

Inhaltsverzeichnis der Vernehmlassungsvorlagen zu den Revisionen in der Krankenversicherung

Thema	Dokumente
<i>Vorlage 2A</i> Spitalfinanzierung	- Erläuternder Bericht - Entwurf der Gesetzesbestimmungen
<i>Vorlage 2B</i> Managed Care	- Erläuternder Bericht - Entwurf der Gesetzesbestimmungen

Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung

Teil Spitalfinanzierung

Erläuternder Bericht

Einleitung

In einer Botschaft vom 18. September 2000 (BBl 2001 741ff.) hat der Bundesrat seinen Vorschlag zur Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet. Nach dreijähriger parlamentarischer Beratung ist die Vorlage am 17. Dezember 2003 am Votum des Nationalrats gescheitert. In den Beratungen waren indessen jene Änderungsvorschläge, welche sich auf die Neuregelung der Spitalfinanzierung beziehen, kaum bestritten. Deshalb nimmt der Bundesrat die Vorschläge wieder auf. Wo notwendig, werden einzelne Elemente an die Entwicklung angepasst. Die Stossrichtung bleibt: Mit der Gesetzesrevision sollen die systemhemmenden Unklarheiten beseitigt und die im Gesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt werden. Damit die Verantwortlichkeit der Finanzierungspartner eindeutig festgehalten ist, soll die Aufteilung der Finanzierung zwischen den Versicherern und den Kantonen festgeschrieben werden. Zur Schaffung zusätzlicher Transparenz und als Anreiz für die Steigerung der Effizienz soll die Finanzierung leistungsbezogen erfolgen. Zudem soll sich die Planung auf alle Leistungen nach diesem Gesetz beziehen und die Sicherstellung der Versorgung aller versicherter Personen umfassen, ohne Rücksicht auf das Vorliegen einer Zusatzversicherung.

1 Allgemeiner Teil

Auf Grund der in Artikel 3 der Bundesverfassung (BV; SR 101) festgehaltenen Kompetenzausscheidung bildet die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Der Bund seinerseits trägt die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann (Art. 117 BV; vgl. dazu VPB 48 [1984] S. 492ff.). Im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung als dessen Teilbereich müssen Bundesregelung und kantonale Regelungen aufeinander abgestimmt werden. So wird in der geltenden Gesetzgebung festgehalten, dass bei stationärer Behandlung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden. Implizit wird damit festgelegt, dass die restlichen Betriebskosten von der öffentlichen Hand zu tragen sind (Art. 49 Abs. 1 KVG). Den Kantonen ist zudem die Aufgabe übertragen, die stationäre Versorgung zu planen und eine Liste der zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Spitäler zu erstellen (Art. 39 Abs. 1 KVG).

1.1 Entstehungsgeschichte

1.1.1 Grundsätzliches

Zum Grundsätzlichen und den Gründen, welche für eine Teilrevision des Gesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung sprechen, äusserte sich der Bundesrat bereits in seiner Botschaft vom 21. September 1998 (BBl 1999 793), welche die Festlegung der Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und eine erste Teilrevision des KVG zum Thema hat. Die mit dieser Gesetzesrevision anvisierte Verbesserung der Funktionsweise der bestehenden Mechanismen ist acht Jahre nach der Einführung weitgehend erreicht. Indessen gilt es nun umso mehr, die Anreize konsequent auf das Ziel der Kosteneindämmung auszurichten. Dies, weil die Wirkungsanalyse zum

KVG aufgezeigt hat, dass das KVG wohl auf der Leistungs- (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie) die gesetzgeberischen Ziele erreicht hat, in der Wirkung seiner kostendämpfenden Instrumente die Ziele aber nicht erreicht werden konnten (Bundesamt für Sozialversicherung: Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht; Bern 2001). Vermehrt kosteneindämmende Anreize in der Spitalfinanzierung bedingen indessen eine Abkehr vom im geltenden Gesetz enthaltenen Prinzip der Kostendeckung und führen dazu, dass die Möglichkeit der Verschiebung von Kosten auf den Finanzierungspartner entfällt.

Ausgangspunkt für die Ermittlung des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckten maximalen Anteils bilden nach geltendem Recht die anrechenbaren Betriebskosten. Weil die von den Spitälern im Rahmen der Tarifverhandlungen unterbreiteten Unterlagen zumeist die Kosten der Leistungen nach KVG nicht mit genügender Transparenz ausweisen, lassen sich die anrechenbaren Betriebskosten häufig nicht genau ermitteln. Weil der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu deckende Teil an den anrechenbaren Betriebskosten nicht fixiert ist und weil in Bezug auf die Ermittlung letzterer häufig eine Grauzone besteht, lässt es das heutige System zu, dass die Finanzierungspartner auf den eigenen Vorteil fokussiert sind. Kosteneindämmend wirken würde indessen die Fokussierung auf die Optimierung des Verhältnisses zwischen Kosten und Leistungen.

Die vermehrte Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize auf das Ziel der Kosteneindämmung bedingt zudem, dass unternehmerische Kriterien im Spitalbereich vermehrt zum Tragen kommen. Einerseits bedeutet dies für die Entscheidungsträger mehr Eigenverantwortung, andererseits ein erhöhtes Risiko. Im Sinne unternehmerischer Gesichtspunkte sind unzweckmässige Strukturen abzubauen. So ist die unterschiedliche Finanzierung von Investitions- (finanziert durch die Kantone) und Betriebskosten (duale Finanzierung) nicht optimal: Investitionen sind nie unabhängig vom Betrieb, Investitionen haben immer auch einen Einfluss auf die 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 und bedeutet, dass für Betriebs- und Investitionskosten die gleiche Finanzierungsregelung gelten soll. Im übrigen sind zur vermehrten Ausrichtung der Spitalführung auf unternehmerische Kriterien auch die entsprechenden Führungsinstrumente zu fordern.

1.1.2 Allgemeine Umsetzungsprobleme

Nach Inkrafttreten des KVG bestritten verschiedene Kantone ihre Beitragspflicht an die Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Personen. In zwei Grundsatzurteilen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) im Dezember 1997 entschieden, dass die Beitragspflicht des Kantons bei einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt unabhängig von der Art der Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals gegeben ist. Gleichzeitig entschied das EVG, dass bei nicht subventionierten Spitälern keine Beitragspflicht des Kantons besteht. Nicht ausgesprochen hat sich das EVG zur Beitragspflicht des Kantons bei innerkantonomer stationärer Behandlung einer halbprivat- oder privatversicherten Person (BGE 123 V 290ff., 310.ff.).

Zur Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen stationären Behandlung von halbprivat- und privatversicherten Personen haben die Kantone und *santésuisse*, der Dachverband der Versicherer, ein Abkommen ratifiziert, welchem die überwiegende Mehrheit der Versicherer beigetreten ist. Nicht zuletzt, weil dieses Abkommen zum einen zeitlich befristet war und weil zum anderen die Frage der Beitragspflicht der Kantone bei innerkantonomer stationärer Behandlung halbprivat- oder privatversicherten Personen nicht explizit geregelt war, unterbreitete der Bundesrat seinen eingangs erwähnten Vorschlag zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung.

1.2 Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen

Beinahe ein Jahr nachdem das Parlament die Beratung der Gesetzesvorlage aufgenommen hat, entschied das EVG, dass die Kantone auch an den Aufenthalt von Personen mit einer Spitalzusatzversicherung einen Beitrag leisten müssen, wenn sie sich in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons behandeln lassen (BGE 127 V 422ff.). Diese Beitragspflicht bedeutete die Umsetzung des Grundsatzes, dass alle obligatorisch versicherten Personen Anspruch auf die Kostenübernahme der nach KVG versicherten Leistungen haben. Die Zusatzversicherung deckt in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern jene Leistungen, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Dies sind insbesondere der zusätzliche Komfort beim Aufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer und die Möglichkeit der freien Arztwahl.

Die sofortige und vollständige Umsetzung dieses zweiten Gerichtsentscheids hätte den Kantonen Mehrkosten in der Grössenordnung von 700 Mio. Franken auferlegt; diese Ausgaben waren zumeist nicht budgetiert. Um die Situation für die Kantone zu entschärfen, hat das Parlament die stufenweise Anhebung der Kantonsbeiträge mittels dringlichem und daher befristetem Bundesgesetz beschlossen. Das Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14) hält demnach fest, dass die Kantone im Jahr 2002 60 Prozent des Tarifs der allgemeinen Abteilung übernehmen müssen, im Jahr 2003 80 Prozent und im Jahr 2004 100 Prozent. Das vom Versicherer *assura* eingereichte Referendum wurde in der Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 vom Souverän verworfen (BBl 2003 3111).

Mit dem Erlass des Bundesgesetzes verband das Parlament die Absicht, den Übergang zur vollständigen Umsetzung der derzeit geltenden gesetzlichen Regelung im KVG zu gewährleisten und Klarheit bis zum Inkrafttreten der zweiten KVG-Revision, welche eine dauerhafte Lösung bringen soll, zu schaffen. Mit der Ablehnung der Vorlage über die 2. KVG-Revision kann der Übergang weder in der seinerzeit vorgesehenen Art noch gemäss dem ursprünglichen Zeitplan erfolgen. Mittlerweile leisten die Kantone einen Beitrag in der Höhe des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Tarifs, welcher maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten des Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung entspricht. Läuft diese Regelung Anfang 2005 aus und müssen die Kantone beim Aufenthalt einer zusatzversicherten Person in der Halbprivat- oder Privatabteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals die gesamten von der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung übernehmen, bedürfe es aufwändiger Verhandlungen zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen. Der Bundesrat hat deshalb im Rahmen der ersten Vernehmlassungsvorlage zu seinen Revisionsvorschlägen nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision eine Verlängerung des Bundesgesetzes vorgeschlagen, welcher bis zum Inkrafttreten der Gesetzesänderung über die Spitalfinanzierung Geltung haben soll.

1.3 Zweite KVG-Revision

In Bezug auf die Neuregelung der Spitalfinanzierung folgte das Parlament in weiten Teilen den in der Einleitung erwähnten Botschaft enthaltenen Vorschlägen des Bundesrates. Insbesondere waren dies

- der Übergang zur Leistungsfinanzierung, welche je hälftig durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Kantone erfolgen soll;
- der Einschluss der Investitionskosten in die Ermittlung der leistungsbezogenen Pauschalen;
- die Ausdehnung der Pflicht der Kantone zur Planung der stationären Versorgung aller versicherten Personen, unabhängig von deren Versicherungsdeckung.

Abgerückt vom bundesrätlichen Vorschlag ist das Parlament mit der durchgehenden Streichung des Konzepts der teilstationären Behandlung, welche die Notwendigkeit einer definitorischen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung mit sich brachte.

Intensiv diskutiert wurde der Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem. Schlussendlich hat das Parlament auf den Systemwechsel verzichtet, in den Übergangsbestimmungen zum Revisionsvorschlag jedoch festgehalten, dass der Bundesrat innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Revisionsvorschlag vorzulegen hat, welcher den Übergang zu einem monistischen System vorsieht, so dass die Leistungserbringer nur noch einem Kostenträger gegenüberstehen. Wie erwähnt ist die 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 vom Nationalrat abgelehnt worden.

1.4 Projekt „Grundlagen 3. KVG-Teilrevision“

An einer Sondersitzung vom 22. Mai 2002 zur sozialen Krankenversicherung kam der Bundesrat zum Schluss, dass mit dem KVG gute Ergebnisse in Bezug auf die Stärkung der Solidarität und den Zugang zu einem breiten Leistungskatalog erzielt worden sind, dass jedoch die kosteneindämmenden Elemente verstärkt und die Krankenversicherung schrittweise entsprechend reformiert werden müssen. In diesem Zusammenhang erhielt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unter anderem den Auftrag, „realisierbare Modelle für die (...) monistische Spitalfinanzierung vorzulegen, wobei die Grundversorgung gewahrt bleiben soll“. Am 21. August 2002 genehmigte der Bundesrat die Struktur eines Projektes, das im Rahmen von vier Teilprojekten die Grundlagen für die 3. Teilrevision des KVG bereitzustellen hatte. Mit der Leitung der Arbeiten und der Erstellung eines Berichtes wurde Prof. Dr. Robert E. Leu betraut. Dessen Arbeiten wurden begleitet von einer Arbeitsgruppe, in welcher Vertretungen der Leistungserbringer, der Versicherer, der Kantone und der betroffenen Stellen des Bundes Einsitz hatten.

Aus Sicht des Experten können die wichtigsten Vorteile des Wettbewerbsmodells im Vergleich zur Situation Einführung eines dual-fixen Systems wie folgt zusammengefasst werden:

- Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstünden erstmals im Spitalbereich Märkte im ökonomischen Sinn, auf denen sich Leistungserbringer und Leistungseinkäufer (Krankenversicherer/Managed Care-Organisationen (MCOs)) (die Monisten) als autonome Handlungseinheiten gegenüberstünden. Beide könnten frei entscheiden, unter welchen Bedingungen sie mit welchen Akteuren auf der Marktgegenseite zusammenarbeiten wollten.
- Vorausgesetzt, den öffentlichen Spitälern würde der notwendige unternehmerische Freiraum zur Verfügung gestellt, wären wegen der monistischen Finanzierung bei allen Akteuren auf beiden Marktseiten Entscheidungskompetenz und Finanzierungsverantwortung jeweils in einer Hand zusammengefasst. Die grössere unternehmerische Freiheit sowie der Übergang zu einer leistungsorientierten Finanzierung würden auch zu einer grösseren betriebswirtschaftlichen Effizienz der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler führen.
- Die Vertragsfreiheit, zusammen mit einem stärker ausdifferenzierten Risikoausgleich, ermöglichte es den Krankenversicherern und Managed Care-Organisationen, sich in einem echten Leistungswettbewerb (statt im Kampf um die guten Risiken) zu konkurrenzieren. Dies würde sich auf der Ebene der einzelnen Versicherer/MCOs effizienzfördernd auswirken.
- Der Wettbewerb unter Versicherern/MCOs würde seinerseits das geeignete Vehikel darstellen, um den Leistungserbringern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu vermitteln.
- Die Freiheit der Wahl unter den Versicherern/MCOs schliesslich würde sicherstellen, dass die Versicherungsprodukte und letztlich auch die medizinische Versorgung den Präferenzen der Konsumenten entsprechen. Da die Finanzierungslast des Gesundheitswesens letztlich (Traglast) bei den privaten Haushalten liege (Prämien, Direktzahlungen und Steuern), komme so auch die Devise „Wer zahlt, befiehlt“, stärker zur Geltung.
- Die Wiedereinführung der Vertragsfreiheit würde die Konzentration auf beiden Marktseiten weiter erhöhen (die Zahl der unabhängigen Anbieter reduzieren). Dies wäre solange kein gravierendes Problem, als beide Marktseiten über eine ähnliche Marktstellung (Konzentration) verfügen, weil dann keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume existieren. Das Marktergebnis könne unter diesen Umständen sehr zufriedenstellend ausfallen.
- Mit der Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen würden die Möglichkeiten für Machtmissbrauch weiter eingegrenzt. Ausserdem wäre ein gemeinsames Vorgehen bei den Vertragsverhandlungen nicht mehr möglich. Schliesslich müssten Verbandstarife durch Einzel- oder Gruppenverträge abgelöst werden.
- Die Freiheit der Vertragsgestaltung ermögliche es Versicherern und MCOs, alternative Vergütungssysteme mit den Leistungserbringern auszuhandeln. Entsprechend wäre mit neuen, auch innovativen Vergütungsformen zu rechnen, welche die Anreize für die Leistungserbringer nachhaltig veränderten. Insbesondere sei anzunehmen, dass die reine Einzelleistungsvergütung, die ja die ausschliessliche

Ursache für das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage darstelle, rasch stark zurückgedrängt würde.

- Im Gegensatz zu heute wären die zwischen den Vertragspartnern ausgehandelten Vergütungen (mittelfristig) immer kostendeckend. Unrentable Leistungen könnten auf Dauer nicht Bestand haben, weil sie die Existenz der Leistungserbringer gefährdeten. Unterschiedlich hohe Gewinnmargen auf einzelnen Leistungen würden sich durch den Wettbewerbsdruck einander tendenziell ausgleichen. Damit entfielen auch der Grund zum Rosinenpicken im Sinne einer Spezialisierung auf besonders rentable Leistungen.
- Die leistungsorientierte Finanzierung dürfte zusammen mit der Aufhebung des Vertragszwangs zur Folge haben, dass sich Niveau und Struktur der Spitalkapazitäten im Vergleich zur Situation nach dem Übergang zur dual-fixen Finanzierung rascher verändern und stärker an ökonomischen Realitäten orientieren würden. Gleichzeitig dürfte der zu erwartende (disziplinspezifische) Konzentrationsprozess insbesondere auch die Qualität vieler medizinischer Leistungen nachhaltig verbessern.
- Insgesamt sei zu erwarten, dass sich im Rahmen eines Modells des regulierten Wettbewerbs mit der Zeit eine effizientere Allokation der Ressourcen im Spitalbereich ergäbe.
- Obwohl die Rolle der Kantone stark redimensioniert würde, käme ihnen immer noch eine ganze Reihe wichtiger Funktionen zu wie Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung, Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienste etc.), Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Aktionär in öffentlichen Spitälern.

