu hospitalier pour des raisons médicales ou techniques sans que le patient doive y séjourner la nuit. Toute autre prestation ambulatoire leur est interdite. Si un hôpital fournit des prestations ambulatoires et remet des traitements aux patients pour que ces derniers soient administrés en-dehors de l'hôpital, il doit créer une unité distincte répondant à l'ensemble des exigences légales et conditions-cadre applicables au secteur ambulatoire. L'approvisionnement et la gestion de cette unité doivent être clairement séparés de celles des traitements stationnaires et « ambulatoires à l'hôpital ».	SAV
49	7	Ist in dieser Form obsolet. Wenn konsequent an ein Bepreisungssystem gedacht wird, ist es eine reine Führungsfrage der Leistungserbringer, wie weit sie selbst über sich bzw. ihre eigene Kostenstruktur orientiert sein möchten. Zudem müssten die Leistungserbringer ein Interesse daran haben, im Eskalationsfall dem Preisüberwacher die entsprechenden Daten zur Verfügung zu stellen.	AG
49	7	Ebenso erübrigt sich ein Einsichtsrecht der Krankenversicherer und der Vertragsparteien in die Kostenrechnung der Leistungserbringer gemäss Art. 49 Abs. 7. Sogar nach Ansicht des Bundesrates (vgl. Botschaft 2a Spitalfinanzierung S. 20) kann nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen werden. Neu soll einzig die Vergütung, d.h. der Preis der jeweiligen Leistung massgebend sein. Kein Wirtschaftsunternehmen legt seinen Kunden seine Preiskalkulation und Kostenrechnung offen dar.	SO
49	7	Im Hinblick auf den Systemwechsel bei der Spitalfinanzierung, erachten wir es als absolut unumgänglich, dass die Spitäler verpflichtet werden, ihr Rechnungswesen wesentlich zu verbessern, so dass eine volle Kostentransparenz besteht. Es ist mehr als nur bedauerlich, dass dies heute immer noch nicht der Fall ist.	SBV
49	7	H+ lehnt eine Verordnung von Führungsinstrumenten für die Spitäler und insbesondere die Einsichtnahme durch die Vertragspartner in die Berechnungsgrundlagen der Spitäler als unnötigen und wettbewerbsfremden Eingriff in die operative Tätigkeit ab. Ein modernes Unternehmen arbeitet mit bekannten und notwendigen Führungsinstrumenten. Zudem schaffen das Projekt Rekole zur einheitlichen Kostenrechnung und Leistungserfassung sowie die gemäss Art. 49 Abs. 1 vorgesehene national einheitliche Leistungsnomenklatur die notwendigen Voraussetzungen für	H+

		eine transparente externe Vergleichbarkeit von Leistungen. Das Einsichtsrecht der Versicherer in die Führungsinstrumente bedeutet eine Ungleichbehandlung von Spitälern als Leistungserbringer und Versicherern als Kostenträger zu Ungunsten der Spitäler. Damit entstehen ungleiche Ausgangssituationen der Vertragsparteien, wenn Kostenträger und Leistungserbringer Preisverhandlungen führen. Antrag: Abs. 7 streichen.	
49	7	Ein Vergleich der Wirtschaftlichkeit der Spitäler aufgrund einer Kostenrechnung ohne Berücksichtigung des Outcome der erbrachten Leistungen resp. Behandlungen greift zu kurz. Zur Qualitätssicherung fordern wir die Erhebung von Outcome-Daten. Sie sollen dazu dienen, die Qualität der erbrachten Leistungen zu messen und die Spitäler auch hinsichtlich des erreichten Outcome zu vergleichen. Die Neuordnung der Spitalfinanzierung ist zudem wissenschaftlich zu begleiten.	VSAO
49	7	Solange keine Behandlungs- und Qualitätsstandards vorgesehen sind, können keine echten und realen Wirtschaftlichkeitsvergleiche vorgenommen werden. Dasselbe gilt auch für den Einbezug der Investitionskosten. Antrag: ... insbesondere führen sie auf den Grundsätzen von Art. 49, Abs. 1	SRK
49	7	Wir begrüßen eine betriebswirtschaftlich gestützte Betriebsführung der Spitäler. Es ist jedoch nicht unsere Aufgabe, sich zu den Einzelheiten zu äussern.	PULSUS
49	7	Das Dateneinsichtsrecht zugunsten der Versicherer ist von grosser Bedeutung. Noch besser wäre es, die Daten zur Durchführung von Simulationen, Plausibilisierungen und Berechnungen elektronisch zu übermitteln.	santé- suisse
49	8	Unseres Erachtens ebenfalls obsolet. Entscheidend wird künftig nicht mehr sein, welche Kosten die Leistungserbringer haben, sondern welche Preise Kanton und Versicherer mit den Leistungserbringern aushandeln.	AG
49	8	Sobald die dual-fixe Leistungsfinanzierung praktiziert wird, werden unseres Erachtens Betriebsvergleiche überflüssig. Einzig Preisvergleiche für vergleichbare resp. identische Spitalleistungen sind dann noch nötig. Die dual-fixe Leistungsfinanzierung bringt eine wesentliche und nachhaltige Verbesserung der Preis-Leistungstransparenz. Das Kostenmanagement wird bei der dual-fixen Leistungsfinanzierung richtigerweise den Spitalern überlassen. Entweder schaffen diese es, ihre Leistungen zu wettbewerbsfähigen Preisen (d.h. auch zu wettbewerbsfähigen Kosten) zu erbringen und an die Patientinnen und Patienten „zu bringen“, oder sie werden Defizite einfahren. Es ist dann den Kantonen überlassen, ob sie diese Spitäler aus politischen und wirtschaftlichen Gründen zusätzlich zur dual-fixen Leistungsabgeltung mit zusätzlichen Mitteln unterstützen und „Strukturerhalt“ betreiben wollen. Im heutigen Wirtschaftsleben nimmt der informierte Konsument auch keine Betriebsvergleiche vor; er vergleicht lediglich die von ihm für einen allfälligen Kauf in Betracht gezogenen Produkte und Dienstleistungen.	SO
49	8	E necessario definire su quale base saranno effettuate le comparazioni fra ospedali. Riteniamo indispensabile che gli istituti siano paragonati in funzione di parametri standardizzati ben definiti, come la grandezza dell'ospedale (numero di letti, per esempio), il tipo di prestazioni offerte,...Questo articolo dovrebbe essere ulteriormente approfondito. Rendiamo inoltre attenti alla traduzione dell'articolo: "...gli assicuratori possono disdire la convenzione secondo ..." (e non "denunciare" come menzionato nel testo).	TI
49	8	H+ lehnt eine Verordnung von Betriebsvergleichen ab. Wie bereits oben dargestellt, schafft eine national einheitliche Leistungs-nomenklatur die Basis für eine externe Vergleichbarkeit von Betrieben. Wie diese definierten Leistungen im Betrieb selber bereitgestellt werden, liegt in der unternehmerischen Verantwortung der Betriebe selber. Die	H+

		Betriebsvergleiche von Leistungserbringern und damit die Offenlegung der Kostenrechnung bedeutet eine Ungleichbehandlung von Spitälern als Leistungserbringer und Versicherern als Kostenträger zu Ungunsten der Spitäler. Damit entstehen ungerechte Ausgangssituationen der Vertragsparteien, wenn Kostenträger und Leistungserbringer Preisverhandlungen führen. Antrag: Abs. 8 streichen.	
49	8	Dieser Artikel eliminiert sich von selbst, wenn auf einer leistungsbezogenen Vergütung basiert werden soll. Antrag: ersatzlos streichen.	SRK
49	8	Da u.E. fortan auch die Versicherer bei der Spitalplanung bzw. bei der Erteilung von Leistungsaufträgen mitwirken sollten, obliegt es dem Kanton zusammen mit den Versicherern Betriebsvergleiche durchzuführen. Um qualitativ hochstehende Leistungen zu den optimalen Preisen erhalten zu können, sollen diese Betriebsvergleiche systematisch durchgeführt werden müssen. Mit dem neuen Art. 49 KVG-E verschärft sich die bereits heute schwierige Rolle der Kantone. Heute sind sie Genehmigungsbehörde und gleichzeitig Betreiber von Spitälern. Neu sind sie zudem noch „Käufer der Leistungen der Spitäler“. Bei stationären Verträgen sollte den Kantonen deshalb die Aufgabe der Tarifgenehmigung entzogen werden. Eine neutrale, auf Bundesebene angesiedelte Stelle könnte die entsprechende Rolle nicht nur effizienter, sondern auch gesamtschweizerisch einheitlich vornehmen. Tarifstreitigkeiten werden damit effizienter ausgetragen. Antrag: Abs. 8 ist wie folgt anzupassen: Die Kantonsregierung, die Versicherer und wenn nötig der Bundesrat führen systematisch Betriebsvergleiche...	santé-suisse
49	8	Das Dateneinsichtsrecht zugunsten der Versicherer ist von grosser Bedeutung. Noch besser wäre die elektronische zur Verfügungstellung der Daten zur Durchführung von Simulationen, Plausibilisierungen und Berechnungen. Da u.E. fortan auch die Versicherer bei der Spitalplanung bzw. bei der Erteilung von Leistungsaufträgen mitwirken sollten, obliegt es dem Kanton zusammen mit den Versicherern Betriebsvergleiche durchzuführen. Um qualitativ hochstehende Leistungen zu den optimalen Preisen erhalten zu können, sollen diese Betriebsvergleiche systematisch durchgeführt werden müssen. Es wäre gut zu präzisieren, was unter « vergleichbare Spitäler » und « ungenügende Unterlagen » zu verstehen ist. Der Artikel ist entsprechend anzupassen: Die Kantonsregierung, die Versicherer und wenn nötig der Bundesrat führen systematisch Betriebsvergleiche...	Cosama
49	8	Le pouvoir accordé aux assureurs seuls de dénoncer une convention à la suite d'une comparaison défavorable des coûts est excessif. L'intervention d'une autorité ou d'un organisme neutre serait nécessaire.	AVS
49	9 (neu)	Mit dem neuen Art. 49 KVG-E verschärft sich die bereits heute schwierige Rolle der Kantone. Heute sind sie Genehmigungsbehörde und gleichzeitig Betreiber von Spitälern. Neu sind sie zudem noch „Käufer der Leistungen der Spitäler“. Bei stationären Verträgen sollte den Kantonen deshalb die Aufgabe der Tarifgenehmigung entzogen werden. Eine neutrale, auf Bundesebene angesiedelte Stelle könnte die entsprechende Rolle nicht nur effizienter, sondern auch gesamtschweizerisch einheitlich vornehmen. Tarifstreitigkeiten werden damit effizienter ausgetragen. Antrag für neuen Abs. 9: „Kommt zwischen Spitälern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.“ Art. 46 Abs. 4 und 47 Abs. 1 gelten damit nur noch für den ambulanten Bereich und sind entsprechend zu korrigieren.	santé-suisse

Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
50	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP
50	Nous ne nous prononcerons pas sur cet article et attendons la consultation sur les soins à domicile et les EMS.	FRC
50	An dieser Stelle soll gesetzlich verankert werden, dass die Leistungen der Krankenversicherung bei Aufenthalt in einem Pflegeheim, bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause nur einen Betrag an die Pflegemassnahmen umfassen. Damit der Verweis auf den neuen Art. 49 Abs. 7 KVG-E nicht zu Missverständnissen führt, muss die heute in Art. 7 Abs. 3 KLV verankerte Bestimmung neu an dieser Stelle ins Gesetz integriert werden. Der Absatz soll wie folgt präzisiert werden: „Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 6) vergütet der Versicherer, die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause, einen Beitrag an die Pflegemassnahmen. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.“	santé-suisse
50	2 (neu) Antrag: Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet.	santé-suisse
50	Der Grundsatz, dass im Spitexbereich, in den Heimen und zu Hause dieselben Leistungen wie bei der ambulanten Krankenpflege vergütet werden, ist richtig. Wir weisen darauf hin, dass im Rahmen der VKL die Entschädigung dieser Leistungen unterschiedlich ausfallen kann, was uns nicht als logisch erscheint. Zudem ist der Bundesrat verpflichtet, dem Parlament bis Ende 2004 eine Botschaft im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung zu unterbreiten.	Cosama
50	Art. 50 ist abgesehen von einer Änderung des Verweises unverändert geblieben. Wir meinen, es sei hier ein fundamentaler Grund gegeben, dafür zu sorgen, dass die Pflegeheime bezüglich Krankenkassenleistungen endlich den Spitälern und nicht bloss der ambulanten Pflege und der Krankenpflege zu Hause (Spitex) gleichgestellt werden. Nur so kann das für die Krankenversicherer finanziell interessante möglichst baldige Abschieben pflegebedürftiger und angeblich nicht mehr rehabilitationsfähiger Patienten aus dem Spital ins Heim bekämpft werden. Unseres Erachtens ist weder ethisch noch wirtschaftlich einwandfrei begründbar, Patienten beim so genannten Abschieben aus dem Spital definitiv von medizinischer Anstrengung zur Erhaltung und Verbesserung ihres körperlichen und geistigen Zustandes auszuschliessen, was in den geringeren finanziellen Leistungen und der niedrigeren medizinischen Stellung des Pflegeheims gegenüber dem Spital zum Ausdruck kommt. Nach aussen bedeutet dies zudem eine unverdiente diskriminierte Stellung des Personals im Pflegeheim im Vergleich zu jenem im Spital.	VASOS
50	Art. 50 ist abgesehen von einer Änderung des Verweises unverändert geblieben. Wir meinen, es sei hier ein fundamentaler Grund gegeben, dafür zu sorgen, dass die Pflegeheime bezüglich Krankenkassenleistungen endlich den Spitälern und nicht bloss der ambulanten Pflege und der Krankenpflege zu Hause (SPITEX) gleichgestellt werden. Nur so kann das für die Krankenversicherer finanziell interessante möglichst baldige Abschieben pflegebedürftiger und angeblich nicht mehr rehabilitationsfähiger Patienten aus dem Spital ins Heim bekämpft werden. Unseres Erachtens ist weder ethisch noch wirtschaftlich einwandfrei begründbar, Patienten beim sogenannten Abschieben aus dem Spital definitiv von medizinischer Anstrengung zur Erhaltung und Verbesserung ihres körperlichen und geistigen Zustandes auszuschliessen, was in den ge-	neuer panter club

		ringeren finanziellen Leistungen und der niedrigeren medizinischen Stellung des Pflegeheims gegenüber dem Spital zum Ausdruck kommt. Nach aussen bedeutet dies zudem eine unverdiente diskriminierte Stellung des Personals im Pflegeheim im Vergleich zu jenem im Spital.	
--	--	--	--

Art. 51 Abs. 1 Globalbudget

Art. 51, al. 1 Budget global

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
51		Nachdem die Revision eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung vorsieht, erachten wir die Möglichkeit, dass die Kantone weiterhin einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder Pflegeheime festsetzen, als systemfremd und überholt. Vorschlag: Art. 51 streichen.	SG
51		L'articolo 51 deve pertanto essere approfondito e completato. Esso deve assumere nella legge un ruolo centrale come gli articoli 39 (pianificazione) e 49 (tariffe). Il contratto di prestazione diventa uno strumento indispensabile soprattutto nel caso in cui i cantoni dovessero essere obbligati a finanziare anche le strutture private. L'obbligo per le strutture ospedaliere pubbliche o private di stipulare un contratto di prestazione in caso di sussidiamento pubblico dovrebbe essere codificato nella legge federale sull'assicurazione malattia.	TI
51	1	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP
51	1	Da mit dem neuen Artikel 49 Pauschalen vereinbart werden, erübrigt sich die Globalbudgetierung und der Artikel ist ersatzlos zu streichen.	SGB
51	1	Artikel 49 Absatz 1 hält fest, dass eine Entschädigung der Spitäler leistungsbezogen erfolgen muss. Globalbudgets stehen im klaren Widerspruch hierzu und bedeuten im Endeffekt eine Rationierung der Gesundheitsleistungen. Antrag: Artikel 51 streichen.	H+
51	1	Die Festlegung eines Globalbudgets für die Gesundheitsversorgung wird Wartelisten und eine Zweiklassenmedizin auslösen. Die Globalbudgets wurden bereits in verschiedenen Ländern eingeführt und haben sich nicht bewährt. Zudem steht die Plafonierung im Widerspruch zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Mit einem Globalbudget müssten noch andere politische Entscheide gefällt werden, wie z.B. Behandlungsprioritäten, Behandlungsstandards, Lohnniveau, Arbeitszeiten usw. Im Weiteren wird der Kanton seine ihm gehörenden öffentlichen Spitäler wiederum finanzieren müssen, auch wenn die Globalbudgets überschritten sind, da keine andere Trägerschaft für den Differenzbetrag aufkommt. Antrag : Der Kanton kann finanzielle Steuerungsinstrumente unter Berücksichtigung der politischen Rahmenbedingungen und des Versorgungsauftrages Behandlungsnormen erlassen.	SRK
51	1	Globalbudgets haben in einem auf Wettbewerb ausgerichteten Gesetz nichts zu suchen. Nachdem gemäss Art. 49 Abs. 1 die Entschädigung der Spitäler leistungsbezogen erfolgt, steht die mögliche Festsetzung eines Globalbudgets in einem klaren Widerspruch dazu.	Hirslanden
51	1	Das Globalbudget ist grundsätzlich kein zeitgemässes Finanzierungsinstrument. Es sollen in Zukunft Leistungen und nicht mehr Einrichtungen finanziert werden. Der Grundgedanke des Globalbudgets ist höchstens übergangsweise und während einer kostenneutralen Einführungsphase sinnvoll. Das Globalbudget muss u.E. zwingend zusammen mit den Versicherern ausgearbeitet werden. Ein Globalbudget im Spitalbereich macht zudem nur Sinn, wenn ein Mengengerüst definiert ist und der ambulante Spitalbereich miteinbezogen wird. Der zweite Satz ist zwingend. Wird er gestrichen, muss der ganze Art. 51 Abs. 1 gestrichen werden. Es ist allerdings zu präzisieren, dass sich der zweite Satz nur auf Spitäler und nicht auf Pflegeheime bezieht. Abs. 1 ist wie folgt zu ändern: „Der	santé-suisse

		Kanton kann innerhalb von drei Jahren nach Einführung dieser Gesetzesänderung als finanzielles Steuerungsinstrument zusammen mit den Versicherern einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung für Spitäler nach Artikel 49 Absatz 3 bleibt vorbehalten. Nach drei Jahren sind Globalbudget nur noch für Pflegeheime möglich.“	
51	1	Das Globalbudget ist grundsätzlich kein zeitgemässes Finanzierungsinstrument. Es sollen in Zukunft Leistungen und nicht mehr Einrichtungen finanziert werden. Jedoch ist der Grundgedanke des Globalbudgets zumindest übergangsweise und während einer kostenneutralen Einführungsphase auch aus Sicht der sozialen Krankenversicherung sinnvoll. Das Globalbudget muss u.E. zwingend zusammen mit den Versicherern ausgearbeitet werden. Der letzte Satz darf sich nur auf die Spitäler beziehen, ansonsten wir uns ebenfalls an den Kosten der Pflegeheime zu 50% beteiligen müssen. Der Artikel ist entsprechend anzupassen.	Cosama
51	1	Le système des enveloppes globales doit être utilisé avec prudence. Il ne faudrait pas qu'un service soit privé de moyens à partir d'une certaine période.	AVS

Art. 53 Abs. 1 Beschwerde an den Bundesrat

Art. 53, al. 1 Recours au Conseil fédéral

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
53	1	La compétence du Conseil fédéral en matière d'assurance-maladie (listes hospitalières et tarifs) est, à notre avis, excessive. La loi doit prévoir l'ouverture d'une voie de recours contre les décisions rendues par les cantons auprès du Tribunal fédéral des assurances et non du Conseil fédéral.	FR
53	1	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP
53	1	Streichen, da identisch mit Art. 51 Abs. 1 Entwurf KVG.	Cosama

Art. 79a Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Art. 79a Droit de recours du canton

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
79a		Von der Systematik her ist es richtig, dass die Kantone das gleiche Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte haben wie die Versicherer. Gleichzeitig zeigt sich aber einmal mehr, welch ungeheure Bürokratie der Systemwechsel mit sich bringen würde!	LU
79a		Es ist konsequent und sinnvoll, das Rückgriffsrecht des Wohnkantons auch auf Art. 49 KVG anzuwenden und explizit festzuschreiben. Bereits heute nimmt der Kanton Nidwalden diese Gelegenheit wahr. Bei unfallbedingten innerkantonalen Hospitalisationen auf der Privat- und Halbprivatabteilung wird die Regressmöglichkeit abgeklärt.	NW
79a		Eine gesetzliche Grundlage wird unterstützt.	SZ
79a		Wir begrüßen es, dass die Subventionszahlungen des Wohnkantons neu dem Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte unterstellt werden sollen.	TG, ZH
79a		«Le droit de recours selon l'article 72 LPGA est applicable par analogie au canton de résidence pour les contributions que celui-ci a versées en vertu des art. 41, al. 3, et 49, al. 3. Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires ». Nous soutenons le principe du droit de recours du canton de résidence.	VS
79a		Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP

79a		Il nous paraît logique de conférer au canton de résidence un droit de recours contre les tiers responsables, bénéficiaires de la prestation tarifaire (selon art. 44 al.1 LAMal) pour les contribution qu'il doit verser. Il serait important de noter que l'assuré ne doit subir aucun préjudice en cas de litige entre l'hôpital où il a été soigné et le canton payeur.	FRC
79a		Die Möglichkeit, dass der zur Leistung verpflichtete Wohnkanton im Rahmen seiner erbrachten Leistungen Regressrecht gegen haftpflichtige Dritte erhält, ist zu befürworten. Das Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte ist nur die konsequente Umsetzung der haftpflichtrechtlichen Regelungen.	PULSUS
79a		Das vorgeschlagene Rückgriffsrecht des Wohnkantons auf den haftpflichtigen Dritten durchbricht die Grundprinzipien des schweizerischen Haftpflichtrechtes. Dieses kennt grundsätzlich nur ein Anspruchsrecht für Personen- und Sachschäden, die in der Person des Verunfallten selbst begründet sind. Beim vorgesehenen kantonalen Anspruch handelt es sich hingegen weder um einen Personen- noch um einen Sachschaden, sondern um einen Vermögensschaden eines Dritten, der durch das Ereignis nicht direkt betroffen ist. Im Übrigen ist die vorgeschlagene Regressregelung unverhältnismässig teuer. Die Kantone müssten künftig jede Spitalrechnung auf die mögliche Existenz eines haftpflichtigen Dritten prüfen. Diesem administrativen Aufwand würden relativ geringe Einnahmen gegenüberstehen. (Wir rechnen mit einem Betrag von jährlich Fr. 15 Millionen.) Wir beantragen aus den erwähnten Gründen, das vorgesehene Rückgriffsrecht des Wohnkantons ersatzlos zu streichen.	SVV
79a		Mit dem vorliegenden Vorschlag sind wir einverstanden.	Pro Se-nectute
79a		Le droit de recours des cantons vis-à-vis de tiers.	MPF

Art. 80 ff. Besondere Bestimmungen zum Verfahren und zur Rechtspflege
Art. 80ss. Procédure, voies de droit, dispositions pénales

80ff.		Aufgrund der Definition der Beiträge der Kantone als sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung (und nicht mehr als Subventionen, vgl. Botschaft S.12) muss im 5. Titel des KVG auch der Verfahrensweg für den Kanton gesetzlich definiert werden. Dabei sind insbesondere folgende Fragen zu regeln: Wird der Kanton betreffend den auf ihn entfallenden 50 Prozenten der Spitalrechnung in Zukunft den Versicherern gleichgestellt? Kann er jede einzelne Rechnung bestreiten, falls er der Meinung ist, die Leistung sei nicht KVG-konform? Welche Instanz wäre für Bestreitungen des Kantons zuständig? Das kantonale Verwaltungsgericht oder wird die Zuständigkeit des Schiedsgerichts nach Artikel 89 KVG erweitert? Werden in Zukunft bei Streitfällen zwei Rechtsverfahren bestehen(je für die halbe Rechnung)? Gleiches gilt für das Rückgriffsrecht nach Art. 79a: Müssen Versicherer und Kanton getrennt und je für die Hälfte gegen den Dritten vorgehen?	BE, SH
80ff.		Eu égard à la définition des subsides cantonaux versés au titre du droit des assurances sociales (et non plus comme subventions, cf. message, p. 12) il s'agit aussi de définir dans la LAMal, au 5ème titre, la procédure juridique à suivre par le canton. Seront en particulier réglés les points suivants : s'agissant des 50% de la facture de l'hôpital, le canton sera-t-il dorénavant assimilé aux assureurs ? Peut-il contester chaque facture en particulier s'il est d'avis que la prestation n'est pas conforme à la LAMal ? En cas de litiges juridiques, se trouvera-t-on à l'avenir en présence de deux procédures juridiques (pour la moitié de la facture de part et d'autre), ou le canton pourra-t-il ou devra-t-il comparaître devant le tribunal arbitral prévu par l'art. 86 LAMal? Ou encore le droit administratif s'appliquera-t-il concernant la part cantonale ? Il en va de même pour le droit	NE

		de recours au sens de l'art. 79a : l'assureur et le canton doivent-ils agir en justice séparément et chacun pour moitié contre des tiers ?	
80ff.		Il progetto non definisce in maniera sufficientemente precisa i compiti e le funzioni del cantone nell'ambito delle negoziazioni tariffali, come si rileva al punto i). Questa lacuna dovrebbe essere colmata anche per chiarire le procedure ed i contenziosi relativi al ruolo del cantone come pagante della metà della fatture. E' pure necessario definire in maniera dettagliata le procedure e gli organi responsabili previsti per i contenziosi fra finanziatori (sia per i cantoni, sia per gli assicuratori malattia) e fornitori di prestazioni. A nostro avviso sarebbe quindi necessario completare il Titolo 5 della LAMal con disposizioni specifiche sui contenziosi relativi al pagamento della metà delle degenze ospedaliere, cercando d'individuare soluzioni semplici che nella misura del possibile siano comuni agli assicuratori ed al cantone. Questo vale anche per l'articolo 79 dove sono stati dimenticati gli aspetti procedurali.	TI
80ff.		Falls die Beiträge der Kantone als sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung (und nicht mehr als Subventionen, vgl. Botschaft S.12) definiert werden, muss im 5. Titel des KVG auch der Verfahrensweg für den Kanton gesetzlich definiert werden. Dabei sind insbesondere folgende Fragen zu regeln: Wird der Kanton betreffend 50% der Spitalrechnung in Zukunft den Versicherern gleichgestellt? Kann er jede einzelne Rechnung bestreiten, falls er der Meinung ist, die Leistung sei nicht KVG-konform? Werden wir in Zukunft bei Streitfällen zwei Rechtsverfahren haben (je für die halbe Rechnung), oder wird der Kanton vor das von Art. 86 KVG vorgesehene Schiedsgericht gehen können/müssen? Oder wird für den kantonalen Anteil das Verwaltungsrecht angewandt? Gleiches gilt für das Rückgriffsrecht nach Art. 79a: Müssen Versicherer und Kanton getrennt und je für die Hälfte gegen den Dritten vorgehen?	GDK

Art. 84a Abs. 1 Bst. f / Datenbekanntgabe

Art. 84a, al. 1, let. f / Communication des données

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
84a	1f	Buchstabe f könnte in dieser Form als Einschränkung von Art. 22a interpretiert werden, wenn die Kantone nicht als "Organe, die mit der Durchführung sowie Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung" des KVG betraut sind, gelten. Damit könnten Leistungserbringer die Weitergabe ihrer Daten an die Kantone aus überwiegendem Privatinteresse zu verhindern suchen. Regelungsvorschlag:: Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen die Kantone und weitere Organe, die mit der Durchführung... f .. -weiteren kantonalen Behörden,	BE, GDK
84a	1f	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP
84a	1f	Hier wird Tür und Tor geöffnet, unanonymisierte Daten für irgendwelche Zwecke zu verwenden. Antrag: Die Vertragsparteien legen vertraglich fest, welche Daten zu welchem Zweck von Organen, die mit der Durchführung sowie Kontrolle oder die Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, weitergegeben werden dürfen.	SRK
84a	1f	Die Weitergabe von Daten muss am Patientennutzen orientiert und wirtschaftlich sein (Begründung siehe oben Art. 22a (neu)). Dazu erarbeitet der Bund zusammen mit den - Betroffenen Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern - die Datensätze, die weitergegeben werden. Antrag : Die Vertragsparteien legen vertraglich fest, welche Daten zu welchem Zweck von Organen, die mit der Durchführung sowie der	H+

		Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes beraut sind. weitergegeben werden dürfen	
84a	1f	zu Bst. f: Die Daten müssen auch den Versicherern bekannt gegeben werden. Antrag: Bst. f soll wie folgt ergänzt werden:... den zuständigen kantonalen Behörden sowie den Versicherern, wenn es sich um Daten nach Artikel 22a handelt und diese für die Planung der Spitäler und Pflegeheime sowie für die Beurteilung der Tarife erforderlich sind.	santé-suisse
84a	1f	Die Daten sollen ebenfalls den Versicherern bekannt gegeben werden. Lit.f ist entsprechend anzupassen.	Cosama

Art. 104a Abs. 2 / Übernahme der Kosten
Art. 104a, al. 2 / Prise en charge des coûts

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
104a	2	Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung.	SVP
104a	2	<p>Im Massnahmenpaket 1A ist bekanntlich ein Einfrieren der Pflegeheimtarife auf einem weit unter den effektiven Kosten liegenden Niveau vorgesehen. Die in Art. 50 vorgesehene sinngemässe Geltung der Absätze 7 und 8 von Artikel 49 ist daher zumindest für die Zeit bis zum Ablauf der "Gefrierperiode" auszusetzen. Der Gesetzgeber kann nicht Pflichten zum Zweck der Tarifgestaltung aufstellen, wenn er gleichzeitig die ordentlichen Regeln der Tarifgestaltung ausser Kraft setzt. Gleiches gilt für den Tarifschutz (Art. 44); eine gesetzliche Verpflichtung eines Dritten, Pflichtleistungen zu nicht kostendeckenden Tarifen erbringen zu müssen, ist nicht zu rechtfertigen.</p> <p>Antrag 1 betreffend Pflegeheime: Ziffer II der Übergangsbestimmungen sei durch einen Absatz 6 etwa wie folgt zu ergänzen: "Solange aufgrund von Übergangsrecht die Tarife für Pflegeheime sowie für ambulante Krankenpflege und Krankenpflege zu Hause nicht gemäss dem Grundsatz von Art. 24 kostendeckend sind, sind die Vorschriften über den Tarifschutz (Art. 44 KVG) sowie über die Kosten- und Leistungsermittlung und Betriebsvergleiche in Pflegeheimen (Art. 50 KVG, letzter Satz) für Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim nicht anwendbar." Art. 104a Abs. 2 soll gemäss Vorlage redaktionell angepasst werden. Nachdem der Bundesrat aber inzwischen die VKL (SR 832.104) erlassen und in Kraft gesetzt hat, ist diese Bestimmung obsolet.</p> <p>Antrag 2 betreffend Pflegeheime: Art. 104a Abs. 2 sei ersatzlos zu streichen.</p>	Städteverband
104a	2	Dieser Artikel impliziert, dass die Krankenversicherer mit der Zeit die Kosten der nach einheitlicher Methode ermittelten Leistungen übernehmen müssen. Die Übernahme dieser Mehrkosten ist jedoch unmöglich.	Cosama

Übergangsbestimmungen
Dispositions transitoires

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
1		Die angesetzte Frist ist zu kurz. Die Kantone sollten mindestens 2 Jahre Zeit haben. Zudem sollte das Beschwerdeverfahren gemäss Artikel 53 für diese Zeit so modifiziert werden, dass eine entsprechende „Flutung“ des Departementes vermieden wird (bspw. über die Möglichkeit eines summarischen Verfahrens).	AG

1		Nous estimons qu'il y a lieu de simplifier et d'harmoniser les dispositions transitoires, étant donné que les objets concernant la planification, la liste hospitalière, les mandats de prestations et le financement sont étroitement liés et interdépendants les uns des autres.	FR
1		Planification sous forme d'une liste intégrale: 1 an Planification de la médecine hautement spécialisé: 3 ans	VD
1		Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Es ist korrekt, dass integrale Spitallisten unter Einbezug aller stationären Leistungserbringer verlangt werden. Die Übergangsfristen erscheinen mir angepasst.	SVP
1		Die Frist von einem Jahr zur Anpassung der kantonalen Spitalplanung und Spitallisten ist zu kurz bemessen, insbesondere wenn es darum geht vom Bund festgelegte Planungsgrundsätze umzusetzen. Hingegen ist der Zeitraum innerhalb welchem die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung beschliessen müssen grosszügig bemessen und wir fordern im Interesse der Kostendämpfung eine schnellere Umsetzung dieser Massnahme.	SPS
1		Le délai d'un an nous paraît trop court pour établir une telle planification ainsi que pour la planification de la médecine hautement spécialisée.	FRC
1		Die Übergangsfrist von 3 Jahren ist zu lang; sie soll auf 2 Jahre verringert werden. Antrag: Abs. 1 ist wie folgt zu abzuändern: Die kantonalen Spitalplanungen und listen müssen innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung den Anforderungen nach Artikel 39 genügen. Die erste Planung nach Artikel 39 Absatz 3 ist bis Ende 2006 zu beschliessen und innerhalb von drei zwei Jahren umsetzen.	santésuisse
1		Der Artikel ist wie folgt anzupassen: Die kantonalen Spitalplanungen und -listen bzw. Leistungsaufträge müssen innert...	Cosama
1		Die Frist von einem Jahr zur Anpassung der kantonalen Spitalplanung und Spitallisten ist unseres Erachtens zu kurz bemessen, insbesondere wenn es darum geht, die vom Bund festzulegenden Planungsgrundsätze umzusetzen. Hingegen ist der Zeitraum, innerhalb dessen die Kantone eine gemeinsame Planung im Bereich der Spitzenmedizin beschliessen müssen, zu grosszügig angesetzt. Im Interesse einer wirksamen Kostendämpfung schlagen wir eine schnellere Umsetzung dieser Massnahme vor.	Pro Senectute
2		Zumindest in den Erläuterungen sollte festgehalten werden, welche Fristen sich der Bundesrat vorstellt.	SVP
2		Einverstanden. Keine Bemerkungen	SPS
2		Nous comprenons que le Conseil fédéral fixe la date d'introduction des forfaits liés aux prestations selon des méthodes uniformes et que des étapes puissent être envisagées, le calcul de la prise en compte des frais d'investissement allant certainement être compliqué.	FRC
2		Il paraît pour le moins incongru que les cantons participent de quelque manière que ce soit à des investissements dans le cadre d'un établissement non subventionné. Les délais prévus par le Conseil fédéral sont peu réalistes. Il est peu probable que le système d'indemnisation forfaitaire SwissDRG débouche sur un accord entre partenaires susceptible d'entrer effectivement en vigueur avant un délai de 4-5 ans. Les conditions d'application de ce système forfaitaire sont un préalable sine qua non à toute formule moniste. Même si cette dernière justifie un profond scepticisme au gré de sa définition et de ses objectifs (un dispositif moniste dans lequel le/les assureurs seraient le/les seuls payeurs est tout simplement impensable), une réflexion à ce sujet intervenant avant même d'avoir en main les éléments nécessaires ne serait qu'un exercice de pure spéculation.	FMH
2		Mit diesem Vorschlag sind wir einverstanden	Pro Senectute
3		Gemäss den Übergangsbestimmungen soll die fix-duale Finanzierung (inkl. Investitionen) spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der neuen	AR

		Spitalfinanzierung für die Privatspitäler Geltung haben, d.h. die Kantone werden ab diesem Zeitpunkt vollumfänglich zur Übernahme des 50%-Anteils verpflichtet (Abs. 4). Demgegenüber soll es vom Willen des Bundesrates abhängen, ab welchem Zeitpunkt die Krankenkassen ihren 50%-Anteil inkl. Investitionen für öffentlichen und öffentlich subventionierte Spitäler zu entrichten haben. Der Regierungsrat verlangt, dass die Verschiebung der Finanzierungsteile zwischen den Kantonen und den Versicherern gleichzeitig erfolgt.	
3		Die Übergangsbestimmungen sind unter Berücksichtigung der notwendigen Zeiten für die Tarifberechnungen und Tarifverhandlungen sowie Investitionsbewertungen zu vereinfachen und die verschiedenen Bestimmungen - beispielsweise betreffend Investitionskosten in den verschiedenen Spitalkategorien – aufeinander abzustimmen: Regelungsvorschlag für Absatz 3 der Übergangsbestimmungen: Die Verschiebung der Finanzierungsanteile der Versicherer und der Kantone gemäss Art. 49 Abs. 4 wird auf den Beginn des dritten Jahres nach Inkrafttreten dieser Änderung vollzogen. Dies betrifft auch den Einbezug der Investitionskosten von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern in die Tarifberechnung sowie die Finanzierung von bisher nicht subventionierten Spitälern mit den entsprechenden Anteilen gemäss Artikel 49 Absatz 4 inkl. Einschluss der Investitionskosten in die Tarifberechnung. Der Bundesrat bestimmt, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.	BE
3		Afin de permettre la mise en place des nouveaux instruments nécessaires à l'application de la nouvelle législation, un délai minimal de 3 ans à partir de son entrée en vigueur, est indispensable. Par ailleurs, la structure tarifaire uniforme devra aussi déjà avoir été définie.	FR
3		Le projet contient une disposition transitoire visant à atteindre la parité du financement hospitalier entre les cantons et les assureurs dès la 3e année après son entrée en vigueur. Si la proposition de parité mérite d'être saluée, la manière dont les investissements sont pris en considération dans les tarifs est en revanche critiquable : Le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève juin 2004 Sur le plan temporel, il conviendra d'attendre l'adoption de structures tarifaires uniformes sur le plan suisse pour les forfaits liés aux prestations. Sur le plan matériel, on se demande ce qui justifie le traitement différencié entre les investissements des cliniques privées (dont les coûts devraient être pris en charge paritairement dans les deux ans) et ceux des hôpitaux publics (dont les coûts ne seraient partagés que dans la mesure admise par le Conseil fédéral). Ceci revient à sanctionner les investissements consentis par les cantons pour leurs hôpitaux publics, alors que les cliniques privées ont développé de nouvelles capacités en dehors de la planification cantonale qui, rappelons-le, tendait à leur diminution globale. De façon générale, il est impératif de préciser, quel que soit le modèle de révision retenu, les conditions d'application de la loi. Plus particulièrement : le cadre de la planification et les conditions d'admission des cliniques privées sur les listes hospitalières; les instruments et modalités de négociation des mandats de prestations; les définitions relatives aux coûts d'investissement imputables; les pourcentages uniformes des coûts dédiés à la formation et la recherche, la délimitation des prestations entre «division commune» et «division privée».	GE
3		Die Übergangsbestimmungen sind unter Berücksichtigung der notwendigen Zeiten für die Tarifberechnungen und -verhandlungen und Investitionsbewertungen zu vereinfachen und die verschiedenen Bestimmungen - beispielsweise betreffend Investitionskosten in den verschiedenen Spitalkategorien – aufeinander abzustimmen: Auf eine gestaffelte Einführung soll verzichtet werden. Statt dessen soll die Verschiebung der Finanzierungsanteile der Versicherer und der Kantone	LU

		gemäss Art. 49 Abs. 3 drei Jahre nach Inkrafttreten vollzogen werden. Dies betrifft auch den Einbezug der Investitionskosten von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern sowie von bisher nicht subventionierten Spitälern in die Tarifierberechnung.	
3		Die Übergangsbestimmungen sind unter Berücksichtigung des notwendigen Zeitbedarfs für die Tarifierberechnungen und -verhandlungen und Investitionsbewertungen zu vereinfachen und die verschiedenen Bestimmungen - beispielsweise betreffend Investitionskosten in den verschiedenen Spitalkategorien - aufeinander abzustimmen.	SG, SH, TG,ZH, GDK
3		Es geht nicht an, dass die die Kantone belastenden Bestimmungen (Beteiligung an den bisher nicht subventionierten Spitälern und volle Sockelbeiträge bei Privatbehandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern) innert zwei bzw. drei Jahren zur realisieren sind, während der Einbezug von Investitionskosten bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erst mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen erfolgen soll.	SG, SH TG, ZH
3		En ce qui concerne le financement moniste que le Conseil fédéral entend présenter dans les 3 ans, nous vous proposons, avant toute modification future, d'évaluer les résultats d'un financement selon le système dual fixe.	VS
3		Introduction des structures tarifaires uniformes: délai fixé par le Conseil-fédéral (l'introduction peut se faire par étapes). Parité des contributions des cantons et des assureurs au financement des hôpitaux publics et subventionnés: par étapes, en 3 ans. Intégration des charges d'investissement dans les tarifs pour les hôpitaux publics ou subventionnés: simultanément à l'introduction des structures tarifaires uniformes. En cas de non prise en considération de la position de la CDS par le Conseil fédéral, le Conseil d'Etat du canton de Vaud se détermine en faveur d'une progressivité de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Il demande cependant une harmonisation des délais concernant l'introduction des charges d'investissement dans les tarifs. Enfin, le Conseil d'Etat souligne l'importance des travaux nécessaires pour mettre en œuvre certains changements, notamment l'intégration des investissements dans les tarifs. Il estime indispensable que ces travaux, qui relèvent de la responsabilité de la Confédération, soient entrepris le plus rapidement possible, en concertation avec les cantons.	VD
3		Regelungsvorschlag: Die Verschiebung der Finanzierungsanteile der Versicherer und der Kantone gemäss Art. 49 Abs. 3 wird auf den Beginn des dritten Jahres nach Inkrafttreten dieser Änderung vollzogen. Dies betrifft auch den Einbezug der Investitionskosten von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern in die Tarifierberechnung sowie die Finanzierung von bisher nicht subventionierten Spitälern mit den entsprechenden Anteilen gemäss Art. 49 Abs. 3 inklusive Einschluss der Investitionskosten in die Tarifierberechnung. Der Bundesrat bestimmt, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifierberechnung einbezogen werden.	SG,TG, ZH, GDK
3		Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung bezüglich der Anpassungsfristen, nicht jedoch bezüglich Umfang und System. Siehe in diesem Zusammenhang die Bemerkungen zu Art. 49 Abs. 3!	SVP
3		Einverstanden. Keine Bemerkungen	SPS
3		Die Übergangsbestimmungen der Finanzierungsflüsse sind viel zu kompliziert geregelt. Zum Schutze der Grundversicherung und der Kantone sollen die Finanzierungsverschiebungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden.	GPS
3		Streichung analog Art. 49 Abs. 3, respektive Formulierung einer Übergangsbestimmung für die Finanzierung „dual-fix“ 70:30%.	SGB
3		En revanche, notre Fédération ne peut admettre la disposition transitoire qui prévoit que « dans les hôpitaux non subventionnés, les cantons doi-	FER

		vent prendre en charge leurs parts aux rémunérations prévues à l'art. 49 al. 3, y compris les coûts d'investissements, dans le délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de la présente modification ». En effet, aucune raison ne justifie de prolonger l'inégalité de traitement précitée qui constitue une véritable iniquité. Comme pour les hôpitaux publics, le versement des parts cantonales peut s'effectuer de manière échelonnée, et cela immédiatement après l'entrée en vigueur de la loi.	
3		Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, nous nous opposons à l'article 49, alinéa 3, prévoyant que les cantons disposent d'un délai de deux ans dès l'entrée en vigueur de la loi pour verser des contributions aux traitements dans les hôpitaux privés. Au pire serait-il admissible de prévoir le versement échelonné de ces parts cantonales, mais en tous les cas dès l'entrée en vigueur de la loi.	CP
3		Bis die leistungsbezogenen Pauschalen eingeführt sind, müssen weiterhin Abzüge für Überkapazität sowie für Intransparenz möglich sein. Abs. 3 muss wie folgt geändert werden: Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Anteil der Versicherer und der Kantone an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3 in öffentlichen oder öffentlich subventionierten sowie bisher nicht subventionierten Spitälern, ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens, so angepasst, dass die Differenz zwischen dem aktuellem Anteil und hälftigem dem Anteil gemäss Art. 49 Abs. 3 im ersten Jahr um einen Drittel erhöht oder verringert und im zweiten Jahr um zwei Drittel erhöht oder verringert wird, so dass der hälftige Anteil gemäss Art. 49 Abs. 3 im dritten Jahr erreicht wird. Der Einbezug der Investitionskosten von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern, der Einbezug der Betriebskostenanteile für Überkapazität sowie der Einbezug des bisher möglichen Abzuges für Intransparenz in die Tarifberechnung erfolgt mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die sich auf gesamtschweizerisch einheitliche Strukturen stützen. Der Bundesrat bestimmt, wie die vor Inkrafttreten dieser Änderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.	santésuisse
3		Diese Mechanik der gestaffelten Mehrbelastung ist sehr wichtig. Man muss sich auf einen klar definierten Verteilschlüssel stützen können, ansonsten wir mit den anfallenden erheblichen Mehrkosten mit einer schockartigen Prämiensteigerung rechnen müssen.	Cosama
3		Ergänzung von Abs. 3: Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Anteil der Versicherer und der Kantone an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3 in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern sowie bisher nicht subventionierten Spitälern ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens, so angepasst, dass die Differenz zwischen aktuellem und hälftigem Anteil im ersten Jahr um einen Drittel erhöht oder verringert und im zweiten Jahr um zwei Drittel erhöht oder verringert wird, so dass der hälftige Anteil im dritten Jahr erreicht wird..	ÖKK
3		Mit diesem Vorschlag sind wir ebenfalls einverstanden.	Pro Senectute
3		Die vorgesehene schrittweise Angleichung der Kostenübernahme an den neuen Verteilschlüssel zwischen Bund und Kantonen ist um ein Jahr zu verlängern, so dass die je hälftige Vergütung erst im vierten Jahr erreicht wird.	ffg
4		Abs. 4 der Übergangsbestimmungen kann aufgrund des vorangehenden Formulierungsvorschlags gestrichen werden.	BE, SG, TG, ZH, GDK
4		Angesichts der finanziellen Dimensionen sowie der absehbaren Probleme, welche sich bei der erforderlichen Präzisierung der Leistungsaufträge und der Festlegung der Grundversicherungstarife für Privatspitäler ergeben werden, ist die Systemumstellung nicht nur bei den öffentlichen Spitälern, sondern auch bei den Privatspitälern zeitlich	SH

		gestaffelt vorzunehmen.	
4		«Dans les hôpitaux jusqu'ici non subventionnés, les cantons doivent prendre en charge leur part aux rémunérations prévues à l'art. 49, al. 3, y compris les coûts d'investissements, dans le délai de 2 ans dès l'entrée en vigueur de la présente modification». Nous nous opposons au fait que les cantons doivent subventionner les cliniques privées aux frais d'exploitation et d'investissements. En effet, la situation financière des cantons ne leur permet pas de prendre en charge des coûts estimés à plus de 800 millions de francs par année et de déléster d'autant la prise en charge des assurances complémentaires. A notre sens, les planifications cantonales doivent pouvoir tenir compte de manière adéquate de l'offre en lits d'institutions privées sans pour autant devoir obligatoirement les subventionner.	VS
4		Participation des cantons au financement des séjours hospitaliers - exploitation et investissement - dans les hôpitaux non subventionnés jusqu'ici (cliniques privées) : dans un délai de 2 ans.	VD
4		Mit Vorbehalt Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Der Vorschlag ist in der Sache richtig. Es ist jedoch nicht einzusehen, warum für die Umsetzung zwei Jahre Übergangsfrist gewährt werden soll. Ein Jahr wäre nach Meinung der SVP genügend.	SVP
4		Wie in Absatz 1 erwähnt ist die Frist zur Anpassung der kantonalen Spitalplanung/listen zu knapp bemessen, insbesondere wenn es darum geht vom Bund festgelegte Planungsgrundsätze umzusetzen. Dass die Kantone eine Frist für die notwendige Anpassung bezüglich der Privatspitäler gewährt wird unterstützen wir.	SPS
4		Streichen. Begründung: Analog Ausschluss der Investitionskosten gemäss Antrag Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern.	SGB
4		Wir sprechen uns klar dagegen aus, dass die Kantone den Zusatzversicherten erst nach einer zweijährigen Übergangsfrist die vollen Sockelbeiträge zu entrichten haben. Den Kantonen wurde bereits eine ausreichend abgefederte Übergangsregelung gewährt, so dass diese in der Lage sein müssen, ohne weiteren zeitlichen Verzug ihren auf Gesetzesstufe verankerten Verpflichtungen nachzukommen.	SGV
4		economiesuisse spricht sich gegen den Vorschlag in den Übergangsbestimmungen (Ziffer 4) zum Gesetzesentwurf aus, wonach die Kantone erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes Beiträge an Behandlungen in Privatspitälern ausrichten müssen. Diese zweijährige Wartefrist würde die Gleichberechtigung der öffentlichen und privaten Spitäler weiter hinauszögern. Private Anbieter sind oft gleich effiziente oder effizientere Leistungserbringer als öffentliche Anbieter. Deshalb sollen sie nicht von Gesetzes wegen benachteiligt werden.	Economiesuisse
4		Dans ce cas aussi, le délai de 2 ans nous semble trop court, en particulier pour les cantons qui ont des problèmes financiers.	FRC
4		Antrag: In bisher nicht subventionierten Spitälern haben die Kantone ihren Anteil an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3 innert drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung zu übernehmen. Die Investitionskosten sind in die Vergütung einzuberechnen, sobald der Einbezug der Investitionskosten für die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler geregelt ist.	Städteverband
4		santésuisse spricht sich gegen den Vorschlag in den Übergangsbestimmungen zum Gesetzesentwurf aus, dass die Kantone erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes Beiträge an Behandlungen in Privatspitälern ausrichten müssen. Die Ausrichtung der Beiträge kann wie bei den öffentlichen Spitälern gestuft erfolgen, und zwar sofort nach Inkrafttreten des Gesetzes.	santésuisse
4		santésuisse verlangt eine rasche Gleichstellung der Privatspitäler mit den subventionierten Spitälern. Die Kantone sollen sofort nach Inkrafttreten des Gesetzes Beiträge an Behandlungen in Privatspitälern	santésuisse

		ausrichten müssen. Die Ausrichtung der Beiträge kann wie bei den öffentlichen Spitälern gestuft erfolgen, und zwar sofort nach Inkrafttreten des Gesetzes. Antrag: Abs. 4 in Abs. 3 integrieren.	
4		Die Gleichstellung der Privatspitäler erfordert die Ausrichtung der Beiträge sofort nach Inkrafttreten des Gesetzes. Hat zumindest analog den öffentlichen Spitälern gestuft zu erfolgen. Antrag: streichen.	ÖKK
4		Gegen diesen Vorschlag haben wir – unter dem Vorbehalt unserer Ausführungen zum Punkt «Tarife» – nichts einzuwenden.	Pro Senectute
4		Nach Abs. 4 der Übergangsbestimmungen haben die Kantone ihren Anteil an der Vergütung privater Spitäler erst zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderungen zu übernehmen. Die privaten Kliniken würden damit frühestens im Jahre 2008 von den Kantonen berücksichtigt werden müssen. Damit werden die privaten gegenüber den öffentlichen Kliniken ein weiteres Mal benachteiligt. Abs. 4 stellt damit eine zusätzliche Verletzung der Wettbewerbsneutralität dar. Antrag: Abs. 4 der Übergangsbestimmungen ist ersatzlos zu streichen.	WEKO
5		Eine Verpflichtung des Bundesrates, innert dreier Jahre eine Gesetzesvorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen, macht aus unserer Sicht keinen Sinn. Angesichts der zahlreichen Vollzugsfragen wäre es sinnvoll, die Wirkungsweise der fix-dualen Spitalfinanzierung zu untersuchen und erst auf dieser Grundlage eine diesbezügliche Gesetzesänderung vorzulegen, falls sich dies als sinnvoll erweist.	BS, BE
5		Dieser zeitliche Rahmen wurde bereits in der gescheiterten 2. KVG-Revision vorgesehen. Aus unserer Sicht kann auf eine Festlegung in den Übergangsbestimmungen sogar gänzlich verzichtet werden.	BE
5		Enfin, nous trouvons tout à fait prématuré de prévoir déjà, dans le cadre de la révision actuelle, une nouvelle révision consistant à introduire un financement moniste. En effet, il est impensable de devoir entreprendre les mesures organisationnelles, administratives et informatiques nécessaires à la mise en place des réformes actuelles aussi bien au niveau des établissements hospitaliers, que des assureurs-maladies et des administrations cantonales, pour devoir les modifier à nouveau ultérieurement avec les conséquences financières qui en découlent. Ces coûts se répercuteront irrémédiablement sur les assurés par le biais des primes et sur les citoyens-contribuables. Nous demandons donc de supprimer l'alinéa 5 des dispositions transitoires.	FR
5		La référence a un financement moniste dans les trois ans, introduite dans le projet, doit être supprimée. Jusqu'à présent, il n'y a pas d'accord sur l'acteur du système qui pourrait jouer le rôle de moniste, (cantons ou assureurs), et aucune étude n'a démontré l'avantage d'un tel modèle. Seuls les assureurs-maladie y voient un moyen de servir d'interlocuteur financier unique, et de pouvoir intervenir dans l'offre de soins. Les propositions de révision soumises dans le cadre de la présente consultation seront, si elles sont admises, extrêmement compliquées à mettre en oeuvre et auront des répercussions très importantes sur le paysage financier hospitalier. Elles nécessiteront plusieurs années avant d'être opérationnelles, voire mesurables. Il est dès lors inopportun d'envisager un nouveau changement de modèle avant même d'avoir introduit le précédent.	GE
5		Wie schon oben erwähnt, lehnen wir das Modell der dual-fixen Spitalfinanzierung in allen Spitälern entschieden ab. Hingegen sind die Vorbereitungsarbeiten für eine monistische Finanzierung zügig an die Hand zu nehmen.	LU
5		En revanche, nous considérons comme inutile l'engagement du Conseil fédéral à présenter dans les trois ans un projet de loi relatif au financement hospitalier moniste. Vu les nombreuses questions d'application qui se posent, il serait judicieux d'étudier le mode d'action du financement dual fixe et de ne proposer que sur cette base-là un amendement de la	NE

		loi s'y rapportant, si cela s'avère être de bon aloi. Mais pour cela on a besoin d'au moins cinq ans. C'est d'ailleurs le délai que prévoyait déjà la 2ème révision de la loi avortée. A notre avis, on pourrait même renoncer complètement à un ordonnancement dans les dispositions transitoires.	
5		Der Wechsel zum System der fix-dualen Spitalfinanzierung, der mit grossem Aufwand verbunden ist, macht nur Sinn, wenn das neue System über mehrere Jahre zur Anwendung kommt. Die Verpflichtung des Bundesrates, innert dreier Jahre eine Gesetzesvorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen, erscheint uns unnötig. Angesichts der zahlreichen Vollzugsfragen wäre es sinnvoll, die Wirkungsweise der fix-dualen Spitalfinanzierung zu untersuchen und erst auf dieser Grundlage eine diesbezügliche Gesetzesänderung vorzulegen, falls sich dies als sinnvoll erweist. Dafür sind mindestens fünf Jahre notwendig. Dieser zeitliche Rahmen wurde bereits in der gescheiterten 2. KVG-Revision vorgesehen. Aus unserer Sicht kann auf eine Festlegung in den Übergangsbestimmungen sogar gänzlich verzichtet werden.	SH
5		Die Verpflichtung des Bundesrates, innert dreier Jahre eine Gesetzesvorlage zur monistischen Spitalfinanzierung vorzulegen, wird von uns ausdrücklich begrüsst. Der Kanton Thurgau ist mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Modells und Gesetzesvorschlages bereits befasst und wird seine Vorschläge dem Bundesrat zu gegebener Zeit gerne präsentieren. Angesichts der Tatsache, dass die Monistik bei der Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs sowie der Privatspitäler längst im Einsatz ist und dort auch funktioniert, besteht keinerlei Veranlassung, sie hier weiterhin auszuklammern bzw. hinauszuzögern.	TG
5		Abs. 5 der Übergangsbestimmungen, wonach dem Bundesrat der Auftrag erteilt wird, innert dreier Jahre einen Gesetzesvorschlag für den Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung zu beantragen, ist sodann aus den bereits erwähnten Gründen ersatzlos zu streichen.	ZH
5		Présentation d'un projet de loi aux Chambres sur le financement moniste: dans un délai de 3 ans. Par ailleurs, concernant l'introduction du financement moniste, il lui apparaît prématuré de fixer aujourd'hui un délai dans la loi pour présenter une proposition aux Chambres. Cet article doit par conséquent être supprimé. Les difficultés de mise en oeuvre d'ores et déjà identifiées, le recul nécessaire pour pouvoir évaluer l'impact du financement « dual fixe » avant d'opter pour un autre système, plaident plutôt en faveur d'un rapport du Conseil fédéral aux Chambres.	VD
5		Ablehnung der vorgeschlagenen Änderung im Grundsatz. Der Vorschlag ist ein typischer Kompromiss. Man will über eine jahrelange(!) dual-fixe Finanzierung den Wechsel zur monistischen Finanzierung verzögern. Korrekter wäre, das monistische System jetzt direkt einzuführen und z.B. eine Übergangsfrist von 5 Jahren zu gewähren.	SVP
5		Die SP Schweiz hat grosse Bedenken gegenüber der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung. Sie kommt einer Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich gleich und würde in der Kombination mit der Aufhebung des Vertragszwangs bei gleichzeitiger Einsetzung der Versicherer als Monist zu einer Machtkonzentration bei den Versicherern führen, die die SP strikt ablehnen müsste. Als Monist käme für die SP nur die öffentliche Hand, der Kanton in Frage.	SPS
3		Die Übergangsbestimmungen der Finanzierungsflüsse sind viel zu kompliziert geregelt. Zum Schutze der Grundversicherung und der Kantone sollen die Finanzierungsverschiebungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden.	GPS
5		Die fix-duale Finanzierung soll sich erst einmal bewähren, bevor eine neuerliche Systemänderung vorgenommen wird. Die GPS lehnt schon nur aus diesem Grund einen Übergangartikel zur monistischen	GPS

		Finanzierung ab. Sie ist jedoch auch inhaltlich keine taugliche Lösung. Die öffentliche Hand soll nach wie vor Finanzierungs- und Steuerungsaufgaben im stationären Versorgungsbereich behalten. Dies ist am wirksamsten über die direkte Spitalfinanzierung und –planung zu erreichen. Die monistische Finanzierung weicht von diesem Grundsatz ab.	
5		Le PLS souhaite que le financement dual fixe des frais hospitalier soit un mode de financement provisoire et limité dans le temps. Le PLS plébiscite le passage rapide à un système de financement moniste des frais hospitaliers. Dans sa réponse à la Question Zäch concernant le financement moniste, le Conseil fédéral, par la voix de l'ancienne Conseillère fédérale Dreifuss, avait d'ailleurs signifié qu'il n'excluait pas à moyen terme le recours à ce mode de financement. Notre pays présente de fortes surcapacités dans le domaine hospitalier. Une comparaison internationale démontre que nous connaissons, en effet, la plus grande densité d'établissements et occupons le second rang pour le nombre de lits par habitant. Cette offre influence, bien évidemment, les coûts de la santé. Or, il faut bien constater que seuls de rares cantons ont réussi à réduire leur infrastructure hospitalière ces dernières années. Cela s'explique en grande partie par le système actuel de financement des hôpitaux. A la fois juges et parties, les autorités cantonales jouent plusieurs rôles difficiles à concilier. Il nous semblerait donc plus efficace et plus respectueux de l'économicité des coûts de prestations de passer à un financement moniste des frais hospitaliers. Aussi, plutôt que de couvrir des déficits, récompenserait-on davantage la performance des hôpitaux dont on pourrait comparer les prix. Plutôt qu'une planification étatique, il s'agirait de privilégier un mode de financement hospitalier qui correspond à une gestion économique des ressources.	LPS
5		Streichen. Begründung: Die monistische Finanzierung durch die Krankenversicherer lehnt der SGB ab. Die Vorschläge des SGB zu den Übergangsbestimmungen gehen in die andere Richtung hin zu einer stärkeren finanziellen Beteiligung und auch Steuerung durch die öffentliche Hand, hier die Kantone. Die Frist von drei Jahren ist zudem zu kurz um bereits die Wirkung einer derartigen Revision zu beurteilen.	SGB
5		Wie wir bereits einleitend festgehalten haben, tritt der SGV an und für sich für einen sofortigen Wechsel zu einer monistischen Spitalfinanzierung ein. Die nun als Zwischenlösung konzipierte dual-fixe Spitalfinanzierung darf keinesfalls zu einem Providurium werden. Die in der Übergangsbestimmung festgehaltene Frist von drei Jahren zur Ausarbeitung der notwendigen Grundlagen für den anvisierten Systemwechsel darf nach unserem Dafürhalten unter keinen Umständen überschritten werden. Desgleichen legen wir Wert darauf, dass die vorliegende Revision so ausgestaltet wird, dass der spätere Wechsel zur monistischen Spitalfinanzierung bereits vorgespurt und keinesfalls durch unnötige technische Hindernisse erschwert wird.	SGV
5		Selon le rapport explicatif, le Conseil fédéral estime qu'un système de financement moniste n'est pas réalisable à court terme. Une disposition transitoire prévoit que ce dernier reçoit le mandat de présenter une proposition correspondante dans un délai de trois ans, La Fédération des entreprises romandes a déjà eu l'occasion, à de nombreuses reprises, de plaider en faveur du passage à un système moniste, et ce le plus rapidement possible. Nous pouvons cependant admettre que pour des raisons pratiques, il sera nécessaire de passer par une phase intermédiaire (financement dual fixe). Nous demandons en revanche que le délai de trois ans soit raccourci.	FER
5		Antrag: Abs. 5 der Übergangsbestimmungen sei ersatzlos zu streichen.	Städteverband
5		H+ unterstützt die rasche und sorgfältige Abklärung aller notwendigen	H+

		Definitionen und Massnahmen zur Einführung des Monismus, so dass möglichst bald über konkrete Modelle diskutiert werden kann. Eine solche Abklärung muss den technischen respektive operativen Monisten (Leistungsentschädigung) vom strategischen Monisten (Regelsetzung und Auswahl der Leistungserbringer) unterscheiden. Insbesondere muss die zentrale Frage beantwortet werden, wer strategischer Monist sein kann. H+ lehnt jene Vorschlägen ab, welche die Versicherer zu strategischen Monisten machen wollen. Der Hauptgrund liegt darin, dass nicht ein Finanzierer für die Gesamtheit der Finanzierer (Kantone und Versicherer) die strategische Steuerung übernehmen kann. Ausserdem können die Versicherer eine Auswahl von günstigen und qualitativ hochstehenden Leistungserbringern nicht vornehmen	
5		Wir stehen der beabsichtigten mittelfristigen Einführung eines monistischen Spitalfinanzierungsmodells kritisch gegenüber. Obschon wesentliche Eckpunkte eines monistischen Finanzierungsmodells noch nicht bekannt sind, weisen wir bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf die unseres Erachtens schwerwiegenden Nachteile dieses Systems hin: Grundsätzlich besteht auch nach der allfälligen Einführung eines monistischen Finanzierungssystems ein erheblicher Interessenkonflikt für die Kantone: Diese sind weiterhin für die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich und können zu diesem Zweck Spitälern Leistungsaufträge erteilen. Sie können jedoch nicht sicherstellen, dass die Spitäler diese Leistungsaufträge auch ökonomisch erfüllen können. Sollte ein monistisches Spitalfinanzierungsmodell umgesetzt werden, müsste sinnvollerweise der Staat als Monist auftreten, um den Spitälern ökonomisch sinnvolle Leistungsaufträge und entsprechende Leistungspauschalen anbieten zu können. Grundsätzlich sind wir der Ansicht, dass die Vorteile einer monistischen Spitalfinanzierung bereits mit der Einführung der dual-fixen Leistungsfinanzierung im stationären Bereich erreicht werden. Der Übergang zu einer eigentlichen monistischen Finanzierung bringt keine wesentlichen zusätzlichen Vorteile, birgt jedoch die Gefahr, dass der Versicherer - sofern er als finanzierender Monist auftritt - seine Machtposition zur Optimierung seiner ökonomischen Interessen ausnützt und dabei die medizinische Versorgungssicherheit und -qualität hinten gestellt wird. Eine Korrektur des ungenügenden Risikoausgleichs ist zwingende Voraussetzung, um überhaupt irgendeine Form monistischer Spitalfinanzierung in Betracht ziehen zu können. Im Hinblick auf die mittelfristig angestrebte monistische Finanzierungsform fordern wir bereits heute das Primat der Politik beim Definieren der Leistungsaufträge. Weiter fordern wir, dass alle Spitäler, welche Leistungsaufträge durch die Kantone erhalten, von diesen unter Vertrag genommen werden müssen und die Versicherer verpflichtet werden, kostendeckende Preise zu vereinbaren.	SVAO
5		Monisme: Un modèle basé sur la concurrence, dans le domaine hospitalier ne nous convainc pas. De plus, nous redoutons que le moniste, à priori les assureurs, soit seul maître dans l'application d'une SOC hospitalière. Les critères de choix sur lesquels se fonderait le moniste ne sont pas connus et nous craignons que seuls des critères économiques soient retenus.	FHV
5		santésuisse betrachtet das System der dual-fixen Spitalfinanzierung als Provisorium, das den Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit nur zum Teil gerecht wird, die Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Sektor beibehält und die widersprüchlichen Rollen der Kantone nicht aufhebt. Erst die monistische Finanzierung behebt diese Widersprüche und lässt die Wettbewerbselemente voll zum Tragen kommen. Deshalb fordert santésuisse die möglichst rasche Ablösung des dual-fixen durch das monistische System. Die im	santésuisse

		<p>Vernehmlassungsentwurf genannte Frist von drei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes bis zum Vorliegen einer entsprechenden Gesetzesrevision scheint santésuisse eher zu lang. Zudem sollte es den Kantonen ermöglicht werden, schon vorher ihren Finanzierungsanteil direkt dem Versicherer zu entrichten, wie dies im Rahmen der abgelehnten 2. KVG-Revision (Art. 49 Abs. 3) vorgesehen war.</p> <p>Wichtig ist für santésuisse zudem, dass der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Krankenversicherung beim Übergang zur monistischen Finanzierung nicht gekürzt wird und die Beiträge der Kantone dem gleichen Kreis der Versicherten wie bisher zugute kommen.</p>	
5		<p>Die genannte Frist von drei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes bis zum Vorliegen einer entsprechenden Gesetzesrevision scheint santésuisse eher zu lang. Zudem sollte es den Kantonen ermöglicht werden, schon vorher ihren Finanzierungsanteil direkt dem Versicherer zu entrichten, wie dies im Rahmen der abgelehnten 2. KVG-Revision (Art. 49 Abs. 3) vorgesehen war. Wichtig ist für santésuisse zudem, dass der Anteil der Kantone an der Finanzierung der Krankenversicherung beim Übergang zur monistischen Finanzierung nicht gekürzt wird und die Beiträge der Kantone dem gleichen Kreis der Versicherten wie bisher zugute kommen.</p>	santésuisse
5		<p>Die Umsetzung der dual-fixen Spitalfinanzierung mit der mit ihr verbundenen Interpretations- und Rechtsfragen und die daraus resultierenden Verfahren wird innert 3 Jahren nicht realisiert werden können. Innerhalb dieser Frist kann somit nicht auf das monistische System gewechselt werden. Realistischer wäre es eher, eine Frist von 10 Jahren vorzusehen. Der Artikel ist entsprechend anzupassen.</p>	Cosama
5		<p>Der geplante Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem sollte unseres Erachtens nicht unter Zeitdruck gesetzt werden. Grundsätzlich haben wir starke Bedenken dagegen, den Versicherern die Rolle des Monisten zu übertragen. In Kombination mit der Aufhebung des Vertragszwangs würde dies zu einer Machtkonzentration bei den Versicherern führen, die wir als sehr problematisch betrachten. Wenn überhaupt einem monistischen Finanzierungssystem der Vorzug gegeben werden soll, dann muss nach unserer Auffassung die öffentliche Hand diese Rolle übernehmen.</p>	Pro Senectute
6 (neu)		<p>Wie oben (siehe Art. 49 Abs. 3) erklärt, bedarf es allgemeiner und einheitlicher Definitionen und Kriterien für die Anrechnung der Investitionen in der Kostenrechnung.</p> <p>Antrag Das zuständige Bundesamt erarbeitet gemeinsam mit den Kantonen und stationären Leistungserbringern allgemeine, einheitliche Definitionen und Kriterien zur Anrechnung bisher getätigter Investitionen in der Kostenrechnung der Institutionen.</p>	H+
6 (neu)		<p>Wichtig ist weiter, dass in einer Übergangsbestimmung geregelt ist, bis wann die ersten Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG-E durchgeführt werden müssen und wie die Leistungsaufträge zu betrachten sind, die vor diesen ersten Betriebsvergleichen durchgeführt worden sind. Folgender neue Abs. 6 ist anzufügen: Die Betriebsvergleiche gemäss Art. 49 Abs. 8 müssen spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung durchgeführt sein. Die vor der Durchführung von Betriebsvergleichen vergeben Leistungsaufträge gelten nur provisorisch.</p>	santésuisse

Vorlage 2 B Projet 2 B

Generelle Bemerkungen Managed Care Remarques en général managed-care

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Das System Managed Care wird grundsätzlich begrüsst.	AI AR GE GR OW LU SG SH SZ UR COSAMA
Die Ständekommission ist gegenüber der vorgeschlagenen Regelung zu den Managed Care-Modellen eher skeptisch. Die Auflagen an die integrierten Versorgungsnetze sind so restriktiv gehalten, dass zu befürchten ist, dass entweder keine solchen Netze entstehen oder dass die Versicherten diese Versicherungsform nicht wählen.	AI BE GL GR SH SO UR GDK
Die fehlende Verpflichtung der Versicherer, solche Netze anzubieten, ist ein Hinderungsfaktor für deren Verbreitung.	BE GL GDK SPS
Falls überdies die Einführung des Vertragszwangs scheitern sollte, dürften die Bestimmungen ohne Wirkung bleiben. Wir setzen sehr viel Hoffnung in die kosteneindämmenden Effekte von Managed Care-Modellen. In dieser Form ist der Ansatz allerdings im Vorherein zum Scheitern verurteilt. Daher muss die Vorlage in jener zur Vertragsfreiheit integriert und der Umfang der Finanzierungsverantwortung klar umschrieben werden.	BE GL UR SO GDK GPS SPS
Die vorgeschlagene Regelung zu den Managed Care Modellen ist nicht geeignet, die weitere Verbreitung von Netzwerken zu fördern. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Ausschöpfen des Potentials von Managed Care Modellen bildet die Verbesserung des Risikoausgleichs. Ohne wirksameren Risikoausgleich bleibt es für Versicherer weit attraktiver, sich auf Massnahmen zur Risikoselektion zu konzentrieren, statt sich vermehrt der Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesse zuzuwenden. Die Verbesserung des Risikoausgleichs ist nicht nur, aber besonders für die Managed Care Modelle von essentieller Bedeutung. Das Sparpotential von Versorgungsnetzen liegt zu einem wesentlichen Teil in der Optimierung von Behandlungsketten und -Prozessen von chronisch Kranken, d.h. von sog. schlechten Risiken. So können z. B. Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden oder, mittels guter Organisation der ambulanten Nachsorge, Spitalaufenthafte verkürzt werden. Die Erarbeitung und Realisation entsprechender Prozessinnovationen ist aber mit erheblichem personellem und finanziellem Aufwand verbunden. Aufgrund der (inskünftig dual-fixen) Aufteilung der Spitalfinanzierung zwischen Versicherern und Kantonen wirken sich entsprechende Massnahmen, nicht nur bei den Versicherern, sondern, soweit es um stationäre Behandlungen geht, bisher zu weit über 50 % bei den Spitalbetreibern, resp. -finanzierern aus. Um den Managed Care Modellen eine faire Chance zu geben, muss diese Anreizverzerrung korrigiert werden. Dies kann z.B. dadurch erfolgen, dass an die Entwicklungskosten entsprechender Prozessinnovationen gezielte Beiträge geleistet werden. Hier könnte u.E. mit relativ bescheidenen Mitteln eine grosse Wirkung erzielt werden. Bezüglich der Finanzierung müsste eine angemessene Aufteilung zwischen Bund und Kantonen vereinbart werden. In der vorgelegten Form sind die Vorschläge zum Thema Managed Care u.E. zum Scheitern verurteilt. Daher muss diese Vorlage gründlich überarbeitet und mit Vorteil in diejenige zur Vertragsfreiheit integriert werden.	BS
Tout comme le Conseil Fédéral, nous sommes d'avis qu'il est indispensable de promouvoir des formes particulières d'assurances en vue de mieux maîtriser les coûts et d'accroître l'efficience des soins, tout en maintenant leur haut niveau de qualité. Nous fondons de grands espoirs sur les systèmes de managed care dans cette optique. Dès	FR

<p>lors, nous nous étonnons que le projet de révision de la LAMal n'applique pas de manière conséquente les conclusions du rapport explicatif dans ce domaine. Ainsi, ce rapport insiste beaucoup sur la liberté des partenaires comme condition pour promouvoir la mise en place du concept de managed care dans le système sanitaire Suisse : les modèles de managed care comme alternative à la forme classique pour l'assuré, sans obligation d'offrir de tels modèles pour les assurances ni d'y participer pour les prestataires. Le rapport de préciser : « Il [le Conseil fédéral] considère qu'associer le caractère facultatif et la liberté de contracter à des incitations suffisamment fortes est le meilleur moyen de promouvoir ces modèles ». Toutefois le Conseil fédéral veut régler les détails concernant les réseaux de soins intégrés (art. 41 c al. 4) ainsi que la régulation des réductions de primes et les ristournes aux assurés qui opèreraient pour un tel modèle (art. 62 al. 3). Une telle restriction est incohérente et en totale contradiction avec l'esprit de liberté proposé plus haut. Aussi se pose-t-il alors la question des «incitations suffisamment fortes H, si la liberté opérative des réseaux de soins intégrés est remplacée par la régulation de l'Etat. Cette question se pose également pour les prestataires. Il y a deux solutions alternatives face à cette situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit le projet de loi reste aussi restrictif. Cela implique alors que la loi prévoit l'obligation pour les assureurs de mettre en place des structures de managed care, sans quoi il est très peu probable qu'il le fassent par manque d'intérêt. Toutefois, comme retenu dans le rapport explicatif, cette obligation mettrait les assureurs dans une position de faiblesse face aux prestataires lors des négociations, ces derniers n'ayant pas la contrainte de conclure de contrat. Dans ce cas, la suppression de l'obligation de contracter pour les assureurs aurait toute son importance, car elle inciterait les fournisseurs à participer à de tels réseaux. - Soit la loi suit de manière conséquente l'esprit de liberté cité plus haut, ce qui implique également des libertés au niveau de la conception et de la conduite opérative des réseaux et de la forme des avantages qu'il peut attribuer à ses assurés. Dans ce cas, le projet doit être revu afin qu'il pose un cadre clair et des garde-fous (p. ex. par rapport à la coresponsabilité financière des acteurs des soins médicaux fournis, à l'attribution d'éventuels bénéfices, à la fixation des budgets, à la sélection des risques, aux publications de données qualitatives en vue d'accroître la transparence pour les assurés et de leur permettre un choix éclairé, etc), ce qui n'est pas le cas dans la version mise en consultation. <p>Nous favorisons la seconde solution pour stimuler un esprit de concurrence et de marché dans ce domaine.</p>	
<p>En effet, elles sont susceptibles de responsabiliser davantage les patients ; sans pour autant créer de barrières à l'accès aux soins, elles permettront progressivement d'enrayer la hausse des coûts. Pour assurer sa réussite, il s'agira de développer des incitatifs financiers réels à une l'adhésion qui doit rester facultative, sans quoi -et c'est ce que la situation actuelle montre-, ni les assureurs, ni les prestataires de soins ni les patients ne participeront à un système limitant leurs libertés respectives. Si les réductions de primes semblent un incitatif initial incontournable a l'intérêt du système, le principe des ristournes est contraire au principe de solidarité ancré dans l'assurance obligatoire des soins. Les réseaux de soins ne constituent en effet pas une communauté de risques particulière des assureurs.</p> <p>Les propositions portant sur les médicaments méritent d'être clarifiées davantage. En effet, s'il est juste d'exiger la prescription d'un médicament avantageux, le patient doit être protégé lors de situations de désaccord entre assureurs et fournisseurs de prestations. Par ailleurs, dans la mesure où les avantages financiers accordés lors de l'achat de volumes importants de médicaments (hôpitaux publics pour les traitements stationnaires et ambulatoires et cliniques pour les traitements ambulatoires) intègrent d'ores et déjà ces remises dans leurs comptes, et donc dans leurs tarifs, il ne nous paraît pas opportun de prévoir un article visant à quantifier et calculer les avantages en vue d'une transmission à l'institution commune au profit de la communauté. Bien plus, la pratique de propharmacie ayant encore cours dans certains cantons devrait être interdite, supprimant ainsi ce souci.</p>	GE
<p>Gerade im Hinblick auf die topographischen Gegebenheiten des Kantons Graubünden sind Modelle von Gesundheitsnetzen, welche gesamte Talschaften umfassen, denkbar.</p>	GR

<p>Was aus unserer Sicht fehlt, ist die gesetzliche Regelung, um solchen Netzen die Zusammenarbeit mit dem angrenzenden Ausland zu ermöglichen, indem gewisse Leistungen oder Behandlungen dort eingekauft werden. So ist vom Val Müstair aus die nächstgelegene MRT-Anlage im Südtirol eine Autostunde näher als jene in der Schweiz.</p>	
<p>Le Gouvernement de la République et Canton du Jura est très sceptique quant à la réglementation prévue concernant les modèles de "managed care" ou gestion intégrée des soins ou encore réseaux de soins intégrés. Il fonde toutefois de grands espoirs dans les modèles de gestion intégrée des soins en général pour contrer de manière efficace la croissance des coûts. Il faut intégrer les projets liés au "managed care" dans le projet concernant la liberté de contracter. Le Gouvernement jurassien rappelle ici qu'il était opposé fermement à la suppression de l'obligation de contracter.</p> <p><i>Médicaments :</i> Le Gouvernement jurassien approuve sans réserve le remplacement de médicaments chers par des génériques. Il soutient la proposition du Conseil fédéral de soumettre à un contrôle régulier la liste des spécialités et de l'adapter en cas de besoin. Des règles précises devraient toutefois être émises pour déterminer les critères d'adaptation afin de limiter au maximum les risques de conflits juridiques.</p>	JU
<p>Nous ne sommes pas convaincus de l'efficacité de la réglementation prévue concernant les modèles de managed care. Les charges liées aux réseaux de soins intégrés sont tellement restrictives qu'il est à craindre que de tels réseaux ne voient finalement pas le jour ou que les assurés s'abstiennent de choisir cette forme d'assurance. Un autre facteur limitant la propagation de ce type d'assurance est l'absence d'obligation des assureurs à offrir de tels réseaux. Si, de surcroît, l'introduction d'une telle obligation devait échouer, les dispositions resteraient sans effet. Nous fondons de grands espoirs dans les modèles de managed care pour contrer la flambée des coûts. Mais nous émettons de sérieux doutes quant à la pertinence d'un financement par capitation, placée sous la gestion responsable des fournisseurs de prestations. En lui-même, ce système est générateur d'un nouveau volet de la sélection des risques, les assureurs ayant un intérêt manifeste à ce qu'un assuré coûteux entre dans le réseau et les fournisseurs de prestations un intérêt contraire. L'assuré risque de se trouver au centre de ces intérêts contradictoires. Le fait que certaines prestations très onéreuses (le Message donne l'exemple de la transplantation) puissent faire l'objet d'un autre mode de rémunération n'enlève rien à ce constat. Autre serait la situation où la couverture "en réseau de soins intégrés" correspondrait non pas à une forme d'assurance parmi d'autres, mais à la couverture légale et universelle. La capitation induit un mécanisme certes intéressant (rationalisation) lorsqu'au fil de la prise en charge, il subsiste encore des moyens financiers par assuré, mais comporte un risque important de rationnement lorsque le forfait rémunérateur aura été entamé ou qu'il présentera un risque d'épuisement pour la composante "revenu effectif" du fournisseur de prestations. Pour éviter cet effet indésirable, nous suggérons que le mode rémunérateur s'arrête à un tarif horaire.</p> <p>Telle que présentée, la démarche est donc d'ores et déjà vouée à l'échec. C'est pourquoi il faut intégrer le projet dans celui de l'obligation des assureurs de mettre en place de tels réseaux.</p>	NE
<p>Ziel der Managed Care-Modelle ist es, durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten eine hohe Behandlungsqualität zu erlangen und die dafür vorhandenen Ressourcen so effektiv wie möglich zu nutzen.</p>	NW
<p>Richtig erscheint uns, dass den Versicherten ein Beitritt zu einem Managed Care-Modell nicht zwingend vorgeschrieben wird. Gerade im Kanton Obwalden mit seiner geringen Versorgungsdichte braucht es grundsätzlich keine Alternativen zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p>	OW
<p>Managed Care-Modell: Dass der Bundesrat anstelle einer Verpflichtung, wie sie in der zweiten KVG-Revision vorgesehen war, die freiwillige Einführung vorsieht, ist nachvollziehbar. Ob allerdings die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichen, um einen eindämmenden Effekt auf die Kostenentwicklung zu erreichen, muss bezweifelt werden. Da der Entwurf keine Mindestvertragsdauer für Personen beim Managed Care-Modell vorsieht, ist weiterhin zu befürchten, dass vor allem gesunde junge Leute solche Modelle wählen und letztlich eine Endsolidarisierung resultiert.</p>	SG

Medikamente: Die Änderungsvorschläge werden begrüsst.	
Im Weiteren ist auch die fehlende Verpflichtung der Versicherer, solche Netze anzubieten, ein Hindernisfaktor für deren Verbreitung. Im Sinne einer generellen Anmerkung bemängeln wir, dass in den vorgelegten Entwürfen zur KVG-Revision keine Elemente zu finden sind, welche zu einer Senkung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beitragen könnten.	SH
Medikamente: Der Vorschlag des Bundesrates zur Förderung der Substitution teurer durch kostengünstigere Arzneimittel, namentlich durch Generika, geht ebenfalls in die richtige Richtung. Auch hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Bestimmungen für eine kosteneindämmende Wirkung ausreichend sind. Vielmehr besteht die Gefahr, dass aufgrund der interpretationsbedürftigen Formulierung Rechtsstreitigkeiten zwischen den Versicherern und den Patienten entstehen.	SO
Angesichts der Zahlen in den bereits vorhandenen Systemen von Managed Care sind allerdings berechtigte Zweifel angebracht, ob die Gesundheitskonsumenten langfristig für dieses Angebot zu gewinnen sind. Umfragen zeigen, dass die freie Wahl des Leistungserbringers einen sehr hohen Stellenwert bei der Bevölkerung geniest. Man will den Arzt oder die Physiotherapeutin seines Vertrauens wählen. Die finanziellen Anreize für den Verzicht auf diese Wahlfreiheit sind in Anbetracht des Individualverhaltens erfahrungsgemäss zu schwach ausgeprägt. Konsumenten, die z.B. über Jahre keine Gesundheitsleistungen beziehen, werden kaum belohnt, was zunehmend als stossend empfunden wird. Ein Bonussystem wie bei Haftpflichtversicherungen wäre sicher näher zu prüfen. Zudem erscheint auch der Anreiz zur Kosten senkenden Kooperation zwischen Leistungserbringern und Konsumenten in den bestehenden Systemen zu gering.	SZ
Die mit der Vorlage beabsichtigte Förderung der Managed-Care-Modelle treffen die Kantone zwar nur indirekt. Mit dem Versicherungsobligatorium im KVG wollte man die sogenannte Entsolidarisierung bekämpfen. Dies war ein zentraler Punkt der Vorlage Mitte der 90er Jahre. Mit dem Ausbau der freiwilligen Versicherungsmodellen mit dem Ziel eines Prämiennachlasses und dem Weiterbestehen des Obligatoriums wird das Risiko längerfristig der öffentlichen Hand weitergegeben.	TG
Condividiamo la volontà ad incentivare l'introduzione di modelli di Managed care, tuttavia, la proposta sottoposta a consultazione solleva tutta una serie di perplessità relative all'equità d'accesso a prestazioni adeguate ai bisogni sanitari degli aderenti a questi modelli. Selezione dei pazienti: lasciare la totalità del rischio economico del percorso sanitario di un insieme di cittadini ad un Managed care, equivale a trasformare quest'organizzazione in un assicuratore. Di conseguenza un nuovo rischio potrebbe aggiungersi a quelli già menzionati: la selezione dei pazienti. Il principio della responsabilità budgetaria del fornitore di prestazioni deve pertanto essere completamente ripensato e più attentamente ponderato. Abbiamo infatti dei seri dubbi che l'attuale impostazione della compensazione dei rischi possa evitare adeguatamente la selezione dei pazienti. Sottolineiamo inoltre che, malgrado il fatto che l'adesione ad un Managed care sia fondata sulla libera scelta, è altrettanto vero che saranno i cittadini delle classi medioinferiori che sceglieranno queste modalità assicurative con l'obiettivo di diminuire il premio a loro carico. Queste persone manifestano, in generale, uno stato di salute più precario, ciò che li espone ad un rischio più elevato di razione, qualora decidessero di aderire ad un Managed care che si assuma l'intera responsabilità finanziaria del percorso di cura. L'esperienza statunitense è, a questo proposito, significativa. Medicamenti: sosteniamo l'introduzione della revisione concernente i medicinali cosiddetti "orfani". Sottolineiamo tuttavia il fatto che la problematica non coinvolge unicamente questo tipo di medicinali, ma anche medicinali nuovi e indispensabili per il trattamento di alcune malattie non ancora omologati in Svizzera. In effetti, nella precedente legislazione (LAMI), le procedure per poter prescrivere questi medicinali erano meno formali (un rapporto del medico curante era sufficiente). Oggi è necessario che il prodotto farmaceutico sia omologato. Si tratta certamente di una soluzione corretta, ma estremamente burocratica. Inoltre, non sempre si ha l'assicurazione di trovare istituzioni disposte a far omologare il prodotto, ciò che può causare delle ripercussioni importanti	TI

per la salute del paziente.	
<p>Pour le DFI, l'obligation faite aux assureurs de contracter avec tous les fournisseurs est l'obstacle majeur à toute stratégie de maîtrise des coûts et notamment au renforcement du managed care qui suppose la liberté de négociation tarifaire entre assureurs et fournisseurs de soins. A ses yeux, il convient donc de supprimer l'obligation de contracter et, parallèlement, de rendre attrayantes pour le patient les formes alternatives d'assurance qui le responsabilisent par rapport à sa consommation de soins. Concernant ces formes alternatives, le DFI introduit un nouveau produit d'assurance : le réseau de soins intégrés. Ce dernier repose sur un accord passé entre un ou plusieurs assureurs et des fournisseurs de soins regroupés dans un réseau susceptible de fournir toute la gamme de prestations de l'assurance obligatoire des soins. L'accord porte sur les modalités de prise en charge des assurés ainsi que sur la rétribution de cette prise en charge (responsabilité budgétaire). Quant à l'assuré qui fait le choix de ne s'adresser qu'au réseau de soins intégrés, il bénéficie d'avantages économiques comme la réduction de primes, les ristournes en fin d'année ou la suppression de la participation aux coûts. Selon le DFI, le projet mis en consultation est fondé sur le développement de rapports de confiance et non sur des obligations. Il entend associer, au caractère facultatif et à la liberté de contracter, des incitations capables d'obtenir des traitements de qualité et économiques, grâce à la collaboration de tous les participants, à la meilleure utilisation possible des ressources existantes et au respect de principes tels que la prise en charge globale du patient et la garantie de la continuité des soins. Le Conseil d'Etat du canton de Vaud relève que dès 1997, il a anticipé cette évolution de la LAMal. Pour ce faire, il a pris des dispositions légales pour inciter au regroupement de tous les fournisseurs dans un nombre limité de réseaux afin qu'ils renforcent leur coopération tout au long de la chaîne des soins et améliorent la continuité des prises en charge. Forts des expériences réalisées, les réseaux existants - certains ont une définition supra cantonale - seront en principe en situation de négocier avec les assureurs de nouvelles modalités d'approvisionnement en soins et les tarifs relatifs à la prise en charge des assurés qui auront opté pour cette forme particulière d'assurance. L'expérience montre cependant que les changements de comportement en la matière sont très lents et que, sans cadre contraignant ou fortement incitatif, les bénéfices obtenus restent marginaux en terme de maîtrise des coûts.</p> <p>Détermination : Le Conseil d'Etat du canton de Vaud soutient l'orientation générale préconisée par le projet de loi. Il estime cependant que les dispositions proposées n'auront que peu d'effets puisqu'elles font appel à l'engagement volontaire des parties. Cela sera d'autant plus vrai si la suppression de l'obligation de contracter devait échouer. L'expérience en matière de responsabilité budgétaire des fournisseurs de soins sur l'ensemble de la chaîne de soins est aujourd'hui quasi inexistante. Elle ne se développera que si des incitatifs plus puissants que ceux prévus par le projet de loi sont proposés aux parties concernées.</p>	VD
<p><i>Managed Care</i> : Le Conseil fédéral propose d'inscrire dans la loi des modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés afin de favoriser la diffusion des modèles de « Managed Case », sans toutefois les imposer explicitement, ni aux assurés, ni aux assureurs. Les fournisseurs de prestations devront en principe assumer la coordination des soins dispensés aux assurés. Les assurés qui adhéreront à ce système pourront obtenir, sur la base des économies effectivement réalisées, non seulement des diminutions de primes, mais également des ristournes. Le Gouvernement cantonal soutient le Conseil fédéral dans la création de nouveaux modèles d'assurance.</p> <p><i>Médicaments</i> : Les mesures relatives aux médicaments proposées dans le cadre de la 2^e révision sont reprises; il s'agit notamment d'inscrire explicitement dans la loi que lorsqu'une substance active est prescrite à la place d'un produit précis, il faut remettre aux assurés un médicament avantageux. Cette mesure renforce, à l'intérieur du triangle médecin-patient-pharmacien, l'incitation à faire un usage économique des médicaments. De manière générale, si plusieurs produits conviennent tout aussi bien dans un cas donné, c'est le médicament avantageux qui doit être prescrit et remis. Le Gouvernement cantonal soutient le Conseil fédéral dans la modification des mesures relatives aux médicaments.</p>	VS
Die Regelung zu den Managed Care-Modellen begrüßen wir uneingeschränkt.	NW ZG
Mit der Schaffung neuer Versicherungsmodelle werden neue Wege beschritten. Eines	ZH