1.5 Politische Zielsetzungen

Mit der Bereinigung der Gesetzgebung soll

- der Notwendigkeit des Zusammenwirkens zwischen sozialer Krankenversicherung und Kantonen Rechnung getragen und die gemeinsame Finanzierungsverantwortung von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Kantonen in Form einer je hälftigen Leistungsfinanzierung festgeschrieben werden,
- der Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unabhängig vom Ort des Aufenthalts im Spital definiert und dadurch von den Leistungen, welche durch eine Zusatzversicherung zu decken sind, abgegrenzt werden, sowie
- das Zusammenwirken von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen neu geregelt werden, so dass die Spitalplanung einerseits die Versorgung aller vom Versicherungsobligatorium erfassten Versicherten sicherstellt und andererseits den Rahmen für die Optimierung der Ressourcennutzung bildet.

Kein Ziel des Bundesrats ist der sofortige Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem, in welchem die Leistungserbringer einem einzigen Finanzierer gegenüberstehen. Zwar hat der Bundesrat, im Hinblick auf eine spätere Gesetzesrevision sowie in Erfüllung eines Postulats vom 5. Oktober 2001 von alt Nationalrat Zäch (01.3604), den erwähnten Expertenbericht über Modelle einer monistischen Finanzierung (Ziff. 1.4) erarbeiten lassen. Die Arbeiten des Experten, die von den an der Spitalfinanzierung interessierten Akteuren im Gesundheitswesen begleitet wurden, zeigen, dass der politische Konsens, welcher beim Übergang zu einem monistischen

System erfüllt sein muss, noch nicht gegeben ist. Dies gilt sowohl in Bezug auf ein System mit den Versicherern als Monisten als auch in Bezug auf ein System, in welchem der Staat (die Kantone oder, im Sinne des Postulats vom 3. Dezember 2002 von Nationalrat Zysiadis (02.3674) der Bund) die Rolle des Monisten übernimmt. Abgestützt auf die im Rahmen der Arbeitsgruppe vertretene Haltung der Akteure im Gesundheitswesen hält der Bundesrat ein monistisches Finanzierungssystem kurzfristig nicht für realisierbar. Indessen tragen die in dieser Vorlage vorgesehenen Massnahmen dazu bei, dass in einem späteren Zeitpunkt der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems keine technischen Hindernisse entgegenstehen. In den Übergangsbestimmungen (Abs. 5) wird dem Bundesrat der Auftrag erteilt, innert 3 Jahren einen entsprechenden Vorschlag zu unterbreiten.

1.6 Sozialpolitische Wirkung

Mit dem Versicherungsobligatorium garantiert das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz der gesamten Wohnbevölkerung den Zugang zu einer breiten Leistungspalette und die entsprechende Kostenübernahme. Die gleichzeitig eingeführte Verpflichtung der Kantone zur Spitalplanung durch das KVG bietet Gewähr für das Vorhandensein der erforderlichen Versorgungsstrukturen. Die Finanzierung der stationär erbrachten Leistungen soll, wie die übrigen Leistungen gemäss KVG, durch individuelle Kopfprämien und durch die Kostenbeteiligung der Patientinnen resp. Patienten erfolgen, zusätzlich jedoch durch Mittel der öffentlichen Hand. Die teilweise Finanzierung der stationären Versorgung durch Steuergelder soll eine soziale Abfederung gewährleisten, indem die Kosten zum Teil durch progressiv zum Einkommen erhobene Steuergelder gedeckt werden. Damit wird ein seit jeher bestehender Grundsatz der sozialen Krankenversicherung weitergeführt.

2 Grundzüge der Vorlage

Wie einleitend erwähnt, nimmt die Vorlage die vom Bundesrat in seiner Botschaft vom 18. September 2000 enthaltenen Vorschläge wieder auf. In die neue Vorlage eingeflossen sind jene Änderungen, welche die eidgenössischen Räten im Rahmen der Beratung des bundesrätlichen Vorschlags beschlossen haben.

Indem das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung festhält, dass entsprechend dem Grundsatz, dass auch bei stationärer Behandlung in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern die Kantone ihren Beitrag an die Betriebskosten leisten müssen (vgl. Ziff. 1.2), die Kantone im Jahr 2004 einen Beitrag in Höhe von 100 Prozent des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Tarifs an die Kosten der Behandlung von zusatzversicherten Personen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern übernehmen, ist ein wesentlicher Schritt in die Richtung des vom Bundesrat in seiner Botschaft vom 18. September 2000 vorgeschlagenen Modells der dual-fixen Leistungsfinanzierung vollzogen. In Bezug auf die Spitalfinanzierung gilt es nun noch, unter Berücksichtigung der bezüglich Finanzierungsanteilen von öffentlicher Hand und obligatorischer Krankenpflegeversicherung verbleibenden Differenzen eine Lösung festzuschreiben, den Übergang zu regeln und die Privatspitäler in die neue Regelung einzubeziehen.

2.1

Leistungen

Verzicht auf den Begriff der „Allgemeinen Abteilung“

Nach Artikel 49 Absatz 1 KVG deckt die obligatorische Krankenpflegeversicherung im stationären Bereich die medizinische Behandlung sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung der Spitäler ab. Der Begriff der allgemeinen Abteilung hat im geltenden Gesetz Aufnahme gefunden, um den Leistungsumfang des KVG zu umschreiben. Die in Ziffer 1.1.2 erwähnten Urteile des EVG vom Dezember 1997 umschreiben die Leistungen gemäss KVG ebenfalls, relativieren jedoch die Bezugnahme auf die allgemeine Abteilung. Die Verwendung des unter dem alten Recht verwendeten Begriffs „allgemeine Abteilung“, welcher ein Versicherungsprodukt bezeichnet, ist nun nicht mehr geeignet, den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu umschreiben. Unter Bezugnahme auf das Ergebnis der parlamentarischen Beratungen ist der Begriff zu streichen und festzuhalten, dass der Aufenthalt im Spital zum Leistungskatalog des Gesetzes gehört. Mitgemeint ist dabei, dass mit einer Zusatzversicherung zu deckende Leistungen wie der zusätzliche Komfort in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie die freie Arztwahl im Spital keine Leistungen nach dem KVG darstellen.

Verzicht auf das Konzept „teilstationär“

Dieses mit dem KVG eingeführte Konzept hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt. Einerseits existieren nur wenig Einrichtungen, welche ausschliesslich der teilstationären Krankenpflege dienen. Andererseits werden diejenigen teilstationären Leistungen, welche durch Spitäler erbracht werden, in der überwiegenden Mehrheit als ambulante Leistungen abgerechnet; die Vereinbarung von Pauschalen für teilstationäre Behandlungen bildet die Ausnahme.

2.2

Spitalplanung

Das KVG hat die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste als kantonale Aufgabe eingeführt. Damit wird der unter Ziffer 1 umschriebenen Aufgabenteilung nachgelebt. Für die Zulassung als Leistungserbringer und die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die Aufführung des Spitals beziehungsweise einer Abteilung in der kantonalen Spitalliste Voraussetzung. Für die Kostenübernahme darf es nach der vom EVG gestützten Auffassung hingegen keine Rolle spielen, ob die stationäre Behandlung in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals erfolgt. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums für die ganze Bevölkerung hat dies zur Folge, dass sämtliche Kapazitäten, welche für die Erbringung der den Spitälern mittels Leistungsauftrag zugeordneten Leistungen gemäss KVG erforderlich sind, in die Bedarfsplanung einbezogen werden müssen. Damit wird ein im Gesetz enthaltenes kosteneindämmendes Instrument konsequent umgesetzt und verstärkt.

Gleichzeitig bedeutet diese Planungspflicht, dass sich die Planung auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränkt. Für Leistungen, welche nicht der Leistungspalette der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angehören, wie beispielsweise der zusätzliche Komfort im Ein- oder Zweibettzimmer und die freie Arztwahl beim Spitalaufenthalt, besteht keine Planungspflicht. Die Bereitstellung der entsprechenden Kapazitäten soll den Gesetzen des Marktes unterliegen.

Nach wie vor soll die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, den Kantonen obliegen. In diesem Zusammenhang ist auf Artikel 46 Absatz 1 der Bundesverfassung hinzuweisen, wonach die Kantone das Bundesrecht gesetzeskonform und verfassungsmässig umzusetzen haben. Absatz 2 hält fest, dass der Bund den Kantonen möglichst grosse Gestaltungsfreiheit lässt und den kantonalen Besonderheiten Rechnung trägt. Artikel 47 der Bundesverfassung stipuliert ausserdem, dass der Bund die Eigenständigkeit der Kantone wahrt. Artikel 48 hingegen hält fest, dass die Kantone die Möglichkeit haben, miteinander Verträge abzuschliessen und gemeinsame Organisationen und Einrichtungen zu schaffen. Sie können namentlich Aufgaben von regionalem Interesse gemeinsam wahrnehmen. In diesem Sinne hätte auch die Bildung von Versorgungsregionen zu erfolgen, welche Nationalrätin Leuthard in einer Motion vom 2. Oktober 2002 (02.3545) wie auch alt Nationalrätin Wirz-von Planta in einem Postulat vom 11. März 2003 (03.3042) forderten. Weder Gesetz noch Verfassung erteilen dem Bund die Kompetenz, den Kantonen eine interkantonale Planung vorzuschreiben, da die Ausgestaltung der Spitalplanung, d.h. der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung, verfassungsmässig in die Kompetenz der Kantone fällt. Wie der Bundesrat in seiner Botschaft zur 2. KVG-Revision und in seiner Stellungnahme vom 30. September 2002 (BBl 2003 399, insbesondere 405f.) zum Bericht der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission vom 5. April 2002 zur Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes (BBl 2003 345ff.) festhält, berücksichtigt er die bundesstaatliche Kompetenzordnung und schreibt den Kantonen damit nicht vor, wie sie ihre Planung auszugestalten hätten. Dennoch habe er im Rahmen seiner Rechtsprechung die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Spitalplanung nach dem KVG konkretisiert. Um eine gewisse Einheitlichkeit bezüglich Art und Weise zu erreichen, wie die Kantone ihre Kompetenz in der Spitalplanung ausüben, und um ausgehend davon eine bessere Koordination unter ihnen zu erreichen, könnte man sich dennoch vorstellen, dass der Gesetzgeber dem Bundesrat die Kompetenz delegiert, Grundsätze aus seiner bisherigen Rechtsprechung zu formulieren und diese mit den Änderungen infolge der Revision der Spitalfinanzierung zu ergänzen. Ein diesbezüglicher Vorschlag ist in der Vorlage enthalten. Damit wird auch das Anliegen des Postulats vom 13. Dezember 2002 von Nationalrat Rossini (02.3750) aufgenommen in Bezug auf die Erstellung von Kriterien, welche die Kantone zu beachten hätten.

Festzuhalten ist weiter, dass die vorgeschlagene dual-fixe Finanzierung der Leistungen im Sinne eines Postulats vom 5. April 2002 der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission (02.3175) dem Aufbau von Schranken zwischen den Kantonen dadurch entgegen wirkt, dass der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei der Zuweisung von Leistungsaufträgen eine dominante Rolle zukommt. Allerdings können Vorteile, die mit dem Betrieb eines Spitals in einem Kanton verbunden sind (Arbeitsplätze, Einkommensquelle, Aufträge an Subunternehmer) nicht durch die Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Krankenversicherung beeinflusst werden.

Mit dem Übergang zur leistungsbezogenen Finanzierung stellt sich die Frage nach der Zweckmässigkeit der heutigen Planungsmethodik der Kantone. Zusätzlich zur Sicherstellung der für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Bettenkapazitäten werden die Kantone auch berücksichtigen müssen, welches Ausmass an Leistungen mit den jeweils zugewiesenen Leistungsaufträgen verbunden ist. Im Sinne des Postulats vom 5. April 2002 der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission (02.3176) hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorin-

nen und –direktoren (GDK) die Initiative ergriffen mit dem Ziel, unter Einbezug aller Beteiligten eine Arbeitsgruppe „Leistungsorientierte Spitalplanung“ einzusetzen, welche die Aufgabe hat, Planungsinstrumente bereitzustellen und den Übergang zur Leistungsplanung vorzubereiten.

Die mit Bezug auf die Planung und Aufgabenverteilung im Bereich der hochspezialisierten Medizin von verschiedenster Seite konstatierten Mängel sind seit mehreren Jahren Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Vorschläge. Die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin wurde auch im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA; Botschaft des Bundesrates vom 14. November 2001 in BBl 2002 2291) als einer derjenigen Bereiche identifiziert, der zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene organisiert werden soll. So wird vorgesehen, dass durch ein Konkordat der Kantone auf schweizerischer Ebene Regeln für die Planung und Zuordnung der Versorgungskapazitäten für die hochspezialisierte medizinische Versorgung festgelegt werden (vgl. den Entwurf für einen neuen Art. 48 Abs. 4 BV; BBl 2002 2560ff sowie Art. 12 Abs. 1 Bst. h des Entwurfes für ein Bundesgesetz über den Finanzausgleich; BBl 2002 2566ff). Im Rahmen der NFA werden auch die Vorhaben weiterverfolgt, welche in Bezug auf die Angebotsplanung im Bereich der Spitzenmedizin vormals durch das Projekt „Nationale Gesundheitspolitik“ wahrgenommen wurden. Ein Vernehmlassungsverfahren wurde durch die GDK in der zweiten Hälfte des Jahres 2003 durchgeführt; die Ergebnisse liegen vor. Diese lassen darauf schliessen, dass sich die Universitätsspitäler auf Leistungszentren im Bereich der Transplantationsmedizin einigen werden. Die Plenarversammlung der GDK hat die Resultate Ende 2003 zur Kenntnis genommen und dem Vorstand der GDK die Kompetenz übertragen, die interkantonale Kommission "Konzentration der hochspezialisierten Medizin" (CICOMS) einzusetzen und die weiteren Arbeiten voranzutreiben. Der Bundesrat hat zur Zeit weder die Kompetenz noch einen Anlass, die in einer Motion von alt Nationalrat Zäch (01.3049) vorgeschlagenen Gesetzesänderungen aufzunehmen, um unter den Spitälern eine Vergabe von Lizenzen zur Erbringung von Leistungen der hochspezialisierten Medizin durchzuführen. Entscheidträger sind nach wie vor in erster Linie die Kantone. Einzig die im Rahmen der parlamentarischen Beratungen der gescheiterten Gesetzesrevision vorgeschlagene subsidiäre Kompetenzübertragung an den Bundesrat soll wieder aufgenommen werden.

2.3 Tarife

Zentraler Punkt der Vorlage ist der Tarifbereich. In diesem steht der Wettbewerbsgedanke im Vordergrund. Dies wird nicht zuletzt deutlich durch die in Artikel 46 Absatz 3 KVG eingeführten Normen, die kartellrechtlich verbotenes Verhalten der Leistungserbringer zu verhindern suchen. Eine Stärkung dieses Wettbewerbsgedankens ist eines der Ziele dieser Vorlage. Zwar ist grundsätzlich am System der Pauschaltarifierung festzuhalten. Dabei sollen jedoch Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Mit der leistungsbezogenen Finanzierung soll eine Abkehr von der bisher üblichen Objektsubventionierung bewirkt werden. Zudem soll die finanzielle Beteiligung der Kantone explizit verankert werden. Vorgeschlagen wird die dual-fixe Finanzierung von Leistungen, was bedeutet, dass die Finanzierung der Leistungen durchwegs je hälftig durch den Kanton und den Versicherer erfolgt. Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes "allgemeine Abteilung" entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Zu-

künftig soll daher sowohl die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer wie diejenige der öffentlichen Hand allein davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist. Mit dem Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen fällt die unterschiedliche Tarifierung für innerkantonale und ausserkantonale Versicherte weg. Wenn ein „Preis“ für eine Leistung vereinbart wird, ist es unerheblich, ob damit eine innerhalb oder eine ausserhalb des Kantons erbrachte Leistung entschädigt wird. In diesem Sinne wirkt die vorgesehene Leistungsfinanzierung der Errichtung von Schranken zwischen den Kantonen entgegen.

2.4 Gesetzliche Grundlage für das Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Der Wohnkanton leistet heute Beiträge sowohl bei einem innerkantonalen Spitalaufenthalt als auch bei einer stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons. Während die Beiträge nach Artikel 49 KVG indirekt durch die Subventionierung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler geleistet werden, wird die Differenzzahlungspflicht nach Artikel 41 Absatz 3 KVG des Wohnkantons auch nach der Rechtsprechung des EVG als der Kostenübernahmepflicht der Versicherer gleichartige, sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung behandelt (BGE 123 V 290ff; 310ff.). Neu erfolgt mit der neuen Form der Abgeltung der Spitalleistungen in jedem Fall eine direkte leistungsbezogene Vergütung durch den Wohnkanton. Daher sollen beide Leistungen dem Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte unterstellt werden. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist deshalb angebracht, weil nach einem am 18. Oktober 1999 ergangenen Grundsatzurteil des Schweizerischen Bundesgerichtes Artikel 126 KVV keine genügende formellgesetzliche Grundlage aufweist und somit ein auf diesen Artikel gestütztes Rückgriffsrecht für unzulässig erachtet wird (vgl. BGE 126 III 36ff.).