<p>der Hauptziele beim Erlass des KVG war die Stärkung der Solidarität unter den Versicherten durch Schaffung des Versicherungsobligatoriums und Aufhebung der Prämienunterschiede nach Eintrittsalter und nach Geschlecht. Man muss sich bewusst sein, dass mit den „Managed-Care-Modellen“ dieser Solidaritätsgedanke unter Umständen wieder in Frage gestellt wird, indem isolierte, auf vertraglicher Grundlage beruhende Versicherungsgemeinschaften ermöglicht werden, die den Ausschluss schlechter Versicherungsrisiken zulassen.</p>	
<p>Im Bereich der Managed Care Modelle stellt sich die Frage: Sind Anreize geschaffen worden, die es für die Krankenversicherer und Leistungserbringer attraktiv machen, integrierte Versorgungsnetze im Sinne des Bundesrates zu entwickeln und zu betreiben?</p> <p>Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Anreize integrierte Versorgungsnetze zu bilden und zu betreiben geringer sind als die Hindernisse, die nach wie vor aufgrund des ungenügenden Risikoausgleichs und der Spitalfinanzierung bestehen. Wir schlagen daher vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhöhung der Wirksamkeit des Risikoausgleichs, um dadurch die Kosten der Risikoselektion für die Versicherer zu erhöhen und somit Anreize zu schaffen, in die Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesses zu investieren. 2. Erhöhung der Attraktivität der Versorgungsnetze für Versicherte und für Leistungserbringer, indem folgende Möglichkeit geschaffen wird; Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie komplementärmedizinische Leistungen werden ausschliesslich zulasten der OKP übernommen, wenn die Versicherten in einem Netzwerk versichert sind. <p>Medikamente: Der Bereich der Medikamente und der medizinischen Implantate (z.B. Hüft- und Kniegelenke) macht 20 Prozent des Kostenblocks aus. Wir unterstützen den Vorschlag des Bundesrates zur Förderung der Substitution teurer durch kostengünstigere Arzneimittel (namentlich Generika). Um die Substitution zu fördern, keineswegs aber vorzuschreiben, ist z.B. die Überlegung einer Begründungspflicht bei Verzicht auf Generikasubstitution einzuführen. Für die CVP stellt sich die Frage, ob die Bestimmungen für eine kostendämmende Wirkung ausreichend sind. Die CVP fordert den Bundesrat folglich auf, in diesem Bereich weitere Massnahmen zur Kostendämmung vorzuschlagen.</p>	<p>CVP</p>
<p>Erhöhung der Wirksamkeit des Risikoausgleichs, um dadurch die Kosten der Risikoselektion für die Versicherer zu erhöhen und somit Anreize zu schaffen, in die Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesses zu investieren.</p>	<p>CVP EVP economie-suisse HMO Gesundheitsplan med-swiss.net VSAO ÖKK Pro Senectute</p>
<p>Der Förderung von besonderen Versicherungsformen misst die EVP hohe Priorität zu. Wir tun dies im Wissen, dass Prämien und Kostenbeteiligungen für manche Menschen zur Zeit eine hohe finanzielle Belastung darstellen, insbesondere für chronisch kranke Menschen und für Familien. Die bisherigen Studien legen nahe, dass integrierte Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung geeignet sind, Kosten einzusparen ohne Qualitätseinbusse in der medizinischen Betreuung. Wir unterstützen deshalb grundsätzlich die gesetzgeberische Förderung von solchen Managed Care Modellen. Ausserdem ist auch für die EVP die Freiwilligkeit von grosser Bedeutung. Wir unterstützen den Bundesrat bei seiner Absicht, weder bei der Versicherungsform noch bei der Substitution von Medikamenten durch Generika Zwang auszuüben.</p> <p>Die in der Gesetzesvorlage enthaltenen Anreize für integrierte Versorgungsnetze erscheinen uns ungenügend. Wir schlagen deshalb vor, den integrierten Versorgungsnetzen gemäss Art. 41c die Möglichkeit zu geben, einen reduzierten Selbstbehalt festzulegen. Das müsste in Art. 64 geregelt werden.</p>	<p>EVP</p>

<p>Im Wissen darum, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen nur durch eine Umkehr der Fehlanreize (für alle beteiligten Akteure) gebremst werden kann, unterstützt die FDP die Förderung von Managed Care Modellen (Leistungserbringernetzwerke / besondere Versicherungsmodelle). Oberstes Ziel ist es, die heute vorhandene Qualität im Gesundheitswesen zu sichern und allen in der Schweiz lebenden Menschen eine an den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ausgerichtete medizinische Versorgung zu angemessenen Preisen zu gewährleisten. Dabei muss die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein sowohl der Versicherten als auch der Leistungserbringer hochgehalten werden. Leistungserbringernetzwerke können zur Förderung von Selbstverantwortung und Transparenz beitragen; auch aus Gründen der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle ist solchen Versicherungsmodellen grösste Bedeutung zuzumessen. Im Rahmen der 2. KVG-Revision hatte sich die FDP bereits für eine aktive Förderung von Managed Care Modellen eingesetzt; sie zeigt sich erfreut darüber, dass dieser Bereich im vorliegenden zweiten Gesetzgebungspaket zur KVG-Teilrevision wieder aufgenommen wurde.</p> <p>Im Zusammenhang mit den parlamentarischen Beratungen zur 2. KVG wurde aus freisinnigen Kreisen ein Vorstoss eingereicht, welcher – als Anreiz für die Versicherten, sich einem Leistungserbringernetzwerk anzuschliessen – ein Modell für einen differenzierten Selbstbehalt forderte. Gemäss dieses Vorschlags kämen Versicherte, welche sich von einem „Netzwerksarzt“ behandeln lassen, in den Genuss einer geringeren Kostenbeteiligung (bspw. 10%), währenddem die nicht von einem besonderen Versicherungsmodell Gebrauch machenden Patienten/-innen einen höheren – jedoch plafonierten – Selbstbehalt (von bspw. 20%) zu übernehmen hätten. Ein solches Anreizmodell hätte zudem den Vorteil, dass die Versicherten unter Umständen auch Druck auf ihren Hausarzt ausüben könnten, damit sich dieser einem Leistungserbringernetzwerk anschliesst.</p> <p>Die Frage der Förderung von Managed Care Modellen sollte aus Sicht der FDP demnach im Zusammenhang mit der Frage bzgl. der Kostenbeteiligung der Versicherten (erstes Gesetzgebungspaket, Vorlage 1D) betrachtet werden. Die FDP erachtet ihr im Rahmen der 2. KVG-Revision vorgeschlagenes Konzept (differenzierter Selbstbehalt: 10% für „Normalversicherte“ / 20% für Personen mit besonderen Versicherungsmodellen) zwar nicht als sakrosankt, doch könnte dieses Modell als Basis genommen werden, um weitere mögliche Anreizsysteme für Managed Care Modelle im Bereich der Kostenbeteiligung auszuarbeiten. Sollten sich differenzierte Kostenbeteiligungsmodelle jedoch als nicht mehrheitsfähig erweisen, so hält die FDP an ihrer Vernehmlassungsantwort zum ersten Gesetzgebungspaket fest, in welcher sie eine grundsätzliche Erhöhung des Selbstbehalts auf 20% (für alle Versicherten) ausdrücklich begrüsst. Wichtig erscheint bei beiden Varianten, dass die Kostenbeteiligungs-Obergrenze von 700 Franken pro Jahr beibehalten wird, damit Patienten/-innen mit einer chronischen Krankheit nicht diskriminiert werden.</p>	<p>FDP</p>
<p>Comme la plupart des acteurs de la politique de la santé publique suisse, le PLS reconnaît que l'encouragement des formules d'assurance alternatives, comme le modèle dit du « managed care » ou HMO, peut contribuer à freiner l'augmentation des dépenses de santé. Selon un récent article du Professeur Hansjorg Lehmann du Sozialökonomisches Institut de l'université de Zürich, les assurés du modèle de managed care peuvent effectivement réduire de près d'un quart leurs dépenses d'assurance-maladie, par rapport aux personnes qui sont affiliées au régime traditionnel de l'assurance-maladie. D'autres études effectuées en Suisse ont montré qu'il était possible avec de tels systèmes de faire des économies de 0 à 40%. Le site internet « comparis.ch » relevait d'ailleurs que dans 25 des 43 régions de primes que compte la Suisse, les affiliés aux modèles de managed care représentaient la formule la moins chère d'assurance-maladie. Toutefois, une autre étude datant 2003 des Professeurs Telser et Lehmann, publiée par l'entreprise Plaut, spécialiste en conseil d'entreprises, démontrait que l'offre des modèles de managed care était fortement insuffisante en Suisse, puisqu'elle correspondait à 4'3% du marché des assurance-maladie. D'autres études indiquent également que l'intérêt financier du système n'est pas seul en cause, mais que certains patients sont attirés par l'attrait d'un nouveau système.</p> <p>Dès lors, le Parti libéral suisse est favorable aux mesures proposées par le Conseil fédéral, notamment dans la plus grande liberté qu'il propose de conférer au système de</p>	<p>LPS</p>

<p>managed care pour l'aménagement des réseaux. Leur promotion permettra sans conteste d'augmenter l'économicité, ainsi que la qualité des prestations offertes par ce système. Toutefois, le Parti libéral suisse ne souhaite pas que la loi règle l'ensemble des dispositions pouvant amener à la collaboration entre les prestataires de soins et les assureurs d'une part, et les assureurs et assurés d'autre part. Les bases contractuelles devraient s'avérer suffisantes et plus légères pour l'établissement d'une telle collaboration, ce d'autant que ces modèles et leur structure ont pour objectif aussi d'évoluer dans le temps.</p> <p>Le PLS approuve donc globalement les dispositions relatives aux formes particulières d'assurances proposées dans ce second paquet de révision, de même que la nouvelle forme de « réseau de soins intégrés ». Il aurait, toutefois, souhaité que l'incitation soit plus claire en direction des assureurs d'offrir des modèles de managed care et en direction des assurés d'adhérer à de tels modèles. Lors de la seconde révision de la LAMal, les projets du Conseil fédéral comportaient d'ailleurs déjà des mesures de promotion des modèles de managed care. Lors des débats, les libéraux avaient d'ailleurs apporté leur soutien au principe de la promotion de tels modèles. Ils avaient d'ailleurs regretté que la conférence de conciliation n'ait pas eu l'audace de répondre à une définition plus détaillée de ces réseaux de soins, comme le Conseil national l'avait proposé. L'audace aurait permis peut-être d'avoir un principe de promotion clair et cohérent. Toutefois, dans le même registre et contrairement au Conseil fédéral, le Parti libéral suisse ne croit nullement que la suppression de l'obligation de contracter est une condition nécessaire au développement du système de managed care. Il croit davantage que des conditions de primes et de franchises attrayantes sont les conditions sine qua non du développement nécessaire de ces modèles.</p>	
<p>Die Wirksamkeit zur Kostenreduktion wird – wenn überhaupt – eher gering ausfallen. Da auf der anderen Seite die Einführung dieser integrierten Versorgungsnetze zusätzlichen Aufwand in verschiedenster Hinsicht verursachen wird, kann unter Umständen sogar ein gegenteiliger „Erfolg“ aus diesen Massnahmen entstehen.</p>	SVP
<p>L'ACSI condivide la volontà di incentivare l'introduzione di modelli di Managed care espressa dal progetto. Questi modelli possono in effetti costituire un buon mezzo per contenere i costi della salute e dunque i premi per l'assicurazione obbligatoria a carico degli assicurati. Chiediamo tuttavia che non si rinunci a prevedere un obbligo per gli assicuratori di offrire su tutto il territorio almeno una forma particolare d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.</p> <p>Il modello proposto ci lascia perplesse soprattutto per il rischio di giungere a una selezione dei pazienti da parte dell'organizzazione Managed care. Il principio della responsabilità budgetaria del fornitore di prestazioni deve pertanto essere valutato in modo molto più approfondito. Abbiamo infatti dei seri dubbi che l'attuale impostazione della compensazione dei rischi possa evitare adeguatamente la selezione dei pazienti. L'ACSI e le altre associazioni consumeriste hanno più volte denunciato le pratiche scorrette di selezione dei rischi messe in atto da diversi assicuratori. Temiamo che il modello proposto non faccia che acuire questo delicato problema.</p> <p>Sottolineiamo inoltre che, malgrado il fatto che l'adesione ad un Managed care sia fondata sulla libera scelta, è altrettanto vero che saranno i cittadini delle classi medio-inferiori che sceglieranno queste modalità assicurative con l'obiettivo di diminuire il premio a loro carico. Queste persone manifestano, in generale, uno stato di salute più precario, ciò che li espone ad un rischio più elevato di razionamento, qualora decidessero di aderire ad un Managed care che si assuma l'intera responsabilità finanziaria del percorso di cura. L'esperienza statunitense è, a questo proposito, significativa.</p>	acsi
<p>La question des modèles alternatifs d'assurance (désignation qu'il faut préférer aux acceptions tirées de la langue anglaise) est traitée de manière adéquate dans l'avant-projet. Nous approuvons en particulier le fait que ces formes particulières d'assurance ne puissent être imposées ni aux assurés, ni aux fournisseurs de prestations, ni non plus aux assureurs. Cette réserve est de bon aloi, les modèles alternatifs n'ayant jamais rencontré le succès que les théoriciens leur prédisaient, pour des raisons diverses d'ailleurs.</p> <p>S'agissant enfin des prescriptions relatives aux médicaments, nous les approuvons. L'admission de médicaments pour les maladies rares sur la liste des spécialités est normale ; nous regrettons seulement que l'effet financier d'une telle mesure ne soit pas</p>	CP

<p>évoqué. Quant à l'obligation de prescrire un médicament avantageux, elle correspond à la pratique.</p>	
<p>Die Wirtschaft sieht in den Managed-Care-Modellen ein Instrument zur Kosteneindämmung und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung und unterstützt deshalb ihre Förderung. Unsere Zielvision ist die integrierte Versorgung (Kombination ambulanter Netzwerke mit stationären Strukturen). Hierzu wären auch die ambulanten und stationären Vergütungsstrukturen einander anzugleichen. Das Fernziel sind Fallpauschalen für ganze Behandlungspfade, verbunden mit Qualitätssicherung, um die gute medizinische Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die bestehenden Ärztenetzwerke sind nicht mit integrierter Versorgung gleichzusetzen, aber der Weg zur integrierten Versorgung führt in der Schweiz über den Ausbau und die Weiterentwicklung der bestehenden Netzwerke.</p> <p>Die Vernehmlassungsvorlage stimmt grundsätzlich mit der von economiesuisse vertretenen Stossrichtung überein. Insbesondere begrüßen wir die Strategie des Bundesrates, die Managed-Care-Modelle auf der Basis der Freiwilligkeit für alle Partner (Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer) und durch die Verbesserung des Umfeldes zu fördern. Unserer Meinung nach sind hier insbesondere folgende Rahmenbedingungen von Bedeutung: Vertragsfreiheit (1B), Verbesserung des Risikoausgleichs, höhere Kostenbeteiligung (1D) und monistische Spitalfinanzierung.</p>	<p>economiesuisse</p>
<p>A titre liminaire, nous prenons note qu'un groupe d'experts mandaté par le Département fédéral de l'intérieur a estimé qu'il ne fallait plus parler de formes d'assurances avec choix limité des fournisseurs de prestations, mais de ((modèles de soins intégrés)) ! Notre Fédération a déjà eu l'occasion d'affirmer qu'elle est favorable au maintien, voire au développement, de mesures susceptibles de responsabiliser l'assuré dans son acte «de consommation», qu'il s'agisse des franchises à options ou des rabais octroyés en contrepartie d'une limitation du choix (modèle HMO, réseau de santé). Elle ne peut que confirmer cette position. Par conséquent, elle soutient, sur le principe, le système du managed care qui encourage la création de réseaux de santé au sein desquels, sur une base facultative, prestataires de soins et patients acceptent de limiter leur liberté respective.</p> <p>Nous nous permettons néanmoins de relever un passage du rapport explicatif selon lequel «en termes de baisse des coûts, les modèles de managed care sont surtout valables pour les assurés ayant des frais de maladie élevés (maladies complexes et ou chroniques, diagnostics multiples), or aucun assureur ne voudra développer ou proposer une forme d'assurances particulièrement intéressante pour ce collectif d'assurés » (p . 6) . Il y a manifestement de quoi être songeur !</p>	<p>FER</p>
<p>La FRC a toujours soutenu une meilleure collaboration entre les différents prestataires de soins et les réseaux vont justement dans cette direction. Si la limitation du libre choix du prestataire nous interpelle, elle est heureusement atténuée par la non obligation de s'affilier à un réseau. Et nous y tenons.</p> <p>Si ce système va dans l'idée de générer des économies et donc de faire diminuer les primes de l'assurance de base en habituant les patients à faire moins de tourisme médical, nous le saluons.</p> <p>Nous pensons que les avantages à adhérer à un réseau ne sont pas assez clairement formuler. D'autre part, nous nous inquiétons tout de même de la puissance des assureurs qui décideront de l'organisation des réseaux et craignons que cette organisation prépare déjà l'introduction de la suppression de l'obligation de contracter, introduction que nous combattons.</p> <p>Lors de la formation des prestataires et notamment des médecins généralistes, il faudra insister sur la nécessité de les pousser à devenir des « managers » de la santé. Développer le principe des cercles de qualité et ainsi remettre le patient au centre des préoccupations en ayant une approche concertée. On y gagnerait certainement en qualité, donc en économies.</p> <p>Nous insistons aussi sur le fait qu'en cas d'entrée dans un réseau, la quote-part soit supprimée pour les enfants, les jeunes de 19 à 25 ans ainsi que pour les malades chroniques et d'instaurer des participations différenciées.</p> <p>Nous sommes opposées au principe de ristourne qui ne nous paraît pas équitable, peu incitatif, voir même dangereux. En effet, des personnes en difficulté financière et qui s'inscriront dans un tel système risqueront de se soigner tardivement et engendreront</p>	<p>FRC</p>

davantage de frais.	
Von der vorgeschlagenen Einführung besonderer Versicherungsmodelle für "Managed Care" erwarten wir eine Senkung der Kosten und eine wirksame Möglichkeit der Prämienverbilligung für die Versicherten. Es ist allerdings wichtig, den verschiedenen Partnern dieser Modelle viel Spielraum zu lassen, damit sie flexible und vor allem vertrauensbildende vertragliche Formen des Zusammenwirkens gestalten können.	SAGV
Der Stossrichtung der uns unterbreiteten Vorschläge können wir grundsätzlich zustimmen. Aus Sicht des SGV ist es insbesondere wichtig, dass alle Ansätze zur Förderung von Managed Care für alle Beteiligten (Versicherte, Versicherer, Leistungserbringer) auf dem Grundsatz der Freiwilligkeit beruhen. Wir wenden uns gegen allfällige Bestrebungen, zu enge Vorgaben zu erlassen. Wir sind überzeugt, dass der Wettbewerb dafür besorgt sein wird, dass in der Praxis Modelle entwickelt werden, die tatsächlich den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen und effektiv zu Nettoeinsparungen führen.	SGV
Die aktuelle Gesetzgebung ermöglicht das Anbieten von MC-Modellen, eine Verpflichtung dazu besteht jedoch nicht. Die Versicherer können grundsätzlich wählen, ob sie überhaupt ein entsprechendes Modell anbieten wollen. Versicherte können frei wählen, ob sie von einem solchen Angebot Gebrauch machen wollen. Wir sprechen uns klar dagegen aus, die Kassen zu verpflichten, derartige Modelle anzubieten. Wenn solche wirklich kostensparend wirken, setzen sie sich am Markt auch durch. Dies ist aber bisher offensichtlich nicht der Fall. Soll den MC-Modellen nachhaltig und wirkungsvoll zum Durchbruch verholfen werden, muss der behandlungs- und kostenintensive Patient miteinbezogen werden können. Dies ist freiwillig wohl kaum möglich. Die heutigen MC-Modelle tragen praktisch nichts zur Kosteneinsparung bei. Im Grunde genommen sind es lediglich Lösungen, die es gesunden Versicherten ermöglichen, dem Prämienruck solange auszuweichen, bis sie selber erkranken. Ist dies der Fall, kehren sie in der Regel wieder ins System der OKP zurück. Wenn man mit MC-Modellen die Kosten wirklich senken wollte, müsste dem Versicherer ermöglicht werden, gewisse Patientengruppen obligatorisch in spezielle MC-Modelle einzuteilen. Dies dürfte politisch heute aber kaum realisierbar sein.	SBV
Der SGB unterstützt die Vorlage „Managed care“, insbesondere die Bestimmungen für besondere Versicherungsformen integrierter Versorgungsnetze und Hausarztmodelle.	SGB
Der Bundesrat stellt im vorliegenden Vorschlag das Prinzip der Freiwilligkeit für alle Beteiligten in den Vordergrund. Mit freiem Wettbewerb und Unverbindlichkeit wird das Modell Managed Care aber zu wenig Verbreitung finden, um wirklich eine kostendämpfende und qualitätssteigernde Wirkung zu entfalten. Wir fordern deshalb unbedingt mehr Verbindlichkeit. Managed Care Modelle oder ähnlich funktionierende Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung müssen nicht nur in grossen Zentren, sondern flächendeckend angeboten werden. Damit dies möglich wird, ist die Rolle der Hausärztin, des Hausarztes aufzuwerten: Diese müssen auf Ihre Rolle als GesundheitsmanagerIn vorbereitet und ausgebildet werden. An diese wird in Bezug auf Kommunikation, Einholen und Interpretieren von Offerten von Spezialisten etc. hohe Anforderungen gestellt, diese müssen entsprechend entschädigt werden. Dies kann durch Beteiligung eines Ärztenetzes an der Unter- oder Überschreitung eines mit den Versicherern vereinbarten Versorgungsbudgets realisiert werden. Die messbaren Kosteneinsparungen, wie sie für gewisse HMO's mehrfach dokumentiert sind, haben auf den gesamten Grundversicherungsbereich nur dann eine spürbare Auswirkung, wenn sich ein Grossteil der Bevölkerung von einem solchen Modell betreuen lässt. Ein sinnvoller Anreiz wäre die differenzierte Kostenbeteiligung, d.h. eine höhere Kostenbeteiligung für Leistungen, die ohne Anordnung des Hausarztes in Anspruch genommen werden. Unserer Ansicht nach ist es durchaus vertretbar, dass Leute, die ihre Leistungen nicht einer sorgfältigen Kosten-Nutzen Abwägung unterziehen wollen und damit potentiell mehr Kosten verursachen, einen grösseren Teil selbst berappen. Die Attraktivität von HMO- und Hausarztmodellen darf nicht durch andere Bestimmungen des KVG ausgehebelt werden: Auf den 1. Januar 2005 wird eine Wahlfranchise von Fr. 2500 möglich, der maximale Prämienrabatt wird auf 50 % der Grundprämie festgelegt. Diese Minimalprämie darf nicht unterschritten werden. Das heisst, Managed Care Modelle werden so für ein gewisses Versichertensegment nicht mehr attraktiv, weil sie keine Prämienreduktion erwirken können.	SKS

<p>Der Vorschlag des Bundesrates bezüglich Massnahmen im Bereich der Medikamente ist aus unserer Sicht ungenügend. Die nachfolgenden, weiteren Forderungen einer Motion (01.3790) von Nationalrätin Sommaruga sind für uns nach wie vor berechtigt. Diese greifen korrigierend auf Angebotsseite ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In die Spezialitätenliste (SL) sollen keine Kopien von Arzneimitteln aufgenommen werden, die bereits auf der SL sind, ausser wenn diese günstiger angeboten werden. - Bestehende Kopien sollen von der SL gestrichen werden, sofern sie teurer sind als das jeweils günstigste Angebot. - Arzneimittel sollen neu in die SL aufgenommen werden, sofern sie einen nachweisbaren therapeutischen oder wirtschaftlichen Vorteil gegenüber einem bereits auf der SL vorhandenen Arzneimittel aufweisen. - Arzneimittel, die gegenüber einem neu auf die SL aufgenommenen und preisgünstigeren Arzneimittel in Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit keinen nachweisbaren Vorteil aufweisen, sollen von der SL gestrichen werden. - Das Werbeverbot für Arzneimittel, die auf der SL sind, soll auch für Kopien gelten, die ausserhalb der SL angeboten werden. <p>Mit einer Bereinigung der SL-Liste in diesem Sinne können wesentliche Einsparungen im Medikamentenbereich erzielt werden.</p>	
<p>Managed Care : Pour la FHV, il s'agit d'une expérience de laboratoire qui n'a pas fait ses preuves. Ce concept n'est pas encore suffisamment développé pour en tirer quelque enseignement que ce soit.</p> <p>Prescriptions et remises de médicaments : Le chapitre traitant de ce sujet tel qu'il est présenté dans le projet est à la limite du choquant tant la protection de l'industrie pharmaceutique et chimique est évidente.</p>	FHV
<p>Les objectifs primaires du Managed Care sont d'optimiser la prise en charge des malades par la mise en place d'une démarche systématisée de type Evidence Based Medicine. Cette démarche devrait s'inscrire dans l'ensemble de la carrière médicale, des études à la pratique. Elle demande une culture médicale élargie, la mise à disposition de banques de données, et le conseil de spécialistes de la qualité. Dans le système actuel hiérarchique, ce sont les chefs de service qui procèdent au choix des meilleures approches, choix que leurs élèves répètent ensuite dans le cadre de leur pratique et de leurs responsabilités. Il s'agit de remplacer ce système de transposition du savoir par une stratégie d'élaboration plus dynamique fondée sur la concertation où le chef de service exerce un rôle fondamental en orientant la réflexion en fonction des diverses connaissances accumulées. Il en résulte une meilleure médecine et une meilleure efficacité à la suite de choix plus approfondis. Il en résulte sans doute aussi des économies. Mais le but de cette réorientation n'est pas de faire des économies, c'est d'abord de faire de la meilleure médecine et de renforcer la concurrence sur la qualité. Un tel projet n'a strictement rien à voir avec une structure particulière d'assurance. Il n'implique aucunement une restriction du choix du médecin traitant ni d'autres contraintes.</p> <p>Tout le monde devrait y être intéressé, les assurés, les patients, le corps médical et le personnel soignant, les hôpitaux, les assureurs et l'Etat. Il y aurait alors lieu de dégager les ressources nécessaires pour pouvoir encourager et développer les structures adéquates. Ce n'est malheureusement pas ce que le projet propose.</p> <p>Les conditions rigides énoncées sont un véritable carcan juridico-administratif entaché d'un intolérable esprit de petit comptable. La coresponsabilité budgétaire doit faire partie du dispositif de concertation entre partenaires et non pas être une exigence préalable. Elle doit pouvoir déboucher aussi sur la mise à disposition de moyens logistiques additionnels et ne pas se borner à exercer une pression permanente, à la fin insupportable, sur les professionnels de la santé. Les rétributions par capitation ou forfaitaires comportent le danger de récompenser les prises en charge minimalistes, ce qui a manifestement quelque chose d'immoral. Ce n'est donc pas une panacée. La conception commerciale de « l'achat de prestations » spécialisées ou hospitalières à l'extérieur de l'organisation ne l'est pas davantage. Comment imaginer que les uns ou les autres puissent accorder des « avantages » à une autre organisation ou institution alors qu'ils sont déjà prisonniers de mesures tarifaires et planificatrices extrêmement contraignantes. Enfin, les assurés devraient pouvoir être récompensés pour la pertinence de leurs</p>	FMH

<p>choix avec beaucoup plus de flexibilité. En conclusion, l'encouragement au Managed Care devrait se limiter à des mesures incitatives. Vouloir incorporer ces aspects nouveaux de la pratique médicale dans un système d'assurance qui a ses règles propres fait manifestement fausse route. L'évolution au cours de ces dernières années du nombre d'adhérents aux HMO et autres formes particulières d'assurance proposées par les assureurs en témoigne largement. Enfin utiliser le modèle de Managed Care comme une alternative à la suppression de l'obligation/liberté de contracter est un chantage inadmissible.</p>	
<p>Soweit mit dieser Vorlage zum Teil "Managed Care" Gesetzesänderungen zum "Integrierten Versorgungsmodell" vorgeschlagen werden, lehnt die FMP diese Änderungsvorschläge vollständig ab und verweist darauf, dass die heute gültigen gesetzlichen Regelungen zu "Managed Care" vollständig genügen.</p> <p>Die heutigen Regelungen sind marktgerecht, flexibel anwendbar, den Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten bereits bekannt und können durch entsprechende Verordnungsänderungen des Bundesrates soweit überhaupt nötig den im Vernehmlassungsverfahren vorgeschlagenen Änderungen angepasst werden. Diese Vorschläge sind weder ein Bedürfnis der Patientinnen/Patienten, noch Ärztinnen/Ärzte, noch Kassen:</p> <p>Der Bundesrat legt im Erläuterungsbericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, Teil "Managed Care", selbst aufgrund der Wirkungsanalyse zum KVG (Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht Bern 2001, Seite 124) dar, dass die besonderen Versicherungsformen in der Schweiz wenig Anklang finden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Bereitschaft der Versicherten, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken, sei gering. - Auch hätten die Versicherer die vom KVG eingeräumten Freiräume zur Schaffung von "Managed Care-Modellen" nur wenig genutzt. <p>Diese Vorschläge sind nicht marktgerecht:</p> <p>Der Bundesrat vermag bei keinen der bezüglich den "Integrierten Versorgungsmodellen" vorgeschlagenen Änderungen auch nur annähernd darzulegen, weshalb die Versicherten bzw. die Krankenversicherer aufgrund dieser neu geschaffenen Möglichkeiten vermehrt zur Förderung von "Managed Care-Modellen" beitragen sollen. Diese Vorschläge stellen einmal mehr eine unnötige, marktfremde staatliche Überregulierung im Gesundheitswesen dar:</p> <p>Es ist offensichtlich, dass mit dieser unnötigen Überregulierung am Ziel eines freiheitlichen Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt vollständig vorbeigeschossen wird. Die Arbeitsgruppe scheint mit dem offensichtlich unerschütterlichen Glauben, mit staatlicher Regulierung könne das Marktverhalten von Konsumentinnen und Konsumenten verändert werden, ausgestattet gewesen zu sein. Diese Vorschläge leugnen bereits bestehende Marktverhältnisse:</p> <p>Der Teilbericht erkennt, dass ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte bereits in individuellen Versorgungsnetzen arbeiten. Ohne Vernetzung mit anderen Ärztinnen und Ärzten sowie mit stationären und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen wäre eine funktionierende Versorgung von Patientinnen und Patienten gar nicht möglich. Diese Vorschläge schaffen Fehlanreize für Ärztinnen und Ärzte:</p> <p>Die Vorlage zielt darauf ab, durch "Capitation Fee" die wirtschaftliche Verantwortung der Versorgung der Patientinnen und Patienten von den Patientinnen und Patienten sowie Versicherern auf die Ärztinnen und Ärzte zu verlagern. Offensichtlich werden so falsche Anreize im Gesundheitssystem gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist es gerechtfertigt, das Einkommen von Ärztinnen und Ärzten dadurch zu erhöhen, dass wirtschaftlich Leistungen Patientinnen und Patienten vorenthalten werden? - Wie wollen Versicherer durch Verträge mit Ärztinnen und Ärzten die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten garantieren, wenn sie es im heutigen System nicht einmal schaffen, die Wirtschaftlichkeit der Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte zu prüfen? - Welche Aufgabe haben die Versicherer noch, wenn die gesamte wirtschaftliche Verantwortung für die Durchführung der Krankenversicherung auf die Ärztinnen und Ärzte übertragen wird? 	<p>FMP</p>
<p>Die Vorlage bringt keine Änderung des Status quo. H+ sieht in der integrierten Ver-</p>	<p>H+</p>

<p>sorgung sowie den Versorgungs- und Entschädigungsmodellen von <i>managed care</i> einen Zusatznutzen für die Patienten, hat aber fünf Bedenken: Die bisherigen Angebote sind wenig erfolgreich. Der Beitrag von Schweizer <i>managed care</i> Organisationen zur Kostendämpfung ist unklar oder nicht bewiesen. Primär gesunde Patientinnen und Patienten scheinen <i>managed care</i> zu nutzen, um ihre Prämien zu senken. Die Einführung in den Randregionen ist fragwürdig. Dem Versicherungskollektiv fehlt die kritische Grösse. Die negativen Auswirkungen, z. B. Rationierung durch <i>capitation</i> (Wer weniger leistet, verdient mehr), müssen besser analysiert und Gegenmassnahmen getroffen werden. Welche Auswirkungen hat <i>capitation</i> in der Langzeitpflege? Die vorgelegte Regelung bleibt zu unklar. Modelle müssen rasch und sorgfältig abgeklärt werden. Vorschläge sind zu konkretisieren. Insbesondere muss die ökonomische, organisatorische und rechtliche Rolle der Spitäler geklärt werden. Damit <i>managed care</i> besseren Erfolg hat, muss geprüft werden, wie die Kostenträger an den Folgekosten von Krankheiten, z.B. via Taggeldern, beteiligen werden können.</p>	
<p>Der Bundesrat will mit der Vorlage, die besonderen Versicherungsformen fördern, um die KVG-Ziele „Kostendämpfung und Effizienzsteigerung unter Beibehaltung der Versorgungsqualität“ zu erreichen. Dabei denkt er insbesondere an die Förderung von Versicherungsformen, die die Patientinnen und Patienten im gesamten Diagnose- und Behandlungsprozess begleiten und betreuen und die auch die Leistungserbringer in die finanzielle Verantwortung einbeziehen. <i>Wir begrüssen die generelle Ausrichtung der Vorlage:</i> Der Bundesrat verzichtet auf die Verpflichtung, Managed Care Modelle anzubieten und setzt generell auf das Prinzip der Freiwilligkeit und Vertragsfreiheit. Eine Verstärkung der Anreize soll dazu führen, dass die Diagnose- und Behandlungsprozesse effizienter gestaltet werden. Bei den vom Bundesrat angestrebten Effizienzsteigerungen handelt es sich um Prozessinnovationen. Er setzt dabei auf integrierte Versorgungsnetze und schlägt im Wesentlichen Folgendes vor: Die Budgetverantwortung, die Möglichkeit, über den Leistungskatalog hinausgehende Leistungen zu erbringen und eine Flexibilisierung der Prämiengestaltung. Die zentrale Frage lautet: Sind damit Anreize geschaffen worden, die es für die Krankenversicherer und Leistungserbringer attraktiv machen, generell Prozessinnovationen zu tätigen und insbesondere integrierte Versorgungsnetze im Sinne des Bundesrates zu entwickeln und betreiben? <i>Aufgrund unserer Analyse der Vorlage kommen wir zum Schluss, dass dies nicht der Fall ist, weil zentrale Rahmenbedingungen nicht angepasst werden:</i> Der Bundesrat verzichtet weiterhin auf eine Verbesserung der Wirksamkeit des <i>Risikoausgleichs</i> oder auf die Einführung eines Hochrisikopools. Er tut dies entgegen den Empfehlungen der KVG-Wirkungsanalyse und den Erkenntnissen aus internationalen wissenschaftlichen Studien (vgl. U. a. Bundesamt für Sozialversicherung, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, S. 127, Bern, 2001). Die Einheitsprämie und der heutige Risikoausgleich zwingen die Versicherer, weiterhin vor allem in Instrumente des Verkaufs und der Gewinnung von neuen, gesunden Versicherten zu investieren. Ohne kontinuierlichen Zulauf von gesunden Versicherten ist ein Versicherer langfristig im Prämienwettbewerb nicht konkurrenzfähig. Ein Versicherer, der nicht konsequent und systematisch gute Risiken anwirbt, verhält sich also irrational. Wenn der Bundesrat die Risikoselektion verhindern will, muss er sie „verteuern“. Die Kostenvorteile von echten Managed Care Systemen werden bekanntlich zu einem Grossteil im stationären Sektor erzielt. Die duale <i>Spitalfinanzierung</i> führt dazu, dass heute den Versicherten in Systemen mit Budgetverantwortung je nach Kanton und Kostendeckungsgrad der KVG-Spaltarife bis 60% der <i>Einsparungen im stationären Bereich entgehen</i>. Die Kantone bzw. die Steuerzahlenden profitieren heute, wenn Modelle mit Budgetverantwortung die Aufenthaltsdauer im Spital verkürzen oder stationäre Behandlungen durch ambulante ersetzen. Auf der anderen Seite werden die Kosten zur Realisierung diese Einsparungen (z. B. Fallmanagementinstrumente) vollumfänglich von den Versicherten im Managed Care System finanziert. Der Bundesrat hat den Vorschlag im Expertengutachten zu dieser Problematik nicht aufgenommen. Im Unterschied hierzu erachtet es der Bundesrat als stossend, dass haftpflichtige Dritte durch die duale Finanzierung im stationären Bereich finanziell</p>	<p>HMO Gesundheitsplan</p>

<p>entlastet werden. Er ist der Ansicht, dass es ungerechtfertigt ist, dass die Steuerzahlenden einen Teil des Schadensersatzes tragen (vgl. Vorlage 2A, erläuternder Bericht, S. 23) und will daher ein Rückgriffsrecht des Wohnkantons einführen (Art. 79a neu).</p> <p>Die dual fixe Spitalfinanzierung führt dazu, dass die Versicherten in Modellen mit Budgetverantwortung nur ein Teil der erzielten Einsparungen in Form von tieferen Prämien zurück erhalten.</p> <p>Auf der anderen Seite finanzieren sie die Instrumente, zur Erzielung dieser Einsparungen vollständig. Die Kantone sollen daher bis zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung einen Teil der Einsparungen bei den Spitalsubventionen, welche die integrierten Versorgungsnetze für sie erzielen, an die Netze weiter geben. Unser Vorschlag stellt eine Minimalverpflichtung der Kantone dar, bei der die Kantone über die Höhe des Beitrags entscheiden. Er steht in Übereinstimmung mit dem Vorschlag des Bundesrats, den Kantonen ein Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte einzuräumen, vgl. Art. 79a (neu) Spitalfinanzierungsvorlage 2A. Dort wird argumentiert, dass es ungerechtfertigt ist, dass die Steuerzahlenden einen Teil des Schadensersatzes tragen.</p> <p>Antrag: Ergänzung Artikel 49 mit folgendem neuen Absatz I bis (geltendes Recht) respektive 3bis (Spitalfinanzierungsvorlage): Bei stationären Leistungen für Versicherte in besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 41c richten die Kantone einen Beitrag an das integrierte Versorgungsnetz aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. Prüfen: Ergänzung der Übergangsbestimmungen mit einem entsprechenden Artikel, der die Verpflichtung der Kantone auf die Zeit bis zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung beschränkt. Der Bundesrat geht davon aus, dass ein Leistungserbringer in einem integrierten Versorgungsnetz mit Budgetverantwortung (Art. 41 C Abs. 2) "ein materielles Interesse [hat], seinen Patienten, seine Patientin in einem guten Gesundheitszustand zu erhalten und somit die Prävention gegenüber der Heilung zu bevorzugen" (erläuternder Bericht S. 12). Die Budgetverantwortung ändert nichts am Umstand, dass unklar ist, ob der Nutzen von Prävention in Form von geringeren zukünftigen Kosten beim integrierten Versorgungsnetz oder bei einem Konkurrenten anfallen wird. Die Anreize werden hier nicht verändert, so dass weiterhin langfristig sinnvolle Massnahmen aus kurzfristigen finanziellen Überlegungen nicht getätigt werden. Wenn integrierte Versorgungsnetze vermehrt Präventionsmassnahmen erbringen sollen, sind diese ausserhalb der Budgets zu finanzieren. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in der Vorlage 2B zum Teil Anreize geschaffen werden, integrierte Versorgungsnetze zu bilden und zu betreiben. Diese sind aber geringer als die Hindernisse, die nach wie vor aufgrund des ungenügenden Risikoausgleichs und der Spitalfinanzierung bestehen. Wir schlagen daher vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhöhung der Wirksamkeit des Risikoausgleichs, um dadurch die Kosten der Risikoselektion für die Versicherer zu erhöhen und somit Anreize zu schaffen, in die Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesses zu investieren. 2. Verpflichtung der Kantone einen Betrag an die stationäre Behandlung von Versicherte in Modellen mit Budgetverantwortung zu bezahlen. Es ist nicht gerechtfertigt, dass die Versicherten in Modellen mit Budgetverantwortung nur einen Teil der Einsparungen im stationären Bereich erhalten, aber die Kosten für deren Realisierung vollständig tragen müssen. 3. Erhöhung der Attraktivität der integrierte Versorgungsnetze für Versicherte und für Leistungserbringer indem, die Möglichkeit geschaffen wird, Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringen, die nicht aus dem Budget finanziert werden, sondern aus Mitteln gemäss Art. 20. 	
<p>Zu den vorgesehenen Änderungen der einzelnen gesetzlichen Bestimmungen haben wir keine Bemerkungen. Sie finden in der vorliegenden Form unsere Zustimmung. Wir möchten es jedoch nicht unterlassen und die Gelegenheit wahrnehmen, uns zu einigen der unter Ziffer 2.2 (Seite 8 ff.) des erläuternden Berichtes beschriebenen weiteren Revisionspunkte zu äussern. So sprechen auch wir uns an dieser Stelle erneut mit aller Deutlichkeit gegen die Zwangssubstitution bei den Medikamenten und gleichzeitig auch gleichermassen gegen die obligatorische Wirkstoff-Verschreibung aus. Ebenso teilen</p>	<p>Inter-generika</p>

<p>wir die dargelegten Betrachtungen bezüglich einer Verschreibungsverpflichtung für das jeweils preisgünstigste Medikament. Abschliessend begrünnen wir ebenso die von uns ebenfalls bereits mehrmals angeregte Reduktionsmöglichkeit des Selbstbehaltes bei Generika.</p>	
<p>Die Stossrichtung des Bundesrats im Bereich Managed Care wird von der forschenden Pharmaindustrie grundsätzlich geteilt. Eine Förderung von Managed Care über Anreize (z.B. Differenzierung der Selbstbeteiligung) ist sinnvoll. Damit kann mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern geschaffen und die Behandlungsqualität erhöht werden, während gleichzeitig die für viele Versicherten wichtige Wahlfreiheit bestehen bleibt. Wir begrünnen deshalb, dass der neue Entwurf auf eine gesetzliche Dekretierung von Managed Care-Modellen verzichtet. Hinsichtlich der Vergütungsformen sollte das Gesetz auf der zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilten Budgetverantwortung basieren. Dies ist vor allem vor dem Anliegen der Qualität der Versorgung wichtig, denn eine einseitige Machtverschiebung zu Gunsten der Krankenkassen könnte zwar kurzfristige Wirkung in der Kostendämpfung haben, sich aber längerfristig negativ auf die Qualität des Gesundheitswesens und die Patienten-Zufriedenheit auswirken. Beispiele für eine ungenügende Qualitätsausrichtung gibt es bereits heute, wenn man an die Probleme im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ungenügende Behandlung des Bluthochdrucks), der Folgekosten nicht erkannter Diabetes, bei der Behandlung der Depression, des Schmerzes oder Unterschieden im Zugang zu modernen Krebsmedikamenten denkt. Grundsätzlich wäre eine verstärkte Transparenz hinsichtlich der Qualität der Versorgung und des Erreichens von Gesundheitszielen zu wünschen.</p>	Inter-pharma
<p>Die Diskussionen zu den Managed Care Modellen zeigen, dass Capitation Modelle zur Vorenthaltung von Leistungen führen können. Sie bergen die Gefahr von unheilvollen Allianzen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Dies insbesondere deshalb, weil sich die Krankenversicherer nicht um die Langzeitkosten (vor allem Renten) kümmern müssen. Managed Care Modelle dürfen nicht zu einer Risikoselektion bei den Patientinnen und Patienten führen.</p>	K3
<p>Wir begrünnen die Absicht des Bundesrates, Managed Care Modelle zu fördern. Dieses Anliegen wird durch die Möglichkeit, den Leistungskatalog innerhalb der MC Modelle zu überschreiten (Art. 41c Abs.3) und vertrauensärztliche Funktion zu übernehmen (Art. 57 Abs. 9) unterstrichen. Die Marktdurchdringung der MC Modelle wird damit jedoch kaum beeinflusst werden. Wir teilen auch die Auffassung des Bundesrates nicht, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwanges MC Modelle per se fördert.</p> <p>Die Verunsicherung der Leistungserbringer wird zwar stark zunehmen und die Bildung von Netzen im Sinne von Verhandlungsorganisationen fördern. Dadurch wird aber eine Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern auf medizinischer Ebene weder gefördert, noch belohnt. Es besteht sogar die Gefahr, dass sich monopolistisch organisierte Verhandlungsnetze bilden und damit die Bildung "medizinischer Netze" behindern. Bei den Versicherern besteht die Gefahr, dass sie sich dank der neuen Machtinstrumente auf Kontrolle und Sanktionen fokussieren, statt auf Anreize für eine koordinierte Betreuung.</p> <p>Mit folgenden Ansätzen könnten MC Modell wirkungsvoller gefördert werden:</p> <p>In erster Linie müssten die Anreize für die Versicherten verstärkt werden. Dies kann mittels dem schon in der letzten KVG Revision vom Ständerat geforderten „differenzierten Selbstbehalt“ erreicht werden. Art 64 Abs. 2.b sollte so lauten: 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), sofern der Versicherer eine Versicherung in einem Versorgungsnetz mit tieferem Selbstbehalt (alternativ: mit einem Selbstbehalt von 10%) anbietet."</p> <p>In zweiter Linie müssen die Anreize für die Leistungserbringer verstärkt werden. Das könnte dadurch erreicht werden, dass Leistungserbringer die mindestens 20% ihrer Leistungen für Versicherte in MC Modellen erbringen, im Falle der Einführung der Vertragsfreiheit von den Versicherern zu bevorzugen sind. Konkret konnte das heissen, dass beim Ausschluss von Leistungserbringern zuerst jene ausgeschlossen werden, die weniger als 20% ihrer Leistungen für Versicherte eines MC Modelles erbringen.</p>	MediX
<p>Positiv an der Vorlage ist zu werten, dass den Netzwerken gesetzgeberisch grössere Bedeutung gegenüber früher beigemessen wird. Leider enthält die Vorlage aber kaum Elemente, welche dazu angetan sind, tatsächlich deren Entwicklung zu fördern. Die</p>	med-swiss.net

Vorlage ist in dieser Beziehung als klarer Rückschritt gegenüber dem erreichten Stand vor dem Scheitern der Revision im vergangenen Jahr zu werten. Es fehlen im Vergleich vor allem konkrete Anreize für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte, Netzwerke anzubieten oder solchen beizutreten. Sollte die Vorlage in dieser Form die Räte passieren, so ist gegenüber heute bestenfalls mit einem Stillstand, wenn nicht mit einem Rückschritt in der Entwicklung von Versorgungsnetzen in der Schweiz zu rechnen.

Im erläuternden Bericht, Abschnitt 2.1 wird richtigerweise festgehalten, dass Managed-Care-Modelle grundsätzlich nicht mit Zwang, sondern mit Anreizen zur Teilnahme zu fördern sind. Leider fehlen im Gesetzestext jedoch wirksame Anreize.

Prämienverbilligungen sind schon unter heutiger Gesetzgebung möglich und haben bekannterweise den ungünstigen Nebeneffekt, dass sie vor allem für gesunde Versicherte attraktiv sind. Rückvergütungen sind zwar möglich, aber vermutlich kaum genug attraktiv. Die Möglichkeit für die Versicherungen, den Selbstbehalt für Patienten in Netzwerken ohne spezielle Zustimmung des Bundesrates zu reduzieren, findet hingegen keine Erwähnung in der Vorlage mehr. In der Vorlage 1D (Kostenbeteiligung) wird dem Bundesrat lediglich die Kompetenz erteilt, die Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen herabzusetzen oder aufzuheben. Der Handlungsspielraum für die Vertragspartner in Managed-Care-Verträgen wird dadurch erheblich eingeschränkt, da jedes Mal die Bewilligung des Bundesrates eingeholt werden müsste. Die Verpflichtung für die Versicherungen, besondere Versicherungsformen anzubieten, fällt ebenfalls weg. Dies wäre aufgrund des Prinzips der Freiwilligkeit nicht zu bedauern, wenn auf andere Weise Anreize für die Versicherungen geschaffen würden. Ebenfalls keine Erwähnung findet mehr die Bevorzugung von Leistungserbringern in Netzwerken bei der Kontrahierung. Es ist nicht einzusehen, weshalb jemand unter dem Régime dieses Gesetzesentwurfes den Schritt in ein Netzwerk, mit allen Risiken einer Budgetmitverantwortung wagen sollte.

Zusätzliche Gesetzesänderungen:

Wie bereits erörtert wurde, fehlen für alle Beteiligten die nötigen Anreize, Netze zu betreiben, Verträge mit Netzen abzuschliessen oder sich in Netzen versichern zu lassen. Wir schlagen deshalb folgende Ergänzungen in weiteren Artikeln vor:

Art. 35a Absatz 3 (in Ergänzung zum bestehenden Text in der Vorlage 1B:)

„Leistungserbringer in Versorgungsnetzen sind unter Vorbehalt einer nachgewiesenen Qualitätssicherung bei der Kontrahierung zu bevorzugen“

Art. 64 Absatz 2 Bst.b:

b. „20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt), sofern der Versicherer eine Versicherung in einem Versorgungsnetz mit tieferem Selbstbehalt (alternativ: mit einem Selbstbehalt von 10%) anbietet.“

c. (neu) „In Versorgungsnetzen gemäss Art.41c besteht die Möglichkeit, den Selbstbehalt zu reduzieren (alternativ: auf 10% zu reduzieren).“

Begründung: Mit der Bevorzugung bei der Kontrahierung entsteht für die Leistungserbringer ein Anreiz, sich einem Netz anzuschliessen. Mit der Forderung nach einer nachgewiesenen Qualitätssicherung wird vermieden, dass sich Netze mit Billigmedizin einen Vorteil in der Kontrahierung schaffen. Durch die Bedingung, dass Versicherungen nur einen erhöhten Selbstbehalt fordern dürfen, wenn sie eine Alternative mit einem tieferen Selbstbehalt anbieten, entsteht für sie ein Anreiz, in diesem Bereich aktiv zu werden. Ein tieferer Selbstbehalt ist vor allem für jene Versicherten attraktiv, welche häufig Leistungen beziehen müssen. Sie sind es aber auch bei denen die Netzwerke über die Steuerung der Versorgung Nutzen erzielen können. So werden mit der geplanten Erhöhung des Selbstbehaltes nicht nur Kosten verlagert, sondern auch Anreize zu Kosteneinsparungen geschaffen.

Art. 105 (Risikoausgleich): Der Bundesrat ist zu verpflichten, bis 1 Jahr nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung eine Vorlage auszuarbeiten, welche einen Risikoausgleich auf der Basis der Morbidität der Versicherten beruht.

Begründung: Der Risikoausgleich ist nicht nur ein wichtiges Anliegen zum Ausgleich unter den Versicherungen, sondern ist für die Versorgungsnetze von zentraler Bedeutung. Im Expertenbericht (vgl. erläuternder Bericht, 1.3., Rahmenbedingungen, Seite 6) ist dies ausführlich begründet. Wir wollen die polymorbiden Patienten in die Versorgungsnetze lenken, weil für sie die Netzwerke von grösstem Nutzen sind. Ohne

<p>genügenden Risikoausgleich führten diese Bestrebungen aber in den finanziellen Ruin. Kein Versicherer ist bereit, „schlechte Risiken“ anzulocken, wenn nicht die Gewähr besteht, dass über den Risikoausgleich die damit verbundenen Mehraufwendungen ausgeglichen werden.</p> <p>Art. 25 Absatz 2 ((Zusatz) „i) Alle Leistungen, welche durch ein Versorgungsnetz mit Budgetverantwortung veranlasst oder erbracht wurden“.</p> <p>Begründung: Leistungen, welche durch ein Versorgungsnetz mit Budgetverantwortung erbracht oder veranlasst wurden, können den Leistungskatalog überschreiten.</p> <p>Art. 34 Absatz 2 (Zusatz)... „Davon ausgenommen sind Leistungen, die von einem Versorgungsnetz mit Budgetverantwortung erbracht oder veranlasst wurden“.</p> <p>Begründung: Die Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung haben das Recht, weitergehende Leistungen zu erbringen, was bedeutet, dass diese auch durch die Versicherungen vergütet werden müssen.</p>	
<p>Wir vertreten die Meinung, dass die Managed Care-Modelle nur eine geringe Akzeptanz gefunden haben. Sie sind in der medizinischen Versorgung bedeutungslos. Aus diesem Grund teilen wir die Auffassung des Bundesrates, von gesetzlichen Verpflichtungen für sämtliche Beteiligte zum Anbieten von Managed Care-Modellen abzusehen. Es stellt sich die Frage, ob dieser Typus als Alternative zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überhaupt notwendig ist. Letztlich stellt der Bundesrat selber fest, dass der typische Versicherungsnehmer bei Managed Care-Formen jung und gesund ist. Er profitiert in einer gesundheitlich wenig risikoreichen Lebensphase von einer günstigen Prämie und entzieht sich somit dem Solidaritätsgedanken der obligatorischen Versicherung.</p>	PULSUS
<p>Nous souscrivons de manière engagée à toute activité permettant d'améliorer le rapport coûts/qualité et coûts/efficacité des traitements médicamenteux.</p> <p>Toutefois, le législateur doit impérativement fournir une définition précise des termes utilisés, sans forcément étouffer la créativité des acteurs, mais pour préciser le cadre. « Managed care » est une expression trop vague, et sans la définition de principes interdisant l'arbitraire, le « réseau de soins intégrés » peut prendre des formes rapidement contraires à l'esprit du droit de la concurrence que le législateur a voulu très présent dans la LAMal.</p> <p>La réflexion qui nous est proposée par le Conseil fédéral tient compte déjà d'un bon nombre de risques de dérapages que l'encouragement à des systèmes fermés de fournisseurs de prestations favorisera inévitablement.</p> <p>Il y a toutefois en tout cas deux risques majeurs qui ont été oubliés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le démantèlement de structures de proximité au profit de monopoles centralisés d'approvisionnement permettant des économies d'échelle mais n'offrant pas toute la palette de services publics, notamment la partie non rentable de ces derniers. La révision de la LAMal proposée pourrait avoir ainsi un effet contraire aux buts mentionnés dans les premiers articles de la LPth en matière d'approvisionnement. - les conditions requises pour qu'un fournisseur de prestations puisse participer ou non à un « réseau de soins intégré » ou pour que ses prestations soient « achetées » par ce réseau laissent libre cours à des systèmes basés sur la politique « des petits copains », du compérage à fins d'avantages uniquement économiques, ou de pression à la ristourne au profit du réseau, sans critères de qualité vérifiés par une instance neutre. Des développements mortels pour les réseaux locaux comme par exemple le compérage entre médecins et un grossiste/pharmacie auquel les médecins participent financièrement sont déjà problématiques aujourd'hui et seraient encore amplifiés, voire légalisés par cette révision de la LAMal. Il faut donc impérativement prévoir des dispositions et des contrôles imposant de considérer la qualité des fournisseurs de prestations et l'intérêt du patient avant les avantages financiers. Le compérage doit absolument figurer dans le droit fédéral comme pratique contraire à l'intérêt des patients, sans quoi au lieu de la « gestion des soins » recherchée, c'est la multiplication des « souk médicaux » qui en sera la conséquence. 	SAV
<p>Grundsätzlich ist das Thema Managed Care Modelle in Zusammenhang mit der Aufhebung des „Vertragszwang“ anzugehen.</p>	SBK
<p>SGCI Chemie Pharma Schweiz nimmt mit Genugtuung zur Kenntnis, dass im Arzneimittelbereich von weiteren Massnahmen und KVG-Änderungen abgesehen werden soll. Sehr zu begrüßen ist, dass namentlich die immer wieder erhobene Forderung nach</p>	SGCI

<p>Parallelimporten patentgeschützter Arzneimittel im Rahmen der KVG-Revision 2004 ausdrücklich ausgeklammert bleiben soll. Sicher eine richtige Überlegung ist es, dass das KVG dafür nicht der adäquate Rechtsrahmen sein kann. Viel wichtiger sind indessen die grundsätzlichen Überlegungen, die bisher stets auch den Bundesrat bei seiner Ablehnung der Zulassung von Parallelimporten patentgeschützter Produkte leiteten: Sie brächten, wie die Erfahrung zeigt, unter dem Strich nicht nur keine wirtschaftlichen Vorteile, sie verwässerten überdies den Patentschutz, verminderten die Anreize für die Forschung und Entwicklung und gefährdeten damit die Grundlage für das langfristige Wachstum der schweizerischen Volkswirtschaft. Zu begrüssen ist schliesslich, dass im 2. KVG-Revisionspaket nicht auf Forderungen im Arzneimittelbereich eingegangen wird, wie sie namentlich santesuisse jüngst erhoben hat. Denn diese Forderungen verkennen den hohen Nutzwert moderner Arzneimittel, ebenso ihren bedeutenden, gesamtwirtschaftlichen Vorteil für das Gesundheitssystem. Bekanntlich ermöglicht der Einsatz moderner Arzneimittel zunehmend kürzere Spitalaufenthalte oder gar den Verzicht darauf. Sie reduzieren so die Behandlungskosten und ermöglichen oft auch einen rascheren Wiedereinstieg in die Berufsarbeit.</p>	
<p>Grundsätzlich sind integrierte Versicherungsmodelle wie Netzwerke für die Patientenbetreuung nützlich hinsichtlich rascher Abläufe, des Vermeidens von Doppelspurigkeiten, Effizienz und somit letztlich kostensenkend. Zu grosse Erwartungen hinsichtlich möglicher Einsparungen dürfen allerdings nicht gemacht werden, weil nämlich bereits heute Netzwerke zwischen Praxen und Spitälern bestehen. Eine Verknüpfung der Aufhebung der freien Arztwahl mit der Förderung von Managed care lehnen wir vorbehaltlos ab. Dann wählen nämlich Krankenversicherer die Leistungserbringer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung aus und binden billige Leistungserbringer an sich; dies unter dem Deckmantel der effizienten Netzwerke mit Budgetverantwortung, was de facto eine vollständige Abhängigkeit von den Versicherern bedeuten wird.</p> <p>Abschliessend möchten wir darauf hinweisen, dass mit einer Regelmässigkeit die Ärzte und mit keinem Wort die Patienten als Kostenverursacher angeschwärzt werden. Bei einem nicht unbeachtlichen Teil der Kranken wird über die Medien, Radio, Fernseher und Internet das Konsumdenken auch im Gesundheitswesen geschürt. Es gibt zudem keine 100% Sicherheit, dass nicht eine Befindlichkeitsstörung einmal mit einem eher zufällig entdeckten Prozess fraglicher Relevanz, z.B. gutartiger Tumor, Zyste einhergehen kann und trotzdem Folgekosten wegen dieses Sicherheitsbedürfnisses verursachen wird. Für die Unterlassung von Untersuchungen werden Ärzte bestraft z.B. Computertomogramm bei Kopfschmerzen wegen möglicher Subarachnoidalblutung), nicht aber Patienten, die das Gesundheitswesen unnötig belasten. Die Entwicklungen in der Medizin schreiten voran. Fachgesellschaften definieren „State of the Art“ Abklärungen und Therapien, welche oft sicherer weil nicht invasiv aber meist auch teurer werden. Die grosse Mehrzahl unserer Bevölkerung will, dass ihnen dieser Fortschritt zugute kommt. Diskussionen über das KVG ohne Einbezug der Leitungsempfänger sind deshalb unzulässig.</p>	SGIM
<p>Der Spitex Verband Schweiz begrüsst diese grundsätzliche Stossrichtung. Allerdings ist zu beachten, dass bereits das geltende KVG MC-Modelle vorsah. Der Zulauf der Versicherten hielt sich in engen Grenzen (2%). Gerade SeniorInnen, chronisch Kranke und Personen mit vielen verschiedenen Krankheiten sind selten MC-Modellen beigetreten. Dies aus Angst, sie würden wegen der Vergütungsform der Ärzte via Capitation qualitativ schlechter versorgt und die Anordnung notwendiger Diagnose- und Behandlungsmassnahmen würde unterlassen.</p>	Spitex
<p>Dieser Revisionsvorlage stehen wir äusserst skeptisch gegenüber. Das angestrebte Ziel einer Kostendämpfung wird mit dem Angebot von "besonderen Versicherungsformen" nicht zu erreichen sein. Zudem ist der erläuternde Bericht nicht objektiv und lässt die Skepsis und Nachteile der Managed Care-Modelle weitgehend unbeachtet. Deutlicher wäre hier darauf hin zu weisen, dass verschiedene "besondere Versicherungsformen" in der Schweiz in den letzten Jahren aufgegeben wurden. Finanziell waren sie nicht ergiebig; sie erforderten einen grossen Aufwand und die Nachfrage nach diesen "besonderen Versicherungsformen" blieb recht beschränkt. Zudem zeigte sich eine selektive Auswahl, in dem sich hauptsächlich gesunde Personen für diese Modelle</p>	SSO

<p>entschieden. Freiwillige Modelle der "besonderen Versicherungsformen", bei denen eine Person auf etwas verzichtet, um in den Genuss einer tieferen Prämie zu kommen, sind nur für gute Risiken attraktiv. Deshalb wird hier wohl kurzfristig - sicherlich aber auch mittel- bis langfristig - kein Spareffekt zu verzeichnen sein, auch wenn eine gewisse Mindestverbleibdauer vorgeschrieben wird. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in verschiedenen Ländern solche "alternativen" Versicherungsmodelle (wie HMO, Gate keeper, Capitation) bereits existieren bzw. existiert haben. Am Markt hat sich keine dieser Versicherungsformen bewährt - andernfalls müsste über Sinn oder Unsinn solcher Modelle heute ja gar nicht mehr diskutiert werden. Die angestrebte Revision im Bereich der "besonderen Versicherungsformen" beurteilen wir äusserst skeptisch. Im Übrigen können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, dass im Bereich der "besonderen Versicherungsformen" ein System aufgebaut werden soll, das bezüglich der angestrebten Ziele schlussendlich wenig bringt. Aus unserer Sicht wäre die Stossrichtung der Revisionen verstärkt in der Richtung zu suchen, Patientinnen und Patienten mehr Verantwortung zuzuerkennen und sie dadurch dazu zu bringen, weniger "unnötige" Leistungen zu konsumieren und auch im Bereich der Leistungserbringer Massnahmen anzustreben, die einer Mengenausweitung entgegenwirken. Für beide Situationen könnten einschneidende Sanktionen mehr Erfolg bringen.</p>	
<p>Der SVBG sieht in der Schaffung von integrierten Versorgungsnetzen eine mögliche Alternative zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dieses Modell kann die Gesundheitsförderung unterstützen, was wir begrüssen.</p>	SVBG
<p>Generell begrüssen wir die Förderung von Managed Care Modellen. Insbesondere unterstützen wir die Idee, dass die Modelle nicht vorgeschrieben werden, sondern dass die Modelle frei wählbar sind und damit der Markt über Angebot und Nachfrage entscheidet. Damit kann eine optimale Preis- und Leistungsbildung gewährleistet werden.</p>	SVDE
<p>Der VLSS bestreitet nicht, dass die Förderung qualitätsgesicherter Formen von Managed Care für eine qualitative und zugleich effiziente Entwicklung des Schweizer Gesundheitswesens ein ergiebiges Potential bergen könnte. Es macht grundsätzlich Sinn, dass Netzwerke von Leistungserbringern den Behandlungsprozess aktiv steuern und ein übergreifendes Qualitätsmanagement betreiben. Damit lassen sich sicher auch wertvolle Ressourcen einsparen. Die nachhaltige Förderung von Managed Care muss sich aber auf der Basis der Freiwilligkeit aller Beteiligten durchsetzen. Dafür schafft bereits die heutige Gesetzgebung eine ausreichende Grundlage. Es ist nicht notwendig sondern sogar gefährlich, wenn der Gesetzgeber über die bereits bestehende Gesetzgebung hinaus zementiert oder künstlich fördert, wie Managed Care im Rahmen der sozialen Krankenversicherung betrieben werden soll. Eine Koppelung der Förderung von Managed Care mit der Aufhebung der freien Arztwahl lehnen wir ab, weil die Aufhebung der freien Arztwahl per se nicht geeignet ist, Managed Care im wohlverstandenen Sinn zu fördern. Soweit es darum geht, die Macht der Krankenversicherer zu stärken und möglichst billige Leistungserbringer an sich zu binden, welche die Budgetverantwortung - und damit die Hauptaufgabe des Krankenversicherers (sic!) – übernehmen, lehnen wir die Zielsetzung des Bundesrats ab. Der Weg zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens ist nicht mehr weit, wenn sich die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte unter dem Deckmantel gut klingender Begriffe wie „integriertes Versorgungsnetzwerk" in eine völlige Abhängigkeit von den Krankenversicherern begeben sollen. Wir möchten noch einmal betonen, dass die Bevölkerung alternative Versicherungsmodelle bisher überhaupt nicht attraktiv findet und insbesondere HMO's oder ähnliche Modelle, wie zum Beispiel Netzwerke mit Budgetrestriktionen, offensichtlich wenig attraktiv findet. Diese Angebote werden, obwohl vorhanden - und trotz Prämiendruck - von der Schweizer Bevölkerung nur marginal wahrgenommen. Der VLSS lehnt die künstliche Förderung von integrierten Netzwerken mit Budgetverantwortung durch den Gesetzgeber ab, weil damit die Kostenverantwortung über die Versorgungsverantwortung gestellt würde. Diese oder ähnliche vom Gesetzgeber</p>	VLSS

<p>explizit geförderte Managed Care Systeme würden sich mit Bestimmtheit negativ auf die Versorgungsqualität auswirken.</p> <p>Der VLSS möchte darauf verzichten, die im Nachbarland Deutschland durch Budgetrestriktionen auf allen Ebenen verursachten, teilweise grotesken Entwicklungen, welche mit Qualitätsabbau und Engpässen in der Versorgung verbunden sind, in die Schweiz importieren zu müssen.</p> <p>Wenn der Zugang zum Netzwerk für den Versicherten über eine Prämienreduktion erfolgt, birgt dies die Gefahr, dass nur gute Risiken, ähnlich wie dies bei den HMO-Modellen geschieht, in die Netzwerke eintreten. Damit würden gerade die kostenträchtigsten Patientinnen und Patienten (insbesondere die Chronischkranken) noch mehr benachteiligt. Die Attraktivität von Netzwerken müsste deshalb nicht über Prämienreduktionen, sondern über zusätzliche Kostenbeteiligungsreduktionen für die Teilnehmenden belohnt werden.</p>	
<p>Wir gehen davon aus, dass Managed Care-Versorgungsmodelle positive Effekte bieten können, sofern die Rahmenbedingungen und Anreize entsprechend gesetzt werden. Potential sehen wir in folgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung, insbesondere verbesserte Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten; - Effizienzsteigerung durch ein umfassendes und langfristig ausgerichtetes Behandlungsmanagement, eingespielte Abläufe und Entlastung von nicht ärztlichen Tätigkeiten; - Kostengünstige Versorgung dank Effizienzsteigerung und gemeinsamer Investitionen. <p>Die in der Vorlage vorgesehene Budgetverantwortung ist keineswegs zwingend erforderlich, um die Vorteile des Managed Care-Versorgungsmodells zu realisieren, im Gegenteil. Die Verknüpfung von Managed Care-Versorgungsmodellen mit Budgetverantwortung birgt die Gefahr, dass infolge überdurchschnittlich kostenintensiver, aber medizinisch sinnvoller Behandlungen das Netzwerk finanziell unter Druck gerät und eine nicht beabsichtigte verdeckte Rationierung stattfindet mit einer Beeinträchtigung der medizinischen Behandlungsqualität für das ganze Versichertenkollektiv. Dieser systembedingte Zwang zur "Leistungsvermeidung", der in analogen Versorgungsmodellen in unseren Nachbarländern sowie in den Vereinigten Staaten exemplarisch zu beobachten war und ist, steht dem Willen zur Förderung von Managed Care-Versorgungsmodellen klar entgegen, da Netzwerke dadurch unweigerlich in den Ruf geraten, eine qualitativ minderwertige Behandlung anzubieten. Weiter setzt die Finanzierung über Capitationzahlungen voraus, dass pro Versicherter und Netzwerk eine ausreichend grosse Versichertenbasis existiert, was auch unter optimalen Bedingungen aufgrund der Grösse der Versicherer und der Versichertenpopulation im Schweizer Gesundheitswesen nicht zu erreichen sein wird. Aus diesen Gründen lehnen wir die vorgeschlagene Verankerung der Budgetverantwortung für alle Managed Care-Versorgungsmodelle ab. Die Form der Vergütung der erbrachten Leistungen ist zwischen Versicherer und Netzwerk individuell zu vereinbaren, eine vollumfängliche Leistungsvergütung nach Einzelleistungstarif muss auch für Managed Care-Versorgungsmodelle möglich bleiben. Wir gehen mit dem Bundesrat einig, dass die Grundlage zur nachhaltigen Förderung von Managed Care die Freiwilligkeit aller Beteiligten (Versicherte, Leistungserbringer und Versicherer) an dieser Versorgungsform ist. Ergänzend zu dieser Freiwilligkeit muss jedoch auch sichergestellt sein, dass zwischen den Beteiligten kein Ungleichgewicht herrscht. Die Vorlage weist in dieser Hinsicht schwerwiegende Mängel auf, da die Versicherer im Vergleich zu den Versicherten sowie den Leistungserbringern eine allzu potente Position erhalten. So steht es den Versicherern bspw. frei, ob sie Managed Care-Modelle anbieten oder nicht, selbst wenn Netzwerke in ihrem Tätigkeitsgebiet existieren würden. Weiter erachten wir das Ziel, Managed Care durch Erlass geeigneter Rahmenbedingungen zu fördern, mit der Vorlage als nur ungenügend erreicht: Es müsste sicher gestellt werden, dass nicht nur "gute Risiken" diese Versorgungsform wählen, sondern insbesondere Langzeitpatientinnen und -patienten. Dies wird jedoch nicht durch die Gewährung von reduzierten Prämien oder Rückerstattungen am Ende der Versicherungsperiode erreicht, sondern durch eine Herabsetzung oder gänzlichen Erlass der Kostenbeteiligung. Wir schlagen vor, dass nur diejenigen Versicherer eine</p>	<p>VSAO</p>

<p>höhere Selbstbeteiligung (20%) anwenden dürfen, welche in ihrem Tätigkeitsgebiet vorhandene Managed Care-Versorgungsmodelle anbieten. Die Versicherten in Managed Care-Versorgungsmodellen profitieren dann von einem reduzierten Selbstbehalt von 10%. Für die Versicherer sind die Anreize weiterhin marginal, Managed Care vermehrt anzubieten. Die Versichertenstatistik belegt, dass Managed Care unter den Versicherten bis heute unpopulär ist. Die Versicherer zielen jedoch darauf ab, Produkte anzubieten, die für die Versicherten attraktiv sind! Wir beantragen deshalb, dass alle Managed Care-Versorgungsmodelle von Versicherern, welche im Versorgungsgebiet der Netzwerke tätig sind, unter Vertrag genommen werden müssen.. Der erläuternde Bericht beschränkt sich auf die Behauptung, dass nach Aufhebung des Kontrahierungszwang die Attraktivität von Managed Care-Versorgungsmodellen unter den Leistungserbringern zunehmen werde. Gerade die Verknüpfung dieser Vorlage mit der Vorlage 'Vertragsfreiheit' bringt enorme Umsetzungsprobleme mit sich. Die Vorlage 'Vertragsfreiheit', die wir in dieser Form strikte ablehnen, führt zu einer Begrenzung der absoluten Anzahl Leistungserbringer. In einer ersten Phase gilt die aktuelle Anzahl an Leistungserbringern als Maximalgrenze, die später noch gesenkt werden kann. Um also ein integriertes Netzwerk zu gründen, müssten am selben Ort gleichzeitig mehrere Leistungserbringer verschiedener Fachrichtung aufhören, was unwahrscheinlich ist. Umgekehrt würde die Neuschaffung eines Netzwerkes verlangen, dass bisherige Praxen nicht übergeben werden können, weil die Zahlstellenummern für das Netzwerk benötigt werden. Sollte die Vertragsfreiheit effektiv eingeführt werden, beantragen wir, dass diejenigen Leistungserbringer, welche sich in Managed Care-Versorgungsmodellen engagieren, von den Versicherern unter Vertrag genommen werden müssen. Wir sind davon überzeugt, dass für eine nachhaltige Förderung von Managed Care-Versorgungsmodellen die Integration von jüngeren Leistungserbringern von zentraler Bedeutung ist, da diese aufgrund ihrer bisherigen Tätigkeit speziell qualifiziert sind, in einem Behandlungsteam interdisziplinär und fachbereichsübergreifend zu arbeiten. Realistischerweise ist nicht davon auszugehen, dass Leistungserbringer, welche bisher in eigener Praxis tätig waren, sich in grossem Stil in Managed Care-Versorgungsmodellen engagieren werden. Gerade aber die Vorlage 'Vertragsfreiheit' würde bei einer Umsetzung faktisch zu einer Fortführung des Zulassungstopps führen. Damit wird dem grössten Teil der jüngeren Leistungserbringer die Möglichkeit entzogen, sich in Managed Care-Versorgungsmodellen zu engagieren, da die bisherige Verbreitung von Managed Care-Modellen zu marginal ist. Wir beantragen deshalb, dass im Falle einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs Leistungserbringer Anspruch auf einen Zulassungsvertrag mit allen Versicherern haben, wenn sie mindestens 20% ihrer Leistungen in einem Managed Care-Versorgungsmodell erbringen. Diese Leistungserbringer dürfen zudem nicht an die von den Kantonen festgelegten Höchstzahlen angerechnet werden. Aus der Vorlage sowie dem erläuternden Bericht geht nicht klar hervor, wer gegenüber den Versicherern jeweils Vertragspartner ist. Wir fordern, dass Verträge im Rahmen von Managed Care stets zwischen Netzwerken und Versicherern vereinbart werden und keinesfalls zwischen einzelnen Leistungserbringern und Versicherern. Dies muss im Gesetzestext unmissverständlich formuliert werden. Verträge zwischen einzelnen Leistungserbringern und den Versicherern im Rahmen von Managed Care-Versorgungsmodellen sind nicht praktikabel, da Netzwerke sich selbst organisieren sollten und "verordnete" Zusammenschlüsse von Leistungserbringern die beabsichtigten Effekte nicht werden erbringen können.</p>	
<p>Positiv hervorzuheben ist, dass auf den Zwang für die Krankenversicherer, entsprechende Versicherungsmodelle anzubieten verzichtet wird.</p>	<p>COSAMA</p>
<p>Der Stossrichtung des Bundesrates, vermehrt Anreize für den Beitritt zu Netzwerken etc. zu schaffen, ist grundsätzlich beizupflichten. Zuzustimmen ist ebenfalls, dass sowohl der Beitritt der Versicherten wie auch das Angebot der Versicherer freiwillig ist. Neben der Ausgestaltung der Versorgungsnetze und der Prämienverbilligung für die Versicherten verzichtet der Bundesrat jedoch darauf, in der Neuregelung Anreize für die Versicherer zu schaffen, diese Systeme zu entwickeln und zu fördern. Letztendlich ist trotz der Vorschläge des Bundesrates der Krankenversicherer zur Wahrung der Konkurrenzfähigkeit immer noch darauf angewiesen, dass er junge und gesunde Versicherte akquiriert und konsequent und systematisch anwirbt. Doch die Managed</p>	<p>ÖKK</p>

<p>Care Modelle zeigen ja gerade bei kranken Versicherten, die eine längerdauernde und komplexere medizinische Behandlung beanspruchen müssen, finanzielle Auswirkungen.</p> <p>Wir regen an, die Kantone inskünftig in die Finanzierung von Managed Care Systemen mit Budgetverantwortung einzubinden. Denn bekannterweise könnten Kostenvorteile in Zukunft vor allem im stationären Sektor erzielt werden, was nicht zuletzt auch den Kantonen zugute kommt.</p> <p>Zum Thema Managed Care schlägt die ÖKK Basel folgende weitergehende Änderungen vor:</p> <p>Die Kantone sollen bis zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung einen Mindestbetrag an die Koordinationsaufgaben für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen leisten und so einen Teil der Einsparungen bei den Spitalsubventionen, welche die integrierten Versorgungsnetze für sie erzielen, an die Netze weiter geben. Unser Vorschlag stellt eine Minimalverpflichtung der Kantone dar. Die Kantone können somit sicherstellen, dass weiterhin der Nettoeffekt für sie bzw. die Steuerzahlenden positiv ist – sofern sie auch die stationären Kapazitäten anpassen.</p> <p>Vorschlag:“</p> <p><u>Ergänzung Artikel 49 mit folgendem neuen Absatz 1bis (geltendes Recht) respektive 3bis (Spitalfinanzierungsvorlage):</u></p> <p>Bei stationären Leistungen für Versicherte in besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 41c richten die Kantone anteilmässig einen Betrag an das integrierte Versorgungsnetz aus.</p> <p>Dieser Betrag orientiert sich an den Einsparungen, welche durch die Steuerung im Versorgungsnetz auch für den Kanton erzielt werden konnte</p> <p>Der Bundesrat legt die Einzelheiten fest.</p> <p>Achtung: ev. Übergangsbestimmungen anpassen.</p>	
<p>santésuisse stimmt mit dem Bundesrat überein, was die Förderung von Managed-Care als ein Mittel für mehr Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen betrifft und hält es grundsätzlich für richtig, die gesetzlichen Grundlagen zur Entwicklung der integrierten Versorgung im Rahmen von Netzwerken zu schaffen. Die heutige Gesetzgebung enthält mit den Bestimmungen über die besonderen Versicherungsmodelle bereits wichtige Ansätze dazu. Die weitere Entwicklung dieser Modelle hängt aber weniger von der Erwähnung der Netzwerke und ihrer Definition im Gesetz ab als von der Aufhebung des Vertragszwangs. Denn so lange sämtliche zugelassenen Leistungserbringer Anrecht auf Abgeltung ihrer Leistungen zu garantierten Tarifen haben, besteht für sie - ausser idealistischen Motiven - kein Grund, in Netzwerken mit Budgetverantwortung und speziellen Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Qualität mitzumachen.</p> <p>santésuisse ist zwar damit einverstanden, die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Förderung von Managed-Care zu schaffen, warnt aber davor, zu enge Vorgaben zu machen und die Entwicklung in bestimmte Bahnen lenken zu wollen. Für santésuisse ist vielmehr wichtig, dass die Versicherten und die Versicherer die freie Wahl zwischen Netzwerken und konventioneller Versorgung haben, und die die Vertragspartner den nötigen Spielraum erhalten, um aus der Erfahrung zu lernen und die Modelle laufend zu optimieren. Die wichtigsten Punkte der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern einerseits (Vergütungsformen, Budgetverantwortung, Qualitätssicherung) und zwischen Versicherern und Versicherten andererseits (Ein- und Austrittsmodalitäten, finanzielle Anreize) sind vertraglich und nicht gesetzlich zu regeln. Die Vernehmlassungsvorlage stimmt grundsätzlich mit der von santésuisse vertretenen Stossrichtung überein. Positiv hervorzuheben ist, dass sowohl auf den Zwang für die Krankenversicherer, Modelle anzubieten, wie auf den Zwang für die Versicherten, solchen Modellen beizutreten verzichtet wird und auch die Leistungserbringer zu keiner Zusammenarbeit in Netzwerken verpflichtet werden. Stattdessen sollen vermehrt Anreize für den Beitritt geschaffen werden. Mit der Vorlage zur Aufhebung des Vertragszwangs im ersten Gesetzgebungspaket ist die wichtigste Voraussetzung für diesen Weg bereits in die Wege geleitet worden.</p> <p>Zum Thema Managed Care schlägt santésuisse folgende weitergehende Änderungen vor:</p> <p>Aktuelle Studien belegen, dass Generika bei der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz</p>	<p>santé- suisse</p>

geniessen. santésuisse verlangt deshalb, dass nur noch ein gewisser Betrag kassenpflichtig ist. Mit dem von der Krankenkasse vergüteten Betrag könnte der Versicherte das billigste Arzneimittel (in der Regel ein Generikum) bezahlen. Möchte er ein teureres Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff kaufen, muss er die Differenz selber bezahlen. Damit wird erreicht, dass der Einfluss der Pharmaindustrie auf die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte gemindert und die Generikaabgabe gefördert wird. Patientinnen und Patienten erhalten weiterhin das für sie geeignetste Medikament ohne Qualitätseinbussen.

Bei der Umsetzung ist der Kommunikation an die versicherten Personen grosse Beachtung zu schenken.

Antrag:

Art. 25 Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ändern:

die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, ~~Arzneimittel~~ und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;

Ein Art. 25 Abs. 2 lit. b^{bis} ist neu zu formulieren:

die abgegebenen Arzneimittel, welche die Wirkstoffe enthalten, welche von Ärzten und Ärztinnen oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordnet wurden; bei mehreren Arzneimitteln mit demselben Wirkstoff übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Regel nur die Kosten des preisgünstigsten Arzneimittels;

Art. 25 Abs. 2 lit. h ist wie folgt zu ändern:

die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b^{bis} verordneten Arzneimitteln.

Ergänzung von Art. 49 KVG-E

Man darf davon ausgehen, dass dank den integrierten Versorgungsnetzen Einsparungen im stationären Bereich erzielt werden (Verkürzung der stationären Behandlung, Verlagerung in den ambulanten Bereich). Deshalb sollen die Kantone - bis zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung - einen Teil der Einsparungen bei den Spitalsubventionen, welche die integrierten Versorgungsnetze für sie erzielen, an die Netze weiter geben.

Antrag:

Art. 49 KVG-E (Spitalfinanzierungsvorlage) soll wie folgt ergänzt werden.

3 bis Bei stationären Leistungen für Versicherte in besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 41c richten die Kantone anteilmässig einen Betrag an das integrierte Versorgungsnetz aus. Dieser Betrag orientiert sich an den Einsparungen, welche durch die Steuerung im Versorgungsnetz auch für den Kanton erzielt werden konnte. Der Bundesrat legt die Einzelheiten fest.

Notwendige Ergänzung von weiteren KVG-Bestimmungen

Ergänzung zu Art. 64 Abs. 2 KVG-E

Im Revisionspaket 1D wird vorgesehen, den Selbstbehalt auf 20% zu erhöhen. Der Versicherer soll die Möglichkeit erhalten, die besonderen Versicherungsmodelle gemäss Art. 41a – 41c KVG-E attraktiver zu gestalten, indem er die Kostenbeteiligung für diese Modelle herabsetzt.

Antrag:

Art. 64 Abs. 2 KVG-E soll mit einem neuen Abs. 2bis ergänzt werden

Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a. einem festen Jahresbetrag (Franchise); und
- b. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

2bis Die Krankenversicherer können die Kostenbeteiligung für Leistungen herabsetzen, welche im Rahmen von Art. 41a – 41c erbracht werden.