2.5 Datengrundlagen

Von den Bundesbehörden und den kantonalen Behörden werden unterschiedliche Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt, insbesondere, um den Vollzug und die Umsetzung des KVG zu überwachen, sowie um die Funktions- und Wirkungsweise des Gesetzes zu beurteilen. Diese Aufgaben sind in diversen Gesetzesbestimmungen enthalten und sind auf verschiedene Akteure verteilt. Insbesondere die Planungsaufgabe der Kantone nach Artikel 39 KVG wie die Beurteilung der Entwicklung der Tarife nach den Artikeln 43ff. KVG sind davon berührt. Die Artikel 21 und 23 KVG sind infolge der Anpassung der Sozialversicherungsgesetze an die Datenschutzgesetzgebung (Botschaft des Bundesrates vom 24. November 1999; BBl 2000 255; geänderter Rechtstext in BBl 2000 3577) geändert worden, wobei auch die Möglichkeit für die Kantone, die vom Bund gesammelten Daten über Spitäler und Pflegeheime einzusehen, vorgesehen wurde (Art. 84a Abs. 2 Bst. f KVG). Nach Artikel 30 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) erhebt das Bundesamt für Statistik zu Handen des Bundesamtes für Gesundheit die Angaben der Spitäler und Pflegeheime. Nach wie vor bestehen jedoch wichtige Lücken bezüglich der notwendigen Informationen. Dies betrifft insbesondere den ambulanten Sektor. Wohl stellt das Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BstatG; SR 431.01) eine allgemeine Rechtsgrundlage dar, welche auch für den Gesundheitsbereich Gültigkeit hat. Angesichts der Bedeutung des

Gesundheitswesens bzw. der Krankenversicherung und der Komplexität der Datenerhebungen und –auswertungen ist eine explizite Verankerung der Statistikaufgabe im KVG jedoch sinnvoll. Dabei können auch einige spezifische Punkte geregelt werden, welche im Statistikgesetz nicht mit der notwendigen Detaillierung festgehalten sind. Dazu gehören nicht zuletzt die Erhebung und Weitergabe von Daten, bei der es gerade im Spitalbereich immer wieder zu Unklarheiten gekommen ist. Daher soll die Gelegenheit benützt werden, diese Unklarheiten auszuräumen und die Erhebung und die Weitergabe der Daten zu klären.

Die Finanzierung dieser zusätzlichen Datenerhebungen sprengt jedoch die finanziellen Möglichkeiten des Bundes, um die von der Politik als gravierend bezeichneten Informationsdefizite zu beseitigen. Der Bundesrat hat deshalb die Verwaltung beauftragt, während des Vernehmlassungsverfahrens Lösungen zur Beschaffung der Ressourcen zu entwickeln, welche einerseits die Realisierung der dringendsten statistischen Arbeiten sicherstellen, andererseits jedoch auch die angespannte Finanzlage des Bundes berücksichtigen.

Bezüglich der Veröffentlichung der Daten ist auf den bestehenden Artikel 84a Absatz 3 KVG zu verweisen, wonach Daten von allgemeinem Interesse und bezogen auf die Anwendung dieses Gesetzes veröffentlicht werden dürfen. Der Bundesrat geht davon aus, dass letzteres gerade bei der Beurteilung der Umsetzung durch die zuständigen Behörden der Fall ist, wenn es sich um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie die Kostenentwicklung handelt und sieht keine Notwendigkeit einer weitergehenden Regelung. Jedoch ist es für ein Gesamtbild der Umsetzung des KVG notwendig, dass auch die übrigen Leistungserbringer in die Erhebung der Angaben einbezogen werden.

Artikel 21 Absatz 4

Absatz 4 wird aufgehoben und in Artikel 22a integriert.

Artikel 22a (neu) Datengrundlagen

Absatz 1 verpflichtet den Bund, die notwendigen Datengrundlagen bereitzustellen, um die Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes beurteilen zu können und grundlegende Informationen zur Aufsicht und zum Vollzug zu erarbeiten.

Die Bereitstellung einer kohärenten Datenbasis kann im komplexen Bereich des Gesundheitswesens nur erfolgen, wenn die Datenlieferanten der obligatorischen und kostenlosen Auskunftspflicht unterstellt werden. Während die Beschaffung der betreffenden Daten über den stationären Sektor - mit Ausnahme des Pflegebereichs - gesichert ist und routiniert erfolgt, fehlen entsprechende Daten über die Versorgung im ambulanten Sektor bisher völlig. Hier geht es somit darum, eine Datenbasis aufzubauen, die Aufschluss gibt über die Inanspruchnahme der ambulanten Medizin und deren Gründe (Diagnosen), das Leistungsgeschehen sowie die damit verbundenen Kosten. Durch Verbindung der Daten aus dem ambulanten mit denen des stationären Bereichs lassen sich Patienten über mehrere Leistungserbringer verfolgen und damit Behandlungsverläufe nachzeichnen, wodurch die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsformen und Versorgungsmodelle verglichen werden können.

Wie unter Ziffer 2.5 erwähnt, soll in Absatz 2 die Pflicht zur Datenlieferung ausgeweitet werden. So haben nicht nur Spitäler und Pflegeheime, sondern alle zugelassenen Leistungserbringer Daten weiterzugeben. Die Nennung der Versicherer in der Aufzählung der Datenlieferanten ist diesbezüglich einzig eine Wiederholung der Auskunftspflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden nach Artikel 21 KVG. In diesem Sinne wird die Datenlieferungspflicht ausgeweitet und die Verpflichtung zur kostenlosen Datenlieferung explizit festgehalten.

Absatz 3 ermöglicht die Weitergabe von erhobenen Daten für administrative Zwecke. Dadurch sollen die Datenlieferanten so gut wie möglich entlastet und zugleich Synergieeffekte erzielt werden, insofern die Daten für statistische und administrative Zwecke Verwendung finden. Artikel 14 BstatG fordert indessen eine explizite Grundlage für die Weitergabe der zu statistischen Zwecken erhobenen Daten für administrative Zwecke. Damit dies in der Praxis auch erfolgen kann, muss jedoch sichergestellt werden, dass die nach Absatz 2 erhobenen Daten tatsächlich weitergegeben und entsprechend genutzt werden können. Für die Organe der Krankenversicherung ist es zum Zweck ihrer gesetzlichen Aufgabe unabdingbar, dass auch nominative Einzeldaten ausgetauscht werden können. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass insbesondere bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität eines Leistungserbringers nur dann eine objektive Prüfung erfolgen kann, wenn die Leistung mit anderen Leistungserbringern verglichen werden kann. Neben der Aufsichtsbehörde, dem Bundesamt für Gesundheit, sind hier vor allem die Preisüberwachung und das Bundesamt für Justiz an Datengrundlagen interessiert.

Der Bundesrat ist ferner der Meinung, dass die Ausweitung des Datenflusses eine Konkretisierung auf Verordnungsstufe bedingt. Dadurch kann namentlich folgendes

näher geregelt werden: Der Kreis zugelassener Leistungserbringer umfasst so unterschiedliche Organe wie Spitäler, Ärzte und Ärztinnen, Laboratorien und Heilbäder, dementsprechend sind die Anforderungen an die Daten, die Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen geben, unterschiedlich. Zudem ist festzulegen, welche Organe mit der Durchführung der Datenweitergabe beauftragt und welche datenschutzrechtlichen Leitplanken dabei benötigt werden.

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a

Der Begriff „teilstationär“ soll, weil sich das Konzept in der Praxis nicht durchgesetzt hat, durchgehend gestrichen werden (s. oben Ziff. 2.1).

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe e

In Ziffer 2.1 wurde bereits erwähnt, dass der Begriff „allgemeine Abteilung“ gestrichen werden soll. Dies hat keineswegs zur Folge, dass der Aufenthalt im Spital unabhängig von den Kosten zu übernehmen ist. Mit Blick auf die allgemeinen Voraussetzungen für die Kostenübernahme nach Artikel 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen) sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 56 KVG kann sich die Kostenübernahme für den Aufenthalt klarerweise nur auf das für den Behandlungszweck geeignete Mass beschränken. Dies ist die medizinische Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche der Ständerat im Rahmen der gescheiterten Gesetzesrevision als „Basisservice“ bezeichnete. Zusätzliche Leistungen wie der Aufenthalt in einem Einzel- oder Doppelzimmer unabhängig von medizinischer Indikation sowie die Arztwahl im Spital sind nicht eingeschlossen und weiterhin durch dem Privatversicherungsrecht unterworfenen Zusatzversicherungsprodukte zu versichern. Der Bundesrat sieht indessen davon ab, den vom Parlament verabschiedeten Zusatz „für ärztliche und pflegerische Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ aufzunehmen. Einerseits erachtet er diesen Text als einschränkend, andererseits, da der Zusatz einzig zur Verdeutlichung der Tatsache dienen soll, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur die gesetzlichen Leistungen zu vergüten hat, als überflüssig. Denn nach dem KVG werden grundsätzlich keine Leistungen übernommen,

- welche die von Artikel 32 KVG festgelegten Kriterien der Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit nicht erfüllen und nicht dem oben erwähnten „Basisservice“ zuzurechnen sind, oder
- welche nicht in den sachlichen Anwendungsbereich des KVG gehören.

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f, 29 Absatz 2 Buchstabe b

Auch an dieser Stelle ist der Begriff „teilstationär“ zu streichen.

Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i

Weil das Konzept der teilstationären Behandlung nicht weiterverfolgt wird, ist ebenfalls an dieser Stelle der Begriff der Leistungserbringerkategorie „Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen“ zu streichen.

Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben d sowie Absätze 2 und 4 (neu)

Im Zusammenhang mit der neuen Finanzierungsregelung (nachfolgend unter Art. 49 Abs. 2) und der Umsetzung der genannten EVG-Urteile ist der Umfang der Planungspflicht der Kantone klarzustellen. Weil das Versicherungsobligatorium die gesamte Bevölkerung umfasst, soll im Sinne einer Klarstellung die explizite Aufführung der Planungspflicht für alle dem KVG unterstellten Personen verankert werden. Damit wird die in der Praxis anzutreffende Unterscheidung zwischen den Versicherten aufgrund ihrer Versicherungsdeckung unzulässig. Vielmehr haben die Kantone in Zukunft einzig sogenannt integrale Spitallisten zu erstellen, auf denen sämtliche für die Versorgung notwendigen Spitäler aufgelistet sind, ohne dass eine Unterscheidung in Spitäler, die allen (Grund-)Versicherten offenstehen, und solchen, deren Zugang nur bei Vorliegen einer Zusatzversicherung offen steht (sog. A- und B-Listen; vgl. zum Ganzen die Ausführungen in der Botschaft vom 18. September 2000 in BBl 2001 786 und 799f). Weil die Leistungen aller auf einer Liste aufgeführten Spitäler, unabhängig von Rechtsform und Trägerschaft, zur Hälfte von den Kantonen finanziert werden, haben auch die Kantone ein Interesse am möglichst günstigen Verhältnis zwischen Kosten und Qualität der Leistungen. In diesem Sinne besteht für die Kantone ein Anreiz, ihre Leistungsaufträge an jene Institutionen zu vergeben, welche die Anforderungen am effizientesten erfüllen. Weil auch die Investitionen je hälftig abgegolten werden, haben die Kantone kein Interesse, unzweckmässige oder überflüssige Strukturen aufrecht zu erhalten. Erfolgt dies trotzdem, geschieht es nicht im Interesse der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, sondern aufgrund eines anderen Interesses des Kantons. An dieser Stelle soll nochmals unterstrichen werden, dass ein Kanton nur dann bedarfsgerecht planen kann, wenn er die Patientenströme kennt und seine Kapazitäten mit den Nachbarkantonen koordinieren kann.

Welche Aufgaben ein Spital im Rahmen der kantonalen Planung zu erfüllen hat, wird unter anderem mit dem Leistungsauftrag umschrieben. Das Wort Leistungsauftrag wurde oft falsch, nämlich dahingehend verstanden, dass mit einem Auftrag verpflichtend eine Abgeltungspflicht verknüpft sei. Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesrates traf dies nicht zu. Vielmehr wurde einem Spital mit dem Leistungsauftrag ein Leistungsspektrum zugewiesen und das Spital dafür in die Spitalliste aufgenommen. Aus einem so verstandenen Leistungsauftrag konnte keine zwingende finanzielle Verpflichtung des Kantons abgeleitet werden. Wenn, in Verbindung von Artikel 39 mit Artikel 49 Absatz 2, sowohl die Krankenversicherung als auch die Kantone einen Beitrag an die Vergütung der Leistungen jener Spitäler leisten, welche sich auf einer Spitalliste befinden, kommt dies der Abgeltung eines Auftrags im finanztechnischen Sinn sehr nahe.

Schliesslich wird der Vorschlag aus den parlamentarischen Beratungen zur 2. KVG-Revision aufgenommen, wonach die Kantone an die Erteilung von Leistungsaufträgen Bedingungen knüpfen können. Derartige Regelungen könnten die Kantone zwar gestützt auf ihre kantonale Gesetzgebung treffen. Dennoch soll im Sinne einer einheitlichen Regelung diese Kompetenz ins KVG aufgenommen werden. Ziel ist, einerseits zu verhindern, 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 Patienten und Patientinnen nicht auswählen können und einen Grossteil der Lehr- und Forschungskosten tragen. Zu beachten ist, dass die Kantone in den Leistungsaufträgen Forderungen im Sinne von Verpflichtungen erheben können, deren

Erfüllung eine Voraussetzung für die Aufnahme von öffentlichen wie auch privaten Spitälern in die Spitalliste darstellt, sofern diese Forderungen im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stehen. Dazu gehören beispielsweise die Bereitstellung von Notfalldiensten in abgeschiedenen Regionen oder die Aufnahme aller obligatorisch versicherten Personen.

Ebenfalls an dieser Stelle sind die Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen, zu streichen.

Artikel 39 Absatz 3

Wie bereits erwähnt (Ziffer 2.2), ist im Rahmen der NFA vorgesehen, dass durch ein Konkordat der Kantone auf schweizerischer Ebene Regeln für die Planung und Zuordnung der Versorgungskapazitäten für die hochspezialisierte medizinische Versorgung festgelegt werden. Mit der vorliegenden Bestimmung soll diesem Grundsatz einerseits Nachachtung verschafft werden und dem Bundesrat andererseits bereits im Rahmen des KVG eine subsidiäre Kompetenz eingeräumt werden.

Artikel 39 Absatz 5 (neu)

Wie unter Ziffer 2.2 ausgeführt, soll dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt werden, zwecks einheitlicher Umsetzung der Bestimmungen des KVG und einer besseren Koordination unter den Kantonen Grundsätze aus seiner bisherigen Rechtsprechung zu formulieren und diese im Hinblick auf die Einführung der neuen Finanzierungsregelung zu ergänzen.

Artikel 41 Absatz 1

Satz 1 von Absatz 1 besagt, dass den Versicherten die Wahl unter den Leistungserbringern, welche für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, offen steht. Welche Spitäler für welche Behandlungen zugelassen sind, richtet sich nach dem durch die kantonale Planung/Liste zugewiesenen Leistungsauftrag. Als zugelassen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten die Spitäler, einerseits die auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten oder andererseits auf der Liste des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, aufgeführt sind. Eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung erfolgt jedoch - mit Ausnahme der medizinischen Indikation (Art. 41 Abs. 2 KVG) - nur nach dem Tarif jener Spitäler, welche auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten aufgeführt sind. Sucht eine versicherte Person ohne medizinische Notwendigkeit einen nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten, sondern in einem anderen Kanton zugelassenen Leistungserbringer auf, so besteht für die versicherte Person Tarifschutz, indem sich der Leistungserbringer an den genehmigten oder festgesetzten Tarif (Art. 46 Abs. 4, Art. 47 Abs. 2 KVG) halten muss. Die Krankenversicherung übernimmt lediglich denjenigen Anteil der Kosten, der dem Tarif der Spitäler, die auf der Liste des Wohnkantons der Versicherten aufgeführt sind und einen entsprechenden Leistungsauftrag haben, entspricht. Weil das Spital nicht der Planung entspricht, muss der Kanton keinen Beitrag leisten. Die entsprechenden Kosten gehen entweder zu Lasten der versicherten Person oder einer allfälligen Zusatzversicherung. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass der Kanton mit der Spitalplanung und der Erteilung von Leistungsaufträgen dafür sorgt, dass genügend Kapazität zur Verfügung steht, damit sich die Kantons-

einwohner und -einwohnerinnen in jedem Krankheitsfall behandeln lassen können. Wenn sich eine versicherte Person in einem nicht der Planung entsprechenden Spital behandeln lässt, während die Fixkosten für die bereitgestellten Kapazitäten trotzdem anfallen, soll sie selbst und nicht der Kanton die finanziellen Konsequenzen tragen.

Artikel 41 Absatz 2 Buchstabe b

Zusätzlich soll das Verhältnis der Absätze 2 und 3 von Artikel 41 geklärt und nur noch festgehalten werden, dass, sofern für eine bestimmte Behandlung bzw. bei einem Notfall kein auf der Liste des Wohnkantons aufgeführter Leistungserbringer aufgesucht werden kann, ein anderer Leistungserbringer im Wahlrecht der versicherten Person steht. Zusammengefasst erfolgt eine Kostenübernahme für stationäre Behandlung durch die Krankenversicherung somit, wenn entweder ein auf der Liste des Wohnkantons aufgeführter Leistungserbringer für die Behandlung geeignet ist oder aus medizinischen Gründen ein anderer Leistungserbringer, der nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführt ist, aufzusuchen ist. Da das Versicherungssystem in sich geschlossen ist, ist auch im letztgenannten Fall nur einem nach den Regeln des Gesetzes zugelassenen Leistungserbringer die Verrechnung von Leistungen zulasten der Krankenversicherung gestattet. Das heisst, es muss sich um ein Spital handeln, das zumindest auf der kantonalen Liste des Standortkantons aufgeführt ist und somit als zugelassener Leistungserbringer gilt.