Eidgenössische Rekurskommission für die Spezialitätenliste

Art. 90 KVG sieht vor, dass Verfügungen des BSV über die Aufnahme in die SL der Beschwerde an die Eidgenössische Rekurskommission für die SL unterliegen. Das EVG hat am 3. Mai 2001 entschieden, dass die Krankenkassen nicht legitimiert sind, gemäss Art. 90 KVG Beschwerde zu führen. Im Konkreten Fall ging es um die Aufnahme von Xenical in die SL. Aus der Praxis des EVG ergibt sich nun, dass zwar die Hersteller von Arzneimitteln die Nicht-Aufnahme eines ihrer Arzneimittel mit der Beschwerde bei der Rekurskommission anfechten können, dass den Krankenkassen aber das gleiche Recht

<p>nicht zugestanden wird, obwohl sie die Kosten für die entsprechenden Arzneimittel übernehmen müssen. Das EVG-Urteil hat in der Konsequenz zu ungleich langen Spiessen geführt und der Pharmaindustrie einen ungerechtfertigten Vorteil verschafft, den es im Rahmen der KVG-Reform zu korrigieren gilt. Die entsprechende Bestimmung (Art. 90 KVG) ist deshalb dahingehend zu konkretisieren, dass den Krankenkassen im Gesetz ausdrücklich die Legitimation zur Beschwerdeführung zugesprochen wird. Antrag: Art. 90 KVG ist um einen zweiten Absatz zu ergänzen: Beschwerdeberechtigt sind nebst der Pharmaindustrie auch die einzelnen Krankenversicherer oder deren Verbände.</p>	
<p>Positiv an der Vorlage bewerten wir, dass den Versorgungsnetzen gesetzgeberisch eine grössere Bedeutung gegenüber früher beigemessen wird. Der Haltung des Bundesrates, Managed Care-Modelle nicht zwangsweise einführen, sondern deren Entwicklung durch Anreize fördern zu wollen, pflichten wir bei. Leider enthält die Vorlage aber kaum Elemente, die eine Ausbreitung solcher Netzwerke tatsächlich unterstützen könnten. Es fehlen vor allem konkrete Anreize für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte, Netzwerke anzubieten bzw. diesen beizutreten. So ist beispielsweise der bereits in der parlamentarischen Debatte über die 2. KVG-Revision behandelte Vorschlag, der den Versicherern ermöglichen sollte, den Selbstbehalt für Patientinnen und Patienten in Netzwerken ohne spezielle Zustimmung des Bundesrates zu reduzieren, nicht in die Vorlage aufgenommen worden. Der Bericht des Bundesrates hält auf Seite 6 richtigerweise fest, dass Managed Care-Modelle ihr kostensenkendes Potenzial insbesondere bei Versicherten mit hohen Krankheitskosten entfalten. Kein Versicherer werde aber ein für dieses Versichertenkollektiv besonders attraktives Versorgungsangebot entwickeln oder anbieten wollen. Die Vorlage präsentiert leider keinen Vorschlag, wie gerade polymorbide Patientinnen und Patienten in Netzwerke gelenkt werden könnten.</p>	Pro Senectute
<p>Auch wenn diese Vorlage die in sie gesetzten Erwartungen kaum zu erfüllen vermag, widersetzen wir uns den vorgeschlagenen Bestimmungen im Allgemeinen nicht.</p>	SAEB
<p>L'ensemble du projet nous paraît bon. La liberté des assureurs, des fournisseurs de prestations et des assurés est respectée. La possibilité d'établir un contrat de 3 ans au plus pour les personnes bénéficiant d'avantages certains est judicieuse. Par contre, limiter les fournisseurs de prestations (art. 41 a, al 1) uniquement "en fonction de leurs prestations avantageuses" nous semble trop restrictif; des critères de qualité devraient aussi intervenir, de même, la possibilité de prévoir des ristournes en fin d'année (art. 62, al 1) nous paraît peu judicieuse: c'est une entorse au principe de solidarité d'une assurance sociale; elle peut en outre avoir des effets pervers en décourageant la prévention. Nous soutenons l'idée de promouvoir les médicaments "meilleur marché" tout en tenant compte des besoins spécifiques de certaines catégories d'assurés, les personnes âgées en particulier. Et nous soulignons l'importance de prévoir (art. 52, al 3) "des médicaments importants pour des maladies rares".</p>	AVS
<p>Der Schweizerische Seniorenrat erachtet Managed Care-Modelle wie integrierte Versorgungsnetze als interessante Alternative im Gesundheitswesen, sofern sie wie vorgesehen freiwillig bleiben. Sie können auch älteren Patienten helfen, im komplexen Gesundheitswesen gezielter und kostengünstiger behandelt zu werden. Im Rahmen der Wirkungsanalysen sollte - analog zur Spitalfinanzierung – das statistische Instrumentarium ausgebaut werden. Die Patienten-Organisationen sind zu beauftragen, gemeldete Probleme bei Managed Care-Modellen weiterzuleiten (ohne Namensnennung der Meldenden). Die Meldungen müssen jährlich veröffentlicht werden. Die Ergebnisse sollen unter anderem signalisieren, ob die Vergütungsform der Capitation die Erwartungen an ein wirksames, wirtschaftliches und zweckmässiges Gesundheitswesen erfüllen.</p>	SSR
<p>Cette forme d'assurance étant susceptible de mieux maîtriser les coûts la Commission est favorable à la possibilité de recourir à un modèle de managed care. Elle demande toutefois que le rapport explicatif mette aussi en évidence les effets négatifs d'un tel système, lequel constitue en définitive pour les assurés une forme cachée de rationnement des soins.</p>	EKK
<p>Das ffg – forum für ganzheitsmedizin befürwortet die Zielsetzungen der Vorlage 2B</p>	ffg

<p>sehr, im Besonderen die angestrebte Förderung von HMO's sowie von integrierten Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung.</p>	
<p>Wir können uns im Allgemeinen mit den vorgeschlagenen Bestimmungen einverstanden erklären, auch wenn die Vorlage die Erwartungen kaum erfüllen dürfte.</p>	GELIKO
<p>L'utilisation de cet anglicisme dénote bien le sens de votre démarche. Utiliser des termes dont la majorité de la population ne comprend pas le sens, c'est de la technocratie. Nous en trouvons d'ailleurs la confirmation tout au long de votre texte Gatekeeper, HMO, PPO, etc.).</p> <p>Vous ne ferez croire à personne que nos langues nationales sont si pauvres qu'elles ne peuvent s'utiliser comme titre d'un rapport et donner un sens à vos propositions. Nous n'irons pas jusqu'à vous accuser de vouloir rendre le système encore plus opaque, mais vous nous y encouragez.</p> <p>Ne pensez-vous pas que si les modèles d'assurances particulières proposées jusqu'ici n'ont pas eu le succès espéré, c'est qu'ils ne correspondent pas à la mentalité des gens de ce pays. Le mode anglo-saxon qui vous inspire, où les valeurs financières « priment » sur les valeurs telles que : solidarité, équité, humanisme, ne peut pas nous servir de modèle. Il ne suffit pas de « modifier les conditions cadres afin que ses modèles soient plus attrayants » (page 4), mais de concevoir un système simple compréhensible par tous les usagers. On cherche vainement dans la liste d'experts consultés des représentants des assurés. Ceci explique peut-être cela.</p> <p>Nous nous abstenons là aussi de commenter chaque article puisque nous ne pouvons approuver la totalité des solutions proposées qui relèvent plus de l'assurance privée que de l'assurance sociale.</p> <p>Seule la forme particulière dite « HMO » et que nous appellerons « Assurance santé » parce qu'elle implique aussi la prévention, pourrait nous convenir en tant que « secteur témoin ».</p> <p>Par contre, les assurances avec hautes franchises, ainsi que les ristournes de fin d'année, marquent une désolidarisation caractérisée notamment entre les personnes en bonne santé et les personnes malades. Le Mouvement Populaire des Familles à toujours combattue et continuera de s'opposer à ce type d'assurances antisociales.</p> <p>L'art.41 nouveau qui traite de la durée du rapport d'assurance nous surprend. Si une modification de prime ne constitue pas une « modification essentielle » c'est que votre vision des choses n'est pas la même que celle de l'assuré qui se trouve lié à un assureur avec des primes qui dépassent peut-être ses possibilités financières. Cette appréciation est en totale contradiction avec tous les usages existants en Suisse en matière d'assurances publiques ou privées.</p> <p>Nous avons apprécié votre commentaire (p. 10) concernant les médicaments. Vous dites « l'intérêt qu'ont les producteurs à proposer un produit le moins cher possible provoque entre eux une concurrence ruineuse » Ne pensez-vous pas que ces propos pourraient figurer dans d'autres chapitres de la révision où vous encouragez la concurrence et où les effets seront les mêmes.</p> <p>Ceci mis à part, une réglementation plus explicite de l'usage des médicaments de substitution nous paraît judicieuse.</p>	MPF
<p>L'introduction d'un modèle dénommé ((réseau de soins coordonnés)) avait été déjà exigée lors des débats parlementaires. Ce système de soins uniforme et global, comprenant toutes les prestations, connu sous le nom de managed care présente pour une partie de la population une alternative intéressante, tout comme d'ailleurs les cercles de qualité introduits dans le canton de Fribourg. Cependant le fait que contrairement au droit en vigueur, les assureurs peuvent librement interrompre leur relation avec l'assuré peut engendrer des difficultés importantes pour ce dernier, puisque les responsables des modèles de soins intégrés peuvent convenir librement avec leurs assurés de leur adhésion et de leur retrait. Nous craignons un certain arbitraire et demandons que le législateur fixe une durée minimale de participation afin de protéger l'assuré.</p> <p>Le système managed care est une alternative intéressante à la forme classique de l'assurance obligatoire. Face à l'augmentation constante des primes il est probable qu'à l'avenir un nombre croissant de familles recourra à ce système, qui garantit une prise en charge globale du patient, la garantie de la continuité des soins et la qualité des prestations.</p> <p>Cette offre n'est cependant pas accessible à toutes les familles. Force est d'admettre</p>	Pro Familia

<p>qu'une disparité régionale aura pour conséquence une inégalité de traitement ou d'accès à de tels systèmes pour les assurés, respectivement pour les familles. Les régions urbaines seront bien plus en mesure d'offrir de tels services, comme c'est d'ailleurs le cas pour les HM0 et les PPO, que les régions rurales. Cette inégalité a aussi des effets sur le budget familial, puisque le libre choix - bien qu'il soit en théorie garanti - n'est pas réel. Nous demandons qu'une attention particulière soit vouée à ce potentiel discriminatoire, afin qu'il puisse être minimisé sinon éliminé.</p> <p>Nous ne nous prononçons pas sur les mesures proposées dans le domaine des médicaments. Nous constatons cependant qu'elles sont très timides et que les familles ne comprennent pas l'écart de prix entre le médicament acheté en Suisse et le même acheté à qualité égale chez nos voisins. Cet écart, du à la politique des prix et à l'interdiction des importations parallèles dans ce domaine, ne peut plus se justifier. La réduction de cet écart contribuerait, tout comme une promotion plus conséquente des génériques, à la réduction des coûts pour les assurés</p>	
<p>Die vorliegenden Teilrevisionen in der Krankenversicherung sind gesundheits- und pharmakoökonomische gesehen komplex. Es wird hier die Frage aufgeworfen, ob der aufgebaute Reformdruck mit seiner zeitlichen Komponente, der auf das Scheitern der 2. KVG-Revision von anfangs Jahr zurückgeht, allenfalls problematisch sein könnte. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, setzt sich die SAG dafür ein, dass politische Massnahmen im Gesundheitssystem vermehrt gesundheitsökonomisch auf die Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit hinterfragt werden müssen.</p> <p>Aus gesundheitsökonomischer Sicht muss die staatliche Steuerung generell in Frage gestellt werden. Zur Systemsteuerung sind allermindestens klare marktähnliche Strukturen anzustreben. Ebenso ist als Steuerdimension die ökonomische Rationalität – wo möglich und sinnvoll – zu befolgen. Die Debatte sollte sich zum Beispiel nicht nur auf die zusätzlichen Kosten einer neuen Massnahme beschränken – vielmehr ist der zusätzliche Nutzen zu quantifizieren.</p> <p>Inwiefern die vorstehend kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargelegten gesundheitsökonomischen Vorgaben in den Teilrevisionsbereichen 2A und 2B berücksichtigt wurden, kann nicht abschliessend beurteilt werden.</p> <p>Die gesundheitsökonomische Relevanz der Managed Care im Gesundheitssystem Schweiz ist zu wenig wissenschaftlich und ganzheitlich hinterfragt – und die „Wirksamkeit“ deshalb noch mit Fragezeichen zu versehen.</p> <p>Es scheint üblich geworden zu sein, dass vorgängig von gesundheitspolitischen Weichenstellungen, Expertengutachten eingeholt werden. Es fällt auf, dass die Expertengruppe im Bereich der Managed Care, die unter der Leitung von Dr. iur. Markus Moser stand, eventuell eher zu stark rechtlich und gesundheitspolitisch geprägt war. Es ist unbedingt zu verhindern, dass Reformen im Gesundheitssystem von rein politischen Sachzwängen diktiert werden. Der Rechtsetzung vorausgehen muss unbedingt vermehrt eine konzise gesundheitsökonomische Hinterfragung von vorgesehenen Massnahmen. Die Vernehmlassungsunterlagen lassen eine abschliessende Beurteilung, ob diese Forderung bei den Paketen 2A und 2B genügend berücksichtigt wurde, nicht zu.</p>	SAG
<p>Das 2. Gesetzgebungspaket enthält im Bereich der Medikamente nur geringfügige und ungenügende Änderungen.</p> <p>Aus Sicht der Wettbewerbskommission und im Einklang mit den Absichten des Bundesrates vom 25. Februar 2004 betreffend die Revision des KVG sind weitergehende Systemelemente zu prüfen, um die Effizienz auch im Medikamentenbereich zu steigern. Namentlich die folgenden Massnahmen sind einer eingehenden Prüfung zu unterziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abschaffung der leistungsabhängigen Abgeltung der Apotheker (LOA): Die Wettbewerbskommission verfügte zwar am 7. Juni 2000 die Abschaffung des Kartells über den Vertrieb von Arzneimitteln, allerdings setzte der Bundesrat auf 1. Januar 2001 das Abgeltungsmodell über die LOA in Kraft, das in eine staatliche Preis- und Margenordnung mündete. Die LOA baut auf der in Art. 35 KLV festgelegten Bemessung des Vertriebsanteils von Arzneimitteln auf und fixiert den Anteil der Beratungsleistungen der Apotheker/innen. Die staatliche Bemessung des Vertriebsanteils, der die Abgeltung der gesamten Vertriebsleistungen von Gross- und Fachhandel umfasst, macht den Vertrieb und damit den Verkauf von teureren gegenüber günstigeren Arzneimitteln 	WEKO

<p>lohnenswerter. Damit verhindert die geltende Regulierung die freie Preis- und Margensetzung im Medikamentenbereich und setzt trotz LOA auch für die Apotheker/innen Anreize, teurere anstelle von günstigeren Medikamente zu verkaufen. Wir empfehlen dem Bundesrat deshalb, die Abschaffung der LOA zu überprüfen.</p> <p>- Die Einführung einer maximalen Vergütung für eine Arzneimittelgruppe mit derselben Wirkung (Festbetragssystem): Nach diesem Konzept werden Arzneimittel der Spezialitätenliste den Versicherten nur bis zu einem Höchstbetrag vergütet und die geltende staatliche Preis- und Margenordnung wird ersetzt. Dieser Höchstbetrag orientiert sich an einem relativ preisgünstigen Arzneimittel einer Arzneimittelgruppe mit derselben Wirkung. Beziehen die Versicherten aus nicht medizinisch indizierten Gründen ein teureres Medikament, haben sie die preisliche Differenz selbst zu tragen (eine Form von Kostenbeteiligung). Existieren keine Substitute übernimmt der Versicherer den ganzen Betrag. Ein solches Vergütungssystem führt zu Preiswettbewerb auf Stufe der Hersteller und Grossisten und damit zu einer Effizienzsteigerung im Bereich der Arzneimittel.</p> <p>- Abschaffung des Inlandbeschaffungsprinzips für medizinische Produkte (inkl. Medikamente): Die Wettbewerbskommission hat dem Bundesrat empfohlen, die gesetzlichen Bestimmungen im Bereich der Krankenpflege-, Unfall- und Invalidenversicherung so anzupassen, dass die Kosten für im Ausland bezogene medizinische Produkte von den Versicherungsträgern übernommen werden, sofern diese Kosten (inkl. Medikamente) tiefer sind als jene in der Schweiz. Die dabei erzielten Einsparungen sind den Versicherten in angemessenem Umfang weiterzugeben. Eine solche Änderung kann dazu beitragen, das Preis-Kosten-Verhältnis von medizinischen Produkten zu verbessern. Die Abschaffung des Inlandbeschaffungsprinzips führt zu beachtlichen Preissenkungen und ist deshalb umzusetzen.</p> <p>Antrag: Weitergehende Massnahmen, die der Effizienzsteigerung im Bereich der Medikamente dienen, sind zu überprüfen:</p> <p>a) Abschaffung der leistungsabhängigen Abgeltung der Apotheker (LOA). b) Einführung einer maximalen Vergütung für eine Arzneimittelgruppe mit derselben Wirkung. c) Abschaffung des Inlandbeschaffungsprinzips für medizinische Produkte (inkl. Medikamente).</p>	
--	--

Art. 41a Besondere Versicherungsformen
Art. 41a Formes particulières d'assurance

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
41a	1 Le principe de la limitation du choix des fournisseurs de prestations à ceux qui sont désignés par l'assurance est une erreur de principe lourde de conséquences éthiques et sociales au départ. En témoigne le succès de plus en plus modeste de ce genre de proposition. Il y a lieu de remplacer cet article par les conditions de reconnaissance d'une organisation de Managed care. A la limite il devrait être biffé pour reprendre cette question dans le cadre de l'art. 41c.	FMH
41a	1 Der Begriff "kostengünstigere Versorgung" sollte ersetzt werden durch "effizientere und qualitativ hochstehende Versorgung". Die avisierten Modelle sollen primär aufgrund ihrer qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung gefördert werden. Die kostengünstigere Versorgung ist dabei ein willkommener und durchaus gewollter Nebeneffekt, der aber nicht garantiert werden kann. Managed Care-Versorgungsmodelle können zudem nur langfristig Erfolg haben, wenn die Qualität der medizinischen Leistungen sichergestellt bleibt und sie nicht das Image der Billigmedizin erhalten.	VSAO
41a	1 Die gesetzliche Bedingung, wonach eine Wahleinschränkung nur im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung möglich ist, macht wenig Sinn. Zwar kann eine Wahleinschränkung mit einer kostengünstigeren	santé- suisse

		<p>Versorgung einhergehen, was dem Versicherer erlaubt, eine tiefere Prämie anzubieten. Es kann aber auch zu einer besseren Versorgung kommen, insbesondere durch die koordinativen Leistungen in integrierten Versorgungsnetzen gemäss Art. 41c KVG-E. Zudem kann mit einer Wahl-einschränkung mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern erzeugt werden, sodass zwar eine Effizienzerhöhung stattfindet, diese aber bei jenen Leistungserbringern anfällt, die nicht in dieses Versicherungsprodukt eingebunden sind.</p> <p>Antrag: Abs. 1 wie folgt ändern: Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3)– die der Versicherer auswählt. Dazu gehören auch die integrierten Versorgungsnetze nach Artikel 41c.</p>	
41a	2	<p>Il est en effet indispensable de préciser que tout le catalogue des prestations prévu dans la loi doit être préservé.</p>	FRC
41a	2	<p>Absatz 2: „...die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert“. Dieser Satz ist verwirrend. Heisst dies, dass ein Versicherter, welcher ohne Überweisung Leistungen ausserhalb des Netzes konsumiert, in jedem Fall Anspruch auf Entschädigung durch das Netz hat, solange es sich um gesetzliche Pflichtleistungen handelt? Dies würde jede Steuerung und damit die Versorgungsnetze sinnlos machen. Korrekt müsste es heissen: „Die Versicherungen sind verpflichtet, mindestens die gesetzlichen Pflichtleistungen zu entschädigen, soweit sie durch Leistungserbringer gemäss Absatz 1 erbracht oder veranlasst worden sind“</p>	med-swiss.net
41a	2	<p>Unklar ist der Leistungsumfang und die Finanzierung: Was ist gemeint mit „gesetzliche Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert“? An welche Nicht-Pflichtleistungen wurde gedacht: Prävention und Gesundheitsberatung oder z.B. Hauswirtschaftliche Spitex-Leistungen / Spitex-Pflegeleistungen? Wie wird „gesetzliche Pflichtleistung“ definiert? Können Leistungen der Zusatzversicherungen eingeschlossen werden? Können Leistungen eingeschlossen werden, die andere Kostenträger finanzieren, wie z.B. die öffentliche Hand, SUVA, IV oder die versicherte Person?</p>	Spitex
41a	2	<p>Der vorliegende Entwurf sieht bei integrierten Netzwerken vor, dass im Rahmen von Behandlungsprozessen Leistungen erbracht werden können, die über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehen (Art. 41c Abs. 3 KVG-E). Diese Bestimmung macht für alle besonderen Versicherungsformen Sinn und soll deshalb unter Art. 41a Abs. 2 KVG-E aufgenommen werden. (Vgl. unsere Bemerkungen zu Art. 41c Abs. 3 KVG-E.)</p> <p>Antrag: Abs. 2: sind in jedem Fall versichert. Im Rahmen eines definierten Behandlungsprozesses können über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden, sofern dadurch Kosten eingespart werden.</p>	santé-suisse
41a	3	<p>Nous pouvons craindre que ces mécanismes engendrent de fait une désolidarisation partielle des gens en bonne santé et/ou de condition aisée du fait de la diminution de leur prime, dont on a besoin pour financer les soins fournis.</p> <p>La notion de bonus si, pendant une certaine période, le patient n'a pas bénéficié des prestations (<i>même si le Conseil fédéral peut en limiter la portée avec l'al. 5 de cet article ou avec l'art. 63 al. 3</i>), contredit de fait l'objectif énoncé dans le Commentaire à la page 15 : « <i>Les différences de coûts dues à des structures de risque favorables ne donnent pas droit à une réduction de prime</i> ».</p> <p>Nous pensons que, en lieu et place d'une réduction de prime, le bonus</p>	SAV

		<p>pourrait prendre la forme de participation aux coûts de prestations destinées à la prévention ou au dépistage précoce de troubles métaboliques, prestations qui pourraient d'ailleurs parfaitement être fournies de manière pratique, compétente et économique par les pharmaciens, seuls membres des professions médicales à rencontrer des personnes (apparemment) en bonne santé ou qui s'occupent de la santé de tiers.</p> <p>Proposition :</p> <p>Remplacer l'al. 3 lettre b par :</p> <p>« L'assuré n'ayant pas bénéficié de prestations pendant une certaine période peut être encouragé financièrement à prendre des mesures de prévention ou de dépistage précoce notamment dans le domaine des troubles dont l'évolution dépend significativement du comportement de l'individu. »</p>	
41a	3	<p>Der Buchstabe b ist zu streichen, da ein Bonus-/Malus-System dem Grundgedanken des KVG - der Solidarität - widerspricht.</p>	VSAO
41a	3	<p>Grundsätzlich soll bei allen besonderen Versicherungsformen die Möglichkeit bestehen, dass die Versicherer und die Leistungserbringer vereinbaren, dass der Leistungserbringer die Budgetverantwortung trägt (Capitation). Die Vertragspartner vereinbaren, auf welche Leistungen sich die Budgetverantwortung bezieht. Solche Verträge bestehen bereits heute. Im Umfang der Budgetverantwortung sind die Bestimmungen betr. Tarifverträge nicht anwendbar. Dies soll im Gesetz so festgehalten werden.</p> <p>Antrag:</p> <p>Einfügen eines neuen Absatzes 3bis:</p> <p>3bis Bei besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 41a Abs. 1 und Abs. 3 können Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass die Leistungserbringer im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der von ihnen betreuten Versicherten übernehmen (Budgetverantwortung). Die Vertragsparteien vereinbaren, auf welche Leistungen sich die Budgetverantwortung bezieht. Art. 43, 46, 47, 48, 49, 50 und 51 finden keine Anwendung.</p>	santé-suisse
41	3 und 4	<p>Um die Eigenverantwortung auch auf Seiten der Versicherten vermehrt zu fördern, regt das ffg – forum für ganzheitsmedizin darüber hinaus an, die Kompetenz des Bundesrates zu erweitern, neue Versicherungsmodelle als Pilotversuch oder definitiv zulassen (vgl. ffg-Grundsatzpapier „Förderung der Eigenverantwortung in der sozialen Krankenversicherung“).</p> <p>- Gesundheitssparkonten, wie sie im übrigen auch im Postulat 04.3066 von Nationalrat Guy Parmelin angeregt wurden, gehen für die Versicherten mit besonders hohen Anreizen einher, bewusster mit ihrer Gesundheit und allfälligen Krankheitskosten umzugehen. Zudem ermöglichen sie es auch wirtschaftlich schlechter gestellten Versicherten, zum Beispiel von der neu vorgesehenen Wahlfranchise von Fr. 2500.- und den damit verbundenen Rabatten Gebrauch zu machen.</p> <p>- Die jetzt in Artikel 41a Absatz 4 enthaltene Bestimmung „Vereinen, Stiftungen und anderen Institutionen [ist es] verboten, die Übernahme der Kosten, die sich aus diesen Versicherungsformen ergeben, vorzusehen“ ist übermässig restriktiv und sachlich nicht zu rechtfertigen.</p> <p>Antrag:</p> <p>Anpassung von Artikel 41a Absätze 3 und 4</p> <p>Abs. 3:</p> <p>Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen für Pilotversuche oder definitiv zulassen, namentlich solche, bei denen:</p> <ol style="list-style-type: none"> die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen; die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht; die Versicherten Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten 	ffg

		<p>erhalten; d. die Versicherten auf persönlichen Gesundheitskonten zweckgebundenes Sparkapital bilden können.</p> <p>Abs. 4: Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei Versicherungsformen nach Absatz 3 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Davon ausgenommen sind subsidiäre, versicherungsunabhängige Risikogemeinschaften auf freiwilliger Basis sowie Versicherungsformen, welche es den Versicherten ermöglichen, auf persönlichen Gesundheitskonten das Kapital für allfällige Kostenbeteiligungen selber anzusparen. Von diesem Verbot ausgenommen ist zudem die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes und der Kantone.</p>	
41a	4	Wir erachten diese Bestimmung in dieser absoluten Form nicht als sinnvoll.	VSAO
41a	5	<p>Die Chiropraktoren stehen den Managed Care Modellen solange mit einer gewissen Skepsis gegenüber, als die konkreten Ausgestaltungen noch nicht bekannt sind. Gemäss Artikel 41a Absatz 5 regelt der Bundesrat die besonderen Versicherungsformen näher. Dabei ist sicherzustellen, dass keine Abhängigkeiten der Chiropraktoren als eigenständigem Medizinalberuf von Medizinern entstehen. Es ist klar zu regeln, dass der Zugang zum Chiropraktor nicht einer Verschreibung des Arztes, auch nicht eines ärztlichen Gatekeepers bedarf. Alles andere würde dem bisherigen KVG-System der eigenständig diagnostizierenden und praktizierenden Chiropraktoren widersprechen. Der Kosten sparende Effekt bei der Behandlung durch den Chiropraktor setzt den freien Zugang zur Chiropraktik voraus. Dabei ist auch der geringen Chiropraktorendichte in unserem Lande Rechnung zu tragen.</p> <p>Wir fordern, dass Chiropraktoren im bundesrätlichen Ausführungsrecht ausdrücklich als Gatekeeper zuzulassen sind. Im Bereich Rücken- und Bewegungsapparatschmerzen sind sie die diealen Gatekeeper. In ihrer medizinischen Ausbildung bildet das Erkennen nicht-chiropraktischer Probleme einen Schwerpunkt und schon heute werden diese Fälle vom Chiropraktor gezielt dem Spezialisten oder Allgemeinmediziner zugewiesen.</p>	SCG
41a	5	<p>Da auf Bundesebene die Vernehmlassungsverfahren neu geregelt werden, soll in diesem Absatz festgehalten werden, dass beim Erlasse der entsprechenden Verordnung die interessierten Kreise zwingend anzuhören sind.</p> <p>Antrag: Abs. 5 wie folgt ergänzen: Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise die besonderen Versicherungsformen näher.</p>	COSAMA santé- suisse

Art. 41b Dauer des Versicherungsverhältnisses

Art. 41b Durée du rapport d'assurance

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
41b 1	<p>Dass die Änderung der Prämie oder die Verminderung der Prämienrabatte keinen wesentlichen Grund darstellt, um bei längerer Vertragsdauer einen Wechsel des Versicherers vor Ablauf der vereinbarten Dauer zu erlauben, vermindert die Attraktivität des Modells enorm. Auf diese Weise muss der Versicherte eine intransparente Bindung eingehen, was erfahrungsgemäss Versicherte mit einem hohen Kostenbewusstsein abschrecken wird. Auch in Bezug auf die Verpflichtung der Versicherten zum Abschluss eines Vertrages über drei Jahre muss bei Wohnortwechsel</p>	AI AR

		eine Ausnahme gemacht werden.	
41b	1	Die vorgesehene Möglichkeit einer Mindestversicherungsdauer von drei Jahren erachten wir für die Ausbreitung der Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als kontraproduktiv, da damit eine zusätzliche Eintrittsbarriere errichtet wird. Eine längere Mindestdauer wäre allenfalls bei den Wahlfranchisen zu begrüssen, wo es um eine rein ökonomische Entscheidung geht und die Gefahr der Entsolidarisierung gegeben ist. Für Managed Care Modelle sollten vielmehr Anreize geschaffen werden, auch längerfristig im integrierten Versorgungsnetz zu verbleiben. Wir schlagen daher vor, für Managed Care Modelle, die Möglichkeit von Prämienrabatten in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer zu schaffen.	BS
41b	1	La fixation à 3 ans de la durée du contrat doit être associée à la condition pour l'assureur de ne pas modifier la liste des fournisseurs de prestations admis durant ce même laps de temps. Imposer une durée contractuelle minimale va à l'encontre des objectifs de concurrence par la mobilité encouragés dans l'assurance de base.	GE
41b	1	Le flux des assurés vers les franchises à option est considérable depuis quelques années. Il résulte moins d'une volonté d'augmenter la participation aux coûts que de la recherche de diminuer, par tous les moyens, la charge des primes. Si, récemment encore, le choix d'une forme particulière d'assurance n'impliquait aucun risque financier pour l'assuré, il en va différemment depuis le 1 ^{er} janvier 2004, puisque que le rabais accordé par les assureurs ne peut désormais être supérieur à 80% du risque supplémentaire résultant du choix d'une franchise à option. Pour l'assuré, cette possibilité aboutit donc, en cas de soins médicaux, à une participation finale aux coûts plus élevée que celle découlant d'une couverture avec la franchise ordinaire. Le Projet prévoit maintenant que l'assuré, en plus, sera contraint, qu'il s'agisse du choix limité ou du choix d'une franchise à option, de rester lié à l'assureur durant 3 ans, indépendamment de l'évolution des primes. Il est à craindre que devant cette accumulation de barrières, l'assuré n'en revienne à abandonner les formes particulières d'assurance, tant leur attractivité décline.	NE
41b	1	Chiediamo di abolire (art. 41 b cpv. I) la clausola che prevede che l'assicuratore può prevedere una durata del rapporto d'assicurazione fino a tre anni. In effetti, il fatto che il contratto possa legare il paziente ad un Managed care per una durata massima di tre anni (il che significa che l'incentivo per i gestori di questa formula particolare di assicurazione sarà quello di legare il maggior numero di aderenti per la durata massima prevista), aumenta la difficoltà, per un paziente che dovesse trovarsi improvvisamente in uno stato di salute precario, di difendersi contro un possibile razionamento delle cure ritornando verso un sistema assicurativo "normale".	TI
41b	1	Die Einführung einer Mindestdauer der Versicherungsverhältnisse als Kompensation und als Mindestgarantie für die Versicherten ist zu prüfen: Bei mehrjährigen Verträgen kann die versicherte Person nur bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen die Versicherungsumform wechseln, wobei die Änderung der Prämie keinen Grund zum Wechseln bildet (Art. 41b (neu)). Diese Klausel widerspricht der sonstigen Handhabung im KVG. Aus diesem Grund drängt sich eine Prüfung der Mindestdauer auf.	CVP
41b	1	Le PLS soutient la proposition concernant la durée maximale du rapport d'assurance de trois ans. Il estime que celle-ci est nécessaire pour éviter que les personnes renoncent à leur responsabilité en cas de maladie pour retourner dans le système de l'assurance ordinaire. Cette durée maximale pourrait même être plus longue pour influencer le comportement des assurés.	LPS
41b	1	Im Grundsatz Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Wenn jedoch eine Vertragsdauer von 3 Jahren vorgesehen wird, so ist auch die Prämienreduktion entsprechend auszugestalten! Die heute gültigen Reduktionen erscheinen in diesem Fall als zu niedrig. Die SVP	SVP

		verlangt, dass der Bundesrat dazu entsprechende zusätzliche Informationen abgibt, wie er gedenkt, die entsprechende Verordnung auszugestalten.	
41b	1	L'ACSI chiede di abolire (art. 41 b cpv. 1) la clausola che prevede che l'assicuratore può prevedere una durata del rapporto d'assicurazione fino a tre anni. In effetti, il fatto che il contratto possa legare il paziente ad un "Managed care" per una durata massima di tre anni aumenta la difficoltà, per un paziente che dovesse trovarsi improvvisamente in uno stato di salute precario, di difendersi contro un possibile razioramento delle cure ritornando a un sistema assicurativo "normale".	acsi
41b	1	La nouvelle disposition selon laquelle l'assureur peut prévoir une durée du rapport d'assurance allant jusqu'à trois ans est logique, en particulier parce qu'elle est susceptible d'influencer durablement le comportement de l'assuré. Mais il va aussi de soi qu'elle aura un aspect dissuasif s'agissant de l'accès aux réseaux de soins.	CP
41b	1	Längere Vertragsdauer von bis zu 3 Jahren für Managed-Care-Modelle: Wir betrachten die neue Bestimmung, dass der Versicherer die Dauer des Versicherungsverhältnisses im Rahmen der besonderen Versicherungsformen auf maximal drei Jahre vorsehen kann, als entscheidenden Fortschritt. Wer ein Managed-Care-Modell wählt, wird mit einem Prämienrabatt belohnt. Vereinfacht jedoch die Gesetzgebung den „Ausstieg“ aus diesen Versicherungsvarianten im Schadensfall durch die kurzen Kündigungsfristen, wird die angestrebte Einsparung, die den Prämienrabatt rechtfertigt, zu Lasten der Solidar-gemeinschaft verhindert. Die Managed-Care-Modelle würden dadurch vom „Kostensparmodell“ (und Qualitätssteigerungsmodell) zum Prämiensparmodell degradiert. Die Erhöhung der Vertragsdauer auf maximal drei Jahre ist unseres Erachtens ein wichtiges Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortung sowohl auf Seiten der Versicherten wie auch der Versicherer.	economie-suisse
41b	1	Le groupe d'experts précité est aussi arrivé à la conclusion qu'il ne fallait pas imposer aux assurés une durée minimale de participation, sans toutefois exclure totalement cette possibilité. Or, selon le projet qui nous est soumis, l'assureur peut prévoir pour le rapport d'assurance une durée maximale de trois ans. Si l'on peut comprendre qu'il soit nécessaire d'imposer une certaine durée afin que le système mis en place ne perde pas toute efficacité, il est néanmoins inquiétant de constater qu'un changement d'assureur avant l'échéance de la durée convenue n'est possible qu'en cas de changement important des conditions d'assurances, alors qu'une hausse de prime ou une diminution du rabais sur la prime ou de la ristourne ne constitue pas un changement important en l'espèce. L'assuré devrait pouvoir sortir du système en cas de hausse de prime, à tout le moins en cas de hausse relativement importante.	FER
41b	1	Nous sommes également opposées à la durée de 3 ans du contrat liant l'assuré à ce type d'assurance. Ou alors il faudrait considérer l'augmentation de la prime ou la baisse du rabais comme une modification essentielle du contrat, permettant la renonciation. Les avantages sont surtout en faveur des assureurs plus que des assurés alors que ce sont les assurés qui paient les primes. Nous profitons encore de rappeler que le système de la compensation des risques devrait être revu. Ne tenir compte que de l'âge et du sexe, en mettant de côté le coût des traitements, est insuffisant. Il faudrait peut-être penser à créer un « Pool des hauts risques ». Nous estimons que cette durée de 3 ans désavantage les assurés et pire, va contre une incitation à entrer dans un réseau, cela d'autant plus qu'une augmentation de prime ou une baisse du rabais, décidés unilatéralement par les assureurs, ne constitue pas un motif de renonciation. Il est indispensable de ne prévoir qu'une année et de ne pas laisser le choix de 3 ans aux assureurs.	FRC
41b	1	Um zu verhindern, dass die besonderen Versicherungsverhältnisse nur dann angewendet werden, wenn sie den Versicherten einen kurzfristigen	SGV

		Vorteil versprechen, begrüßen wir es, dass den Versicherern die Möglichkeit eingeräumt wird, die Mindestvertragsdauer auf bis zu drei Jahre anzuheben.	
41b	1	Die vorgeschlagene Lösung, dass der Versicherer Versicherungsnehmer mit einer besonderen Versicherungsform (z.B. MC-Modelle, wählbare Franchise) maximal drei Jahre an das gewählte Versicherungsverhältnis binden kann, geht in die richtige Richtung. Wir beantragen aber die Frist von 3 auf 5 Jahre zu erhöhen. Ein solche Regelung behebt die heute gängige "Rosinenpickerei" wenigstens teilweise, in dem gesunde Personen jahrelang von Prämien-Rabatten der besonderen Versicherungsformen profitieren und sobald eine Behandlung ansteht, ins System der ordentlichen Franchise zurückkehren. Bei den wählbaren Franchisen lässt sich die Umgehung der selbst gewählten Kostenbeteiligung im heutigen System in vielen Fällen zum Voraus richtiggehend planen. Diesem Missbrauch muss dringend mit einer längeren Bindung an das gewählte Prämiensparmodell begegnet werden.	SBV
41b	1	Wenig sinnvoll ist es angesichts des geforderten freiwilligen Beitritts der Versicherten zu managed care-Modellen diese für eine dreijährige Versicherungsdauer zu verpflichten. Wie bei den anderen Versicherungsmodellen soll die Kündigungsdauer weiterhin ein Jahr betragen.	SGB
41b	1	Plutôt que de bloquer l'assuré dans un système, on pourrait au contraire postuler qu'il pourrait bénéficier d'avantages s'il fait preuve d'une fidélité d'une durée suffisante à une organisation tout en l'autorisant à en changer s'il le désire. L'article devrait être biffé et ce genre de conditions incorporé dans un alinéa supplémentaire de l'art. 41c.	FMH
41b	1	Mehrjährige Versicherungsverträge (Art. 41 b neu) sollen verhindern, dass Versicherte nicht nur zum Prämien sparen die besonderen Versicherungsformen wählen und diese Formen verlassen, sobald sie erkranken. Wir erachten diese Bestimmungen für die besonderen Versicherungsformen mit Wahlfranchise als sinnvoll. Für die Ausbreitung der Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl ist diese Möglichkeit kontraproduktiv. Sie führt zu einer Eintrittsbarriere, weil beim Eintritt in ein integriertes Versorgungsnetz oft ein neuer Arzt gewählt werden muss. Statt einer starren Regelung sollten Anreize geschaffen werden, im integrierten Versorgungsnetz zu bleiben. Wir schlagen daher vor, Prämienrabatte in Abhängigkeit der Versicherungsdauer zu gewähren und zwar auch dann, wenn Leistungen (systemkonform) in Anspruch genommen worden sind. Mehrjährige Verträge schmälern die Attraktivität der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, weil oft auch ein neuer Arzt oder eine neue Ärztin gewählt werden muss. Wir schlagen vor, die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer von dieser Bestimmung auszunehmen und statt dessen, auch bei Leistungsbezug Rabatte in Abhängigkeit der Dauer des Versicherungsverhältnisses zuzulassen. Antrag: Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41 a Abs. 3 eine Dauer des Versicherungsverhältnisses von bis zu drei Jahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleiben vorbehalten.	HMO Gesund- heitsplan
41b	1	Die Möglichkeit einer Verlängerung der Vertragsdauer ist sinnvoll und wird von uns begrüsst.	med- swiss.net
41b	1	Der Versicherte soll verpflichtet werden, maximal drei Jahre dem Managed Care-Modell treu zu bleiben. Sobald sich gesundheitliche Probleme einstellen oder beim Älterwerden, kann er sich in die volle Solidarität der Versichertengesamtheit wieder einklinken. Unseres Erachtens muss eine längere Bindungsfrist verlangt werden. Wir erachten eine Mindestdauer eines solchen Managed Care-Vertrages von fünf Jahren als angemessen. Weiter soll es nach Ablauf der Mindestdauer nicht möglich sein, jährlich nach Art. 7 KVG den Versicherer zu wechseln. Es sollen feste	PULSUS

		<p>Vertragsdauern abgeschlossen werden, die sich jeweils für eine Mindestdauer von fünf Jahren wieder erneuern müssen. Die Möglichkeit, nach Ablauf einer Festdauer im Sinne von Art. 7 KVG jährlich das Modell, den Versicherungsvertrag wie auch den Versicherer zu wechseln, lehnen wir ab. Ein Versicherter, der sich für ein Managed Care-Modell entscheidet, soll dies immer in einer festen Vertragsdauer mit einer minimalen Dauer von fünf Jahren tun müssen. Es soll verhindert werden, dass diese Managed Care-Modelle nur von jungen und gesunden Versicherten in Anspruch genommen werden, weil sie die Möglichkeit haben, bei ernsthaften gesundheitlichen Veränderungen zum klassischen Versicherungsmodell zurückzukehren. Dieser „Schutz des managed-care Versicherten“ beinhaltet bereits die Bankrotterklärung der Managed Care-Modelle. Offensichtlich sind der Gesetzgeber wie auch die Befürworter solcher Modelle der Ansicht, die Managed Care-Modelle seien „Schönwetter-Modelle“, die bei ernsthaften gesundheitlichen Störungen nicht den gewünschten Versicherungsschutz bieten würden. So wird der Risikoausgleich zwischen gesund und krank in der obligatorischen Normalversicherung gestört und die Prämien dem Erhöhungsdruck ausgesetzt.</p>	
41b	1	<p>Nous soutenons le principe d'adhésion durable aux modèles particuliers d'assurance. Toutefois, il nous semble que l'exclusion de la hausse de prime comme critère de dénonciation nécessite la prise en compte d'un ordre de grandeur.</p>	SAV
41b	1	<p>Die vertragliche Bindung des Versicherungsverhältnisses für bis zu drei Jahre begrüsst der SVDE ASDD, damit Managed Care Modelle eine angemessene Start- und Überlebenschance erhalten.</p>	SVDE
41b	1	<p>Wir erachten die Möglichkeit einer minimalen Dauer des Versicherungsverhältnisses als ausserordentlich unattraktiv gegenüber Patienten und Versicherten und beantragen, diesen Artikel zu streichen. Wenigstens ist die Möglichkeit eines vorzeitigen Austritts aus Managed Care-Versorgungsmodellen vorzusehen. Managed Care ist in erster Linie ein Versorgungsmodell und nicht ein Versicherungsmodell, zentrale Eckpfeiler sind die Freiwilligkeit aller Beteiligten. Die Einführung einer minimalen Vertragsdauer, welche deutlich länger ist als die minimale Verweildauer bei einem Versicherer, beruht primär auf versicherungstechnischen Überlegungen und gefährdet die Akzeptanz von Managed Care bei den Versicherten nachhaltig.</p>	VSAO
41b	1	<p>Wir begrüssen, dass von Seiten des Gesetzgebers die Möglichkeit einer vertraglichen Bindung von bis zu 3 Jahre vorgesehen ist. Aus Sicht Managed Care sollte diese Dauer noch länger sein. Einerseits erscheinen die 3 Jahre für den Versicherten als ein relativ langer Zeitraum, andererseits hängt es schlussendlich von der Prämie ab, wie lange sich der Versicherte binden will. Vorschlag: Der Artikel ist wie folgt anzupassen: ...eine Dauer des Versicherungsverhältnisses von bis zu 5 Jahren...</p>	COSAMA
41b	1	<p>Mehrjährige Verträge schmälern die Attraktivität der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Eintrittshürde für die Versicherten). Obgleich dies als „Kann“-Vorschrift ausgestaltet ist, ist damit zu rechnen, dass die Versicherer darauf bestehen. Bei den Bonusversicherungen sowie Versicherungen mit erhöhter KOBE sind jedoch mehrjährige Verträge anzustreben.</p>	ÖKK
41b	1	<p>santésuisse begrüsst diese Bestimmung. Versicherungsmodelle nach Art. 41a KVG-E und Versicherungsmodelle mit erhöhter Wahlfranchise machen wenig Sinn, wenn der Versicherte das Modell jedes Jahr – je nach seinem momentanen Gesundheitszustand – ändern kann. Aus diesem Grund soll auch für die Versicherungsmodelle mit erhöhter Wahlfranchise eine Mindestvertragsdauer gelten. Antrag:</p>	santé-suisse

		<p>Neuer Artikel 7 Abs. 2bis KVG (oder allenfalls Anpassung von Art. 94 Abs. 2 KVV:) Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einen anderen Versicherer ist frühestens drei Jahre nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbarer Franchise unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.</p>	
41b	1	<p>Wir haben ein gewisses Verständnis dafür, dass es möglich sein soll, bei der Wahl einer besonderen Versicherungsform eine Mindestdauer von bis zu 3 Jahren festzulegen. Die Attraktivität der besonderen Versicherungsformen wird dadurch jedoch kaum erhöht und der Wettbewerb unter den Versicherern durch die entsprechenden Bindungen beschränkt. Unverständlich ist für uns der Vorschlag, dass eine Änderung der Prämienermässigung keinen Grund zum Wechsel des Versicherers bildet: Wir halten es für unzulässig, dass der Versicherer während der laufenden Dauer (z.B. 3 Jahre) der gewählten Versicherungsform die prozentuale Prämienermässigung ändert. Die Bindung muss für beide Seiten gleichermaßen gelten.</p>	SAEB
41b	2	<p>In Bezug auf die Verpflichtung der Versicherten zum Abschluss eines Vertrages über drei Jahre muss bei Wohnortwechsel eine Ausnahme gemacht werden. Konkreter Regelungsvorschlag: Art. 41b Abs. 2: Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 7 entschieden, so kann sie den Versicherer vor Ablauf dieser Dauer nur bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen wechseln oder wenn die versicherte Person ihr Domizil an einen Ort verlegt, an dem der Versicherer kein entsprechendes Angebot hat. Der Versicherer vereinbart (. .)</p>	BE GDK
41b	2	<p>Nous sommes d'avis qu'une modification de la prime (hausse) dépassant une certaine limite est un motif suffisant pour permettre à l'assuré de changer d'assureur. Il est ainsi proposé soit de tracer la phrase « Une modification de la prime ou de la réduction de prime ne constitue pas un motif pour changer d'assureur », soit de définir une augmentation maximale au-delà de laquelle un changement d'assureur devient possible. Un changement d'assureur doit également être prévu lors d'un changement de domicile de l'assuré à un lieu où l'assureur n'offre pas de prestations correspondantes.</p>	FR
41b	2	<p>Der Umstand, dass die Änderung der Prämie oder die Verminderung der Prämienrabatte keinen wesentlichen Grund darstellen, um bei längerer Vertragsdauer einen Wechsel des Versicherers vor Ablauf der vereinbarten Dauer zu erlauben, wie auch die Möglichkeit der Versicherer ihren Versicherten ein Vertragsverhältnis von drei Jahren zur Bedingung zu machen, vermindern die Attraktivität des Modells enorm. Auf diese Weise muss der Versicherte die "Katze im Sack kaufen", was erfahrungsgemäss Versicherte mit einem hohen Kostenbewusstsein nicht gerne tun.</p>	GR
41b	2	<p>Nous déplorons, par ailleurs, le libellé flou de l'article 4?b, alinéa 2 du Projet lorsqu'il édicte que "l'assuré ne peut changer d'assureur au cours de cette durée qu'en cas de modifications essentielles des conditions d'assurance". Sur ce point, le Message ne donne qu'un exemple : le cas où l'assureur augmenterait la participation aux coûts. Afin d'éviter des procédures litigieuses, nous préconisons l'établissement d'une liste exhaustive des "modifications essentielles", à intégrer dans le corps de cet article, ou un renvoi de compétence au Conseil fédéral pour une énumération dans l'Ordonnance (OAMal). Il en va de même quant à la question des "modalités de sortie", dont l'assureur devrait convenir avec l'assuré. Outre le fait que l'on ne mesure pas exactement ce que recouvre la notion, on peut craindre à la fois un arbitraire de la part des assureurs et une inégalité de traitement des assurés due aux pratiques différentes que pourraient dévelop-</p>	NE

		per les assureurs.	
41b	2	<p>Ausstiegsmöglichkeiten des Versicherten aus einem MCO: Im vorliegenden Vorschlag ist ein Ausstieg des Versicherten vor Ablauf der vereinbarten Dauer des Versicherungsverhältnisses nur möglich, wenn sich die Versicherungsbedingungen wesentlich ändern. Die im erläuternden Bericht vorgenommene Differenzierung von wesentlichen (z.B. Erhöhung der Kostenbeteiligung) und unwesentlichen Änderungen (Erhöhung der Prämie, Verminderung des Prämienrabatts, Verminderung der Rückvergütung) scheint uns nicht logisch und sollte neu durchdacht werden. Aufgrund dieser Formulierung könnte eine Versicherung mittels Prämienrabatten gute Risiken anlocken und anschliessend die Prämie erhöhen, ohne dass dies ein anerkannter Austrittsgrund für die Versicherten wäre.</p> <p>Vorschlag: Die economiesuisse beantragt, den letzten Satz zu streichen, da wie oben ausführlich erläutert eine Änderung der Prämie oder der Prämienermässigung auch ein wesentlicher Austrittsgrund sein kann.</p>	economiesuisse
41b	2	Cet alinéa ne nous convient pas, car l'assuré doit pouvoir quitter sa caisse-maladie en tout temps, selon les règles de base de la LAMal.	FRC
41b	2	<p>Im Abs. 2 wird die Vertragsauflösung auf wesentliche Gründe beschränkt. Allerdings bleiben mit dem letzten Satz alle Prämien erhöhungen oder Prämienermässigungen davon ausgenommen. Dies schränkt in einem wesentlichen Teil das Kündigungsrecht der Versicherten ein. Auch die beiden genannten Punkte sollten zum Katalog der wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen gehören.</p> <p>Vorschlag: Letzten Satz streichen.</p>	SAGV
41b	2	<p>Gemäss Absatz 2 soll bei "wesentlichen" Änderungen der Versicherungsbestimmungen ein vorzeitiger Austritt aus der Versicherungsform möglich sein. Dieser Begriff ist unpräzis und wird im Alltag zu einem grossen bürokratischen Aufwand führen. Versicherte dürften eine Rabattsatzsenkung subjektiv als "wesentlich" beurteilen, unabhängig davon, was im Gesetz steht.</p> <p>Wir schlagen vor, eine Streichung der vorzeitigen Austrittsmöglichkeiten bei den übrigen besonderen Versicherungsformen zu prüfen.</p>	HMO Gesundheitsplan
41b	2	Die genannten Nicht-Austrittsgründe sind nicht weiter auszudehnen. Es soll und muss die Aufgabe eines jeden Versicherers sein, die Austrittsmodalitäten und Gründe in seinen AVB's frei festzulegen.	COSAMA
41b	2	Der Begriff der „wesentlichen Vertragsänderungen“ sollte geklärt werden (allenfalls mit Aufzählung von einzelnen Fällen). Auch wenn die Austrittsmodalitäten (und wohl auch –gründe) mit den Versicherten vereinbart wird, gibt es immer wieder unklare Fälle, die dann erheblichen adm. Aufwand für den Versicherer zur Folge haben. Fraglich, ob diese Einschränkung nicht eine ungerechtfertigte Schlechterstellung mit anderen Versicherten darstellt (z.B. solche mit erhöhten Franchisen).	ÖKK
41b	2	<p>Die genannten Nicht-Austrittsgründe sind nicht weiter auszudehnen. Es soll und muss die Aufgabe eines jeden Versicherers sein, die Austrittsmodalitäten und Gründe in seinen AVB's frei festzulegen. Auch den Begriff „wesentliche Vertragsänderung“ sollen die Versicherer in den AVB's genauer definieren können.</p> <p>Antrag: Abs. 2 wie folgt ergänzen: Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person die Austrittsmodalitäten, insbes. die als wesentlich geltenden Änderungen der Versicherungsbedingungen. Eine Änderung der Prämie oder der Prämienermässigung bilden keinen Grund zum Wechsel des Versicherers.</p>	santé-suisse
41b	3	Es ist uns bekannt, dass bestehende Managed Care-Angebote wegen dem Alter der Versicherten kurzfristig gekündigt und die Versicherten in die ordentliche Grundversicherung versetzt wurden (z.B. Helsana). Es darf	SSR

		nicht sein, dass sich Managed Care-Modelle in unsolidarischer Art von Kostenrisiken entledigen und damit die Prämien der Grundversicherung für die betroffenen Versicherten in die Höhe treiben. Deshalb soll ihnen nur in begründeten Fällen ein Kündigungsrecht eingeräumt werden. Deshalb folgender Vorschlag: Art. 41b Abs. 3 neu: Den Versicherern bzw. Leistungserbringern ist untersagt, die Versicherung von sich aus zu kündigen. In begründeten Fällen entspricht die Kündigungsfrist der Versicherer jener der Versicherten. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.	
--	--	--	--

Art. 41c Integrierte Versorgungsnetze
Art. 41c Réseaux de soins intégrés

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
41c	1	Wir schlagen vor, die Versicherer seien gesetzlich zu verpflichten, besondere Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahlfreiheit (Hausarztmodelle oder integrierte Versorgungsnetze) anzubieten.	SH
41c	1	Caratteristiche del mercato sanitario: ricordiamo, in primo luogo, che il "mercato sanitario" non può essere assimilato ad un mercato classico di beni e servizi usuali e ciò a causa soprattutto di un fattore fondamentale: l'asimmetria d'informazione. Il modello di Managed care proposto, per il gran numero di contratti e di negoziazioni che dovranno essere stabiliti fra i diversi fornitori di prestazioni (con il conseguente aumento dei costi di transazione), sarà sicuramente confrontato a tale problematica. Le esperienze fatte in altri paesi europei, come la Gran Bretagna, dimostrano le lacune di questo modello. La Gran Bretagna ha, per esempio, abbandonato il modello del "GP founholder" fondato su principi simili a quelli proposti dal nuovo progetto legislativo.	TI
41c	1	Bei Absatz 1 legen wir Wert auf die Qualitätssicherung. Die bestehende Tendenz zur Zweiklassenmedizin darf keinesfalls gefördert werden.	EVP
41c	1	Bezüglich der in der Vernehmlassungsvorlage aufgeführten Bestimmungen ist zu erwähnen, dass der bundesrätliche Vorschlag zur Förderung von besonderen Versicherungsmodellen auf die Freiwilligkeit aller Partner (Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte) setzt. Es gibt somit keinen Zwang, ein Schweizweit flächendeckendes Angebot von entsprechenden Netzwerkmodellen sicherzustellen, wie dies im Modell der gescheiterten 2. KVG-Revision gefordert wurde. Die FDP ist der Auffassung, dass ein möglichst flächendeckendes Angebot von besonderen Versicherungsmodellen (unter Berücksichtigung von speziellen Kriterien für Randregionen) längerfristig das Ziel sein soll. Im Rahmen des auf Freiwilligkeit beruhenden Systems muss daher mit entsprechenden Anreizen für alle Akteure operiert werden können.	FDP
41c	1	Le PLS soutient la proposition qui accorde un caractère facultatif au système de managed care autant bien pour les assureurs que pour les assurés.	LPS
41c	1	Ablehnung der vorgeschlagenen Änderung. Es geht hier nicht um eine grundsätzliche Ablehnung, sondern um die Frage, wie dieser Gesetzesartikel umgesetzt werden soll. Man erwähnt in Abs. 3, dass die gesamte Behandlungskette koordiniert werden muss. Auf der anderen Seite sind die öffentlichen Spitäler als Leistungserbringer sowieso gesetzt. Der Artikel wird aus diesem Grund erst umsetzbar sein, wenn für die Spitalfinanzierung das monistische System eingeführt ist und auch für öffentliche, stationäre Leistungserbringer der Kontrahierungszwang aufgehoben wird. Zudem verweist der Bundesrat in seiner Vernehmlassung darauf hin, dass sowieso Ausnahmen bezüglich der Kostenübernahme diktiert werden	SVP

		müssen (Transplantationen etc.).	
41c	1	<p>Freiwilligkeit für alle Partner (Versicherer, Leistungserbringer, Versicherte). Wir begrünnen es, dass der Zwang für die Versicherer zu einem flächendeckenden Angebot von besonderen Versicherungsmodellen, der in der gescheiterten 2. KVG-Revision enthalten war, zu Gunsten einer für alle Partner (Versicherer, Leistungserbringer, Versicherte) auf Freiwilligkeit basierenden Förderung von Managed Care weicht. Unserer Meinung nach liegt es an den Versicherern und Leistungserbringern, interessante Modelle anzubieten, so dass auch eine Nachfrage entsteht. Der Markt soll die Managed-Care-Modelle gestalten. Eine gesetzliche Dekreditierung, wie sie der Vorschlag der gescheiterten 2. KVG-Revision enthielt, lehnen wir ab. Sie würde zu Pseudo-Managed-Care-Modellen führen, die dem Ruf dieser Versicherungsform mehr schaden als nutzen würde. Zudem kann im Falle einer flächendeckenden Einführung des Gatekeepermodells (HAM, HMO) aus mehreren Gründen (kurze Versuchsperiode, Aussagekraft der ersten Ergebnisse nicht repräsentativ, Selektion motivierter Ärzte, Selektion guter Risiken unter den Versicherten etc.) nicht erwartet werden, dass in gleichem Umfang wie beim heutigen nicht flächendeckenden Angebot Kosten eingespart werden.</p> <p>Mindestregelungen für Vertrag zwischen Netzwerken und Versicherern: Die Verankerung der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz, die Freiwilligkeit für alle Partner und die Forderung von Qualitätssicherung begrünnen wir. Die weiteren Punkte der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern einerseits (Vergütungsformen etc.) und zwischen Versicherern und Versicherten andererseits (Ein- und Austrittsmodalitäten, finanzielle Anreize etc.) sind vertraglich und nicht gesetzlich zu regeln. Die im erläuternden Bericht geforderten gesetzlichen Mindestregelungen für einen Vertrag zwischen dem Netzwerk und dem Versicherer gehen eindeutig zu weit und engen den Handlungsspielraum der Akteure zu stark ein. Viele Begriffe sind unklar und bergen somit Konfliktpotential. So ist beim Begriff Behandlungsprotokoll unklar, ob die Krankenkassen von den Leistungserbringern lediglich die Erstellung von Behandlungsprotokollen verlangen könnten, oder ob sie in die ärztliche Therapiefreiheit eingreifen könnten. Eine Festlegung von Behandlungsprotokollen zwischen Netzwerk und Versicherer wäre nicht sinnvoll und ineffizient, da Behandlungsprotokolle einem steten Optimierungsbedarf unterliegen. Bei den Begriffen „Zusammenführung der Patienteninformation“ könnten sich Datenschutzprobleme ergeben. Um der Innovationskraft des Wettbewerbs eine Chance zu geben, muss die Definition von Einzelheiten an die Vertragspartner delegiert werden.</p> <p>Vorschlag: Hier wird im Absatz 1 juristisch mit dem Begriff „Gruppe“ nicht ganz klar definiert, wer der Vertragspartner der Versicherer und Versicherten ist. Es ist zwingend, dass dies das Netzwerk und nicht einzelne Leistungserbringer im Netzwerk sind. Verträge mit jedem einzelnen Leistungserbringer sind z.B. für kleinere Versicherer kaum durchführbar. Wir beantragen deshalb im ersten Satz das Wort Gruppe zu ersetzen durch Vertragsnetzwerk von Leistungserbringern.</p>	economie-suisse
41c	1	<p>Hier wird im Absatz 1 mit dem Begriff "Gruppe" juristisch nicht ganz klar definiert, wer der Vertragspartner der Versicherer und Versicherten ist. Gemeint ist wohl die in einem Vertragsnetzwerk organisierte Gruppe der Leistungserbringer, was immer die Rechtsform dieser Gruppe ist.</p> <p>Vorschlag: Präzisieren: "Einer oder mehrere Versicherer können mit einer als Vertragsnetzwerk organisierten Gruppe von Leistungserbringern, die ...".</p>	SAGV
41c	1	Wir begrünnen die Regelung, dass MC-Modelle durch die Versicherer freiwillig angeboten werden können. Ein Obligatorium lehnen wir entschieden ab.	SBV
41c	1	Nachdem bereits die bekannten Managed Care-Modelle auf wenig	PULSUS

		<p>Akzeptanz stossen, sind wir der Meinung, auf weitere Modelle in diesem Versuchs-Bereich sei zu verzichten. Wir lehnen eine Zulassung von integrierten Versorgungsnetzen im Rahmen des KGV ab.</p>	
41c	1	<p>L'idée de réseaux de soins intégrés est en soi séduisante. Présentée ainsi, elle présente à notre avis trois défauts majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en exigeant que le réseau fournisse la totalité des prestations de l'assurance obligatoire des soins, on n'encourage pas les réseaux spécialisés qui fonctionnent actuellement preuves à l'appui, comme par exemple les « Cercles de qualité pharmaciens-médecins pour l'optimisation de la prescription ». - en permettant des clauses d'exclusivité, comme c'est dit dans le Commentaire à la page 13, le législateur laisse libre cours à l'arbitraire, à la politique des « petits copains », voire aux compérages et corruptions directes, en faisant fi de la qualité. Ces trois cas de figure doivent être explicitement interdits et punis et pour cela il faut inscrire dans la Loi des dispositions précises et incontournables à cet effet. - Les cantons doivent pouvoir éviter que de tels modèles ne mettent en péril leur réseau local d'approvisionnement en soins, car ce souci est de leur compétence constitutionnelle. Une obligation d'accepter des fournisseurs de prestations dans le réseau, à qualité et conditions égales, doit pouvoir être édictée par la Confédération ou par les cantons. <p><i>Exemple concret : le recours exclusif d'un réseau intégré (localement dominant) à l'approvisionnement en médicaments par un fournisseur spécialisé dans la vente par correspondance serait contraire à l'intérêt général et aux besoins en services de proximité de la population.</i></p> <p>Propositions :</p> <p>Vos services sont plus à même que nous de trouver les formulations capables d'atteindre les buts évoqués ci-dessus.</p> <p>La SSPh est favorable en principe à tout modèle de coopération entre acteurs qui permette d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité économique du système. Mais si la version finale de la Loi ne tient pas compte des craintes fondées ci-dessus, il faudra compter avec une opposition claire de notre profession.</p>	SAV
41c	1	<p>compléter en tout cas l'alinéa 1 comme suit :</p> <p>« ... avec un groupe de fournisseurs de prestations indépendants organisés dans un réseau de soins intégrés que le traitement des assurés ayant souscrit expressément au modèle d'assurance ...</p>	SAV
41c	1	<p>Wenn diese Konzepte ein Beitrag zur Kostenlenkung und –senkung unter Wahrung der Qualitätssicherheit leisten müssen, braucht es mehr Verbindlichkeit. Das heisst beispielsweise, dass solche Modelle von den Versicherern flächendeckend angeboten werden müssten.</p>	SBK
41c	1	<p>Der Spitex Verband Schweiz befürchtet, dass diese grosse Gestaltungsfreiheit aller Partner zu einer einseitigen <i>Machtkonzentration bei den ÄrztInnen</i> im ambulanten Sektor führen wird. Mindestens aber wird die <i>Gestaltungsfreiheit einseitig bei den Versicherern und der Ärzteschaft konzentriert</i>. Alle anderen Leistungserbringer (wie z.B. Spitäler oder Spitex) sowie die PatientInnen haben keinen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der integrierten Versorgungsnetze.</p> <p>Wie funktioniert die Abgeltung für Spitex (Art. 41c Abs 1 letzter Satz)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solange für Spitex die KVG-Rahmentarifen gültig sind? - Wenn die Vollkosten ausgewiesen werden? - Wie berechnet sich eine Spitex-Capitation? - Wie werden Beiträge der öffentlichen Hand an Spitex behandelt? - Wie werden notwendige, aber nicht versicherte Pflegeleistungen abgegolten? <ul style="list-style-type: none"> a) Beim Einkauf von Leistungen durch das Versorgungsnetz bei Dritten, die nicht Vollmitglied des Versorgungsnetz sind? b) Wenn Spitex Vollmitglied des Versorgungsnetzes ist? 	Spitex
41c	1	<p>Mit aller Deutlichkeit wehren wir uns gegen die Bezeichnung "Integriertes</p>	SSO

		Versorgungsnetz", welche nun anstelle des bisher verwendeten Begriffes "Besondere Versicherungsformen" verwendet werden soll. Der neue Begriff dient einer Verschleierung der effektiven Situation. Dafür legen die Ausführungen in Ziffer 2.1 (Stossrichtung), Abs. 1, deutlich Zeugnis ab. Die Einschränkung der Wahlfreiheiten soll gegenüber dem mündigen Bürger verschleiert werden, was wir nicht stützen können.	
41c	1	L'es modèles alternatifs d'assurance ne doivent avoir aucun caractère de contrainte. Tant les prestataires que les assurés et les assureurs doivent y adhérer librement parce qu'ils sont convaincus que c'est un bon système. L'e citoyen suisse reste profondément attaché à son médecin et à son pharmacien, en qui il a confiance, et doit pouvoir garder cette liberté de choix que la LAMal lui garantit. L'a révision partielle respecte ce libre choix. Nous nous opposerions à toute mesure discriminatoire dont l'un ou l'autre de nos confrères pourrait être la cible suite à une décision politique. Nous louons l'objectif visé de fournir des traitements de qualité grâce à la collaboration de tous les participants.	SSPO
41c	1	Der vorgeschlagenen Form von Managed Care Modellen steht der SVGB jedoch auch kritisch gegenüber, insbesondere was die Budgetverantwortung durch die Ärzte betrifft. Es besteht die Gefahr, dass ärztliche Leistungen durch das Netz angeboten, Leistungen in den Bereichen der Pflege und der Therapie (Ergotherapie, Ernährungsberatung) hingegen billig eingekauft werden. Die Qualität der eingekauften Leistungen wird mit der vorliegenden Vorlage nicht sichergestellt. Es wäre z. B. in vielen Kantonen ohne weiteres möglich, dass das Netzwerk Laien anstellt oder beauftragt, die Pflege zu Hause durchzuführen. Der Anreiz durch Prämienverbilligungen für Personen, die sich einem Netzwerk anschliessen, darf nicht zur Diskriminierung chronisch kranker Menschen führen. Die vorgeschlagene Lösung wird in ihrer Unverbindlichkeit jedoch zu keiner Förderung von Managed Care Modellen führen und das ursprünglich Ziel dieser Versicherungsformen, einen Beitrag zur Kostensenkung zu leisten, kann so nicht erreicht werden. Wenn diese Konzepte ein Beitrag zur Kostenlenkung und -senkung unter Wahrung der Qualitätssicherheit leisten müssen, braucht es mehr Verbindlichkeit. Das heisst beispielsweise, dass solche Modelle von den Versicherern flächendeckend angeboten werden müssten. Grundsätzlich ist das Thema Managed Care Modelle in Zusammenhang mit der Aufhebung des „Vertragszwangs“ anzugehen.	SVGB
41c	1	Es geht nicht eindeutig hervor, wer Vertragspartner der Versicherer ist. Wir erachten es als zwingend, dass dies das Netzwerk und nicht einzelne Leistungserbringer im Netzwerk sind. Wir beantragen, den Gesetzestext wie folgt zu ergänzen: "Der Vertrag wird zwischen den Versicherern und der Gruppe von Leistungserbringern, nicht jedoch mit den einzelnen Leistungserbringern, geschlossen." Weiter beantragen wir, die Inhalte des Vertrags, der ja zwischen Versicherer und Netzwerk geschlossen wird, entsprechend den im erläuternden Bericht erwähnten Empfehlungen der Expertengruppe wirklich auf das Notwendige zu beschränken und insbesondere Elemente wie die Regelung des Informationsaustausches und der Qualitätssicherung zu streichen. Die ergänzenden Elemente sind Bestandteil der Vereinbarungen zwischen den einzelnen Leistungserbringern im Netzwerk, keinesfalls jedoch zwischen dem Netzwerk und den Versicherern.	VSAO
41c	1	santésuisse erachtet die vorliegende Definition als ungenau. Die vorgeschlagene Formulierung könnte fälschlicherweise dazu führen, dass man annehmen würde, nur die am Zusammenschluss beteiligten Leistungserbringer könnten Behandlungen vornehmen. Es sollen aber auch externe Leistungserbringer auf Veranlassung Leistungen vornehmen können. Antrag: Abs. 1 soll wie folgt geändert werden:	santé-suisse

		Eine Gruppe von Leistungserbringern kann sich in einem integrierten Versorgungsnetz zusammenschliessen und mit einem oder mehreren Versicherern vereinbaren, dass die Behandlung der Versicherten ausschliesslich vom integrierten Versorgungsnetz übernommen oder veranlasst wird. Der Vertrag regelt insbesondere die Fragen der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches, der Qualitätssicherung und der Vergütung der Leistungen.	
41c	2	Nous partons du principe que la part cantonale est également due lors d'une hospitalisation dans le domaine des réseaux de soins intégrés. Dès lors, il s'agit de préciser que les contributions cantonales sont versées selon les tarifs en vigueur pour les hôpitaux figurant sur la liste du canton de résidence du patient.	FR GR
41c	2	Si l'idée d'introduire un financement par capitation est séduisante, elle doit être cependant introduite progressivement, moyennant des mesures d'accompagnement susceptibles d'opérer un transfert par étapes de la responsabilité financière de l'assureur vers le réseau de soins. En effet, l'évaluation adéquate du case mix des patients, pour un réseau constitué de plusieurs fournisseurs de prestations, devrait s'accompagner d'un risque partagé entre réseau et assureurs pendant 2 à 3 ans. En tant que forme particulière de prise en charge proposée dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, il n'est pas acceptable que des prestations supplémentaires soient proposées aux patients adhérant au réseaux.	GE
41c	2	Responsabilità finanziaria - razioneamento implicito: le perplessità maggiori concernono l'opportunità di dare totale responsabilità finanziaria ad un gruppo di fornitori di cura. Il rischio più importante legato a questa modalità è quello di un razioneamento "implicito" delle prestazioni fornite ai pazienti. Questo rischio è favorito, ancora una volta, dal fatto che questi ultimi non dispongono delle informazioni necessarie per poter essere considerati come dei partner a pieno titolo (cioè in grado di valutare la quantità e la qualità delle prestazioni necessarie a risolvere e a gestire il problema sanitario) nei rapporti con i fornitori di cure. In effetti, riteniamo che non sia sufficiente affermare che i cittadini che sceglieranno di aderire ad un Managed care avranno diritto a tutte le prestazioni di base LAMal. In realtà, ciò che conta non è tanto il catalogo delle prestazioni a disposizione, ma una prescrizione di tali prestazioni adeguata ai bisogni sanitari. A causa dell'asimmetria d'informazione, in effetti, il paziente non sarà in grado di verificare se la prescrizione è, o meno, adeguata ai bisogni. Questo è vero anche per coloro che avranno scelto una forma "normale" d'assicurazione, tuttavia, in questi casi, il fornitore di cura non dispone di limiti di budget che potrebbero influenzare un'eventuale diminuzione delle prescrizioni. Il contrario è tuttavia vero per un Managed care che è tenuto a rispettare un budget prospettivo fondato sulla capitazione. Cure di base: a nostro avviso sarebbe, più corretto legare la responsabilità finanziaria di un Managed care alle sole cure di base (medicina generale e interna, pediatria, ginecologia e ostetricia) e non alla totalità del percorso di cura di un paziente, compreso un eventuale ricovero ospedaliero. Si potrebbe, a nostro avviso, prevedere degli incentivi economici "ad hoc" per la funzione di "tutore" del paziente, affidando al medico gatekeeper il compito di accompagnare il paziente nelle scelte terapeutiche allorquando quest'ultimo sarà uscito dalla competenza diretta (e quindi anche dalla responsabilità finanziaria) della rete integrata di cure di base.	TI
41c	2	Wir gehen davon aus, dass bei einem Spitalaufenthalt der Kantonsanteil auch im Managed Care-Bereich geschuldet ist. Daher gilt es zu präzisieren, dass die Kantonsbeiträge nach den geltenden Tarifen für Spitäler auf der Liste des Wohnkantons erfolgen. Konkreter Regelungsvorschlag: Art. 41c Abs. 2: Die in integrierten Versorgungsnetzen zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der im	ZH GDK

		Versorgungsnetz betreuten Versicherten (Budgetverantwortung), Die Budgetverantwortung hat sich auf alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung im Rahmen der von den sozialen Krankenversicherern abzudeckenden Leistungen zu beziehen. Bei einem Aufenthalt im Spital schuldet der Wohnkanton der versicherten Person den Tarif, der in Spitälern gilt, die auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.	
41c	2	Aus Sicht der FDP müssten die Netzwerke über eine eigene Budgetverantwortung verfügen. Die Netzwerke würden somit die (stationären) medizinischen Leistungen selber einkaufen und von den Krankenkassen über „Capitation“ abgegolten werden. Im Rahmen eines wettbewerblichen Modells soll einer Vielzahl von Netzwerken mit verschiedenster Ausprägung eine Vielzahl von Versicherern gegenüberstehen (keine Einheitskasse). Die Kantone könnten entweder direkt eine Teilbezahlung an die Capitation übernehmen oder sich indirekt über eine Rückversicherung für Grossrisiken an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligen. Aufgrund ihrer eigenen Budgetverantwortung sind die Netzwerke daran interessiert, nur qualitativ gute Leistungen einzukaufen und weiterzugeben (Qualitätssicherung), was wiederum den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt, die sich von einem im Netzwerk integrierten Leistungserbringer behandeln lassen.	FDP
41c	2	La proposta sottoposta a consultazione pone tuttavia seri problemi concernenti l'equità d'accesso a prestazioni adeguate ai bisogni sanitari degli aderenti a questi modelli Come già affermato parlando del finanziamento ospedaliero sottolineiamo che il "mercato sanitario" non può essere assimilato ad un mercato classico di beni e servizi usuali e ciò a causa soprattutto di un fattore fondamentale: l'asimmetria d'informazione. Il modello di Managed care proposto, per il gran numero di contratti e di negoziazioni che dovranno essere stabiliti fra i diversi fornitori di prestazioni, sarà sicuramente confrontato a tale problematica. La maggiore perplessità concerne l'opportunità di dare totale responsabilità finanziaria ad un gruppo di fornitori di prestazioni. Il rischio di razionamento delle prestazioni fornite ai pazienti è concreto in quanto favorito dal fatto che i pazienti non dispongono delle informazioni necessarie per poter valutare la quantità e la qualità delle prestazioni necessarie a risolvere e a gestire il loro problema sanitario. Riteniamo che non sia sufficiente affermare che i cittadini che sceglieranno di aderire ad un Managed care avranno diritto a tutte le prestazioni di base L,AMal. In realtà, ciò che conta non è tanto il catalogo delle prestazioni a disposizione, ma una prescrizione di tali prestazioni adeguata ai bisogni sanitari. A causa dell'asimmetria d'informazione il paziente non sarà in grado di verificare se la prescrizione è, o meno, adeguata ai propri bisogni. Questo vale naturalmente anche per coloro che scelgono una forma "normale" d'assicurazione, tuttavia, in questi casi, il fornitore di cura non dispone di limiti di budget che potrebbero influenzare un'eventuale diminuzione delle prescrizioni. Il contrario è tuttavia vero per un Managed care che è tenuto a rispettare un budget fondato sul principio della "capitazione". Secondo l'ACSI sarebbe, più corretto legare la responsabilità finanziaria di un Managed care alle sole cure di base (medicina generale e interna, pediatria, ginecologia e ostetricia) e non alla totalità del percorso di cura di un paziente, compreso un eventuale ricovero ospedaliero.	acsi
41c	2	Zur Budgetverantwortung der Leistungserbringer: Die finanzielle Verantwortung muss zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern aufgeteilt werden. Andernfalls besteht bei überdurchschnittlich kostenintensiven und medizinisch sinnvollen Behandlungen die Gefahr, dass das Netzwerk finanziell unter Druck gerät und eine verdeckte Rationierung stattfindet. Wir fordern deshalb, dass im Gesetz klar das Prinzip der zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilten Budgetverantwortung festgehalten wird. Es	economie-suisse

		<p>sollte nicht im Zuge dieser Revision eine fundamentale Machtverschiebung zu Gunsten der Krankenkassen stattfinden.</p> <p>Vergütungsform: Gemäss dem erläuternden Bericht zu Art. 41 c Abs. 2 soll die Capitation als grundsätzliche Vergütungsform der MCO im Gesetz verankert werden, ohne dass diese Formulierung dann ausdrücklich auch im Gesetzestext aufgenommen wird. Unserer Meinung nach ist die Capitation tatsächlich eine sinnvolle Vergütungsform in MCO. Das Gesetz sollte aber auch andere Vergütungsformen zulassen, um den Handlungsspielraum der Akteure nicht von vornherein einzuengen. Im Sinne einer konsequenten Umsetzung der Wettbewerbsidee muss die Aushandlung (Höhe und Art) des Vergütungssystems den Verragspartnern überlassen werden.</p> <p>Vorschlag: Wie oben erläutert muss im Gesetz eine zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilte Budgetverantwortung festgeschrieben werden. Zudem fordern wir, dass gemäss Gesetz neben der im erläuternden Bericht als grundsätzliche Vergütungsform der MCO festgehaltene Capitation auch andere Vergütungsformen wie z.B. Einzelleistungen möglich sein müssen, um den Handlungsspielraum der Akteure nicht von vornherein einzuengen und um kostenintensiven Behandlungen wie Transplantationen und speziellen Krebsbehandlungen Rechnung zu tragen. Der Absatz 2 sollte folglich ergänzt werden durch folgenden Satz: „Neben der Capitation sind auch andere Vergütungsformen möglich.“</p>	
41c	2	<p>Enfin, il ne faut pas perdre de vue que si un assureur ou un fournisseur de prestations met en avant ses intérêts financiers et qu'il conclut des contrats uniquement sur la base de critères de coûts, la qualité des soins médicaux risque d'en pâtir.</p>	FER
41c	2	<p>Le réseau supportant le risque financier, il est indispensable qu'une remarque soit introduite afin que les malades chroniques et coûteux ne soient pas exclus du système.</p>	FRC
41c	2	<p>Der Geltungsbereich der Budgetverantwortung wird hier auf das Obligatorium beschränkt. Entspricht dies der Realität der Behandlungsprozesse gemäss Abs. 3? Oder ist damit gemeint, dass im Überobligatorium volle vertragliche Gestaltungsfreiheit herrscht? Ist es richtig, dass sich die Budgetverantwortung nur auf die Leistungserbringer bezieht und damit die Versicherer von der Verantwortung für die Angemessenheit der Behandlung entbindet?</p> <p>Vorschlag zu letztem Satz von Abs. 2: Ändern: "Die Budgetverantwortung der Leistungserbringer und die Kostenübernahmepflicht der Versicherer hat sich unter Vorbehalt des Ermessensspielraumes von Art. 3 auf alle Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beziehen".</p>	SAGV
41c	2	<p>Um der mit Budgetverantwortung assoziierten Gefahr der Unterversorgung oder der befürchteten Rationierung durch ÄrztInnen vorzubeugen, muss die Budgetverantwortung nicht dem einzelnen Hausarzt, sondern einem Netzwerk übertragen werden. Die Budgetverantwortung wird gemeinsam mit dem Versicherer und damit via Prämie mit dem Versicherten getragen (Verlust- und Gewinnteilung mit dem Versicherer, wie es schon heute in den meisten Verträgen der Fall ist). Notwendig ist ein Qualitätsmonitoring mit Publikation der Resultate, um allfällige Rationierung oder Risikoselektion zu verhindern.</p>	SKS
41c	2	<p>Cet alinéa est très problématique. Les fournisseurs de prestations conscients de leurs responsabilités de santé publique devraient pouvoir avoir accès aux données économiques les concernant et en discuter sur un plan partenarial avec les assureurs de manière à pouvoir procéder à des pesées d'intérêt et développer une optimisation des stratégies de prise en charge d'un commun accord. Mais cela n'a rien à voir avec la couverture financière des soins médicaux en tant que telle, et encore moins avec une</p>	FMH

		responsabilité qui s'étend « à toutes les prestations de l'assurance obligatoire de soins ». Cela n'est manifestement pas le rôle des professionnels de la santé et qui est une exigence manifestement perverse. Il est exclu de choisir une approche donnée plutôt que telle autre en fonction de critères exclusivement économiques. La question financière ne peut jouer qu'un rôle accessoire dans le choix d'approches diverses aux résultats médicaux équivalents. Il existe des banques de données pour faciliter ce genre de décisions. Ce processus devrait pouvoir bénéficier de l'assistance de spécialistes de la qualité chargés de l'évaluation des résultats sur mandat des groupes de Managed Care.	
41c	2	<p>Der Bundesrat geht davon aus, dass die Budgetverantwortung und die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen zu erbringen, zu Effizienzsteigerungen im Diagnose- und Behandlungsprozess führen. Er geht auch davon aus, dass die Leistungserbringer im Versorgungsnetz ein materielles Interesse an der Prävention haben.</p> <p>Um Effizienzsteigerungen im Behandlungsprozess zu realisieren, sind personelle und direkte finanzielle Ressourcen nötig. Weil die Wirksamkeit des Risikoausgleichs nicht verbessert oder ein Hochrisikopool geschaffen wird, werden die Versicherer kaum Interesse haben, Prozessinnovationen zu fördern. Das heutige System zwingt sie sicherzustellen, dass sie einen kontinuierlichen Zulauf an „guten“ Risiken haben.</p> <p>Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zeichnen sich dadurch aus, dass Nutzen und Kosten zeitlich verschoben anfallen. Sie sind keine Risiken im Sinne der Versicherung. Die Budgetverantwortung ändert nichts am Umstand, dass unklar ist, ob der Nutzen von Prävention in Form (geringere Kosten in der Zukunft) beim integrierten Versorgungsnetz oder bei einem Konkurrenten anfallen wird. Die Anreize werden hier nicht verändert. Wenn integrierte Versorgungsnetze vermehrt Präventionsmassnahmen erbringen sollen, sind diese ausserhalb der Budgets zu finanzieren. Die Versorgungsnetze sollen daher die Möglichkeit bekommen, Massnahmen zur Förderung der Verhinderung von Krankheiten durchzuführen, die mit den Beiträgen aus KVG Art. 20 finanziert werden. Dadurch soll einerseits langfristig auf die Kosten Einfluss genommen werden. Kurzfristig wird die Attraktivität der Versorgungsnetze für Versicherte erhöht und somit deren Ausbreitung gefördert.</p> <p>Ergänzung Art. 41 C (neu) mit einem neuen Absatz 2bis:</p> <p>2bis Integrierte Versorgungsnetze können Massnahmen zur Förderung der Verhütung von Krankheiten nach KVG Art. 19 erbringen. Die Kosten dieser Massnahmen fallen nicht unter die Budgetverantwortung gemäss Art. 41c 4bs. 2, sondern werden aus den Beiträgen aus Art. 20 finanziert. Wir schlagen in keine Verpflichtung der Versorgungsnetze vor, Präventionsmassnahmen zu erbringen. Einerseits weil dadurch das Prinzip der Freiwilligkeit und Vertragsfreiheit verletzt würde. Andererseits würde eine Verpflichtung nur dann Sinn machen, wenn die Stiftung Gesundheitsförderung ebenfalls verpflichtet würde.</p>	HMO Gesundheitsplan
41c	2	<p>Wie richtig bemerkt wird, ist die Abgrenzung zwischen integriertem Versorgungsnetz und Versicherer problematisch und schwierig. Versicherungsmodelle, die dem Versorgungsnetz bzw. den darin eingebundenen Leistungserbringern eine periodische pro Kopf-Leistung ausrichten, unabhängig davon, ob die versicherte Person Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht, widerspricht im Grundsatz dem KVG, keine Strukturen, sondern Leistungen zu finanzieren. Letztlich können nur Versicherer selber mit vertretbarem Risiko ein integriertes Versorgungsnetz anbieten. Das Risiko wäre für unabhängige Leistungserbringer zu gross. Damit werden aber Check and Balances im Bereich des Gesundheitswesens aufgehoben, indem Leistungserbringer und Versicherer identisch wären. Es würde unseres Erachtens zur</p>	PULSUS

		massgeblichen Verschlechterung der Qualität im Gesundheitswesen führen.	
41c	2	compléter l'alinéa 2 comme suit: « ... assument chacun la responsabilité financière des prestations qu'ils fournissent pour la couverture des soins médicaux et pharmaceutiques (...) La responsabilité budgétaire doit concerner toutes les prestations de l'assurance obligatoire de soins fournies par le réseau. »	SAV
41c	2	Der SBK steht der Förderung von Managed Care Modellen kritisch gegenüber, insbesondere was die Budgetverantwortung durch die Ärzte betrifft. Es besteht die Gefahr, dass ärztliche Leistungen durch das Netz angeboten, pflegerische Leistungen hingegen billig eingekauft werden. Die Qualität der eingekauften Leistungen wird mit der vorliegenden Vorlage nicht sichergestellt. Es wäre in vielen Kantonen ohne weiteres möglich, dass das Netzwerk Laien anstellt oder beauftragt, die Pflege zu Hause durchzuführen. Der Anreiz durch Prämienverbilligungen für Personen, die sich einem Netzwerk anschliessen, darf nicht zur Diskriminierung chronisch kranker Menschen führen. Die vorgeschlagene Lösung wird in ihrer Unverbindlichkeit jedoch zu keiner Förderung von Managed Care Modellen führen und das ursprünglich Ziel dieser Versicherungsformen, einen Beitrag zur Kostensenkung zu leisten, kann so nicht erreicht werden.	SBK
41c	2	Die Übertragung der Budgetverantwortung an die Netzwerke birgt die Gefahr der Einschränkung der Leistung aufgrund finanzieller und nicht medizinischer Aspekte und wird deshalb von der SGIM abgelehnt. Budgetverantwortung kann das Arzt-Patient-Verhältnis belasten, weil der Kranke nie weiss ob der Arzt ihm nicht diagnostische oder therapeutische Massnahmen alleinig aus Kostengründen vorenthält und birgt insbesondere die Gefahr polymorbide und chronisch Kranke auszuschliessen. Ein Qualitätsabbau einerseits und Engpässe in der Versorgung drohen andererseits. Bisherige Erfahrungen mit HMO Modellen in der Schweiz sind wenig genutzt und wenn, dann bevorzugt von jungen, gesunden Menschen (Selektion guter Risiken) während für ältere und chronisch Kranke die Nachteile der HMO zu überwiegen scheinen und sie oft eine Änderung der Versicherung vornehmen wenn sie länger krank sind. Wir möchten nochmals betonen, dass die Bevölkerung mit dem jetzigen Gesundheitssystem zufrieden ist! Es wird suggeriert, dass das heutige Vergütungssystem Anreiz schafft, mehr Leistungen als notwendig zu erbringen. Diese Unterstellung weisen wir entschieden zurück. Wenn die Ärzteschaft eine derart bedauernswerte Ethik und Arbeitsmoral hätte, muss man in einem Versorgungsnetz mit Budgetverantwortung oder Capitation eine Unterversorgung der Bevölkerung erwarten, weil ja Leistungen vorenthalten würden müssten, um das Einkommen zu verbessern! Was langfristig mit einer Verteuerung der Behandlungskosten verbunden sein dürfte.	SGIM
41c	2	In der Vorlage wird verlangt, dass integrierte Versorgungsnetze <i>mindestens alle Leistungen der OKP</i> anbieten müssen. Es ist davon auszugehen, dass die ÄrztInnen dereinst dafür <i>Unterverträge</i> mit denjenigen Leistungserbringern abschliessen werden, die im ärztlichen Auftrag arbeiten (z. B. Spitex, Physio etc). Eine gleichwertige Mitgliedschaft in einem MC-Netz wird z.B. für die Spitex schwer zu erreichen sein. Dem Spitex Verband Schweiz scheint zudem eine andere Entwicklung noch naheliegender: Künftig wird die Ärzteschaft die (bis anhin delegierten) Leistungen (z.B. Spitex) selber erbringen und so der Koordination mit andern Leistungserbringern (z.B. Spitex) ausweichen. Eine Ausnahme könnte es bei PatientInnen geben, welche grosse Kosten verursachen wie z.B. Personen mit Bedarf nach Langzeitpflege. Bei zeitaufwendigen PatientInnen delegieren die Ärztinnen die Leistungserbringung weiterhin gern. Diese Entwicklung lokalisieren wir vor	Spitex