Artikel 41 Absatz 3

Diese Bestimmung legt im geltenden Recht die Beitragspflicht des Wohnkantons für den Fall fest, dass eine Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons nicht angeboten oder in Anspruch genommen werden konnte. Die erwähnten EVG-Urteile haben zu einer Klärung geführt in der Frage, in welcher Weise die Beitragspflicht vom Aufenthaltsort der Versicherten abhängt. In Artikel 49 soll die Finanzierungsregel auf alle Spitalabteilungen und alle Spitaltypen ausgedehnt werden. Der Verweis auf Artikel 49 soll der Harmonisierung der Artikel 49 und 41 dienen. Klarzustellen ist demnach, dass der Wohnkanton nicht nur innerhalb des Kantons, sondern auch ausserhalb des Kantons, unabhängig von der Aufführung eines Spitals auf seiner eigenen Liste, den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil zu übernehmen hat, wenn aufgrund medizinischer Notwendigkeit ein ausserhalb seiner eigenen Liste zugelassener Leistungserbringer aufgesucht werden muss.

Artikel 47 Absatz 2

Angesichts der Streichung des Konzeptes „teilstationär“ ist der Begriff auch hier zu streichen.

Artikel 49 Absatz 1

Gemäss geltendem Recht dürfen für die Tarife der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler einen Kostendeckungsgrad durch die Krankenversicherung von maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten in der allgemeinen Abteilung für Kantonseinwohner und - einwohnerinnen nicht übersteigen. Wie die restlichen Kosten zu decken sind, wird nirgends vorgeschrieben. Dennoch geht man aufgrund der Verpflichtung der Kantone für die Sicherstellung der Versorgung da-

von aus, dass sie die von ihnen geschaffene bzw. geförderte stationäre Infrastruktur auch während des Betriebes finanziell unterstützen und insbesondere deren Defizite decken. Dies hat dazu geführt, dass Kantone wie auch Versicherer Institutionen statt Leistungen finanzieren.

Um die (nicht kosteneindämmenden) Anreize der heutigen Objektfinanzierung zu korrigieren, ist aus ökonomischer Sicht das System der Leistungsfinanzierung auf breiter Basis einzuführen. Diese Art der Finanzierung hat den Vorteil, dass die erbrachte Leistung tarifiert werden kann, und somit das Preis-Leistungsverhältnis im Vordergrund steht. Die leistungsbezogene Pauschale ist der „Preis“, den der Versicherer für die Leistungserbringung vergütet. Leistungsbezogene Vergütungen sind in verschiedenen Kantonen schon heute eingeführt, sei es als diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs), als Abteilungspauschalen oder als Vergütung für einen Behandlungspfad. Neben diagnosebezogenen Pauschalen sind demnach auch versorgungsbezogene Pauschalen denkbar, bei denen die Vergütung einen ganzen Behandlungsverlauf entschädigt. Trotz des grundsätzlichen Wechsels zu leistungsbezogenen Pauschalen bleibt in gewissen Bereichen die Anwendung von Tagespauschalen, namentlich bei Dauerbehandlungen (z.B. in der Psychiatrie), sinnvoll. Will man Transparenz gewährleisten sowie gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung ermöglichen, so sind diese Vergütungsformen nach einheitlichen Klassifizierungssystemen aufzubauen. Deshalb sollen gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen eingeführt werden. Es ist denkbar, dass für gewisse Leistungen, auch in einem bestimmten Bereich, verschiedene Pauschalssysteme (z.B. Fallpauschalen, Tagespauschalen) nebeneinander Anwendung finden können. Dies darf jedoch nicht ein Ausmass annehmen, dass sich die Kombination von Pauschalen der Einzelleistungsvergütung so sehr annähert, dass es sich um einen – im stationären Bereich ausgeschlossenen – Einzelleistungstarif handelt. Analog zum für die Einzelleistungstarife durch Artikel 43 Absatz 5 KVG bestimmten System ist es in erster Linie Sache der Tarifpartner, die entsprechenden Strukturen zu erarbeiten. Erst wenn dies in einer vom Bundesrat (vgl. Übergangsbestimmung unten) festgelegten Frist nicht erfolgt ist, wird der Bundesrat tätig.

Wegen der Streichung des Begriffes „teilstationär“ wollten die Räte die Abgrenzung der ambulanten von der stationären Behandlung definieren. Im Rahmen des Erlasses der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung hat der Bundesrat die Begriffe ambulant, teilstationär und stationär aber bereits bezogen auf die Erhebung der Grundlagen für die Tarifberechnung definiert (Art. 3 bis 5 VKL). Die bis anhin unterschiedliche Abgrenzungspraxis wurde somit vereinheitlicht und es besteht keine Notwendigkeit mehr, dies auf Gesetzesstufe zu regeln. Als stationär ist demnach ein Spitalaufenthalt zu qualifizieren, wenn er zwecks Untersuchung, Behandlung oder Pflege erfolgt, und mindestens 24 Stunden dauert. Ein Spitalaufenthalt von weniger als 24 Stunden gilt ebenfalls als stationär, wenn er zwecks Untersuchung, Behandlung oder Pflege erfolgt und bei dem zudem während einer Nacht ein Bett belegt wird. Als stationäre Behandlung werden ebenfalls die Überweisung in ein anderes Spital und die Todesfälle behandelt.

Artikel 49 Absatz 2

Im Grundsatz wird weiterhin an der pauschalen Vergütung der stationären Behandlung festgehalten. Dies nicht zuletzt, weil damit im Gegensatz zu einer Einzelleistungstarifizierung der Anreiz für Mengenausweitung begrenzt werden kann. Dennoch

kann es in bestimmten Fällen sinnvoll sein, den Aufwand für zusätzliche Leistungen nur bei denjenigen Versicherten anzurechnen, bei denen er tatsächlich anfällt. Die bisher ebenfalls in Artikel 49 Absatz 2 KVG vorgesehene Möglichkeit der separaten Tarifierung von besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, die seltener erbracht werden und besonders aufwendig sind (z.B. besonders komplizierte Massnahmen oder der Einsatz kostspieliger Spitzentechnologie), soll daher bestehen bleiben.

Artikel 49 Absatz 3

Die unter Artikel 49 Absatz 1 erwähnte heutige Regelung führt dazu, dass sowohl Spitäler wie Versicherer wenig Spielraum haben, sich über die Entschädigung der Spitalbehandlung zu einigen, indem die für die Tarifierung anrechenbaren Kosten umschrieben sind und lediglich in bezug auf die genaue Abgrenzung der anrechenbaren Kosten und der Überkapazitäten sowie die Höhe des Kostendeckungsgrades ein Verhandlungsspielraum besteht. Dadurch wird eine Garantie der Kostendeckung ungeachtet des Preis-Leistungsverhältnisses statuiert. Dies widerspricht dem im Gesetz enthaltenen Wettbewerbsgedanken im Bereich der Tarife.

Nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung kann nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen werden. Massgebend ist die Vergütung der jeweiligen Leistung. Diese soll je zur Hälfte von den Versicherern und vom Wohnkanton der versicherten Person übernommen werden. Aus sozialpolitischen Erwägungen soll es den Kantonen jedoch freigestellt werden, gewisse Bereiche auszuscheiden und deren Kosten gesondert zu übernehmen. Dabei handelt es sich vornehmlich um öffentliche Aufgaben, mit denen die Versorgung sichergestellt wird wie Vorhalteleistungen und Notfalldienste. Einbezogen in die Finanzierung sollen zukünftig auch die Investitionskosten werden – dies vor allem deshalb, weil die strikte Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen der Spitalfinanzierung ein Bild vermittelt, welches der betrieblichen Praxis nicht entspricht. Im Rahmen der Vergütung sollen jedoch keine Kostenanteile für Lehre und Forschung abgegolten werden. Hier wird der aktuelle Gesetzestext beibehalten. Grund dafür ist, dass der Bundesrat nach Artikel 53 KVG bei der Prüfung von Tarifbeschwerden eine umfassende Definition für den Begriff Lehrkosten anwendet (vgl. beispielhaft dazu den Entscheid des Bundesrates vom 19. Dezember 2001, in: Bundesamt für Sozialversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung, RKUV 4/2002, KV 220, S. 309, Erw. II. 1.6.3 und II. 10.1). Das heisst, sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals sind von der Übernahme durch die Krankenversicherung auszuschliessen. Auszuschliessen sind ebenfalls die Forschungskosten sowie die indirekt mit Lehre und Forschung verbundenen Kosten. Im KVG ist zudem auch nicht von Lehr- und Forschungsausgaben einzig für Universitätskliniken die Rede. So gesehen dürfen also nicht nur universitäre Lehr- und Forschungsaufwendungen in Betracht gezogen werden, sondern auch die Kosten, die in allen anderen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung tätigen Spitälern verursacht werden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um kleine Spitäler oder Privatkliniken handelt. In der Zwischenzeit hat der Bundesrat im übrigen im Rahmen der VKL einen Artikel 7 erlassen, der diese umfassende Definition aufnimmt.

Einerseits werden die Kantone mit dieser Regelung finanziell entlastet. Als Ausgleich wird andererseits die Finanzierungspflicht der Kantone festgeschrieben. Gleichzeitig wird die neue Finanzierungsregel auf private Trägerschaften ausge-

dehnt, welche zur Versorgung beitragen und damit auf die kantonalen Listen aufgenommen werden können. Die Rechtfertigung für letzteres besteht in der Gleichbehandlung der Spitäler und der Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen. Mit diesem Vorgehen wird die gesamte Bedarfskapazität demselben Finanzierungsregime unterstellt.

Durch die vorgeschlagene Streichung des Begriffes "allgemeine Abteilung" entfällt ferner eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsort der Versicherten. Sowohl die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer als auch diejenige der öffentlichen Hand soll einzig davon abhängen, ob der Leistungserbringer für die Behandlung geeignet und zugelassen ist. Für die Kantone hat diese Regelung zur Folge, dass sie nicht mehr global die von der Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten übernehmen können.

Die Rechnung des Spitals ist bei jedem Spitalaufenthalt je hälftig durch den Versicherer und den Kanton zu begleichen. Bezüglich Rechnungsstellung ist festzuhalten, dass der Leistungserbringer für seine Leistungen von den Versicherten entschädigt wird, die dann wiederum die entstandenen Kosten von ihrem jeweiligen Versicherer vergütet erhalten (System des Tiers garant; Art. 42 Abs. 1 KVG). Eine direkte Entschädigung der Leistungserbringer durch die Versicherer ist ebenfalls möglich (System des Tiers payant; Art. 42 Abs. 2 KVG), sofern dies vertraglich vereinbart wird. Damit würde für die versicherte Person oder für den Versicherer ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Kanton für den von diesem geschuldeten hälftigen Beitrag entstehen. Wenn als Zahlungsempfänger nicht mehr der Leistungserbringer, sondern die versicherte Person auftritt, entsteht dem Kanton ein administrativer Mehraufwand und die versicherte Person riskiert, die Rechnung des Spitals vor Erhalt des Kantonsbeitrages begleichen zu müssen. Zur Vereinfachung der Abrechnung soll daher der Kanton seinen Anteil direkt dem Spital entrichten.

Artikel 49 Absatz 4

Auch an dieser Stelle soll der Begriff „allgemeine Abteilung“ gestrichen werden. Zudem ist festzuhalten, dass wegen des in sich geschlossenen Versicherungssystems die Leistungen der Spitäler nach diesem Gesetz mit den Vergütungen nach den Absätzen 1, 2 und 3 vollständig abgegolten sind. 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 dem Prinzip des Tarifschutzes (Art. 44 KVG) im stationären Bereich Nachachtung verschafft. Selbstverständlich bleiben hier, wie auch beim Aufenthalt, zusätzliche, nicht dem KVG unterstellte Leistungen wie z.B. die freie Arztwahl im stationären Bereich nach den Regeln des Privatversicherungsrechts versicherbar.

Artikel 49 Absatz 5

Diese Bestimmung entspricht inhaltlich dem aktuellen Absatz 4.

Artikel 49 Absatz 6

Angesichts der Streichung des Konzeptes „teilstationär“ ist der Begriff auch hier zu streichen.

Artikel 49 Absatz 7

Zwecks Förderung des Wettbewerbsgedankens und einer auf betriebswirtschaftliche Grundsätze gestützten Betriebsführung haben die Spitäler ihren Betrieb vermehrt unternehmerisch zu führen. Deshalb soll in dieser Bestimmung festgehalten werden, dass die Spitäler über die notwendigen Führungsinstrumente verfügen müssen. Im geltenden Artikel 49 KVG sind in Absatz 6 der deutschen Fassung Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik als Instrumente zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen erwähnt. Die Ziele des Gesetzes können mit einer Kostenstellenrechnung allein unbestrittenermassen nicht erreicht werden. Zur transparenten Kostenausscheidung der durch das KVG gedeckten Leistungen werden umfassendere Grundlagen benötigt. Diesbezüglich nennt der Gesetzestext in der französischen und italienischen Fassung korrekterweise den umfassenden Begriff der Kostenrechnung, umfassend die Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung. Der deutsche Gesetzestext ist entsprechend anzupassen. Andererseits ist es notwendig, genügend Spielraum zu lassen und nicht nur eine auf die Kostenrechnung und Leistungsstatistik bezogene Sichtweise, sondern eine umfassende Beurteilung der Betriebsführung zu ermöglichen. Mit der Einführung des Begriffes "Führungsinstrumente" werden die Anforderungen weiter gefasst und der zukünftigen Entwicklung Raum gelassen. Ferner wird der Verwendungszweck, nämlich die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit etc., der mit diesen Führungsinstrumenten zur Verfügung zu stellenden Daten exemplarisch aufgezählt.

Artikel 49 Absatz 8

Dieser Absatz entspricht Absatz 7 der geltenden Bestimmung. Indessen stimmen auch hier die Sprachversionen nicht überein: Im französischen Text wird von "comparaison des frais d'exploitation" gesprochen, währenddem im deutschen Text von Betriebsvergleichen gesprochen wird; im italienischen Text ist "studio comparativo delle gestioni ospedaliere" erwähnt. Da einzig die umfassende Beurteilung der Betriebsführung entsprechende Schlüsse erlaubt und zudem neu die Investitionskosten in die Tarifberechnung aller Institutionen einbezogen werden, sollen sowohl die französische (neu "comparaisons entre hôpitaux") wie auch die italienische (neu "comparazioni tra ospedali") Fassung angepasst werden.

Artikel 50, 51 Absatz 1 und 53

Durch die Neunummerierung der Artikel 39 und 49 sind die entsprechenden Verweise anzupassen.

Artikel 79 a (neu) Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Artikel 72 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gewährt dem Versicherungsträger ein Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Drittpersonen. Im stationären Bereich werden aufgrund der Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 3 KVG auch Steuergelder zur Finanzierung von Leistungen der Krankenversicherung verwendet. Würde nun der finanzierende Wohnkanton kein Recht erhalten, den von ihm erbrachten Kostenanteil unabhängig des Behandlungsortes bei haftpflichtigen Dritten einzufordern, so würden letztere zu Nutzniessern des Tarifschutzes nach Artikel 44 Absatz 1 KVG und der Tarifvorteile der sozialen Krankenversicherung. Damit würde die Gemein-

schaft der Steuerzahlenden einen Teil des Schadenersatzes tragen, was sich nicht rechtfertigen lässt (vgl. zum Ganzen: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Bern 1999, N 401).

Der Bundesrat erachtet es als stossend, dass haftpflichtige Dritte durch die Kostenaufteilung im stationären Bereich über Steuermittel finanziell entlastet werden. Er schlägt daher vor, einen Artikel 79a einzufügen, wonach dem Wohnkanton analog dem Versicherer ein Rückgriffsrecht auf den haftpflichtigen Dritten für seine Beiträge nach den Artikeln 49 Absatz 3 sowie 41 Absatz 3 KVG eingeräumt wird. Er sieht aber davon ab, die Gemeinden aufzuzählen, da diese im KVG nicht explizit erwähnt sind. Dadurch werden gegenüber den Haftpflichtigen keine neuen Ansprüche begründet, da nicht anzunehmen ist, dass aufgrund von Tarifvereinbarungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern für Haftpflichtfälle zu Lasten der sozialen Krankenversicherung höhere als die ordentlichen Tarife vereinbart werden.

Artikel 84a Absatz 1 Buchstaben f

Durch die Verschiebung des Inhaltes von Artikel 21 Absatz 4 in Artikel 22a ist hier der Verweis anzupassen.

Artikel 104a Absatz 2

Durch die Neunummerierung von Artikel 49 ist der Verweis auf Absatz 6 durch denjenigen auf Absatz 7 zu ersetzen.

Übergangsbestimmungen Absatz 1

Heute werden die privaten nicht subventionierten Spitäler in der Spitalplanung je nach Kanton unterschiedlich berücksichtigt. Ein Teil der Kantone erstellt integrale Listen, andere Kantone A- und B-Listen mit unterschiedlicher Bedeutung für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Damit sich alle Kantone auf integrale Spitallisten stützen können, soll ihnen eine Frist von einem Jahr eingeräumt werden, innert welcher sie ihre Spitalplanung der neuen Gesetzgebung anpassen. Für die Planung der hochspezialisierten Medizin soll den Kantonen demgegenüber eine längere Frist eingeräumt werden.