		<p>allem beim Finanzierungsmodell der integrierten Versorgungsnetze über eine Capitation als fixe Pauschale pro angeschlossene versicherte Person.</p> <p>Der Anreiz zur Teilnahme an integrierten Versorgungsnetzen entfällt auch für die versicherten LangzeitpatientInnen, wenn die ÄrztInnen die Koordination der Leistungen und die Steuerung der Behandlung aus finanziellen Überlegungen nicht sicherstellen. Die in Aussicht gestellte Stärkung der Prävention und der Beratung für PatientInnen in integrierten Versorgungsnetzen bleibt damit Wunschdenken.</p> <p>Integrierte Versorgungsnetze müssen alle Leistungen der OKP anbieten, das heisst auch Spitex. Die Modalitäten der Abgeltung der Leistungserbringer, die auf ärztlichen Auftrag arbeiten, müssen klarer geregelt werden. Das vorgelegte Modell ist einseitig auf Ärztenetzwerke ausgerichtet und thematisiert den Einkauf anderer Leistungen (z.B. Spitex) nicht; erwähnt werden in der Vorlage neben den ärztlichen Leistungen einzig die Spitalleistungen.</p> <p>Klare Konzepte für die Integration der andern Leistungserbringer und Klarheit über die Vergütung dieser Leistungen sind unbedingt notwendig. Dies insbesondere für Spitex, wo Rahmentarife oder – möglicherweise künftig – nur noch ein Teil der Spitex-Pflegeleistungen KVG-versichert sein werden.</p>	
41c	2	<p>Die in der Revision vorgeschlagene angestrebte Budgetverantwortung der Trägerschaften der Managed Care-Modelle ist sowohl aus medizinischen wie auch aus ethischen Gründen abzulehnen. Die Gefahr, dass dadurch echte Risikogruppen wie beispielsweise Chronischkranke oder alte Menschen schlechter gestellt werden, ist offensichtlich. Ebenso fördert dieses Modell die Tendenz zur Minimalmedizin, denn schlussendlich gilt: Je mehr bei den Leistungen gespart werden kann, desto mehr bleibt im "Capitation-System" hängen.</p> <p>Sollte sich der Gesetzgeber für die Förderung der "besonderen Versicherungsformen" entscheiden, so ist eine klare Trennung der Verantwortungen notwendig. In dem Sinne kann und darf es nicht zulässig sein, dass sich anerkannte Krankenversicherer an Managed Care-Modellen direkt oder indirekt beteiligen. Hierzu ist auf gesetzlicher Ebene eine entsprechende Vorgabe festzuhalten und Art. 41c entsprechend zu ergänzen. Dabei ist sicherzustellen, dass sich die nach Art. 11 KVG anerkannten Versicherer auch nicht indirekt (z.B. via Holdings, Versicherungengenossenschaften etc.) an diesen Modellen beteiligen. Im Sinne dieser Ausführung ist deshalb Art. 41c wie folgt zu ergänzen: „Anerkannten Versicherern ist eine direkte oder indirekte Beteiligung an Institutionen der besonderen Versicherungsformen untersagt.“</p>	SSO
41c	2	<p>Da dieses Modell die Gesundheitsberatung fördert und der Leistungserbringer eine proaktive Rolle einnimmt um den guten Gesundheitszustand des Patienten zu erhalten, unterstützen wir Managed Care Modelle.</p>	SVDE
41c	2	<p>Die Übertragung der Budgetverantwortung an die Netzwerkbetreiber und damit an die Ärzteschaft ist erstens nicht zwingend und zweitens potentiell patientengefährdend. Leistungserbringer auch nur potentiell in eine medizinisch-ethische Konfliktsituation aus finanziellen Gründen zu steuern, wäre eine Fahrlässigkeit der Gesetzgebung und wird somit von uns klar abgelehnt.</p>	VLSS
41c	2	<p>Eine zwingend vorgeschriebene Budgetverantwortung lehnen wir entschieden ab. Die Verknüpfung von Managed Care-Versorgungsmodellen mit Budgetverantwortung birgt die Gefahr, dass infolge überdurchschnittlich kostenintensiver, aber medizinisch sinnvoller Behandlungen das Netzwerk finanziell unter Druck gerät und eine nicht beabsichtigte verdeckte Rationierung stattfindet mit einer Beeinträchtigung der medizinischen Behandlungsqualität für das ganze Versichertenkollektiv. Dieser systembedingte Zwang zur</p>	VSAO

		"Leistungsvermeidung", der in analogen Versorgungsmodellen in unseren Nachbarländern sowie in den Vereinigten Staaten exemplarisch zu beobachten war und ist, steht dem Willen zur Förderung von Managed Care-Versorgungsmodellen klar entgegen, da Netzwerke dadurch unwiegenderlich in den Ruf geraten, eine qualitativ minderwertige Behandlung anzubieten. Die Ergänzung der Finanzierung über Capitationzahlungen (wo diese zwischen Versicherer und Netzwerk vereinbart werden) mit Einzel leistungs- oder Behandlungsfall-Pauschalen ist zwingend erforderlich bei kostenintensiven Behandlungen, zu welchen jedoch nicht nur Transplantationen, sondern bspw. Auch spezielle Krebsbehandlungen gehören. Wir gehen davon aus, dass der Bundesrat gemäss Art. 41 a Absatz 5 die Einzelheiten regeln wird. Wichtig ist, dass die Bestimmungen regelmässig dem Stand der medizinischen Möglichkeiten angepasst werden und dazu die Verbände der Leistungserbringer beigezogen werden.	
41c	2	Die Versorgungsnetze sollen die Möglichkeit erhalten, Massnahmen zur Förderung der Verhinderung von Krankheiten durchzuführen, die mit den Beiträgen aus Art. 20 KVG finanziert werden. Dadurch soll langfristig auf die Kosten Einfluss genommen werden. Kurzfristig wird die Attraktivität der Versorgungsnetze für Versicherte erhöht und somit deren Ausbreitung gefördert. Es ist zentral, dass die Finanzierung von Präventionsmassnahmen nicht zu Lasten des Netzbudgets geht. Ansonsten haben die Versorgungsnetze denselben Druck wie die Versicherer heute: langfristig sinnvolle Massnahmen werden aus kurzfristigen finanziellen Überlegungen nicht erbracht. Die Institution nach Art. 20 KVG soll daher die Möglichkeit haben, aus ihrem Budget den Versorgungsnetzen Mittel zur Förderung von Präventionsmassnahmen zur Verfügung zu stellen. Vorschlag: Ergänzung von Art. 19 KVG mit folgendem neuen Abs. 2 bis: „2bis Diese Institution finanziert Massnahmen gemäss Abs. 2, welche für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen nach Art. 41c KVG erbracht werden.“	ÖKK
41c	2	Es soll den Vertragspartnern überlassen bleiben, ob sie die Budgetverantwortung für alle Leistungen der OKP oder nur einen Teil davon festschreiben wollen. Ebenso sollte vertraglich geregelt werden, ob der Behandlungsprozess über die ganze Behandlungskette hinweg oder nur über Teile davon koordiniert wird. Vgl. auch unsere Bemerkung zu Art. 41a Abs. 3bis KVG-E Antrag: Abs. 2 ist wie folgt zu ändern: „Die in integrierten Versorgungsnetzen zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der im Versorgungsnetz betreuten Versicherten (Budgetverantwortung). Die Vertragsparteien vereinbaren, auf welche Leistungen sich die Budgetverantwortung bezieht. Art. 43, 46, 47,48,49, 50 und 51 finden keine Anwendung.“	santé-suisse
41c	2	Wir sind der Auffassung, dass auch beim Prinzip der Budgetverantwortung gewisse kostenintensive Behandlungen nicht zu Lasten des Versorgungsnetzes gehen können (z.B. Kosten von Transplantationen, Arzneimittel bei Blutern usw.). Das Gesetz sieht keinen Hinweis auf derartige Ausnahmeklauseln vor, auch wenn sich der Kommentar dazu äussert.	SAEB
41c	2	Für die integrierten Versorgungsnetze ist grundsätzlich die „Capitation“ vorgesehen, d.h. eine „Pro-Kopf-Vergütung“. Hier steht die Problematik einer Unterversorgung mit anschliessender Vertragskündigung im Raum. Sie hielt bisher viele älteren Versicherten davon ab, einem Manged Care-Modell beizutreten. Entsprechend wichtig scheint uns, dass bei den vorgesehenen Qualitätssicherungs-Verträgen das Augenmerk auf die	SSR

		Qualität der Behandlung von chronischen Leiden, Multimorbidität und den Bedarf an Langzeitbetreuung zu richten. Damit kann vorab bei älteren Patienten das Vertrauen in diese Versicherungsformen verbessert werden.	
41c	2	Es ist zu vermeiden, dass seitens von HMO's oder von Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung Patienten selektiert und/oder unterversorgt werden – im besonderen dann, wenn die Patienten neu während drei Jahren an ein solches Versicherungsmodell gebunden werden können. Zu diesem Zweck sind die Versicherer zu veranlassen, die Ärzt/innen mit Budgetverantwortung mit abgestuften Capitations zu entschädigen, die sich nach dem Alter und dem Schweregrad der Erkrankung des Versicherten richten. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die beispielsweise für Transplantationspatient/innen geltende Grossrisikoversicherung auszubauen und auf chronisch Erkrankte auszudehnen.	ffg
41c	2	Wir sind der Auffassung, dass auch beim Prinzip der Budgetverantwortung gewisse kostenintensive Behandlungen nicht zu Lasten des Versorgungsnetzes gehen können (z.B. Kosten von Transplantationen, Arzneimittel bei Blutern usw.). Das Gesetz sieht keinen Hinweis auf derartige Ausnahmeklauseln vor, auch wenn sich der Kommentar dazu äussert.	GELIKO
41c	3	Hier müsste der 2. Satz ergänzt werden: „Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten <u>oder durch Leistungseinkauf ermöglichen.</u> “	EVP
41c	3	Oberstes Ziel der Förderung von Managed Care Modellen muss sein, dass die Versicherten vom Hausarzt über den Spezialisten bis hin zur stationären Behandlung begleitet werden, so dass teures Hin- und Herpendeln zwischen verschiedenen Leistungserbringern vermieden werden kann. Im Rahmen der dringend notwendigen Therapierung von Fehlanreizen im Gesundheitswesen ist dies ein wertvoller Beitrag zur Reduzierung der Mengenausweitung beim Konsum (seitens der Versicherten), respektive der Verschreibung (seitens der Leistungserbringer) von medizinischen Leistungen, was sich positiv auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirkt.	FDP
41c	3	La prévention étant le parent pauvre de la LAMal, cet article, par rapport au texte explicatif, ne fait pas ressortir les efforts de prévention que le prestataire de soins doit apporter, même s'il doit avoir un rôle proactif.	FRC
41c	3	Evident et superflu. C'est la règle de tout processus thérapeutique, même en dehors d'une organisation de Managed care ! L'ouverture à des prestations non obligatoirement à charge des caisses-maladie est à rejeter formellement. Elle entre de front en contradiction avec la volonté de maîtriser les coûts qui sous-tendent ce projet.	FMH
41c	3	Im Gesetz soll ausdrücklich vorgeschrieben werden, dass integrierte Versorgungsnetze über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen erbringen können. Diese Bestimmung ist sinnvoll, weil damit der Spielraum für Innovationen im Behandlungsprozess geschaffen wird, z. B. um Steuerungsinstrumente einzusetzen. Theoretisch bestehen Anreize, diesen Spielraum zu nutzen, weil im System der Budgetverantwortung Vorteile erzielt werden können. Wir haben jedoch aufgrund der bestehenden Erfahrungen grosse Zweifel, ob die Anreize genügend sind. Das Realisieren von Prozessinnovationen erfordert personelle und direkte finanzielle Mittel. Das Finanzierungsproblem wird mit der Vorlage nicht gelöst. Wie oben dargelegt, werden sich die Versicherer aufgrund der Ausgestaltung des Risikoausgleichs auch künftig davor hüten, das Qualitätsargument in den Vordergrund zu stellen.	HMO Gesund- heitsplan
41c	3	Der Begriff „integrierte Versorgungsnetze“ ist missverständlich. Wir empfehlen, das Wort „integriert“ wegzulassen. Es könnte sonst so verstanden werden, dass alle Leistungserbringer der Behandlungskette Teil des Versorgungsnetzes sind. Es ist aber ein marktwirtschaftliches Merkmal der Netzwerke, dass über Preisverhandlungen mit ambulanten	med- swiss.net

		und stationären Anbietern günstigere Angebote erzielt werden sollten. Wenn alle Leistungserbringer Teil des Netzes sind, wäre dies erheblich erschwert. Dementsprechend ist auch den Erläuterungen Seite 12, dritter Absatz zu widersprechen. Kein Versorgungsnetz wird sämtliche, z.T. hoch spezialisierte Leistungen selber erbringen können. Dies ist so auch in den Erläuterungen Seite 13 festgehalten. Absatz 3 ist deswegen missverständlich formuliert. Wir schlagen folgende neue Formulierung vor: „Das Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung anbieten oder durch Leistungseinkauf garantieren.“	
41c	3	modifier l'alinéa 3 comme suit : « (...) Le réseau de soins intégrés doit inclure des fournisseurs agréés pour toutes les prestations qu'il offre. Pour des motifs d'approvisionnement régional en soins médico-pharmaceutiques, le canton peut s'opposer à la création d'un réseau, obliger ce dernier à intégrer certains fournisseurs de prestations, ou encore imposer que le réseau offre toutes les prestations de l'assurance obligatoire de soins. (...) »	SAV
41c	3	Es sind Wege zu suchen, damit integrierte Versorgungsnetze für die Versicherten attraktiv werden, z.B. via Anreize im Leistungsbereich für LangzeitpatientInnen, finanzielle Besserstellung der Netzwerke im Bereich Langzeitpflege oder via Verpflichtung der Ärzteschaft, die Behandlungsprozesse (Art. 41 Abs.3, letzter Satz) so zu definieren, dass z.B. bei Spitex auch die Nicht-KVG-Leistungen (Hauswirtschaft oder nicht Pflegeleistungen, die nicht über das KVG vergütet werden) berücksichtigt werden.	Spitex
41c	3	Der letzte Satz von Absatz 3 sollte für alle besonderen Versicherungsformen und nicht nur für die integrierten Versorgungsnetze gelten.	COSAMA
41c	3	Es soll den Vertragspartnern überlassen bleiben, ob der Behandlungsprozess über die ganze Behandlungskette hinweg oder nur ein Teil davon koordiniert wird. Nicht nur integrierte Netzwerke, sondern auch andere besondere Versicherungsformen sollten über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen (zur Steuerung der Behandlung oder Gesundheitsberatung) anbieten können, sofern dadurch Kosten gesenkt werden können. Aus diesem Grund sollte die entsprechende Bestimmung nicht in Art. 41c KVG-E, sondern in Art. 41a KVG-E aufgeführt werden. (Vgl. unsere Bemerkung zu Art. 41a KVG-E) Antrag: Abs. 3 ist wie folgt anzupassen: „Die Vertragsparteien vereinbaren, welche Leistungen die Behandlungsprozesse umfassen. In integrierten Versorgungsnetzen wird der Behandlungsprozess der im Versorgungsnetz versicherten Personen über die ganze Behandlungskette hinweg koordiniert. Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden. “	santé-suisse
41c	3	Speziell begrüsst wird die Möglichkeit, im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses Leistungen anbieten zu können, die über die aktuellen gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehen. Nebst Angeboten, welche der Gesundheitsförderung dienen, hat sich dabei diese Erweiterungsmöglichkeit nach Meinung des ffg sinnvollerweise auch auf komplementärmedizinische Leistungen zu beziehen, die von qualifizierten nicht-ärztlichen Therapeut/innen erbracht werden.	ffg
41c	4	Il est adéquat de laisser le Conseil fédéral fixer : - La perception de la franchise et de la quote-part - Le calcul des primes et rabais autorisés Il pourrait en outre être judicieux de prévoir : - La suppression de la quote-part pour les enfants, les jeunes de 19 à 25 ans et les malades chroniques - l'instauration de participations différenciées.	FRC
41c	4	Ces questions sont l'affaire de spécialistes et ne concernent tout simple-	FMH

		ment pas le Conseil fédéral. Dès le moment où la loi en a postulé le principe, de quoi veut-il se mêler encore?	
41c	4	compléter l'alinéa 4 comme suit : « Le Conseil fédéral règle les détails. Il veillera notamment à interdire l'exclusion ou l'admission arbitraire des fournisseurs de prestations par les réseaux, le compéragé et la collusion d'intérêts, la création de monopoles ou d'exclusivités menaçant directement un approvisionnement de proximité en soins médico-pharmaceutiques.	SAV
41c	4	Der Bundesrat regelt nach Artikel 41c Absatz 4 auch die Einzelheiten der integrierten Versorgungsnetze. Dabei ist der uneingeschränkten Einhaltung von Absatz 3 Beachtung zu schenken. Wir unterstützen ausdrücklich, dass integrierte Versorgungsnetze Leistungen anbieten müssen, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbracht werden können, mithin auch die chiropraktischen Leistungen. Im Klartext muss dies bedeuten, dass auch Chiropraktoren einzubeziehen sind, welche in ländlichen Regionen weitgehend ohne direkte Konkurrenz praktizieren. Sollte dies nicht der Fall sein, so müsste eine Sonderregelung für die Chiropraktik auf Verordnungsebene gesucht werden. Wir wollen, dass über diese Problematik zu Artikel 41 C vor der Verabschiedung des Gesetzes Klarheit geschaffen wird.	SCG
41c	4	Vorschlag Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise die Einzelheiten.	COSAMA
41c	4	santésuisse geht davon aus, dass alle weiteren Details vertraglich geregelt werden können. Weitere Bestimmungen auf Verordnungsebene sind nicht notwendig. Antrag: Abs. 4 ist ersatzlos zu streichen.	santésuisse
41c	5	ajouter un alinéa 5 avec une teneur évoquant le principe de ce qui suit: « Tout fournisseur de prestation pouvant faire valoir qu'il répond ou surpasse les critères de qualité exigés par un réseau intégré de soins peut exiger d'y participer aux mêmes conditions que les fournisseurs des mêmes prestations déjà rattachés au réseau ». Les litiges seront traités par le Tribunal arbitral des assurances-maladie, du canton où le réseau intégré a son siège.	SAV

Art. 52 Abs. 1 Bst. b und 4 / Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände
Art. 52, al. 1, let. b et 4 / Analyses et médicaments ; moyens et appareils

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
52	1b	Nous sommes d'avis, tout comme le Conseil fédéral, qu'il faut au plus vite prendre les dispositions nécessaires pour abolir l'injustice face aux patients dépendant de médicaments pour le traitement de maladies rares qui doivent payer ces derniers de leur poche, parce qu'ils ne sont pas inscrits sur la liste des spécialités. Nous soutenons également la position du Conseil fédéral de promouvoir les médicaments meilleur marché, notamment les génériques par rapport aux médicaments chers. Un autre aspect qui nous semble des plus importants est l'introduction du concept d'« Evidence Based Medicine », en exigeant des preuves de l'efficacité mesurée en fonction du diagnostic et de l'objectif thérapeutique avant qu'un médicament soit mis sur la liste des spécialités. Nous proposons même qu'un médicament ne puisse être admis dans la liste uniquement si son efficacité est meilleure que celle des médicaments qui y sont déjà, ou, à efficacité égale, s'il est meilleur marché. Dès lors, si nous n'émettons aucune réserve par rapport à l'article 52 alinéa 1, lettre b, nous demandons une	FR

		adaptation de l'alinéa 4 dans le sens des remarques ci-dessus.	
52	1b	Die erleichterte Zulassung von Orphan Drugs (wichtige Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten) zur Registrierung und Kassenpflicht wird begrüsst. Im Allgemeinen werden diese, meist sehr teuren Arzneimittel in spezialisierten Zentren benötigt. Die vom BSV festgelegten Margen bei Hochpreisprodukten sind jedoch so tief, dass die Differenz zwischen Einkaufs- und Verkaufspreis die Kapitalbindungs- und die Lagerkosten (z.B. bei Kühlung) kaum decken. Wir ersuchen Sie deshalb, dafür zu sorgen, dass bei Hochpreisprodukten kostendeckende Margen festgelegt werden.	TG ZH
52	1b	La proposition du DFI d'introduire dans la liste des médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire les médicaments importants destinés aux maladies rares qui font défaut sur le marché suisse et n'y ont pas d'équivalent permettra de supprimer la discrimination dont sont victimes aujourd'hui les patients concernés.	VD
52	1b	Die FDP unterstützt die Zulassung von Arzneimitteln für die Behandlung seltener Krankheiten (Orphan Drugs) zur Vergütung durch die obligatorische Krankenversicherung, da dies den Zugang der Patienten/-innen zum bestmöglichen Medikationspräparat in speziellen Fällen verbessert.	FDP
52	1b	Le Parti libéral suisse approuve l'admission des médicaments servant à traiter les cas de maladies rares dans la liste des spécialités.	LPS
52	1b	Sosteniamo l'introduzione della revisione concernente i medicinali cosiddetti "orfani". Sottolineiamo tuttavia il fatto che la problematica non coinvolge unicamente questo tipo di medicinali, ma anche medicinali nuovi e indispensabili per il trattamento di alcune malattie non ancora omologati in Svizzera. In effetti, nella precedente legislazione (LAMI), le procedure per poter prescrivere questi medicinali erano meno formali (un rapporto del medico curante era sufficiente). Oggi è necessario che il prodotto farmaceutico sia omologato. Si tratta certamente di una soluzione corretta, ma estremamente burocratica. Inoltre, non sempre si ha la garanzia di trovare istituzioni disposte a far omologare il prodotto, ciò che può causare delle ripercussioni importanti per la salute del paziente.	acsi
52	1b	Il est primordial d'ancrer dans la loi l'obligation de faire figurer dans la liste des spécialités les médicaments permettant de traiter les maladies rares. Cela incitera peut-être l'industrie pharmaceutique à investir dans ce domaine.	FRC
52	1b	Der Verzicht auf die rechtliche Verpflichtung zur Verwendung von Generika wird begrüsst. Bei Art. 52 Abs. 4 (neu) stellt sich aber doch die Frage, warum es ihn braucht: Umfasst die Kompetenz des Bundesamtes, in lit. b eine Spezialitätenliste zu erstellen, neben der Berücksichtigung nicht auch automatisch die Elimination von Medikamenten? Ferner: Wie kann in diesem Zusammenhang "wissenschaftlich und wirksam" gemäss KVG Art. 32 anders interpretiert werden, als dass die Wirksamkeit auch der "diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung" entspricht? Wäre dieser Abs. 4 nicht eher mit der Verordnung der Medikamente durch den Arzt gemäss Art. 52a, Substitution, zu verbinden? Vorschlag: Letzten Satz streichen. Inhalt nochmals im Zusammenhang mit Art. 52a Abs. 2 überprüfen.	SAGV
52	1b	Zustimmend nimmt der SGB von einer erleichterten Zulassung von wichtigen Arzneimitteln zur Behandlung seltener Krankheiten (Orphan Drugs) Kenntnis..	SGB
52	1b	Den Zusatz in Absatz 1 Buchstabe b unterstützen wir aus medizinischen Überlegungen vollends. Es darf nicht sein, dass die Kleinheit eines Marktes oder, im Vergleich zum potentiellen Absatz, zu hohe Kosten einer Inverkehrbringung von Präparaten die Verfügbarkeit von SL-Arzneimitteln für gewisse, seltene Krankheiten beschränkt. Die vorgesehene Änderung	APA

		im Gesetz, der Verzicht auf Gebühren sowie die Schaffung eines eigenen Kapitels in der SL sehen wir deshalb als richtige und taugliche Massnahmen an.	
52	1b	<p>Die im Bereich der ambulant durchgeführten Behandlungen, insbesondere der chirurgischen Eingriffe gebrauchten Medikamente befinden sich, als typische Spitalpräparate, zu einem grossen Teil nicht auf der Spezialitätenliste. Da im Unterschied zum stationären Aufenthalt bei ambulant durchgeführten Behandlungen im Spital nicht mit Tagespauschalen gearbeitet wird, sondern die effektiv erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt werden, kommt es immer wieder vor, dass Patienten diese Medikamente anteilmässig oder gänzlich selbst bezahlen müssen. In Kombination mit der Tatsache, dass die Patienten bei ambulanten Eingriffen ohnehin schon einen Selbstbehalt von künftig 20% aus der eigenen Tasche bezahlen müssen, führt dies dazu, dass sich Patienten zum Teil gegen die Möglichkeit des ambulanten Eingriffs aussprechen und lieber eine stationäre Variante wählen.</p> <p>Bezüglich der Medikamente könnte Abhilfe geschaffen werden, indem festgelegt wird, dass die im Rahmen von ambulant durchgeführten Behandlungen im Spital verwendeten Medikamente, sofern kein Ausweichen auf eine gleichwertige Alternative möglich ist, zulasten der Grundversicherung nach den Grundsätzen der Preisfindung der SL abzurechnen sind.</p> <p>Textvorschlag: Ergänzung von Art. 52. I. Bst. b „Medikamente, die im Spital für ambulante Eingriffe und Behandlungen verwendet werden, für die es keinen gleichwertigen Ersatz gibt und die nicht in der SL sind, werden zulasten der Grundversicherung nach den Grundsätzen der Preisfindung der SL abgerechnet.“</p> <p>Alternativ dazu müsste überlegt werden, ob es allenfalls opportun wäre, eine Spezialitätenliste für das Spital zu erarbeiten. Die GSASA hat diesbezüglich schon mehrere Vorstösse auch im direkten Kontakt mit den Krankenkassen gemacht. Der Sinn einer solchen Lösung wurde allgemein auch vom damaligen BSV akzeptiert, die privatrechtliche Etablierung ist jedoch auf der Basis kartellrechtlicher Befürchtungen seitens der Kassen gescheitert.</p> <p>Die gleichen Abrechnungsprobleme bestehen auch bei der Verrechnung von orphan drugs, die (noch) nicht in der Spezialitätenliste aufgeführt sind und im Einzelfall mittels Sonderbewilligung rasch beschafft werden müssen.</p> <p>Textvorschlag: Ergänzung von Art. 52. I. Bst. b „Medikamente für seltene Krankheiten (orphan drugs), die mit einer Sonderbewilligung von Swissmedic importiert und angewendet werden dürfen, werden von der Grundversicherung nach den Grundsätzen der Preisfindung der SL vergütet.“</p>	GSASA
52	1b	H+ unterstützt die vereinfachte Zulassung von sogenannten <i>orphan drugs</i> .	H+
52	1b	<p>Interpharma unterstützt die Bestrebungen, den Zugang der Patienten zu wichtigen Arzneimitteln für seltene Krankheiten (sog. Orphan Drugs) zu verbessern. Neben der vereinfachten Zulassung durch Swissmedic ist auch die Vergütung durch die obligatorische Krankenversicherung eine zentrale Voraussetzung dafür. Die Schaffung eines Orphan Drug- Kapitels in der Spezialitätenliste (Änderung von Art. 52 Abs. 1 Bst. B KVG) sowie die damit verbundenen Massnahmen - wie insbesondere der vorgeschlagene Verzicht auf Gebühren - wird von der Pharmabranche begrüsst.</p> <p>Darüber hinaus braucht es aber auch klare und verbindliche Richtlinien des BAG, wie die Krankenkassen den bereits heute geltenden Verpflichtungen zur Kostenübernahme von Medikamenten gegen seltene Krankheiten zu entsprechen haben. Probleme gibt es vor allem im Bereich von „off label indications“ von Medikamenten, z.B. in der Krebstherapie, deren Wirksamkeit in „Peer reviewed journals“ zwar nachgewiesen wurde, die aber noch keine offizielle Zulassung erhalten haben.</p>	Inter-pharma

52	1b	Dem Vorschlag, wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten ohne weiteres auf die Spezialitätenliste zu setzen, stimmen wir zu.	PULSUS
52	1b	Concernant l'art. 52 al. 1b, la SSPh demande un droit de recours de l'association faïtière pour la détermination du prix concernant la marge de distribution.	SAV
52	1b	SGCI Chemie Pharma Schweiz begrüsst die Bestrebungen, den Zugang der Patienten zu wichtigen Arzneimitteln für seltene Krankheiten (sog. Orphan Drugs) zu verbessern. Neben der vereinfachten Zulassung für Orphan Drugs durch Swissmedic ist die Vergütung durch die obligatorische Krankenversicherung eine wichtige Voraussetzung dafür. Deshalb unterstützen wir die Schaffung eines Orphan Drugs-Kapitels in der Spezialitätenliste und die damit verbundenen Massnahmen, so namentlich den dafür vorgesehenen Verzicht auf Gebühren.	SGCI
52	1b	Eine Vereinfachung des Zulassungsverfahrens für wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten begrüssen wir sehr.	SGIM
52	1b	Concernant les prescriptions relatives aux médicaments, nous estimons que l'admission de médicaments pour les maladies rares est normale.	SSPO
52	1b	Die vips mit einem Anteil von 80% aller Innovationen, begrüsst die Initiative, den Zugang der Patienten zu wichtigen Arzneimitteln für seltene Krankheiten (sog. Orphan Drugs) zu verbessern und zu vereinfachen. Entsprechend dem vereinfachten Verfahren bei Swissmedic ist auch ein vereinfachtes Verfahren für die Aufnahme in die Spezialitätenliste des BAG zu begrüssen. Die Erstellung eines Orphan Drugs-Kapitels ist eine sinnvolle Massnahme. Die Administrierung soll dabei kleinstmöglich sein, so dass keine hohen Gebühren erforderlich werden.	vips
52	1b	Wir unterstützen die Aufnahme von wichtigen Arzneimitteln für seltene Krankheiten in die Spezialitätenliste. Dadurch wird die Kostenübernahme klar und einheitlich geregelt und der administrative Aufwand sowohl für den Versicherer als auch den Versicherten verringert.	COSAMA
52	1b	<p>Absatz 4 ist eine sinnvolle Ergänzung zu Art. 52. Allerdings sollten auch die anderen zwei Voraussetzungen der Leistungspflicht erwähnt werden. santésuisse unterstützt die Aufnahme von wichtigen Arzneimitteln für seltene Krankheiten in die Spezialitätenliste. Dadurch wird die Kostenübernahme klar und einheitlich geregelt und der administrative Aufwand sowohl für den Versicherer als auch den Versicherten verringert. santésuisse ergänzt in Absatz 1 die mehrmalige Überprüfung der Höchstpreise und möchte in einen 5. Absatz den Off Label Use geregelt haben.</p> <p>Preisschutz</p> <p>In der Schweiz profitiert die Pharmaindustrie während der 15-jährigen Patentschutzfrist von einem Preisschutz. Ist der Preis eines Medikaments einmal definitiv festgesetzt, bleibt er während der ganzen Patentschutzfrist unverändert. Im Sinne einer Konkretisierung von Art. 32 Abs. 2 KVG sollte man den Patentschutz vom Preisschutz zu trennen. Die Medikamentenpreise sind einer periodischen Preisüberprüfung zu unterziehen.</p> <p>Antrag:</p> <p>Art. 52 Abs. 1 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Die Arzneimittelpreise werden mehrmals periodisch während der Patentschutzfrist bezüglich der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft. Bei der Wirtschaftlichkeit ist insbesondere der therapeutische Quervergleich (Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise) zu berücksichtigen. Die Spezialitätenliste hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika sowie wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten zu enthalten.</p> <p>Art. 67 Abs. 3 KVV ist wie folgt zu ändern:</p>	santé-suisse

		Spätestens nach 5jährigem Eintrag in der Spezialitätenliste kann das BSV eine erste angemessene Preissenkung anordnen. Dabei fällt bei Originalpräparaten der Innovationszuschlag weg. Art. 37 Abs. 1 KLV ist wie folgt zu ändern: Arzneimittel werden mindestens alle 5 Jahre nach ihrer Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BAG daraufhin überprüft, ob sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 32-35a noch erfüllen.	
52	1b	Mit dem vorliegenden Vorschlag sind wir einverstanden.	Pro Se-nectute
52	1b	Die Schaffung eines neuen Kapitals in der SL für wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten möchten wir mit Nachdruck unterstützen. Damit wird eine gewichtige Lücke im Netz der sozialen Sicherheit geschlossen.	SAEB
52	1b	Ebenfalls einverstanden ist das ffg – forum für ganzheitsmedizin einerseits mit dem vereinfachten Zulassungsverfahren für Orphan Drugs und andererseits mit den vorgesehenen Bestimmungen für die Abgabe preisgünstiger Medikamente. Allerdings weist es zum einen darauf hin, wie wichtig das vereinfachte Zulassungsverfahren und die Möglichkeit zum Gebührenerlass oder zur Gebührenermässigung auch für komplementärmedizinische Heilmittel sind. Kleinere und mittlere Unternehmen, die solche Heilmittel herstellen, können sich die aufwändigen Zulassungsprozeduren genauso wenig leisten wie die Hersteller von Orphan Drugs.	ffg
52	1b	Die Schaffung eines neuen Kapitals in der Spezialitätenliste für wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten möchten wir mit Nachdruck unterstützen. Damit wird eine gewichtige Lücke im Netz der sozialen Sicherheit geschlossen.	GELIKO
52	4	Ohne Vorbehalt stimmen wir dem Vorschlag des Bundesrates zu, die Spezialitätenliste einer regelmässigen Kontrolle zu unterziehen und diese bei Bedarf anzupassen.	BE GL NE SZ ZG GDK
52	4	Die FDP begrüsst die Wiederaufnahme einer Regelung aus der 2. KVG-Revision, was die Erweiterung der Kriterien für die Zulassung von Arzneimitteln zur Vergütung durch die Grundversicherung betrifft. Ziel ist es, dass alle Arzneimittel in der Spezialitätenliste den gleichen Anforderungen an den Nachweis der therapeutischen oder diagnostischen Wirksamkeit genügen.	FDP
52	4	Il est également indispensable de préciser dans la loi qu'un médicament ne peut être admis dans la liste des spécialités que si son efficacité en ce qui concerne les buts diagnostiques et thérapeutiques est prouvée et, que l'office doit le rayer s'il ne remplit plus cette condition ou est dépassé par un autre médicament plus efficace et économique.	FRC
52	4	Das Kriterium der „Wirksamkeit nach Massgabe der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung“ eines Arzneimittels sehen wir als wichtige und notwendige Voraussetzung für die Aufnahme in die SL an. Wir befürchten allerdings, dass diese gesetzliche Präzisierung generell zu noch mehr klinischen Studien, Gutachten und Vorbereitungsarbeiten seitens der Pharmaindustrie führt, welche allesamt einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Medikamentenkosten haben dürften. Hier ist im Alltag der Behörden deshalb entsprechendes Augenmass zu wahren.	APA
52	4	Im Grundsatz stimmen wir auch der Wiederaufnahme der Kriterien für die Zulassung von Arzneimitteln zur Vergütung durch die obligatorische Krankenversicherung (Ergänzung von Art. 52 KVG um einen neuen Abs. 4) zu, möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bereits heute gelten. Keinesfalls darf diese Regelung dazu führen, die teils von den Krankenkassen postulierte Karenzfrist für neue Therapeutika und damit eine Rationierung und Zweiklassenmedizin versteckt einzuführen. Die gemeinsam von BSV, seco, santesuisse, Assistenz- und Oberärzten sowie der Industrie finanzierte Plaut-Studie hat mit aller Deutlichkeit gezeigt, dass die Bevölkerung dem raschen Zugang zu neuen Arzneimitteln und	Inter-pharma

		Therapien eine hohe Bedeutung beimisst.	
52	4	Nous nous interrogeons si l'art. 52 al. 4 ne vise pas l'exclusion de la LA-Mal des thérapies alternatives dont la polémique n'est pas close au sujet de l'efficacité « démontrée » ? La SSPh n'est pas absolument opposée à l'idée que les thérapies alternatives soient du domaine de l'assurance privée, sauf peut-être dans des domaines où elles seraient seules à apporter une réponse thérapeutique. Mais si telle devait être l'intention de cet alinéa, alors il faudrait le dire clairement.	SAV
52	4	Wir stimmen der Wiederaufnahme dieser Regelung aus der gescheiterten 2. KVG-Revision zu. Sie sollte es erleichtern, dass alle Arzneimittel in der Spezialitätenliste den gleichen Anforderungen an den Nachweis der therapeutischen oder diagnostischen Wirksamkeit genügen. In der Praxis darf diese Gesetzesergänzung jedoch nicht dazu führen, die entsprechenden offiziellen, im Rahmen der Zulassung von Swissmedic getroffenen Feststellungen zu überprüfen; mithin sollen hier Doppelspurigkeiten ausgeschlossen sein.	SGCI
52	4	Wir stimmen im Grundsatz der Wiederaufnahme dieser Regelung aus der gescheiterten 2. KVG-Revision zu. Diese Regelung soll aber Doppelspurigkeiten mit Swissmedic, d.h. deren Zulassungsverfahren und Kriterien ausschliessen.	vips
52	4	Es ist sinnvoll, den Grundsatz von Artikel 32 KVG für Arzneimittel nochmals aufzuführen. Damit keine Missverständnisse entstehen, sollen jedoch auch die Voraussetzungen der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit aufgeführt werden. Antrag: Abs. 4 ist wie folgt zu ergänzen: „Ein Arzneimittel darf nur in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn seine Wirksamkeit nach Massgabe der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung sowie seine Zweckmässigkeit und seine Wirtschaftlichkeit ausreichend nachgewiesen ist. Das Bundesamt streicht ein Arzneimittel aus der Spezialitätenliste, wenn es diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt.“	santé- suisse
52	5	Ein Arzneimittel kommt heute mit einem bestimmten Indikationsbereich auf die Spezialitätenliste. Oft weitet Swissmedic den Indikationsbereich aus, ohne dass beim Bundesamt für Gesundheit eine erneute Preisdiskussion geführt wird. Neben der Orphan Drug Thematik ist seit längerem der so genannte off Label Use ein besonderer Problembereich für die Krankenversicherer, den die Branche selber nicht lösen kann. Deshalb sollte der Bund diesen Bereich auf Gesetzesebene regeln. Auf Verordnungsebene soll folgendes sichergestellt werden: "Die Anwendung des Medikamentes ausserhalb des zugelassenen Indikationsbereiches ist Swissmedic und dem BAG umgehend mitzuteilen und entsprechend zu dokumentieren." Ausserdem soll die Verfügung an der Hersteller bei Erstaufnahme folgenden Zusatz enthalten: "Sollte das Arzneimittel in der praktischen Anwendung aus besonderen Gründen ausserhalb des zugelassenen Indikationsbereiches eingesetzt werden, sorgt das pharmazeutische Unternehmen mit dem verschreibenden Arzt dafür, dass die entsprechende Anwendung dokumentiert wird und übernimmt die Kosten." Antrag: Art. 52 ist um einen fünften Absatz zu ergänzen: „Wird der Indikationsbereich eines Arzneimittels ausgeweitet, wird der Preis angepasst. Über die Anwendung von Arzneimitteln ausserhalb des zugelassenen Indikationsbereiches und unsicherer Wirksamkeit erlässt der Bundesrat nähere Bestimmungen.“	santé- suisse

Art. 52a Abs. 2 und 3 / Substitution
Art. 52a, al. 2 et 3 / Substitution

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
52a	2	Da Art. 52a KVG sich ausdrücklich an die Apothekerinnen und Apotheker richtet, müssen beim neuen Absatz 2 (und 3) die hier ebenfalls in Frage kommenden selbstdispensierenden Ärzte ebenfalls genannt werden. Haben sie doch nach Massgabe der kantonalen Gesetzgebung die Möglichkeit, Medikamente sowohl zu verordnen als auch abzugeben. Geschieht ein solcher Verweis nicht, so entsteht der wohl falsche Eindruck, die Absätze 2 und 3 wurden nur für die Apotheker und nicht für alle berechtigten Leistungserbringer gelten. Zumal gerade die selbstdispensierenden Ärzte sehr besorgt sind, günstige Medikamente abzugeben. Bei aller Euphorie über die Substitution zu günstigeren Arzneimitteln darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass in erster Linie die Wirkung und Verträglichkeit eines Medikaments im Vordergrund stehen muss, während der Preis nach medizinischen Kriterien erst in zweiter oder sogar dritter Linie eine Rolle spielen darf. Insofern muss es allen Ärzten vollends frei stehen, aus medizinischen Gründen auch teurere als auf dem Markt vorhandene Medikamente zu verordnen und/oder abzugeben. Der Zusatz „bei gleicher Eignung“ ist deshalb von vorrangiger Bedeutung. So wichtig er auch ist, er darf aber mit Sicherheit nicht dazu führen, dass der Arzt oder die Ärztin den Kassen oder sonst jemandem einen Beweis einer gleichen Eignung nachliefern müsste. Dies würde die Therapiefreiheit der Ärzteschaft ganz grundsätzlich in Frage stellen. Anders ausgedrückt: Die hier vorgestellte Norm soll einen allgemeinen, moralischen Charakter haben, den wir als solchen auch unterstützen. Sie darf aber weder die Therapiefreiheit der Ärzte einschränken, noch den Kassen etwelche Forderungs- oder Prozess-Rechte einräumen. Zudem verlangen wir im Interesse einer patientenorientierten Medizin, dass - wie im Absatz 1 – auf dem Rezept ausdrücklich als Originalpräparate (sic) bezeichnete Arzneimittel keinesfalls substituiert werden dürfen. Dieser Zusatz muss eingefügt werden oder über eine teilrevidierte, für alle Absätze geltende Regelung des Absatzes 1 erfolgen.	APA
52a	2, 3	Die Standeskommission begrüsst die neue Verpflichtung der Leistungserbringer, bei gleicher Eignung für die Patientinnen und Patienten preisgünstigere Arzneimittel zu verordnen und abzugeben.	AI AR TG ZG ZH
52a	2, 3	Der Vorschlag des Bundesrates zur Förderung der Substitution teurer durch kostengünstigere Arzneimittel, namentlich durch Generika, geht ebenfalls in die richtige Richtung. Auch hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Bestimmungen für eine kosteneindämmende Wirkung ausreichend sind. Vielmehr besteht die Gefahr, dass aufgrund der interpretationsbedürftigen Formulierung Rechtsstreitigkeiten zwischen den Versicherern und den Patienten entstehen.	BE GE GL LU NE SH SZ VD
52a	2, 3	En outre, il est primordial de préserver le droit du patient quant au libre choix du médicament et nous pensons qu'un produit meilleur marché pour le patient ne doit pas d'office être remplacé par un produit moins cher ayant des propriétés égales sans l'accord de ce dernier, sous la condition impérative suivante : le patient doit être informé de l'existence d'un tel médicament meilleur marché afin qu'il puisse faire son choix. Toutefois l'assurance maladie ne remboursera que le produit le moins cher, la différence étant à la charge du patient. Nous proposons donc l'adaptation de l'article 52a titre alinéa 2 comme suit : « A propriétés égales pour le patient, seul le médicament plus avantageux sera remboursé par l'assurance obligatoire des soins. La différence est à la charge de l'assuré. »	FR
52a	2, 3	Der Vorschlag des Bundesrates zur Förderung der Substitution teurer durch kostengünstigere Arzneimittel, namentlich durch Generika, geht ebenfalls in die richtige Richtung. Auch hier stellt sich allerdings die	GDK

		Frage, ob die Bestimmungen für eine kosteneindämmende Wirkung ausreichend sind. Vielmehr besteht die Gefahr, dass aufgrund der interpretationsbedürftigen Formulierung Rechtsstreitigkeiten zwischen den Versicherern und den Patienten entstehen.	
52a	2, 3	<p>Was die Förderung der Abgabe von preisgünstigen Medikamenten und Generika anbelangt, werden in der Vernehmlassungsvorlage 2B ebenfalls die Massnahmen aus der gescheiterten 2. KVG-Revision wiederaufgenommen. Die FDP zeigt sich erfreut darüber, dass eine Zwangssubstitution von Originalpräparaten durch Generika sowie eine obligatorische Wirkstoffverschreibung im vorliegenden Entwurf abgelehnt werden; solche Eingriffe würden die ärztliche Therapie- und Verschreibungsfreiheit unverhältnismässig beeinträchtigen, ohne dass eine Verbesserung der Kostensituation garantiert vorausgesagt werden kann.</p> <p>Die in der Vernehmlassungsvorlage stipulierte Verpflichtung der Leistungserbringer, bei der Verordnung oder Abgabe eines Arzneimittels mittels Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Produkt abzugeben, ist hingegen sinnvoll, solange diese Regelung nur die Neuverschreibung oder Erstverschreibung eines Medizinalpräparats betrifft. Bei einer langjährigen Medikation (und dies ist in gut über der Hälfte der hausärztlichen Behandlungen der Fall) macht es grundsätzlich keinen Sinn, ein bewährtes Heilmittel zu wechseln, wenn ein preisgünstigeres Generikum auf den Markt kommt. Das Vertrauen eines/-r Patienten/-in, welche/-r seit längerer Zeit erfolgreich mit einem Arzneimittel behandelt wird, leidet bei einem Wechsel erfahrungsgemäss erheblich; zudem ist ein solcher Wechsel in gewissen Fällen mit viel Aufwand und mehreren Arztkonsultationen verbunden (bspw. bei Psychopharmaka oder Antiepileptika). Die FDP stimmt dieser neuen Verschreibungsregelung demnach nur unter der Bedingung zu, dass sich diese auf Verschreibungen bei neuen Patienten/-innen oder bei erstmaligem Krankheitsfall beschränkt.</p>	FDP
52a	2, 3	Der Vorschlag des Bundesrates geht zwar in die gewünschte Richtung, genügt aber nicht. Die SP Schweiz verlangt wirksamere kostendämpfende Massnahmen im Medikamentenbereich. Sie fordert deshalb Bestimmungen wonach Arzneimittel grundsätzlich unter ihrer Wirkstoffbezeichnung zu verordnen sind. Zudem müssen bei gleicher Eignung preisgünstige Arzneimittel abgegeben werden. Die preisgünstige Verordnung und Abgabe soll zudem sich auch auf Mittel und Gegenstände beziehen.	SPS
52a	2, 3	Es ist zu beachten, dass die Wirkstoffverschreibung höchstwahrscheinlich eine verschwindend kleine Ausnahme bleiben wird.	SVP
52a	2, 3	Riteniamo che il progetto non incentivi a sufficienza il consumo di medicinali generici. Il potenziale di risparmio potrebbe essere molto elevato. Nel nostro paese la percentuale di medicinali generici è ancora molto bassa se confrontata a quella che si registra in altri paesi europei: il 5 % contro il 35% della Finlandia, il 21% della Germania e il 18% della Gran Bretagna.	acsi
52a	2, 3	Im Sinne einer innovativen Wirtschaft muss der Patentschutz wirksam gesichert und eine faire Abgeltung der innovatorischen Leistungen möglich sein. Aus diesem Grund ist der vorliegende Vorschlag, der weder eine zwangsweise Verschreibung von Generika noch eine obligatorische Wirkstoffverschreibung beinhaltet, angemessen. Die ärztliche Therapie- und Verschreibungsfreiheit muss gewährleistet bleiben. Gerade bei Patienten mit einer Dauermedikation ist die Compliance ein entscheidender Faktor für den Behandlungserfolg. Um diesen nicht zu gefährden, sollte sich die Bestimmung in Art. 52a Abs.2 und 3 KVG (neu) nur auf Verschreibungen bei neuen Patienten beziehen. Der Text sollte diesbezüglich präzisiert werden.	economie-suisse
52a	2, 3	Nous insistons pour que les médecins inscrivent sur les ordonnances	FRC