Übergangsbestimmungen Absatz 2

Die in Artikel 49 Absatz 1 vorgeschlagenen Tarifstrukturen können von den Tarifpartnern nicht schon mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung erstellt werden. Deshalb soll dem Bundesrat die Kompetenz erteilt werden, die Einführungsfrist zu bestimmen. Da die Grundlagen zur Kalkulation der Pauschalierungssysteme in verschiedenen Bereichen unterschiedlich entwickelt sind, soll die Einführung zudem gestaffelt erfolgen können. Ferner sind die bis anhin nicht in die Tarife einbezogenen Investitionen mit Einführung der Pauschalssysteme nach einheitlichen Kriterien in die Tarifierberechnung einzubeziehen, damit ein Mindestmass an Transparenz und Einheitlichkeit erreicht werden kann. Auch die Frage des Einbezugs der vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung getätigten Investitionen soll durch den Bundesrat geregelt werden.

Übergangsbestimmungen Absatz 3

Zur Zeit kommen die Kantone im Durchschnitt für mehr als die Hälfte der anrechenbaren Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler auf. Das Finanzierungsverhältnis ist jedoch je nach Kanton unterschiedlich. Ausgehend vom Finanzierungsverhältnis im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung sollen Kantone und Versicherer ihren Beitrag innerhalb von drei Jahren so anzupassen, dass im dritten Jahr die je hälftige Vergütung erreicht ist. Damit wird die Basis geschaffen für den Übergang zur dual-fixen Leistungsfinanzierung.

Übergangsbestimmungen Absatz 4

Nach Absatz 1 der Übergangsbestimmung haben die Kantone ein Jahr Zeit, ihre Spitalplanung/listen den neuen Bestimmungen anzupassen. Um den Kantonen die allenfalls notwendige Anpassung bezüglich der Privatspitäler zu ermöglichen, sollen sie ihren Kostenanteil für die stationäre Behandlung in nichtsubventionierten Privatspitälern erst zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung übernehmen müssen, aber unter Einbezug der Investitionskosten, die bei nicht subventionierten Privatspitälern bekanntlich schon heute Tarifbestandteil sind.

Übergangsbestimmungen Absatz 5

Wie erwähnt, erachtet der Bundesrat die monistische Finanzierung nicht als kurzfristiges Ziel. Um einen Systemwechsel mittelfristig ins Auge fassen zu können, soll der Bundesrat allerdings bereits innert 3 Jahren dem Parlament einen Vorschlag unterbreiten.

4 Zusammenwirken des Vorschlages mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen

Das vorgeschlagene Modell der dual-fixen Finanzierung der stationären Leistungen der Spitäler beeinflusst, mit Ausnahme der Neuordnung der Prämienverbilligungen, die anderen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherungsgesetz diskutierten Systemänderungen nicht und wird durch diese auch nicht beeinflusst. Wegen der Überwälzung von seitens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung allenfalls zu tragenden Mehrkosten auf die Prämien kann der Bedarf an Mitteln für die Prämienverbilligung möglicherweise steigen. Inwiefern dies der Fall ist, hängt von der Ausgestaltung der Prämienverbilligungssysteme durch die Kantone ab.

Die dual-fixe Finanzierung wäre kompatibel mit der Aufhebung des Vertragzwangs im ambulanten Bereich sowie mit der Förderung von Managed Care. Die dual-fixe Spitalfinanzierung macht keine Anpassung beim Risikoausgleich erforderlich. Die Einführung einer Versichertenkarte hat keinen Bezugspunkt zum Finanzierungssystem der Spitäler, kann jedoch auch hier administrative Vereinfachungen bringen.

Bei gleichzeitiger Einführung von dual-fixer Finanzierung und Erhöhung der Kostenbeteiligung ist es denkbar, dass, insbesondere wegen des Einbezugs der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Vergütungen die Versicherten beim Spitalaufenthalt eine stärkere finanzielle Belastung erfahren würden. Inwiefern diese zum Tragen käme, hängt davon ab, ob die Versicherten vermehrt den maximalen Selbstbehalt bezahlen müssen.

5

Auswirkungen

5.1

Finanzielle Auswirkungen

5.1.1

Finanzielle Auswirkungen auf den Bund

Da dem Bund keine neuartigen Aufgaben übertragen werden, dürfte sich der personelle Mehraufwand in Grenzen halten. Einzig im Bereich der Planung sowie der Erhebung von Datengrundlagen wird der Bund vermehrt tätig sein müssen. Dieser zusätzliche Aufwand hängt von der Notwendigkeit eines Eingriffs bzw. dem Ausmass der Datenerhebung ab und kann daher derzeit nicht quantifiziert werden. Deshalb wird an dieser Stelle auf einen entsprechenden Ressourcenantrag verzichtet, aber explizit ein Vorbehalt angebracht.

Der Bund ist nicht an der Spitalfinanzierung beteiligt; der Systemwechsel hin zur dual-fixen Finanzierung der Leistungen hat somit keine direkten Auswirkung auf die Bundesfinanzen. Theoretisch könnten sich indessen indirekte Auswirkungen auf die Bundesfinanzen ergeben. Dies wäre der Fall, wenn die Prämien infolge der Gesetzesrevision massiv anstiegen und die Kantone, zur effektiveren Entlastung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die vom Bund bereitgestellten Prämienverbilligungsgelder in zusätzlichem Mass abrufen würden.

5.1.2

Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Für die Kantone und Gemeinden bewirken die Elemente der Gesetzesrevision sowohl finanzielle Mehrbelastungen als auch Entlastungen. Aussagen über deren Grössenordnung ist nur in Bezug auf die Kantone möglich. Ob und in welchem Ausmass die Mehrbelastung oder gegebenenfalls die Entlastung auf die Gemeinden überwältzt werden, richtet sich nach den kantonalen Gesetzgebungen, was eine generelle Aussage über die finanziellen Auswirkungen auf die Gemeinden verunmöglicht. Die Kantone verfügen nicht über konsolidierte Angaben, welche auf den Anteil schliessen lassen, in welchem die obligatorische Krankenpflegeversicherung die anrechenbaren Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler decken. Die Kenntnis dieser Grösse wäre massgebender Ausgangspunkt für die Schätzung der Lastenverschiebungen. Gemäss informellen Angaben verschiedener kantonalen Gesundheitsdirektionen dürfte dieser Kostendeckungsgrad in der Grössenordnung zwischen 43 und 45 Prozent liegen; in einzelnen Kantonen dürfte er jedoch tiefer beziehungsweise höher sein.

Ein erster Grund für eine gewisse Mehrbelastung der Kantone resultiert aus der Ablösung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen: Im letzten Jahr der Geltungsdauer dieses Bundesgesetzes, das heisst 2004 oder, im Falle der Verlängerung des Bundesgesetzes, im Jahr vor in Kraft Treten dieser Gesetzesrevision, entrichteten die Kantone den selben Beitrag wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung an die stationäre Behandlung zusatzversicherter Personen in innerkantonalen öffentlichen sowie öffentlich subventionierten Spitälern. Dieser Beitrag ist tiefer als jener, welchen die Kantone im Fall der Umsetzung des EVG-Urteils über die Beitragspflicht der Kantone bei innerkantonomer stationärer Behandlung von Personen mit einer Zusatzversicherung, das heisst der heute im Gesetz enthaltenen Regelung übernehmen müssten. Weil die Spitäler ihre Kostenrechnung nicht offenlegen, kann nicht festgestellt werden, welchen Betrag die Kantone übernehmen müssten, wenn sie die von der ob-

ligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten anrechenbaren Betriebskosten übernehmen müssten. Wenn mit den im Rahmen dieser Vorlage verwendeten Schätzungen weitergerechnet wird, ist davon auszugehen, dass die Kantone zusätzlich rund 140 bis 170 Millionen Franken übernehmen müssten. Unter dem Regime des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge werden diese Kosten durch die Zusatzversicherung gedeckt.

Für Versicherte, welche einzig über die obligatorische Versicherungsdeckung verfügen, haben die Spitalträger, das heisst zumeist die Kantone, bis anhin die gesamten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergüteten Kosten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern übernommen, sie decken in der Regel die von den Versicherern nicht vergüteten Betriebskosten sowie die Investitionskosten. Die Kantone gehen davon aus, dass sie 55 bis 57 der Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler finanzieren. Hier ist nochmals anzumerken, dass diese Annahme mangels entsprechendem Kostenausweis der Spitäler einzig auf die Gesamtkosten bezogen sein kann; die Gesamtheit der anrechenbaren Betriebskosten ist nicht bekannt. Gestützt auf die Statistik der öffentlichen Finanzen beläuft sich der Investitionskostenanteil auf 10 Prozent der Betriebskosten. Unter dieser Annahme ist in einer statischen Betrachtung beim Übergang zur dual-fixen Finanzierung aller stationären Spitalbehandlungen inkl. Einbezug der Investitionskosten mit einer Entlastung der Kantone und einer entsprechenden Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechnen. Werden die Investitionskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler höher, nämlich wie von kantonalen Seiten festgehalten, auf 10 bis 15 Prozent der Betriebskosten veranschlagt, durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist von einer weiteren Entlastung der Kantone auszugehen.

Angaben in Mio. Franken	Kantone	KVG	VVG
Spitalkosten im Jahr 2001 (gemäss Bundesamt für Statistik; s. Anhang)	4'771	3'895	2'800
Lastenverschiebung, hochgerechnet auf das Jahr 2004 unter Annahme einer jährlichen Kostensteigerung von 3,5 bis 5 Prozent			
Hälftige Kostendeckung der innerkantonalen Behandlung von Zusatzversicherten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern (inkl. Investitionen)	+140 bis + 170	+140 bis +170	-280 bis -340
Hälftige Kostendeckung	- 380 bis - 580	+ 380 bis + 580	
Beitrag an Investitionskosten	- 380 bis - 580	+ 380 bis + 580	

Die definitorische Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ist in der per 1. Januar 2003 in Kraft getretenen VKL enthalten. Es ist davon auszugehen, dass die durch die gesamtschweizerische Vereinheitlichung der Definitionen bewirkten Kostenverschiebungen abgeschlossen sind.

Der zweite Grund für die Mehrbelastung der Kantone ist dadurch begründet, dass mit Inkrafttreten der Revision die Kantone einen hälftigen Finanzierungsanteil an die Behandlung von zusatzversicherten Personen in heute nicht subventionierten Privatspitälern schulden, sofern letztere der kantonalen Planung entsprechen und auf der kantonalen Liste aufgeführt sind. Die Mehrausgaben der Kantone sind

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 Mehrbelastung der Kantone hoch bei einer permissiven Planung oder aber tiefer bei einer restriktiven Planung aus. Daher wird auf die Angabe eines Betrages verzichtet. Von kantonalen Seite wird indessen von einer Kostenverschiebung von rund 800 bis 810 Millionen Franken zu Lasten der Kantone ausgegangen.

Diese Schätzung der Finanzierungsverschiebungen sind rein statischer Natur; die kosteneindämmenden Effekte, welche durch die dual-fixe Leistungsfinanzierung eintreten sollen, sind darin nicht berücksichtigt. Weil Aussagen aus unvollständigen Datenquellen abgeleitet werden mussten, sind die Schätzungen als Grössenordnungen zu verstehen. Ohne Zweifel bedeutet jedoch die Mitfinanzierung der in heute nicht subventionierten Spitälern erbrachten Leistungen die grösste Herausforderung für die Kantone. Allerdings haben sie mit ihrer Planung Einfluss darauf, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden.

5.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Analog zur Wirkung der Revision auf die Kantone kann auch die Kostenwirkung auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung lediglich grob geschätzt werden. Weil die Schätzungen nur mit Hilfe von Annahmen erfolgen konnten, soll auch hier die Nennung einer Bandbreite auf die Unschärfe der Schätzungen hinweisen. In der statischen Betrachtung entspricht das Ausmass der Mehrbelastung der obligatorischen Krankenversicherung jenem der Entlastung der Kantone. Im Fall der Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die hälftige Deckung der anrechenbaren Betriebskosten für die stationäre Behandlung zusatzversicherter Personen in öffentlichen beziehungsweise öffentlich subventionierten Spitälern würde die Zusatzversicherung entlastet.

Der Einbezug der Investitionskosten in die hälftige Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung belastet diese zusätzlich. Weil die Übergangsbestimmungen vor, dass die Investitionskosten erst im Rahmen der leistungsbezogenen Abgeltung und höchstwahrscheinlich gestaffelt in die Pauschalen einfließen. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass der Einbezug der Investitionen in die Abgeltung der Leistungen auf einen Schlag erfolgt und in vollem Umfang kosten- und prämienvirksam wird.

Entlastet wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung in jenen Fällen, in denen sie unter heutigem Recht beim Aufenthalt einer versicherten Person in einem der Planung entsprechenden Privatspital die Kosten der Leistungen gemäss KVG voll abgilt.

Die geschätzten Werte sind auch hier als Grössenordnungen, welche aus statischer Sicht geschätzt wurden, zu verstehen. Deshalb ist es heikel, die Bilanz aus Mehrbelastungen und Entlastungen zu ziehen und einen Rückschluss auf die Prämienentwicklung zu ziehen. Weil in einer ersten Phase ein hälftiger Finanzierungsanteil angestrebt wird, dieser aber zumindest zu einem wesentlichen Teil noch auf den anrechenbaren Kosten beruht und die kosteneindämmenden Anreize der Leistungsfinanzierung somit noch nicht in Kraft treten, ist mit zusätzlichen Kosten und einem ent-

sprechenden Prämienanstieg zu rechnen. Dieser Kostenanstieg würde sich auf drei Jahre verteilen. Wie sich der Einbezug der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen in einer zweiten Phase auswirkt, ist schwer abschätzbar. Dies, weil neue Anreize wirksam werden, weil die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen stufenweise erfolgt und auch deshalb, weil die Leistungsfinanzierung erst einsetzen wird, nach dem die Kantone ihre Planung angepasst haben.

5.3 Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Diese Vorlage setzt neue Anreize oder verstärkt jene, die mit dem Inkrafttreten des neuen KVG eingeführt worden sind. Die mittelfristigen wirtschaftlichen Auswirkungen, die sich aus den erhofften Verhaltensänderungen ergeben, lassen sich unmöglich exakt beziffern. Daher werden in diesem Abschnitt die erwarteten Verhaltensänderungen eher beschrieben denn quantifiziert. Lediglich die finanziellen Verschiebungen zwischen den verschiedenen Kostenträgern konnten abgeschätzt werden, indem die neuen Finanzierungsregeln auf die aktuelle Kostensituation im stationären Bereich übertragen wurden.

Mit dieser Revision des Finanzierungssystems für Spitäler wird nicht beabsichtigt, die fundamentalen Prinzipien des geltenden Systems in Frage zu stellen. Hingegen sollen mit der Revision gewisse Unklarheiten, die die Funktionsweise des gesetzlich vorgesehenen Systems stören, bereinigt sowie mehrere bereits im System verankerte Anreize zur Kosteneindämmung verstärkt werden. Die daraus resultierende Vereinfachung der Finanzierungsregeln und die bessere Transparenz im stationären Bereich werden es erlauben, die tatsächlichen Kosten und Verantwortlichkeiten besser zu erfassen. Diese Revision soll ihre Wirkung kurz- und mittelfristig entfalten.

Der Markt im Gesundheitswesen ist geprägt durch folgende Sachverhalte: Das Angebot bestimmt weitgehend die Nachfrage, und die Preise spielen für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Pflegeangebot gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung (Bereitstellung der nötigen Kapazitäten entsprechend dem effektiven Bedarf, kantonsinterne und interkantonale Koordination) eine führende Rolle übernimmt. Die Ausweitung der kantonalen Spitalplanung im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung aller Versicherten ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so kann die Planung wirksam sein. Durch die Vereinheitlichung der Vergütungsregeln für alle Spitäler, die auf der kantonalen Liste aufgeführt sind, ermöglicht die Revision die Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitälern. Im Rahmen des KVG würden in Zukunft für jedes Spital gleiche Bedingungen gelten. Im Idealfall sollten einzig die Markt- und Wettbewerbsregeln bestimmen, wer Zugang zum Markt erhält. Man könnte es daher bedauern, dass mit der Revision der Einflussbereich des Staates durch die Ausweitung der Mitfinanzierung und die verstärkte Gewichtung der Planung vergrössert wird. Immerhin würde mit der vorgeschlagenen Regelung im festgelegten Rahmen der Tarifwettbewerb verstärkt. In einem "Markt" jedoch, in dem die Nachfrage zu einem grossen Teil angebotsinduziert ist und in dem die „Preise“ durch eine Behörde genehmigt oder fixiert sind und der Konsument nicht unmittelbar für die Kosten der konsumierten Leistungen aufkommt, gilt es indessen, die Regeln für die Teilnahme am "Markt" den besonderen Verhältnissen anzupassen.

Der mit der Vorlage bezweckte zunehmende Wettbewerb im Spitalbereich soll zu einer schrittweisen Optimierung von Produktionskosten und Qualität führen. Es ist anzunehmen, dass sich sinkende Produktionskosten vorteilhaft auf die Prämienentwicklung auswirken. Damit stehen den Versicherten mehr Mittel für den privaten Konsum zur Verfügung. Im Übrigen dürften die Kantone wegen der zusätzlich anfallenden Finanzlast veranlasst werden, das Instrument der Planung effektiver einzusetzen.

Hinter der Revision des Finanzierungssystems der Spitäler stand nicht in erster Linie die Absicht, das dem KVG zugrundeliegende Solidaritätsprinzip zu stärken oder die regionale Ausgewogenheit der Versorgung zu fördern. Sie leistet dazu jedoch einen Beitrag, mit der dual-fixen Leistungsfinanzierung trägt die Revision zur besseren interkantonalen Koordination der Planung bei, was ein wichtiger Schritt in Richtung einer noch weiter gehenden Koordination ist.

6 Verhältnis zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Mit der Neuordnung des Finanzausgleichs sollen Aufgaben, Kompetenzen und Finanzströme zwischen Bund und Kantonen entflochten und die Verantwortlichkeiten der beiden Staatsebenen geklärt werden (Botschaft des Bundesrates vom 14. November 2001 in BBl 2002 2291). Im Rahmen der Arbeiten zu einer Neuordnung des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen wird auch im Bereich der Sozialversicherung eine Aufgabenentflechtung geprüft. Die Spitalfinanzierung ist nicht direkt betroffen. Wie unter Ziffer 2.2 erwähnt, bestehen indessen Bestrebungen, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine Aufgabenteilung unter den Kantonen zu erwirken. Dies entspricht dem in dieser Vorlage enthaltenen Vorschlag.

7 Legislaturplanung

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003-2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 1176).

8 Rechtliche Grundlagen

8.1 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 Bundesverfassung.

8.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen:

Regelung des Datenflusses (Art. 22a Abs. 4); Grundsätze für die Spitalplanung (Art. 39 Abs. 5); Bestimmungen über die Führungsinstrumente (Art. 49 Abs. 7); Rückgriffsrecht des Wohnkantons (Art. 79a).

Aufteilung der Spitalkosten zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung (KVG) und Kantonen

Schätzung für das Jahr 2001	Mio. Franken	
Spitalkosten gemäss der Statistik „Kosten des Gesundheitswesens“	16'132	
Abzüglich ambulante Spitalleistungen	-2'431	
Spitalkosten stationär	13'702	
Abzüglich von den anderen Sozialversicherungen (UV, MV, IV) und dem Bund getragene Kosten	-728	
Abzüglich von privaten Versicherungsgesellschaften getragene Kosten	-2'772	
Abzüglich Beteiligung der Versicherten an den Kosten der privaten Versicherungsgesellschaften	-28	
Hospitalisierungskosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der Kantone und der privaten Haushalte	10'174	
Abzüglich Direktzahlungen der Haushalte (out of pocket)	-593	
Abzüglich Investitionen der öffentlichen Hand	-915	
Schätzung der Kosten nach Artikel 49 Absatz 1 KVG	8'666	100.00%
Davon Belastung der Kantone	4'771	55.05%
Davon Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten)	3'895	44.95%

Bundesamt für Statistik: Schätzungen auf der Grundlage der Statistik der Kosten des Gesundheitswesens, der Krankenhausstatistik, der Statistik über die Krankenversicherung und der Statistik über die privaten Versicherungsgesellschaften.

Finanzierung der Spitäler

Jahre	Direktzahler												TOTAL
	Staat				Sozialversicherungen					Privatversicherung 1)	Private Haushalte 2)	Andere private Finanzierung	
	Bund	Kantone	Gemeinden	Insgesamt	KVG	UVG	IV-AHV	MV	Insgesamt				
	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	
1995	1.5	3'690.3	289.8	3'981.5	3'996.5	488.0	231.4	21.6	4'737.5	2'912.3	980.7	0.0	12'612.0
1996	1.2	3'882.3	356.4	4'239.9	4'338.6	492.6	237.0	19.6	5'087.8	3'199.6	656.6	0.0	13'184.0
1997	1.4	3'883.1	450.6	4'335.1	4'351.4	500.6	250.9	19.1	5'122.0	2'787.1	1'056.2	0.0	13'300.5
1998	1.1	3'876.1	515.4	4'392.5	4'469.6	551.8	252.0	18.6	5'292.0	2'813.1	1'229.2	0.0	13'726.9
1999	0.0	4'116.1	508.6	4'624.8	4'668.7	604.3	243.0	17.4	5'533.4	2'532.9	1'578.8	0.0	14'269.9
2000	0.1	4'292.0	560.2	4'852.3	4'902.5	638.5	246.7	20.0	5'807.7	2'735.8	1'499.7	0.0	14'895.5
2001	1.4	5'041.3	644.2	5'686.9	5'239.5	658.5	261.6	19.6	6'179.3	2'771.6	1'494.4	0.0	16'132.1
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	
1995	0.0	29.3	2.3	31.6	31.7	3.9	1.8	0.2	37.6	23.1	7.8	0.0	100.0
1996	0.0	29.4	2.7	32.2	32.9	3.7	1.8	0.1	38.6	24.3	5.0	0.0	100.0
1997	0.0	29.2	3.4	32.6	32.7	3.8	1.9	0.1	38.5	21.0	7.9	0.0	100.0
1998	0.0	28.2	3.8	32.0	32.6	4.0	1.8	0.1	38.6	20.5	9.0	0.0	100.0
1999	0.0	28.8	3.6	32.4	32.7	4.2	1.7	0.1	38.8	17.8	11.1	0.0	100.0
2000	0.0	28.8	3.8	32.6	32.9	4.3	1.7	0.1	39.0	18.4	10.1	0.0	100.0
2001	0.0	31.3	4.0	35.3	32.5	4.1	1.6	0.1	38.3	17.2	9.3	0.0	100.0

1) KVG Versicherten (Krankenkassen), für die Zusatzversicherung (VVG), und private Versicherungseinrichtungen

2) Direktzahlungen von privaten Haushalten an Leistungserbringer für nicht gedeckte Leistungen ("out of pocket") und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Spitalfinanzierung)

Änderung vom

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom ¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 21 Abs. 4

Aufgehoben

Art. 22a (neu) Datengrundlagen

¹ Der Bund erarbeitet die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise sowie zur Aufsicht über Vollzug und Erfüllung dieses Gesetzes.

² Der Bund erhebt bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung die Daten, welche zur Erfüllung von Absatz 1 notwendig sind. Insbesondere müssen die Leistungserbringer den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt geben, die diese benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³ Der Bund stellt Daten, welche Aufsichts- und anderen administrativen Zwecken dienen, den Kantonen, Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Institutionen in nicht anonymisierter Form zur Verfügung.

⁴ Die Anonymität der Versicherten muss in jedem Fall gewahrt werden. Der Bundesrat erlässt Vorschriften über den damit verbundenen Datenfluss.

Art. 25 Abs. 2 Bst. a Einleitungssatz, e und f

² Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

¹BB1 2004 ...

²SR 832.10

- e. den Aufenthalt im Spital;
- f. *Aufgehoben*

Art. 29 Abs. 2 Bst. b

² Diese Leistungen umfassen:

- b. die Entbindung zu Hause oder in einem Spital sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;

Art. 35 Abs. 2 Bst. i

Aufgehoben

Art. 39 Abs. 1 Bst. d, 2 - 6 (neu)

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zur Erbringung von nach diesem Gesetz obligatorisch versicherten Leistungen zugelassen, wenn sie:

- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen;

² 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. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen.

³ Die Kantone sind verpflichtet, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, erlässt der Bundesrat die Planung.

⁴ 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 anderen Kantonen oder mit denen er direkt eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Mit dem Erteilen von Leistungsaufträgen können die Kantone Auflagen verbinden.

⁵ Der Bundesrat kann allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung erlassen, soweit dies für die gemeinsame Erstellung der Planungen durch mehrere Kantone erforderlich ist. Er hört zuvor die Kantone an.

⁶ Die Bestimmungen über die Zulassung (Abs. 1), die Planung (Abs. 2 und 3) und die Festsetzung von Listen (Abs. 4) gelten sinngemäss für Anstalten, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheime).

Art. 41 Abs. 1 dritter Satz, 2 Bst. b und 3

¹ ... Bei stationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind.

² Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so 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.

³ Bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons vergütet der Wohnkanton den nach Artikel 49 geschuldeten Anteil.

Art. 47 Abs. 2

² 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 ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

Art. 49

Tarifverträge mit Spitälern

¹ Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

² Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.

³ Die Vergütungen nach den Absätzen 1 und 2 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 Lehre und Forschung enthalten. Die Kantone können bestimmen, dass sie weitere Bereiche separat finanzieren.

⁴ Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach den Absätzen 1 – 3, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

⁵ Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 – 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

⁶ Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

⁷ Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten insbesondere alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Bestimmungen.

⁸ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Betriebe liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.

Art. 50 Tarifverträge mit Pflegeheimen

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 6) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar.

Art. 51 Abs. 1

¹ Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. Die Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

Art. 53 Abs. 1

¹ Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1-3, 49 Absatz 8, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

Art. 79a (neu) Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG³ gilt sinngemäss für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 41 Absatz 3 und 49 Absatz 3 geleistet hat. Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

Art. 84a Abs. 1 Bst. f

¹ Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung

³ SR 830.1

dieses Gesetzes betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG bekanntgeben:

- f. den zuständigen kantonalen Behörden, 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

Art. 104a Abs. 2

² Solange die Kosten der Leistungen von Pflegeheimen nicht nach einheitlicher Methode (Art. 49 Abs. 7 und Art. 50) ermittelt werden, kann das Departement durch Verordnung festlegen, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden dürfen.

II

Übergangsbestimmungen

¹ 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 Jahren umzusetzen.

² Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen zu beruhen haben. Die Einführung kann zeitlich gestaffelt erfolgen.

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, 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. Der Einbezug der Investitionskosten von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern 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.

⁴ In bisher nicht subventionierten Spitälern haben die Kantone ihren Anteil an der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 3 mit Einschluss der Investitionskosten innert zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung zu übernehmen.

⁵ Der Bundesrat beantragt innerhalb von 3 Jahren ab Inkrafttreten dieser Änderung eine Gesetzesrevision, die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht, so dass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht.

III

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2006 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung

Teil Managed Care

Erläuternder Bericht

Einleitung

1 Allgemeiner Teil

1.1 Ausgangslage

Die Grundlagen für die versuchsweise Einführung von besonderen Versicherungsformen hat der Bundesrat 1989 noch unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 [KUVG]) mit einer Änderung der in Zwischenzeit aufgehobenen Verordnung V vom 2. Februar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit geschaffen (AS 1990 21). Dort wurde in den Artikeln 23ff. festgesetzt, dass die Versicherer zusätzlich zur ordentlichen Versicherung Versicherungen betreiben dürfen, bei denen die Behandlung der Versicherten ausschliesslich ausgewählten Leistungserbringern anvertraut wird (Versicherung mit eingeschränkter Arztwahl) oder bei denen eine Prämienermässigung dann gewährt wird, wenn die Versicherten während eines ganzen Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch nehmen (Bonusversicherung). Entsprechende Angebote waren zu genehmigen und mit Auflagen über eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung verbunden. In einer breit abgestützten Untersuchung, die in umfangreichen Berichten mündeten, wurde das Verhalten der Versicherten und Leistungserbringern sowie die Kostenwirkung dieser Modelle untersucht (vgl. dazu Baur Rita, Hunger Wolfgang, Kämpf Klaus, Stock Klaus – Prognos AG, Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Synthesebericht, Bern 1998).

In seiner Botschaft vom 6. November 1991 zur Revision der Krankenversicherung (BB1 1992 I 93, insbesondere 102f.) schlug der Bundesrat mit Blick auf den erhofften kostendämmenden Einfluss eine definitive Verankerung der besonderen Versicherungsformen im neuen Recht vor. Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) wurden damit die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen. Nach Artikel 41 Absatz 4 KVG können die Versicherten im Einvernehmen mit dem Versicherer ihr Recht auf die freie Wahl des Leistungserbringers beschränken. Der Versicherer wählt die Leistungserbringer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung aus. Der Versicherer muss in diesem Fall nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Der Versicherer kann den Versicherten, die sich für ein solches Modell entscheiden, eine im Vergleich zur ordentlichen Versicherung verminderte Prämie anbieten (Art. 62 Abs. 1 KVG). Ausserdem kann der Bundesrat die Kostenbeteiligung aufheben, wenn sie sich als unzweckmässig erweist (Art. 64 Abs. 6 Bst. c KVG).

Gestützt auf diese Bestimmungen entstanden innert kurzer Zeit verschiedene besondere Versicherungsformen. Am häufigsten bieten die Versicherer sogenannte Health Maintenance Organizations (HMO) und Hausarztmodelle an. Seltener sind Versicherungsmodelle mit Ärztelisten, in denen die teuersten Ärzte ausgeschlossen werden. Bei den HMO's handelt es sich um Gruppenpraxen mit angestellten Ärzten und Ärztinnen. Diese beziehen in der Regel einen fixen Lohn, die medizinischen Leitenden erhalten zudem einen Erfolgsbonus. In den Hausarztmodellen wählt die versicherte Person einen Hausarzt, eine Hausärztin aus einer vom Versicherer zusammengestellten Liste. Bei beiden Modellen ist ausser im Notfall immer die gewählte HMO, respektive der gewählte Hausarzt aufzusuchen, welche auch als Gatekeeper

fungieren. Bei Versicherungsmodellen mit einer Ärzteliste (Preferred-Provider-Organization/PPO) wählen die Versicherten die Leistungserbringer von einer Anbieterliste aus, welche jährlich vom Krankenversicherer angepasst wird. Für diese Liste werden nur Ärzte und Ärztinnen berücksichtigt, deren Kosten in der Höhe der Durchschnittskosten der jeweiligen Fachgruppe des Kantons liegen. Bei diesem Modell findet kein Gatekeeping statt, und die Leistungserbringer übernehmen keine Budgetverantwortung, sondern werden pro Einzelleistung vergütet.

Nach der anfänglichen Dynamik, die einerseits auf den Prämienschub des KVG und andererseits auf die vermehrten Angebote der Versicherer zurückzuführen ist, stagniert heute der Versichertenbestand bei den besonderen Versicherungsmodellen. In den Jahren 1999 und 2000 wurden deutlich weniger neue Verträge für Hausarztmodelle abgeschlossen, und einige HMO's wurden wieder geschlossen. Daneben bieten mehrere Versicherer nur noch sogenannte Light-Modelle an, die lediglich wenige Managed Care-Elemente enthalten.

Die Wirkungsanalyse zum KVG (Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht Bern 2001, S. 124) hat denn auch gezeigt, dass die besonderen Versicherungsformen in der Schweiz wenig Anklang finden. Die Bereitschaft der Versicherten, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken, sei gering. Aber auch die Versicherer hätten den vom KVG eingeräumten Freiraum zur Schaffung von Managed Care-Modellen nur wenig genutzt. Zur Förderung der Managed Care-Modelle sei daher eine Verstärkung der Anreize unabdingbar.

1.2 Zweite KVG-Revision

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft vom 18. September 2000 zur 2. KVG-Revision (BBl 2001 741, insbesondere 784) vorgeschlagen, die Versicherer zu verpflichten, in ihrem ganzen Tätigkeitsgebiet mindestens eine besondere Versicherungsform anzubieten. Grund dafür war, das Angebot an besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringer zu erhöhen und den Versicherten die Möglichkeit zu bieten, sich kostenbewusst zu verhalten und sich für eine Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers zu entscheiden. Der Bundesrat führte dabei aus, dass diese Einschränkung jedoch vor allem davon abhängt, ob die Leistungserbringer vermehrt zu entsprechenden Vereinbarungen mit den Krankenversicherern bereit seien. Die Änderung weiterer Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Förderung der Managed Care-Modelle wurde nicht vorgeschlagen.

In der parlamentarischen Beratung wurde diese Absicht zwar begrüsst, aber auch mit Blick auf die teilweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs, eine verstärkte Förderung der Managed Care-Modelle gefordert. In der Folge wurde die Einführung eines Modelles unter dem Begriff „integriertes Versorgungsnetz“ vorgesehen. Diese integrierten Versorgungsnetze fallen unter den Begriff „Managed Care“, weil sie eine einheitliche und umfassende Versorgung darstellen und die ganze Behandlungskette umfassen. Das Gatekeeping hat dabei einen grossen Stellenwert. Die versicherte Person wendet sich immer zuerst an den gewählten Hausarzt des Netzes, welcher sie bei Bedarf an andere Glieder der Versorgerkette überweist. In integrierten Versorgungsnetzen übernehmen die Leistungserbringer die finanzielle Verantwortung der betreuten Versicherten (Budgetverantwortung) im vertraglich vereinbarten Umfang. Diese besondere Versicherungsform basiert damit auf einer weitgehend vertraglich gere-

gelten Zusammenarbeit zwischen einer Gruppe von Leistungserbringern und einem Versicherer. Die Krankenversicherer wären verpflichtet worden, solche Versicherungsformen mit Budgetverantwortung und einer begrenzten Anzahl von Leistungserbringern anzubieten. Der Bundesrat hätte Ausnahmen erlauben können, beispielsweise für ländliche Regionen.

Nachdem der Ständerat an seiner Sitzung vom 16. Dezember 2003 den Anträgen der Einigungskonferenz zur 2. KVG-Revision zustimmte, wurde diese dennoch vom Nationalrat an dessen Sitzung vom 17. Dezember 2003 abgelehnt. Dies bedeutete das Scheitern der Vorlage – drei Jahre nach Beginn der Beratungen im Parlament.