		<p>médicales le principe actif du médicament plutôt que le nom du médicament ou même son générique. La collaboration entre médecins et pharmaciens deviendrait plus étroite. Cela supposerait naturellement que la formation continue des médecins ne devrait plus être faite par les fabricants, mais plutôt par des pharmacologues neutres. Il est en effet utile de préciser dans la loi que le patient est en droit de recevoir le médicament le mieux approprié au traitement de sa maladie, l'aspect économique entrant en ligne de compte mais ne déterminant pas toute la décision.</p> <p>Modifier l'alinéa 3 : Dans la mesure du possible, le médicament est inscrit sous le nom du principe actif.</p>	
52a	2, 3	Mit den Vorschlägen sind wir einverstanden.	SBV
52a	2, 3	Sinnvoll sind jene Schritte, welche bei „gleicher Eignung für die Patienten und Patientinnen“ die preisgünstigere Medikamente (Generika) fördern und Wirkstoffe verordnen.	SGB
52a	2, 3	<p>Der Vorschlag des Bundesrates bezüglich Massnahmen im Bereich der Medikamente ist aus unserer Sicht ungenügend. Es ist zwar begrüssenswert, dass der Bundesrat vorschlägt, dass bei gleicher Eignung das preisgünstigste Medikament verordnet und abgegeben werden soll. Wenn ein Arzneimittel unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet wird, soll ebenfalls das preisgünstigste abgegeben werden. SKS-Präsidentin und damalige Nationalrätin Simonetta Sommaruga hat bereits im Dezember 2001 eine Motion eingereicht, welche verlangt, dass Wirkstoffe statt Medikamente verschrieben werden. Dies scheint uns nach wie vor eine geeignete Massnahme, um wirksam Kosten zu sparen und den Absatz von Generika zu fördern. Insbesondere wenn vorgeschrieben wird, dass bei gleicher Eignung das preisgünstigste Medikament abzugeben ist. Die Verpflichtung, das preisgünstigste Produkt abzugeben, soll sich auch auf Mittel und Gegenstände beziehen.</p>	SKS
52a	2, 3	Der Änderung der Sachüberschrift stimmen wir zu.	APA
52a	2, 3	<p>La prescription de principes actifs est une démarche positive. Contrairement aux commentaires incitant plutôt à la confusion qui accompagnent ce projet, elle témoigne dans la règle de connaissances pharmacologiques approfondies et d'une approche scientifique du problème. Les aléas liés à la préparation galénique sont un autre problème source de confusions et auquel il est attribué beaucoup trop d'importance. Il en va par contre autrement en cas de changement de marque protégée au cours d'un traitement de longue durée. Le changement d'aspect des médicaments a un effet clairement déstabilisateur au niveau de la compliance.</p>	FMH
52a	2, 3	<p>Bezüglich Art. 52 (Substitution) ist es den Spitälern, wenn ein Teil der benötigten galenischen Formen fehlt, nicht immer möglich auf Generika zu wechseln. Dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit, indem die Verwendung von unterschiedlichen Spezialitätennamen für verschiedene galenische Formen ein- und desselben Präparates, erfahrungsgemäss immer wieder zu Missverständnissen und Fehlern führt (z.B. die Präparate von Furosemid, Omeprazol, Ciprofloxacin etc. bei denen es bisher keine parenteral zu verabreichenden Formen gibt). Art. 52 sollte wie folgt abgeändert werden: Textvorschlag: Art. 52 Bst. a Bei gleicher Eignung, <i>Qualität und Sicherheit</i>, für die Patientinnen . . .</p>	GSASA
52a	2, 3	H+ sieht in der Substitution von Heilmittel einen Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten und eine Möglichkeit der Kostendämpfung	H+
52a	2, 3	Die Wiederaufnahme der Massnahmen aus der gescheiterten 2. KVG-Revision (Ergänzung von Art. 52a KVG, Ziffer 2.2, 2. Abschnitt des erläuternden Berichts) zur Förderung von Generika werden von der Interpharma akzeptiert, so lange kein Zwang zur Abgabe von Generika besteht. Ein Substitutionszwang wie auch ein Systemwechsel hin zu	Interpharma

		einer obligatorischen Wirkstoffverschreibung werden aus medizinischen Gründen von der Pharmabranche abgelehnt. In der parlamentarischen Debatte über diesen Artikel wurde vom damaligen Präsidenten der ständerätlichen SGK mit Nachdruck ausgeführt, dass der Entscheid über die medizinische Äquivalenz auch weiterhin beim Arzt liegt. Mit dem Artikel wird klar die Erwartung ausgedrückt, dass der Arzt bei „gleicher Eignung“ ein preisgünstiges Arzneimittel verschreibt, was vor allem bei Neuverschreibungen Beachtung finden dürfte. Im Interesse der Compliance vor allem älterer Patienten und damit auch des Behandlungserfolgs muss jedoch die ärztliche Therapiefreiheit weiter gewährleistet bleiben.	
52a	2, 3	Es muss in der Entscheidung des Arztes bleiben, mit welchem Medikament er den Patienten behandelt. Wenn der Arzt es zulässt, dass der Apotheker ein anderes Medikament dem Patienten abgibt, so soll diese Delegation ebenfalls in der Verantwortung des Arztes sein. Abzulehnen ist aber eine Regelung, wonach das preisgünstigste Medikament abzugeben ist. Eine solche nur am Preis orientierte Medikamentenauswahl lässt sich medizinisch nicht vertreten und ist strikte abzulehnen. Die Verantwortung für die Therapie muss der Arzt übernehmen, darin eingeschlossen die Wahl wie auch die Dosierung des entsprechenden Medikamentes. Mit der Wirkstoffverschreibung wird diese umfassende ärztliche Verantwortung durchbrochen.	PULSUS
52a	2, 3	Nous approuvons la formulation proposée, étant entendu que le terme « préparation adéquate » permet au pharmacien de tenir compte dans son choix conjoint avec le patient aussi de critères autres que le seul prix.	SAV
52a	2, 3	Dieser Vorschlag geht in die gewünschte Richtung. Der SBK ist der Ansicht, dass bei gleicher Eignung preisgünstige Arzneimittel abgegeben werden müssen.	SBK
52a	2, 3	SGCI Chemie Pharma Schweiz unterstützt die in den Erläuterungen bekundete klare Ablehnung der Zwangssubstitution und der obligatorischen Wirkstoffverschreibung. Wie dort zu Recht unterstrichen wird, gefährdeten solche Zwangsmassnahmen die Arzneimittelsicherheit, verursachten gravierende Compliance-Probleme und vermöchten wohl kaum zur Verbesserung der Kostenlage beizutragen; viel eher ist angesichts der Sicherheits- und Compliance-Nachteile sogar das Gegenteil zu befürchten. Hinzu kommt, dass solche Eingriffe die ärztliche Therapie- und Verschreibungsfreiheit in einem Ausmass beeinträchtigten, dem nicht im Geringsten ein vertretbarer Gegenwert gegenüber stünde. Wir opponieren indessen der Absicht nicht, die Generika-Abgabe' in der Weise zu fördern, wie es bereits bei der 2. KVG-Revision (Art. 52a Abs . 2 und 3 KVG) vorgesehen war . Dieser Absicht steht jedenfalls so lange nichts entgegen, als damit keine Einschränkung der Freiheit des Arztes einhergeht, seinen Patienten ein zwar wirtschaftliches Arzneimittel zu verordnen, das sich allerdings auch immer am besten für sie eignen soll. Gerade bei Patienten mit einer Dauermedikation ist die Compliance, das heisst die Therapietreue ein entscheidender Faktor für den Behandlungserfolg. Um diesen nicht zu gefährden, soll sich die Bestimmung in Art. 52a Abs. 2 KVG nur auf Verschreibungen bei neuen Patienten beziehen. Die Compliance, d. h. das Vertrauen eines Patienten, der auf ein bestimmtes Arzneimittel eingestellt und seit längerem erfolgreich damit behandelt wird, leidet erfahrungsgemäss erheblich, wenn er plötzlich auf ein anderes Arzneimittel wechseln soll. So sehr wir für das Kostenargument, das die Substitution begründen mag, Verständnis haben, so wenig dürfte es unter dem Strich bringen, wenn ein Patient deswegen das Vertrauen verliert und die Einnahme des Ersatz-Arzneimittels verweigert. Wir erwarten, dass in dieser Hinsicht noch eine Präzisierung angebracht wird. Zumindest in der Botschaft an das Parlament sollte deutlich auf	SGCI

		diese Einschränkung der Substitutionsempfehlung eingegangen werden.	
52a	2, 3	Das therapeutische Äquivalenz zwischen Original und Generikum entspricht der Wirkung respektive dem Risiko innerhalb gewisser vorgegebener Grenzen, welche in der Regel bei der heutigen Vorgabe eine Abweichung vom Originalpräparat von +20% bis -20% liegt! Das heisst eine Wirkung des Generikum A kann vom Generikum B um 40% differieren (A -20%; B + 20%) was sehr gefährlich sein kann! Interaktionen, ungenügende oder toxische Wirkungen sind nicht vorhersehbar, wenn beispielsweise der Apotheker die Wahl des Mittels frei trifft. Patienten sind zudem oft fixiert auf das Aussehen eines Medikamentes und weniger auf dessen Namen. Die Compliance ist dadurch gefährdet, was bereits angetönt wurde.	SGIM
52a	2, 3	Nous saluons également la mesure proposée concernant la substitution qui laisse au prestataire le choix de la préparation adéquate avantageuse et le fait que le DFI admette que les médicaments contenant le même principe actif n'ont pas toujours la même composition, la galénique peut varier et influencer sur l'efficacité ou occasionner des complications. Suggestion pour compléter cet article: Les membres des professions médicales peuvent en tout temps demander à l'OFSP d'inclure des médicaments qu'ils considèrent comme indispensables aux traitements médicaux. Cette procédure doit être simple et rapide.	SSPO
52a	2, 3	Dieser Vorschlag geht in die gewünschte Richtung. Der SVBG ist der Ansicht, dass bei gleicher Eignung preisgünstige Arzneimittel abgegeben werden müssen.	SVGB
52a	2, 3	Die vips unterstützt die in den Erläuterungen bekundete klare Ablehnung der Zwangssubstitution und der obligatorischen Wirkstoffverschreibung. Die Qualität, die Compliance und die Sicherheit einer Therapie würden ansonst gefährdet. Die Kostenfolgen würden die nur theoretisch begründeten und minimalen Einsparungen mehr als kompensieren. Bei der Substitution ist es wichtig, dass die Therapiesicherheit, d.h. die Verträglichkeit und Therapietreue nicht gefährdet werden. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit ergeben sich nicht nur aus dem Hauptwirkstoff, sondern auch massgeblich aus den Hilfsstoffen, welche von Produkt zu Produkt sehr unterschiedlich sein können. Wir glauben auch, dass dem Volkswillen nach der deutlichen Ablehnung der „Denner Initiative“ Rechnung getragen werden muss.	vips
52a	2, 3	In den neu vorgesehenen Absätzen 2 und 3 des Art. 52a KVG wird festgehalten, bei gleicher Eignung für die Patientinnen und Patienten seien preisgünstige Arzneimittel zu verordnen und abzugeben. Wird ein Arzneimittel unter der Wirkstoffbezeichnung verordnet, ist ein für die Patientinnen und Patientinnen geeignetes preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. In der Botschaft wird hervorgehoben, es sei in jedem Fall ein für die Patientinnen und Patienten geeignetes Produkt abzugeben. Dies, weil Produkte unterschiedliche Wirkungen hervorrufen könnten. Daher solle nicht das preisgünstige, sondern ein im Verhältnis zu anderen Produkten mit derselben Wirkung preisgünstiges, geeignetes Arzneimittel verordnet bzw. abgegeben werden. Der im Gesetzestext verwendete Begriff "Eignung ist völlig ungenügend. Dieser Begriff würde eher für den Absatz 1 passen, wonach die Apotheken berechtigt sind, Originalpräparate durch Generika zu ersetzen, wenn der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparats verlangt. Die Wirksamkeit von Generika ist insoweit zu relativieren, dass bezüglich der Bioäquivalenz Abweichungen von +25% bis -20% AUC (Fläche unter der Wirkungskurve) akzeptiert werden (Konzentration max. oder Wirkungsdauer max.). Das ist für viele Behandlungen, z.B. in	VLSS

		<p>der Chemotherapie, bei Antibiotika, Antiarrhythmika, oder Dosierungen für Kinder etc. absolut unzureichend.</p> <p>Wir legen Ihnen die Anleitung des Schweizerischen Heilmittelinstituts für Humanarzneimittel mit bekannten Wirkstoffen vom 3. Dezember 2002 bei, mit der Bitte, dieses Papier nicht nur zu lesen, sondern den Bürgerinnen und Bürger reinen Wein einzuschenken, wenn es darum geht, die Patientinnen und Patienten aus Kostengründen mit möglicherweise weniger wirksamen Medikamenten zu behandeln. Auch mit der vorgeschlagenen Ergänzung des Art. 52a wird die Therapiefreiheit, welche sich zum Nutzen der Patientinnen und Patienten auswirkt, weiter eingeschränkt.</p> <p>Wir schlagen vor, dass der Gesetzestext - analog zur Botschaft - zumindest wie folgt ergänzt wird:</p> <p>Art. 52a Abs. 2: Bei gleicher Wirkung für die Patientinnen und Patienten soll das im Verhältnis zu einem anderen Produkt preisgünstigere Arzneimittel verordnet oder abgegeben werden.</p> <p>Abs. 3: Wird ein Arzneimittel unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet, soll das im Verhältnis zu einem anderen Produkt bei gleicher Wirkung für die Patientinnen und Patienten preisgünstigere Arzneimittel verordnet oder abgegeben werden.</p>	
52a	2, 3	<p>Es ist vom Grundsatz auszugehen, dass dem Patienten das kostengünstigste und nicht bloss ein günstigeres Arzneimittel abgegeben werden soll. Die Wirkstoffbezeichnung schränkt u.E. und entgegen verbreiteter Meinung die therapeutische Freiheit des Arztes nicht ein. Nota bene: Bei der Ausbildung der Ärzte ist als flankierende Massnahme die Ausbildung im pharmakologischen Bereich zu überdenken, da die frisch ausgebildete Ärzteschaft die Wirkstoffe kaum mehr kennt und sich somit an die von der Pharmaindustrie propagierten Produkte und Marken hält.</p> <p>Vorschlag: Art. 52 Abs. 2 und 3 sind zu streichen. Folgendes Prinzip ist festzuhalten: Bei Medikamenten mit dem gleichen Wirkstoff oder dem gleichen Therapieeffekt ist grundsätzlich das kostengünstigste Arzneimittel zu verordnen und abzugeben.</p>	COSAMA
52a	2, 3	<p>Der vorgeschlagene Artikel geht in die richtige Richtung. santésuisse schlägt zur Verbesserung des Artikels folgende Änderungen vor:</p> <p>Bei der heutigen Preisregelung wird stets das Generikum preisgünstiger sein als das Originalpräparat. Deshalb sollte man die Sachüberschrift von Art. 52a in „Generikasubstitution“ ändern.</p> <p>Um den Generikaanteil zu erhöhen müssen sowohl die verschreibenden, als auch die abgebenden Leistungserbringer im Gesetz direkt angesprochen werden. Nur so fühlen sie sich auch verantwortlich.</p> <p>Die Wirkstoffverschreibung soll dem Arzt offen stehen. Dadurch kann er die ökonomische Verantwortung dem Apotheker übergeben.</p> <p>Antrag: Der heutige Art 52a soll wie folgt ersetzt werden.</p> <p>Neue Sachüberschrift bei Art. 52a: Substitution mit Generika</p> <p>Abs. 1 (neu) Der Arzt oder der Chiropraktor verordnen bei gleicher Eignung für die Patienten und Patientinnen ein preisgünstiges Arzneimittel oder den Wirkstoff. Der selbstdispensierende Arzt gibt bei gleicher Eignung für den Patienten in jedem Fall preisgünstige Arzneimittel ab.</p> <p>2 (neu) Wird ein Arzneimittel unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet, gibt der Apotheker ein für die Patienten und Patientinnen geeignetes preisgünstiges Arzneimittel ab.</p>	santé-suisse
52a	2, 3	<p>Der vorhandene Text ist bei vernünftiger Anwendung ebenso klar wie seine neue Fassung. Insbesondere auf den Einsatz von Generika verweist bereits der bisherige Wortlaut. Ob dann ein Generikum wirklich wie verlangt adäquat zum Markenmittel ist, ist nur am konkreten Beispiel beurteilbar und gesetzgeberisch kaum zu fassen. Nützlicher wäre</p>	Neuer Panther Club

		vielmehr die Bedingung, ein Generikum müsse tatsächlich billiger als das Markenmittel sein. Andernfalls ist nicht einmal der alte Text sinnvoll anwendbar.	
52a	2, 3	Wir unterstützen den Vorschlag des Bundesrates, bei gleicher Eignung für die Patientinnen und Patienten preisgünstige Arzneimittel zu verordnen und abzugeben. Wir hätten es allerdings begrüsst, wenn der Bundesrat weitergehende kostendämpfende Massnahmen im Medikamentenbereich vorschlagen würde.	Pro Se-nectute
52a	2, 3	Der vorhandene Text ist bei vernünftiger Anwendung ebenso klar wie seine neue Fassung. Insbesondere auf den Einsatz von Generika verweist bereits der bisherige Wortlaut. Ob dann ein Generikum wirklich wie verlangt adäquat zum Markenmittel ist, ist nur am konkreten Beispiel beurteilbar und gesetzgeberisch kaum zu fassen. Nützlicher wäre vielmehr die Bedingung, ein Generikum müsse tatsächlich billiger als das Markenmittel sein. Andernfalls ist nicht einmal der alte Text sinnvoll anwendbar.	VASOS
52a	2, 3	Was die Abgabe von preisgünstigen Medikamenten und im Speziellen von Generika betrifft, so verweist das ffg nochmals auf den als Randbemerkung im ersten Vernehmlassungspaket enthaltenen zweckmässigen Vorschlag, im Fall von Generika den Kostenselbstbehalt der Patient/innen tiefer und im Fall von Originalpräparaten höher anzusetzen.	ffg
52a	3	Den Absatz 3 lehnen wir in aller Form ab. Eine gute Medizin erfordert von den Ärzten genaue Kenntnisse sowie die korrekte Namensgebung der verschreibenden Präparate und nicht nur möglicher Wirkstoffe. Eine Delegation dieser Aufgabe an Apotheker ist im Interesse einer kohärenten, patientenorientierten und wirksamen Therapie nicht zu verantworten. Zumal die Apotheken meist keine oder wenig Kenntnisse über den vom HMG (Art. 26) geforderten allgemeinen und speziellen Gesundheitszustand sowie über die Krankengeschichte der Patienten haben. Zudem stellen sich haftungsrechtliche Fragen, wenn die Apotheker plötzlich in eigener Regie Medikamente verschreiben. Wir wehren uns deshalb gegen eine Aufnahme dieses Absatzes in das Gesetz in aller Form.	APA

Art. 56 Abs. 3bis / Wirtschaftlichkeit der Leistungen
Art. 56, al. 3bis / Caractère économique des prestations

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
56	3bis	In der Botschaft ist richtig festgestellt, dass sich die Bestimmung nicht auf Spitäler bezieht, da deren Vergünstigungen in den Tarifen enthalten sind. Entsprechend ist der Artikel zu formulieren. Konkreter Regelungsvorschlag: Vergünstigungen nach Absatz 3, welche nicht den Patienten einzeln oder gemeinsam zugeordnet werden können, sind zu Gunsten der Gesamtheit der Versicherten an die Gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 weiter zu geben.	BE BS GE LU SG TG ZH
56	3bis	In den Erläuterungen ist richtig festgestellt, dass sich die Bestimmung nicht auf Spitäler bezieht, da deren Vergünstigungen in den Tarifen enthalten sind. Entsprechend ist der Artikel zu formulieren. Vorschlag: Vergünstigungen nach Absatz 3, welche nicht den <u>Patienten einzeln oder gemeinsam</u> zugeordnet werden können, sind zugunsten der Gesamtheit der Versicherten an die Gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 weiter zu geben.	GDK
56	3bis	Ein integriertes Versorgungsnetz muss die erwirtschafteten Vergünstigungen für seine Versicherten im Netz behalten können. Ansonsten wird sich kaum eine genügende Attraktivität für Ver-	EVP

		sorgungsnetze einstellen. Dieser Artikel ist entsprechend anzupassen.	
56	3bis	Mit grossem Vorbehalt Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Es stellt sich die Frage, wie man z.B. die Finanzierung der Weiterbildung an Leistungserbringer rückvergüten will. Nach Ansicht der SVP ist dies ein typischer Fall von Überreglementierung!	SVP
56	3bis	Die Zuweisung der nicht persönlich zuzuordnenden Vergünstigungen an die gemeinsame Einrichtung der gesamten Versicherungsgemeinschaft könnte im Widerspruch zur Förderung besonderer Versicherungsformen stehen. Eine zweckbezogene Verteilungsregel wäre vorzuziehen. Wir schlagen deshalb vor, Vergünstigungen, die nicht einzelnen Versicherten zugeordnet werden können, anstatt wie im Gesetzesentwurf vorgesehen an die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 weiterzugeben, zumindest teilweise den Netzwerken zu überlassen. Nur so erhalten die Netzwerke einen Anreiz, sich kosteneffizient zu verhalten. Der Satz dieses Absatzes muss deshalb lauten: ...“...., sind zumindest teilweise zu Gunsten des Netzwerkes weiter zu geben.“	economie-suisse
56	3bis	Préciser que les avantages financiers octroyés aux hôpitaux et même à des médecins lors de commande de médicaments soient transmis à l'Institution commune.	FRC
56	3bis	Nicht verwendete Vergünstigungen: Die Zuweisung der nicht persönlich zuzuordnenden Vergünstigungen an die Gemeinsame Einrichtung der gesamten Versicherungsgemeinschaft könnte im Widerspruch zur Förderung besonderer Versicherungsformen und von Netzwerkstrukturen stehen. Eine zweckbezogenere Verteilungsregel wäre vorzuziehen. Vorschlag: Prüfen einer Ergänzung im Sinne "Vergünstigungen nach Abs. 3 sind dann weiterzugeben, wenn dem Grundsatz von Art. 32 Abs. 1 entsprechende, ausführungsfähige Verwendungsmöglichkeiten zugunsten der Versichertengemeinschaft der betreffenden besonderen Versicherungsform fehlen".	SAGV
56	3bis	Diesen Zusatz zu Absatz 3 lehnen wir ab. Dass die gemäss Artikel 18 KVG Gemeinsame Einrichtung mit nicht individuell verteilbaren Vergünstigen gespiesen werden können soll, ist nachvollziehbar und wohl auch sachgerecht. Wenn fortan aber, wie im Kommentar vorgesehen, beispielsweise der Besuch von Weiterbildungsveranstaltungen und Kongressen, für die seitens der Pharmafirmen eine angemessene und verhältnismässige Einladung ausgesprochen wurde, zu Zahlungen in die gemeinsame Einrichtung führen soll, so ist dieser Zusatz verfehlt. Wir lehnen eine diesbezügliche Regelung deshalb ab.	APA
56	3bis	On voit mal comment des avantages peuvent être reportés sur l'Institution commune plutôt que sur l'assureur. Cela demande clarification.	FMH
56	3bis	Nach langen Diskussionen zwischen BSV, Versicherern, Swissmedic und Leistungserbringern ist allgemein anerkannt und akzeptiert worden, dass die über Pauschalen finanzierte Spitäler die Rabatte nach Gesetz weitergeben, wenn diese in die Betriebsrechnung einfließen. Diese Feststellung fehlt. Antrag: Art. 56 Abs. 3bis ist wie folgt zu ergänzen: Vergünstigungen und Rabatte, die Spitälern gewährt werden, dienen der Verbilligung der Leistungserbringung und sind in der Betriebsrechnung der Spitäler auszuweisen. Damit ist für die über Pauschalen finanzierten Leistungen die Weitergabepflicht für die Spitäler erfüllt.	GSASA
56	3bis	Der speziellen Situation der Spitäler bei der Weitergabe von Vergünstigungen, welche automatisch durch die stationären Tarife geschieht, ist auch im Gesetz Rechnung zu tragen.	H+
56	3bis	Der Vorschlag des Bundesrates ist für Leistungserbringer mit Budgetverantwortung kontraproduktiv und nimmt ihnen jeglichen den Anreiz,	HMO Gesund-

		<p>bessere Konditionen im Einkauf zu erzielen. Wenn ein Leistungserbringer bereit ist, Budgetverantwortung zu übernehmen, muss ihm auch die Möglichkeit gewährt werden, Vorteile zu erzielen. Ansonsten wird er es vorziehen, im System der Einzelleistungsabrechnung (ohne finanzielles Risiko!) zu bleiben.</p> <p>Antrag: <i>Ergänzung</i> mit einer Ausnahmeregelung für besondere Versicherungsformen gemäss Art. 41 c:</p> <p>Vergünstigungen nach Absatz 3, die nicht einzelnen Versicherten zugeordnet werden können, sind zugunsten der Gesamtheit der Versicherten an die Gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 weiter zu geben. <i>Hiervon ausgenommen sind Vergünstigungen für Versicherte in einer besonderen Versicherungsform nach Art. 41c.</i></p>	heitsplan
56	3bis	<p>Eine Chance für Netzwerke, Kosten zu sparen, ist die Möglichkeit, durch gemeinsames Einkaufen (z.B. Laborleistungen, Hilfsmittel, Medikamente) Rabatte zu erzielen. Diese sollten analog zu anderen ambulanten und stationären Institutionen ausschliesslich den in den Netzwerken Versicherten zugute kommen. Die Versorgungsnetze sollten deshalb berechtigt sein, diese Vergünstigungen im Netz zu behalten. Der Art. 56 Abs. 3 bis soll deshalb mit einem Satz ergänzt werden: "Vergünstigungen, welche an Versorgungsnetze gemäss Art.41c gehen, sind von dieser Vorschrift ausgenommen".</p>	<p>MediX</p> <p>med-swiss.net</p>
56	3bis	<p>Die vorgesehene Regelung ist ein Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit. Es ist nicht einzusehen, weshalb ein Leistungserbringer Vergünstigungen beim Einkauf unbedingt und in jedem Fall weiterzugeben hat. Die Gründe für die Begünstigung können auch in eigener Mehrleistung (Zahlungsbereitschaft, Risikobereitschaft, Lagerhaltung, etc.) begründet sein. Letztlich wird diese Zwangsabschöpfung von Vergünstigungen im Bereich der Medikamente nur dazu führen, dass jeder Wettbewerb in diesem Bereich zum Erliegen kommt und ein vom Gesetz faktisch verordnetes Kartell entsteht. Kein Leistungserbringer wird sich um eine Vergünstigung bemühen, wenn er diese weitergeben muss. Unter dem Strich bringt ihm eine solche Vergünstigung lediglich administrativen Umtrieb, worauf er sehr bald verzichten wird.</p> <p>Im Übrigen ist es systemwidrig, von den Leistungserbringern wirtschaftliches Verhalten zu verlangen, solange dies zugunsten der Versicherer wirkt, das gleiche Verhalten aber faktisch zu unterbinden, sobald es zugunsten des Leistungserbringers sich auswirkt. Selbst wenn man entgegen unserer Auffassung zur Ansicht kommen würde, dass Rabatte oder unentgeltliche Lieferungen, die verkauft worden sind, in eine gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 KVG überwiesen werden müssten, was wir aus den erwähnten Gründen ablehnen, führt es zu weit, dass Weiterbildungsveranstaltungen und Kongresse, die auf Einladung von Medikamentenlieferanten besucht werden, an eine Einrichtung nach Art. 18 KVG bezahlt werden müssen. Letztlich wird faktisch jedes ökonomische Verhalten der Marktteilnehmer durch ein staatlich herbeigeführtes Preiskartell ersetzt.</p>	PULSUS
56	3bis	<p>La SSPh est très favorable à l'idée d'alimenter un Fonds par tous les gains concernés par la loi et non déductibles directement à la facture d'un débiteur donné.</p> <p>Nous proposons dans le même ordre d'idées d'imputer ces montants au remboursement de prestations d'intérêt général qui ne peuvent pas être imputées à un patient donné. Par exemple, l'activité des pharmaciens et des médecins qui consacrent de nombreuses soirées dans les « Cercles de qualité pharmaciens-médecins pour l'optimisation de la prescription » ne peut jamais être facturée à un patient, et pourtant il faut absolument encourager et rémunérer une activité pionnière aussi efficace. En principe, la substitution générique par le pharmacien ne devrait pas non plus être facturée à un patient, puisque la prestation vise avant tout la sensi-</p>	SAV

		bilisation d'un médecin. L'institution commune selon l'art 18 LAMal pourrait être appelée à assumer aussi cette fonction, ou un nouveau Fonds ad hoc.	
56	3bis	Wir schlagen vor, Vergünstigungen, welche nicht einzelnen Leistungserbringern zugeordnet werden können, im Falle von Managed Care-Versorgungsmodellen den Netzwerken zu belassen. Dies eröffnet ihnen die Möglichkeit, günstige Konditionen auszuhandeln und diese den im Netzwerk versorgten Patienten zukommen zu lassen. Im übrigen ist diese Bestimmung generell wettbewerbsfremd.	VSAO
56	3bis	Die Verwendung der Gelder muss bestimmt werden, damit sie nicht zweckfremd eingesetzt werden (z.B. Verwaltungsaufwand, für von einzelnen Kt eingesetzten Aufgaben, vgl. 18 KVG) Anzuregen wäre, diese Gelder für den Risikoausgleich einzusetzen. Vorschlag: Ergänzung von Art. 56 Abs. 3bis KVG: Die Vergünstigungen sind für den Risikoausgleich einzusetzen	ÖKK
56	3bis	Für Leistungserbringer, die eine Budgetverantwortung übernehmen, ist dieser Vorschlag kontraproduktiv, da jegliche Anreize zum Aushandeln von besseren Konditionen verloren gehen. Wenn ein Leistungserbringer bereit ist, Budgetverantwortung zu übernehmen, muss ihm auch die Möglichkeit gewährt werden, Vorteile zu erzielen. Vergünstigungen werden heute deshalb nicht weitergegeben, weil die Referenz nicht klar ist, worauf vergünstigt wird. Aus diesem Grund ist eine nähere Umschreibung der Vergünstigungen angebracht. Erhebliche Gewinne untergraben den Anreiz, indikationsbezogen zu verschreiben. Dies muss korrigiert werden. Mit der von uns vorgeschlagenen Definition wird klargestellt, dass die Gewinne selbstdispensierender Ärzte weitergegeben werden müssen, bzw. dass der Marge eine angemessen bewertete Gegenleistung gegenüberstehen muss. Im Bedarfsfall liesse sich diese neue Bestimmung in einer Verordnung konkretisieren. Antrag: Zwei Ergänzungen zu Art. 56: Vergünstigungen nach Absatz 3, die nicht einzelnen Versicherten zugeordnet werden können, sind zu Gunsten der Gesamtheit der Versicherten an die Gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 weiter zu geben. Hiervon ausgenommen sind Vergünstigungen für Versicherte in einer besonderen Versicherungsform gemäss Art. 41c. Neuer Art. 56 Abs. 3ter. "Eine Vergünstigung liegt vor, wenn Umsätze oder sonstige geldwerte Vorteile anfallen, denen keine Leistungen nach diesem Gesetz gegenüberstehen."	santé-suisse

Art. 57 Abs. 9 / Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

Art. 57, al. 9 / Médecins-conseils

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
57	9	Mit Vorbehalt Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Es stellt sich natürlich die Frage der Unabhängigkeit der Angehörigen der Netzwerke.	SVP
57	9	PULSUS lehnt ab, dass bei integrierten Versorgungsnetzen die Aufgaben des Vertrauensarztes der Versicherung gleich an die Leistungserbringer delegiert werden. Diese Massnahme zeigt deutlich, dass die Versicherer selber hier medizinische Leistungen anbieten wollen. Die direkte Führung des Unternehmens erübrigt dann den Vertrauensarzt.	PULSUS
57	9	Nous sommes surpris face à cette idée, dont on imagine avant tout un intérêt de la part des assureurs de taille modeste qui souhaiteraient économiser les frais d'un médecin et d'un pharmacien-conseil. Mais il y a collision d'intérêts dans tous les cas de figure proposés par cet article :	SAV

		<ul style="list-style-type: none"> - soit la décision de prise en charge d'une prestation « douteuse » grève le budget du « réseau de soins intégrés », et alors le réseau sera un substitutif du médecin-conseil particulièrement sévère ; - soit la décision génère une prise en charge extrabudgétaire de ladite prestation par l'assureur, auquel cas le réseau sera un substitutif du médecin-conseil particulièrement « coulant »... <p><u>Proposition</u> : supprimer cet article.</p>	
57	9	Wir begrüßen die Möglichkeit, dass Versicherer mit den Netzwerken die Übertragung der vertrauensärztlichen Funktionen vereinbaren können. Allerdings erachten wir es als unabdingbar, den Patienten, welche in Managed Care-Versorgungsmodellen behandelt werden, die Möglichkeit des Beizugs eines externen "Ombudsarztes" zu gewähren. Dieser soll die Kompetenz erhalten, das Netzwerk zur Erbringung von Leistungen zu verpflichten, wenn er die medizinisch nicht vertretbare Unterlassung von Leistungen feststellt. Weiter sollte der Patient in dieser Situation die Möglichkeit erhalten, das Netzwerk ohne Bindung an eine allfällige Mindestversicherungsdauer zu verlassen. Wir beantragen, die Funktion dieses "Ombudsarztes" ebenfalls im Gesetzestext festzuhaken.	VSAO
57	9	Die Übertragung der Aufgaben der Vertrauensärzte an die Leistungserbringer stellt eine Systemwidrigkeit dar. Im Interesse einer klaren Rollenteilung der Akteure ist davon abzusehen. Hinzu kommt, dass der Versicherer (und nicht der Vertrauensarzt) letztlich die Pflicht hat, zu prüfen, ob eine Leistungspflicht besteht, und dies auch bei den Versorgungsnetzen gemäss Art. 41c. Bei Streitigkeiten muss der Versicherer eine Verfügung erlassen. Antrag: Absatz ersatzlos streichen	santé-suisse
57	10	Zu Artikel 57 schlagen wir bei dieser Gelegenheit vor, auch zu prüfen, ob nicht generell auch Vertrauenschiropraktoren gezielt für den Bereich der Chiropraktik vorzusehen sind. Diese wären für eine Tätigkeit in der ganzen Schweiz (vgl. Absatz 2) einzusetzen.	SCG

Art. 62 Abs. 1, 2, 2bis und 3 / Besondere Versicherungsformen
Art. 62 al. 1, 2, 2bis et 3 / Formes particulières d'assurance

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs	
62	1	L'introduction de ristournes est contraire au principe de solidarité ancré dans la LAMal, et doit être abandonnée dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.	GE
62	1	L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité ... remplacer par doit. Quant aux ristournes, nous contestons un tel système.	FRC
62	1	Wir begrüßen ausdrücklich die geschaffene Flexibilisierung bei den Prämien. Um Anreize zu schaffen, möglichst lange im integrierten Versorgungsnetz zu bleiben, sollten Rabatte in Abhängigkeit der Versicherungsdauer (auch bei Leistungsbezug) möglich sein. Abs. 1: Wir gehen davon aus, dass mit der Änderung von Art. 62 für Versicherte in Versorgungsnetzen Prämienrabatte auch nach der Dauer des Versicherungsverhältnisses gewährt werden können. Um Klarheit zu schaffen, schlagen wir vor, Art. 62 Abs. 1 diesbezüglich zu präzisieren.	HMO Gesundheitsplan
62	1	Es scheint, dass das integrierte Versorgungsnetz bereits bei der gesetzlichen Grundlage als Mogelpackung ausgestaltet wird. Die hier skizzierte Möglichkeit zugunsten der Versicherer ist in jeder Hinsicht unangemessen. Die Bestimmung wirkt einseitig zugunsten der Versicherer. Wir lehnen integrierte Versorgungsnetze ab.	PULSUS
62	1	Wir lehnen die Möglichkeit der Gewährung von Rückvergütungen an	SAEB

		gesunde Versicherte, die keine Leistungen beanspruchen mussten, ab. Eine solche Möglichkeit durchbricht den Gedanken der Solidarität in einer obligatorischen Sozialversicherung auf unzulässige Art und Weise. Erfolgt die Rückvergütung nicht aufgrund der individuellen Beanspruchungen, sondern aufgrund der Leistungsbeanspruchung durch die Gesamtheit der Versicherten, so löst sie für die Einzelperson demgegenüber keinen Anreiz für kostenbewusstes Verhalten aus.	
62	1	Speziell begrüsst wird die Möglichkeit, bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl nebst Prämienermässigungen auch Rückvergütungen zu gewähren.	ffg
62	1	Wir lehnen die Möglichkeit der Gewährung von Rückvergütungen an gesunde Versicherte, die keine Leistungen beanspruchen mussten, ab. Eine solche Möglichkeit durchbricht den Gedanken der Solidarität in einer obligatorischen Sozialversicherung auf unzulässige Art und Weise. Erfolgt die Rückvergütung nicht aufgrund der individuellen Beanspruchungen, sondern aufgrund der Leistungsbeanspruchung durch die Gesamtheit der Versicherten, so löst sie für die Einzelperson demgegenüber keinen Anreiz für kostenbewusstes Verhalten aus.	GELIKO
62	3	Mit Vorbehalt Zustimmung zur vorgeschlagenen Änderung. Hiermit sei auch auf die Bemerkungen zu Art. 41b und 41c verwiesen.	SVP
62	3	Il est en effet indispensable de prolonger la compensation des risques, mais la prise en compte uniquement de l'âge et du sexe de l'assuré n'est pas suffisante et conduit à un comportement de sélection des risques de la part des assureurs. Il faudrait aussi introduire le coût des traitements.	FRC
62	3	Im geltenden Recht bezog sich dieser Absatz auf alle besonderen Versicherungsformen. Neu werden nur noch die Formen mit eingeschränkter Wahl in Art. 62 geregelt. Die „Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge“ beziehen sich im geltenden Recht auf die Bonusversicherung. Überprüfen von Art. 41a und Art. 62 Abs. 3 in Bezug auf die „Mindestgrenzen für Prämienzuschläge“. Allenfalls ist diese Kompetenz des Bundesrats in Art. 41a zu verankern.	HMO Gesundheitsplan
62	3	Vorschlag: Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise...	COSAMA
62	3	<u>Abs. 3</u> ist gesetzestechnisch am falschen Ort. Da er Bezug nimmt auf die Prämienermässigungen für die besonderen Versicherungsformen im allgemeinen, müsste er unter Art. 41a Abs. 5 KVG stehen. Vorschlag: <u>Art. 62 Abs. 1</u> ist folgendermassen zu ergänzen: Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 a <i>Abs. 1 im Rahmen von Art. 41a Abs. 5</i> vermindern oder Rückvergütungen vorsehen. <u>Art. 41a Abs. 5 KVG:</u> Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. <i>Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten</i>	ÖKK
62	3	Da auf Bundesebene die Vernehmlassungsverfahren neu geregelt werden, soll in diesem Absatz festgehalten werden, dass beim Erlass der entsprechenden Verordnung die interessierten Kreise zwingend anzuhören sind. Die Höchstgrenze für die Prämienermässigung ist in Prozenten festzulegen. Somit kann eine Gleichbehandlung aller Kassen und eine Berücksichtigung zukünftiger Prämienanpassungen erreicht werden. Im Übrigen kann man sich fragen, ob die Bestimmung gesetzestechnisch an dieser Stelle aufgeführt werden soll oder ob sie nicht in Art. 41a Abs. 5 KVG-E integriert werden sollte. Antrag: Abs. 3 ist wie folgt zu ergänzen: Der Bundesrat regelt nach Anhörung	santé-suisse

		der interessierten Kreise die Prämienermässigungen und Rückvergütungen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Er legt die Höchst- und Mindestgrenzen in Prozenten der Prämien fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.	
62	3	<p>Der Bundesrat legt nach geltendem Art. 62 Abs. 3 KVG die versicherungsmässigen Erfordernisse für die besonderen Versicherungsformen fest. So ist gemäss geltendem Art. 101.c KVV die Prämienreduktion im Verhältnis der Prämien der ordentlichen Versicherung innerhalb der ersten fünf Jahre auf maximal 20 Prozent und ansonsten nach Art. 95.c Abs. 2 KVV auf 30 Prozent beschränkt. Daraus ergibt sich eine Benachteiligung bzw. ein Wettbewerbsnachteil der besonderen gegenüber den ordentlichen Versicherungsformen, da sie nicht sämtliche Ersparnisse in Form von tieferen Prämien an ihre Versicherten weitergeben dürfen. Den Abschnitten 1.1 und 5.2 des erläuternden Berichts ist im Weiteren zu entnehmen, dass die besonderen Versicherungsformen zum einen wegen der geringen Bereitschaft der Versicherten, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken, in der Schweiz einen geringen Anklang fänden, zum anderen betragen aber die Einsparungen von HMO-Modellen nach Abzug der Risikoselektionseffekte bis zu 40 Prozent gegenüber den ordentlichen Versicherungsmodellen. Der geringe Anklang von besonderen Versicherungsformen ist teilweise auf die erwähnte, durch den Bundesrat limitierte Prämienreduktion zurückzuführen, denn die Nachfrage nach besonderen Versicherungsformen und damit auch die Weiterentwicklung von alternativen Versicherungsmodellen ist unmittelbar von der Prämienattraktivität für die Versicherten abhängig. Als Kompensation für die Einschränkung der Wahlfreiheit bei den Leistungserbringern ist eine entsprechende Prämienreduktion für die Versicherten notwendig, so dass sie ein besonderes Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl wählen. Die Attraktivität von Managed Care Organisationen und damit ihr Marktanteil steigt durch die Weitergabemöglichkeit ihrer Einsparungen, womit sich ein verschärfter Prämienwettbewerb im Versicherungsbereich ergibt.</p> <p>Gemäss verändertem Art. 62 Abs. 3 KVG und dem vorgeschlagenen Art. 41a Abs. 5 (neu) KVG regelt der Bundesrat die besonderen Versicherungsformen, insbesondere die Prämienermässigungen und deren Höchstgrenzen.</p> <p>Die Gestaltung der Prämienberechnung und vor allem der Prämienreduktion muss den Krankenversicherern offen stehen, so dass die besonderen Versicherungsformen einen grösseren Anklang bei den Versicherten finden.</p> <p>Antrag: Auf die Regulierung der Berechnung der Prämien und der maximal zulässigen Prämienreduktion durch den Bundesrat ist zu verzichten. Die Prämien haben einzig versicherungstechnischen Erfordernissen zu genügen.</p>	WEKO