1.3 Reformvorschläge in Expertengutachten

An einer Sondersitzung vom 22. Mai 2002 zur sozialen Krankenversicherung zog der Bundesrat den Schluss, dass mit dem KVG insgesamt gute Ergebnisse erzielt wurden, jedoch die kostendämpfenden Massnahmen verstärkt und die Krankenversicherung schrittweise entsprechend reformiert werden müssten. Der Bundesrat beauftragte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), unter anderem damit Vorschläge zu unterbreiten, wie die Verbreitung der Managed Care-Modelle mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden kann. In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, wie die Rahmenbedingungen verändert werden müssen, damit solche Modelle für Versicherer, Leistungserbringer und Versicherte attraktiver werden. Diese Arbeiten sollten die Grundlage für eine dritte Teilrevision des KVG bilden.

In der Folge hat das EDI eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. iur. Markus Moser beauftragt, entsprechende Szenarien auszuarbeiten. An der Arbeitsgruppe beteiligt waren der Verband der schweizerischen Krankenversicherer santésuisse, die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (heute: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren), die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Medix Management AG, der Verband der Spitäler Schweiz (H+), der Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker Freiburg und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV). Unter Berücksichtigung der im Auftrag formulierten Kriterien hat der konsultierte Experte zusammenfassend erklärt, welche Reformschritte im Vordergrund stehen. Dabei wird von folgenden Grundsätzen ausgegangen:

- Es soll nicht mehr von Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gesprochen, sondern der Begriff „integriertes Versorgungsmodell“ verwendet werden. Diese sprachliche Umformulierung soll vermehrt die besondere Art der medizinischen Versorgung in den Vordergrund stellen.
- Wirksame Anreize seien zu setzen und den Akteuren viel Freiraum für die konkrete Ausgestaltung zu belassen. In diesem Sinne werden weder Verpflichtungen für die Versicherten (Beitritt) noch für die Versicherer bzw. Leistungserbringer (Angebot) vorgesehen.

Folgende Elemente werden für die Realisierung des Ziels der Förderung von Managed Care vorgesehen:

- *Vertrag zwischen Versicherern und einem Kreis von Leistungserbringern*

Die Koordination der gesamten Versorgung des Versicherten ist grundsätzlich durch den Zusammenschluss der Leistungserbringer zu gewährleisten. Um den Anbietern und Nachfragern von Versorgungsmodellen möglichst viel Freiraum zu lassen, sollen die wichtigsten Punkte der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern vertraglich geregelt werden. Diese Punkte umfassen insbesondere die wirtschaftliche Mitverantwortung der Leistungserbringer (in welchem Umfang übernimmt das Versorgungsnetz Budgetverantwortung) und Bestimmungen zur Vergütung und Qualität der erbrachten Leistungen.

Die am Versorgungsmodell beteiligten Versicherer und Leistungserbringer können vertraglich regeln, dass die Vergütung an die Leistungserbringer als Gruppe erfolgt (Aussenverhältnis). Die Leistungserbringer können anschliessend die Aufteilung dieser Vergütung untereinander regeln (Innenverhältnis). Für Leistungen die nicht innerhalb des Versorgungsmodells erbracht werden können, dürfen die beteiligten Leistungserbringer Verträge mit anderen Leistungserbringern abschliessen und die Vergütung mit ihnen direkt vertraglich regeln. Beim gesetzlichen Leistungsumfang sind keine Abstriche möglich. Hingegen sollen Leistungen, die den Umfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigen, in ein Versorgungsmodell aufgenommen werden können.

Wird im Tarifvertrag ein prospektives Budget vereinbart, so sollen sich Kantone an der Vereinbarung einer Capitation beteiligen können. Die Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung können durch eine Vereinbarung mit dem Kanton als prospektiver Beitrag in das Budget eingeschlossen werden.

- *Bestimmungen für die Versicherten*

Im Gegensatz zum geltenden Recht soll es den integrierten Versorgungsmodellen gestattet sein, Beitritt und Austritt frei mit den Versicherten zu vereinbaren. Die Expertengruppe lehnt eine vorgeschriebene Mindestdauer der Mitgliedschaft für Versicherte in integrierten Versorgungsmodellen ab, möchte diese Möglichkeit jedoch nicht ausschliessen. So soll eine allfällige Mindestdauer bzw. eine Belohnung für Kundentreue vertraglich zwischen Versicherer und Versicherten geregelt werden.

- *Finanzielle Anreize*

Die vom Experten vorgeschlagenen Reformschritte orientieren sich in vielen Belangen an den Anreizmöglichkeiten. Was die finanziellen Anreize für die Versicherten betrifft, werden unter anderem folgende Regelungen für die integrierten Versorgungsnetze vorgeschlagen:

- Die Versicherer können den Versicherten Prämienreduktionen und Rückvergütungen am Jahresende gewähren.
- Ein geringerer Selbstbehalt soll insbesondere die Attraktivität von integrierten Versorgungsmodellen für Leute mit hohen Behandlungskosten steigern.
- Die Versicherer sollen in der Einteilung der Prämienregionen für integrierte Versorgungsmodelle weitgehend frei sein (z.B. einheitliche Prämie über Regions- und Kantonsgrenzen hinweg).
- Der finanzielle Anreiz für Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligung wird erhalten, indem die Prämienverbilligung auch für Versicherte in einem integrier-

ten Versorgungsmodell nach wie vor an den Prämien des Grundmodells bemessen wird.

Verstösst eine versicherte Person gegen die im Versorgungsmodell geltenden Bestimmungen, favorisiert der Expertenbericht den Verlust von finanziellen Vergünstigungen als Sanktionsmassnahme. Da die Versicherten nach wie vor das Recht auf sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben, wäre eine Verweigerung der Leistungen unverhältnismässig.

- *Rahmenbedingungen*

Der Experte ortete verschiedene Rahmenbedingungen, welche einen fördernden bzw. hemmenden Einfluss auf die Entwicklung von besonderen Versorgungsmodellen haben, aber ausserhalb des Reformpaketes „Managed Care“ liegen:

- Die Lockerung oder Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde möglicherweise vermehrt Leistungserbringer motivieren, sich zu besonderen Versorgungsmodellen zusammenzuschliessen.
- Die heutige Spitalfinanzierung vermindere das Potenzial der integrierten Versorgung, da sich die Kosteneinsparungen im stationären Bereich nur in Bezug auf die Tarife der Krankenversicherung auswirken, nicht jedoch auf die gesamten stationären Kosten.
- Ein weiteres systemimmanentes Hindernis für die Innovation im Bereich Managed Care bestehe in der Tatsache, dass der Risikoausgleich nur die Faktoren Alter und Geschlecht, nicht jedoch die Krankheitslast des Versichertenkollektivs berücksichtigt. Managed Care-Modelle entfalten ihr kostensenkendes Potential insbesondere bei Versicherten mit hohen Krankheitskosten (komplexe und/oder chronisch Kranke, Mehrfachdiagnosen). Kein Versicherer wird aber ein für dieses Versichertenkollektiv besonders attraktives Versorgungsangebot entwickeln und anbieten wollen.

Des weiteren wurde festgestellt, dass insbesondere im Bereich der Grundlagenarbeiten, der Evaluation und der Forschung Bedarf nach einem versicherer- und modell-übergreifenden Rahmen besteht.

1.4 Politische Zielsetzungen

Die in den Jahren 1996 bis 2000 durchgeführte Wirkungsanalyse zum KVG zeigt, dass das geltende KVG auf der Leistungs- und Systemebene die gesetzgeberischen Ziele erreicht hat (kompletter Leistungskatalog, obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie), in der Wirkung der kostendämpfenden Instrumente aber noch offensichtliche Defizite aufweist. Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur 2. KVG-Revision deshalb das Schwergewicht auf die Optimierung des Systems gelegt: Die im KVG verankerten Grundsätze sollten konsequenter umgesetzt, nicht aber durch einen Systemwechsel in Frage gestellt werden. Diese Strategie ist weitgehend unbestritten.

Wie erwähnt kommt den Managed Care-Modellen in der Schweiz nur eine beschränkte gesundheitspolitische Bedeutung zu. Mit dem zunehmendem Kostendruck und weiteren Prämiensteigerungen kann aber davon ausgegangen werden, dass sie in Zukunft vermehrt im Zentrum des Interesses stehen werden. Die Förderung von be-

sonderen Versicherungsformen ist daher unerlässlich, um die Ziele einer verstärkten Kostendämpfung und einer Effizienzsteigerung unter gleichzeitiger Beibehaltung der Qualität der Versorgung zu erreichen. Für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung sind besondere Versicherungsformen gerade deshalb geeignet, bei denen erstens die Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses begleitet und betreut und zweitens die Versicherer und Leistungserbringer in die finanzielle Verantwortung der gesamten Behandlung miteinbezogen werden. In diesem Sinne knüpft der Bundesrat an die im Rahmen der 2. KVG-Revision diskutierten Vorschläge an und ergänzt sie mit Elementen aus den Vorarbeiten für eine 3. KVG-Revision.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Stossrichtung

Die Managed Care-Modelle sollen weiterhin eine Alternative zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstellen. Ein Beitritt zu einem Managed Care-Modell soll den Versicherten weiterhin nicht vorgeschrieben werden; zum guten Funktionieren der Modelle ist es unerlässlich, dass diese von den Versicherten freiwillig gewählt werden. Die versicherte Person soll die Steuerung der Behandlung als willkommene Dienstleistung wahrnehmen und nicht als Einschränkung von heute bestehenden Wahlfreiheiten. Auf eine Verpflichtung der Leistungserbringer zur Zusammenarbeit in Versorgungsnetzen wird ebenfalls verzichtet. Denn die Qualität von Managed Care-Modellen hängt weitgehend vom Erfahrungsaustausch der beteiligten Leistungserbringer in sogenannten Qualitätszirkeln ab. Mit einer Verpflichtung sämtlicher Leistungserbringer zur Zusammenarbeit würde dieser aber die notwendige Vertrauensgrundlage entzogen werden.

In der 2. KVG-Revision hatte der Bundesrat noch beantragt, dass alle Versicherer flächendeckend mindestens eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten haben. Die Diskussion hat indessen gezeigt, dass die einseitige Verpflichtung der Versicherer bei unveränderten Rahmenbedingungen kaum zum angestrebten Ergebnis führen dürfte: Zum einen sind die Versicherer bei Verhandlungen mit den Leistungserbringern erheblich benachteiligt, weil sie im Gegensatz zur ihren Verhandlungspartnern gezwungen sind, einen Vertrag abzuschliessen. Zum anderen bietet sie keine Garantie, dass tatsächlich auch flächendeckende Managed Care-Modelle angeboten würden, die diesen Begriff qualitativ verdienen würden. Aus diesen Gründen ist der Bundesrat in diesem Punkt von seiner Strategie abgekommen und will nun die Versicherer nicht mehr verpflichten, Managed Care-Modelle anzubieten. Jede Verpflichtung zur Zusammenarbeit in Managed Care-Modellen widerspricht schlussendlich ihrem Grundgedanken und könnte sie sogar noch in Verruf bringen. Die Verpflichtungen führen dazu, dass die Anreizwirkungen und damit die notwendigen Verhaltensänderungen auf Grund dieser Art des Obligatoriums nicht eintreten können.

Aus diesen Gründen schlägt der Bundesrat vor, von gesetzlichen Verpflichtungen für sämtliche Beteiligte an Managed Care-Modellen abzusehen. Er erachtet das Prinzip der Freiwilligkeit und der Vertragsfreiheit verbunden mit stärkeren Anreizen als das geeignetere Mittel, um diese Modelle zu fördern. Die unter den beteiligten Parteien getroffenen Vereinbarungen sollen nicht gestützt auf gesetzliche Verpflichtungen getroffen werden, sondern gestützt auf den freien Wettbewerb.

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. Die hohe Behandlungsqualität soll durch verstärktes Zusammenarbeiten der Leistungserbringer und spezielle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung erreicht werden. Es dürfen nicht nur finanzielle Anreize berücksichtigt werden, sondern es muss auch das Vertrauen in diese Versicherungsmodelle und insbesondere in ihre Qualität gefördert werden. Die Versicherten müssen darüber informiert werden, dass gerade bei solchen Modellen Grundsätze wie eine umfassende medizinische Versorgung, die Übernahme der Folgebehandlungen und die Qualität der Leistungen gewährleistet werden. Dank der erhofften hohen Behandlungsqualität werden solche Modelle nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Leistungserbringer attraktiv. Ein weiterer Anreiz für Versicherte bildet die Möglichkeit, auf der Basis der effektiv erzielten Einsparungen nicht nur Prämienermässigungen, sondern auch Rückvergütungen zu erhalten.

2.2 Weitere Revisionspunkte

Wichtige Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten (Orphan Drugs)

Wichtige Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten werden in vielen Fällen in der Schweiz nicht registriert, weil eine Registrierung für die Pharma-Firmen wegen des zu kleinen schweizerischen Absatzmarktes finanziell nicht interessant ist. Die Registrierung eines Arzneimittels bildet indessen die Voraussetzung dafür, dass es in der Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimitteln mit Preisen (Spezialitätenliste; Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) aufgeführt werden kann. Diese Liste gibt an, welche Arzneimittel von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Dadurch ergibt sich die paradoxe Situation, dass Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten, also eine Personengruppe, die besonders benachteiligt und deshalb entsprechend zu schützen ist, ihre Medikamente nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet erhalten. Nachdem erkannt wurde, dass die primäre Hemmschwelle für die Vergütung der sog. Orphan Drugs die Zulassung für den Schweizer Markt ist, wurde in Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe f des Bundesgesetzes vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG; SR 812.21, in Kraft seit 1.1.2002) ein vereinfachtes Zulassungsverfahren für wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten, die sog. Orphan Drugs, vorgesehen (Botschaft des Bundesrates vom 1. März 1999, BBl 1999 3453). Diese erleichterten Zulassungsbedingungen für Orphan Drugs sollen nun möglichst rasch auch Auswirkungen in der sozialen Krankenversicherung haben. Deshalb schlägt der Bundesrat eine Ergänzung von Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG in dem Sinne vor, dass die Spezialitätenliste auch wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten enthält.

Massnahmen im Bereich der Medikamente

Im Bereich der Medikamente wurden in den letzten Jahren vor allem zwei Massnahmen zur Kosteneindämmung propagiert: die Verpflichtung, Wirkstoffe anstatt eines Medikamentes zu verschreiben, sowie der Abgabe des preisgünstigsten Medikamentes. Der Bundesrat hat sich indessen wiederholte Male für die Förderung der Generika, aber ebenso konsequent gegen die Zwangssubstitution ausgesprochen.

Gegen die Pflicht zur Wirkstoff-Verschreibung spricht, dass diese Folgen für die ärztliche Therapiefreiheit hat, die Medikamentensicherheit gefährdet sowie die Therapietreue (Compliance) der Patienten resp. Patientinnen beeinträchtigt. Gestützt auf die ärztliche Therapiefreiheit entscheidet der Arzt oder die Ärztin aufgrund der Krankengeschichte des Patienten resp. der Patientin und der Diagnose, welche Behandlung und damit welches Medikament am besten geeignet ist. Dabei hat der Arzt oder die Ärztin mit dem Substitutionsrecht von Artikel 52a KVG bereits heute die Möglichkeit, die Wahl des Medikamentes dem Apotheker oder der Apothekerin zu überlassen, falls dem aus medizinischer Sicht nichts entgegensteht. Die Therapieverantwortung liegt damit immer noch beim Arzt, bei der Ärztin. Anders bei der obligatorischen Wirkstoff-Verschreibung, wo grundsätzlich der Apotheker oder die Apothekerin entscheidet und sich ausschliesslich auf die Wirkstoffbezeichnung gemäss der ärztlichen Anordnung bezieht, ohne die Krankengeschichte im Detail und weitere, für die Therapie wichtigen Umstände zu kennen. Wird dem Patienten resp. der Patientin ein ungeeignetes oder nicht vertrautes Medikament abgegeben, so kann der Behandlungserfolg erheblich gefährdet sein oder gar ausbleiben. Wird aufgrund der obligatorischen Substitution die Medikation geändert, leidet die Therapietreue (Compliance), besonders bei älteren, mehrfach oder chronisch kranken Menschen, die auf Langzeittherapien angewiesen sind. Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff sind zudem oft nicht identisch zusammengesetzt, was ihre Wirkung beeinflussen bzw. Komplikationen hervorrufen kann. Auch die Galenik (Arzneimittelform) kann unterschiedlich sein. Bei einigen Krankheiten ist jedoch die genaue Einstellung der Dosierung der Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie.

Die obligatorische Wirkstoff-Verschreibung bringt zudem kaum Einsparungen. Von total 7'400 im Markt zugelassenen Medikamenten sind 2'500 kassenpflichtig. Rund 60% davon sind patentgeschützt, 3% sind bereits Generika, und rund 37% oder ca. 900 Medikamente sind patentabgelaufen. Nur 10% oder rund 250 patentabgelaufene Medikamente werden aber durch Generika tatsächlich konkurrenziert. Selbst bei (theoretisch) vollständigem Ersatz aller patentabgelaufenen Medikamente durch Generika bleibt das Einsparpotenzial klein. Dies auch aufgrund der Erkenntnis, dass laufend eine Substitution der alten, günstigen und noch State-of-the-art-Medikamente durch neue, bessere, meist aber deutlich teurere Medikamente erfolgt. Diese Art der Substitution wird auch mit der obligatorischen Wirkstoff-Verschreibung nicht verhindert.

Aus ökonomischen Gründen wäre eine Verpflichtung, das preisgünstigste Medikament zu verschreiben, problematisch. Im Bereich der jeweils preisgünstigsten Arzneimittel entsteht auf Seiten der Produzenten in jedem Segment eine kurzfristige Monopolsituation, denn nur der Produzent mit dem preisgünstigsten Arzneimittel kann sein Produkt zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abgeben und kann sich so ein Monopol schaffen. Aus diesem kann er Profit schöpfen und seine Preise so lange erhöhen, bis es einem anderen Produzenten gelingt, die Marktbarrieren zu überwinden und ein gleichartiges Produkt günstiger anzubieten. Das Interesse der Produzenten, ein möglichst kostengünstiges Produkt abgeben zu können, bewirkt aber einen letzten Endes ruinösen Wettbewerb unter den Produzenten. Es ist fraglich, ob in einem Modell, welches auf möglich günstige Produktionskosten und kurzfristige Monopolgewinnabschöpfung ausgerichtet ist, längerfristig geplant wird. Eher wahrscheinlich ist der Abbau der Innovation und die Beschränkung der Qualität auf das notwendige Minimum.

Der Bundesrat beschränkt sich daher darauf, in dieser Vorlage die im Rahmen der 2. KVG-Revision vorgeschlagenen Massnahmen im Bereich der Medikamente wieder aufzunehmen und ferner eine Ergänzung der Regelung bezüglich der Weitergabe von Vergünstigungen, die ebenfalls oft im Zusammenhang mit den Medikamenten stehen, vorzuschlagen. Die in der öffentlichen Diskussion immer wieder aufgeworfene Frage der Parallelimporte ist demgegenüber eine Frage des Patentrechts und des Inverkehrbringens eines Arzneimittels in der Schweiz und nicht des KVG. Artikel 14 Absatz 2 HMG sieht zudem unter bestimmten Voraussetzungen ein vereinfachtes Verfahren für das Inverkehrbringen eines in der Schweiz bereits zugelassenen und im Ausland ebenfalls erhältlichen Arzneimittels vor.

Im Zusammenhang mit der Vorlage zur Kostenbeteiligung, die im ersten Gesetzgebungspaket der Revisionen des KVG enthalten ist, ist ferner darauf hinzuweisen, dass bei der Differenzierung der Kostenbeteiligung auf Verordnungsstufe nicht nur bei Generika eine Reduktion des Selbstbehaltes vorstellbar ist, sondern bei allen patentabgelaufenen Arzneimitteln. Damit könnte dem Trend zur Verschreibung der neuesten und meist auch teuren Produkte entgegen getreten werden, soweit der mit neuen Produkten verbundene zusätzliche Nutzen für die Behandlung nicht ausschlaggebend ist. Wie bei den Generika ist die Voraussetzung indessen eine Information der Patienten und Patientinnen über diese Wahlmöglichkeit.

3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

Artikel 41a Absätze 1 und 2 (neu)

Die Absätze 1 und 2 dieser Bestimmung entsprechen dem aktuellen Artikel 41 Absatz 4 KVG.

Artikel 41a Absätze 3, 4 und 5 (neu)

Der Inhalt der Absätze 2, 2bis und 3 des aktuellen Artikel 62 KVG wurden in den Absätzen 3, 4 und 5 dieser Bestimmung zusammengefasst.

Artikel 41b (neu) Dauer des Versicherungsverhältnisses

Die versicherte Person, die ihre freie Wahl der Leistungserbringer einschränkt, übernimmt grössere Eigenverantwortung. Aus diesem Grunde kann der Versicherer der versicherten Person reduzierte Prämien anbieten oder nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe c KVG von der Erhebung der obligatorischen Kostenbeteiligung absehen. Um zu verhindern, dass diese versicherte Person im Krankheitsfall diese grössere Eigenverantwortung wieder abgibt, indem sie wieder in die ordentliche Versicherung wechselt, muss der Versicherer auch die Möglichkeit haben, die Versicherten mit deren Einverständnis längerfristig an die Wahl einer besonderen Versicherungsform zu binden. Dasselbe gilt insbesondere auch für die Versicherungsform mit den wählbaren Franchisen gemäss Artikel 41a Absatz 3 Buchstabe a. Der Versicherer kann eine Dauer des Versicherungsverhältnisses bis maximal drei Jahre vorsehen. Ein Wechsel des Versicherers vor Ablauf der vereinbarten Dauer des Versicherungsverhältnisses ist nur möglich, wenn sich die Versicherungsbedingungen wesentlich ändern. Erhöht der Versicherer z.B. die Kostenbeteiligung, so fällt

dies unter eine wesentliche Änderung der Versicherungsbedingungen. Keine wesentlichen Änderungen stellen jedoch die Erhöhung der Prämie und die Verminderung des Prämienrabatts oder der Rückvergütung dar. Wenn der Versicherer, mit der Genehmigung des Bundesamtes für Gesundheit, die Prämien erhöht, respektive die Rabatte senkt, so kann die versicherte Person den Versicherer trotz der finanziellen Mehrbelastung nicht wechseln. Die maximale Dauer des Versicherungsverhältnisses ist auf 3 Jahre beschränkt, deshalb liegt keine übermässige vertragliche Bindung der versicherten Person vor. Der Versicherer legt die Modalitäten des Austrittes fest und kann dabei eine zusätzliche Austrittsmöglichkeit der versicherten Person vor Ablauf der Dauer des Versicherungsverhältnisses vorsehen. Nach Ablauf der Maximaldauer von drei Jahren gelten wiederum die allgemeinen Bestimmungen von Artikel 7 KVG betreffend Versichererwechsel.

Artikel 41c Absatz 1 (neu)

Auch wenn sowohl Wahl der Versicherten wie Teilnahme von Versicherern und Leistungserbringern freiwillig ist, soll die Regelung der integrierten Versorgungsnetze ins Gesetz aufgenommen werden. Diese sind demnach als besondere Versicherungsform zu betrachten, welche auf einem Vertrag zwischen einem oder mehreren Versicherern einerseits und einer Gruppe von Leistungserbringern andererseits beruht.

Dabei ist der Wille aller Partner zur freiwilligen Beteiligung am Versorgungsnetz unerlässlich. Diese Freiwilligkeit soll bekräftigt werden durch konkrete vertragliche Verpflichtungen. Gemeinsame Regeln, welche die Art der Zusammenarbeit festhalten, sollen die Grundlage der Verpflichtungen bilden. Diese Regeln sollten insbesondere beinhalten: den Einbezug jedes Partners im Netz bezogen auf seine Kompetenzen, die Annahme und Definition der gemeinsamen Regeln für die Kostenübernahme gegenüber den Versicherten, die Definition von Verfahrensregeln oder Behandlungsprotokollen, die Zusammenführung der Patienteninformationen, die Einsetzung eines Koordinationsorganes sowie eines mit der Funktionsweise des Netzes im Alltag eng verbundenen administrativen Bereiches, interne Qualitätsmassnahmen und eventuell die Zustimmung zu periodischen externen Evaluationen, systematische Fortbildung, um eine optimale Qualität des ganzen Netzes im Hinblick auf die Erfüllung der Ziele und Verbesserung der Verfahren zu erreichen. Dabei handelt es sich um die Festlegung eines Minimums an Werten, auf welche jeder seinen Beitrag an das Versorgungsnetz gründet. Nur durch die gegenseitige Annäherung dieser Bedingungen kann sich eine kohärente und lebensfähige Zusammenarbeit heranzubilden.

Artikel 41c Absatz 2 (neu)

Heute werden die meisten Leistungserbringer im ambulanten Bereich mittels Einzelleistungsvergütung entschädigt. Ihr Einkommen hängt somit vom Volumen der erbrachten Leistungen ab. Damit besteht der Anreiz, mehr Leistungen als notwendig zu erbringen. Der Vorschlag sieht daher vor, dass die in einem Versorgungsnetz tätigen Leistungserbringer für die medizinische Versorgung der von ihnen betreuten Versicherten die vertraglich vereinbarte finanzielle Verantwortung übernehmen (Budgetverantwortung). In integrierten Versorgungsnetzen werden die Leistungen grundsätzlich mittels „Capitation“ entschädigt, ohne aber andere Vergütungsformen

wie einen Zeittarif oder sogar den Einzelleistungstarif für besondere Leistungen auszuschliessen. Letzteres ist vor allem für Leistungen sinnvoll, bei denen vernünftigerweise nicht sämtliche Kosten dem Netz auferlegt werden (z.B. im Bereich der Transplantation). Müssten die integrierten Versorgungsnetze demgegenüber das gesamte wirtschaftliche Risiko tragen, so würde es sich um Versicherer handeln. Das Risiko ist der eigentliche Kern der Versicherung, ihre ökonomische Begründung und ihre juristische Charakteristik. Zudem bestünde die Gefahr, dass die finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer an einer durch sie selbst zu erzielenden Kostenreduktion, zur Minimierung der medizinischen Leistung führen könnte.

Die Capitation, vom Lateinischen per capita („pro Kopf“) entspricht einer im Voraus fixierten Pauschale, welche vom Krankenversicherer dem Leistungserbringer oder einer Gruppe von in einem Versorgungsnetz verbundenen Leistungserbringern periodisch (üblich ist jährlich) pro angeschlossene versicherte Person und für die Gesamtheit der Leistungen ausgerichtet wird. Dieser Betrag wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person Leistungen in Anspruch nimmt oder nicht. Die Anwendung dieser Vergütungsform hat die Eindämmung des Anstiegs der Gesundheitskosten zum Ziel. Sie erlaubt den Versicherern, die Intensität der Behandlung ihrer Versicherten und vor allem die daraus hervorgehenden Kosten besser zu kontrollieren. Im Ausmass, in dem der Leistungserbringer einen Teil des finanziellen Risikos trägt, besteht für ihn andererseits der Anreiz, möglichst effektiv zu arbeiten und insbesondere unnötige und/oder kostspielige Massnahmen zu vermeiden. Die Entschädigung durch Capitation bringt auch eine grundsätzliche Veränderung des Verhältnisses zwischen Leistungserbringer und Patienten bzw. Patientinnen mit sich. Heute konsultiert der Patient, die Patientin den Arzt, die Ärztin im Allgemeinen, wenn er, sie schon krank ist. In dieser Situation ist die Ärzteschaft in eine reaktive Rolle gedrängt. Mit dem vorgesehenen Entschädigungssystem erhält der in einem Versorgungsnetz aktive Leistungserbringer eine proaktive Rolle; er hat ein materielles Interesse, seinen Patienten, seine Patientin in einem guten Gesundheitszustand zu erhalten und somit die Prävention gegenüber der Heilung zu bevorzugen.

Die Budgetverantwortung muss sich auf sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen. Die Modelle integrierter Versorgung sehen ein einheitliches und umfassendes Versorgungssystem für die gesamte Behandlungskette vor. Das Ziel ist, alle Akteure dieser Kette für die medizinische Versorgung finanziell verantwortlich zu machen.

Artikel 41c Absatz 3 (neu)

Die integrierten Versorgungsnetze müssen in diesem Sinne auch alle Leistungen anbieten, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können, sei es im ambulanten oder im stationären Bereich, das heisst die in den Artikeln 25 bis 31 KVG genannten Leistungen. Abstriche vom gesetzlichen Leistungsumfang sind nicht zulässig, hingegen sollen zusätzliche Leistungen erlaubt sein. Hierbei handelt es sich unter anderem um Leistungen die zur Steuerung der Behandlung dienen (z.B. Leistungen im Zusammenhang mit dem Fallmanagement, wenn diese keine Leistungen der obligatorischen Krankenpflege sind oder wenn sie nicht von Leistungserbringern im Sinne des KVG erbracht werden), aber auch um Leistungen, welche die Steuerung der Behandlung unterstützen, wie z.B. Gesundheitsberatung. Diese zusätzlichen Leistungen sind vom Versicherer und von den Leistungserbringern in ihrem Vertrag im Voraus festzuhalten und können für die

Versicherten zusätzliche Anreize zum Beitritt in ein integriertes Versorgungsnetz bieten. Sie müssen jedoch Bestandteil einer zweckmässigen und umfassenden Behandlung bilden. Dadurch wird verhindert, dass die Netze durch eine Selektion der angebotenen Leistungen Risikoselektion betreiben.

Es ist denkbar, dass im Versorgungsnetz alle Leistungen gemäss KVG erbracht werden, aber auch, dass gewisse Leistungen ausgelagert und somit vom Versorgungsnetz „eingekauft“ werden. In diesem Zusammenhang gilt es insbesondere an die Spitalleistungen zu denken. Die beteiligten Leistungserbringer können ohne Mitwirkung des Versicherers eine externe Leistung „einkaufen“ und auch deren Vergütung mit dem externen Leistungserbringer vereinbaren. Eine Exklusivitätsklausel ist dabei nicht ausgeschlossen, denn beim integrierten Versorgungsnetz entsteht bei Leistungen, die nicht selber erbracht werden können, das Bedürfnis sie vorzugsweise bestimmten Leistungserbringern zu übertragen. Diese Verträge können ebenfalls Bestimmungen über die Zusammenarbeit, die Qualitätssicherung und den Austausch von Behandlungsdaten enthalten.

Artikel 41c Absatz 4 (neu)

Der Bundesrat regelt die genauen Modalitäten des integrierten Versorgungsnetzes. Er regelt die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise, die Berechnung der Prämien und insbesondere die maximal zulässige Prämienreduktion.

Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 4 (neu)

Unter Ziffer 2.2 wurde bereits die Notwendigkeit einer Ergänzung von Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG erläutert, wonach die Spezialitätenliste ebenfalls wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten zu enthalten hat. Die Umsetzung der entsprechenden Bestimmung soll durch die Schaffung eines eigenen Kapitels in der Spezialitätenliste sowie durch den Verzicht auf Gebühren erfolgen.

Wie unter Ziffer 2.2 erwähnt, sollen zudem die in der 2. KVG-Revision eingeflossenen Bestimmungen zu den Medikamenten wieder aufgenommen werden. Dabei ist einerseits im Gesetz explizit zu verankern, dass ein Arzneimittel nur dann als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufzunehmen ist, wenn dessen Wirksamkeit bezüglich der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung nachgewiesen ist. Damit wird der Grundsatz von Artikel 32 KVG für die Arzneimittel konkretisiert.

Artikel 52a Absätze 2 und 3 (neu)

Explizit aufzuführen ist zudem die Verpflichtung der Leistungserbringer sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Arzneimittels mittels Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. Hervorzuheben ist, dass in jedem Fall ein für die Patienten und Patientinnen geeignetes Produkt abzugeben ist. Dies, weil wie schon ausgeführt, Produkte unterschiedliche Wirkungen hervorrufen können und der Behandlungserfolg somit massgeblich von der Eignung abhängt. Daher soll auch nicht das preisgünstigste Arzneimittel, sondern ein im Verhältnis zu anderen Produkten mit derselben Wirkung preisgünstigeres, geeignetes Arzneimittel verordnet bzw. abgegeben werden.

Auch in diesem Punkt werden die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 und 56 KVG konkretisiert.

Artikel 56 Absatz 3bis (neu)

Insbesondere beim Einkauf von Arzneimitteln werden den Leistungserbringern Vergünstigungen gewährt, die nicht ohne weiteres individualisiert und an den Schuldner der Vergütung (Versicherer oder versicherte Person) weiter gegeben werden können. Es handelt sich dabei beispielsweise um kostenlose Arzneimittel (Warenboni), finanzielle Beteiligungen des Leistungserbringers am erzielten Jahresumsatz in Abhängigkeit des Bestellvolumens (Jahresboni) oder die Finanzierung anderer Zuwendungen an den Leistungserbringer (z.B. Besuch von Weiterbildungsveranstaltungen und Kongressen). Soweit diese Vergünstigungen indessen im stationären Bereich der Spitäler anfallen, reduzieren sich die Betriebskosten entsprechend und sollten bereits in die Tarifierung einfließen. Eine Weitergabe der Vergünstigung ist indessen in anderen Fällen nicht oder nur mit erheblichem Aufwand (bspw. nachträgliche Individualisierung von Jahresboni) möglich. Daher ist vorzusehen, dass die gewährten Vergünstigungen zumindest der gesamten Versichertengemeinschaft zugute kommen, indem sie der Gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 KVG überwiesen werden und so zur Deckung von bei der Durchführung der Krankenversicherung anfallenden Kosten dienen. Die Verwaltung dieser Gelder wird der Gemeinsamen Einrichtung übertragen. Der Bundesrat bestimmt über die Verwendung dieser Gelder.

Artikel 57 Absatz 9 (neu)

Die Vertrauensärzte und -ärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers. Bei besonders teuren Medikamenten oder Leistungen ist der Versicherer nur bei vorgängiger Kostengutsprache und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes zur Kostenübernahme verpflichtet. Die Leistungserbringer in den integrierten Versorgungsnetzen sind bereits mit der Koordination des Behandlungsprozesses beauftragt. Sie erfüllen somit die Aufgaben, die im Grundmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen übertragen wurden. Aus diesem Grunde können die Versicherer die Aufgaben der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen an die Leistungserbringer des integrierten Versorgungsnetzes übertragen.

Artikel 62 Absatz 1

Bei der besonderen Versicherungsform der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers und insbesondere bei integrierten Versorgungsnetzen müssen die Versicherer die Möglichkeit haben, eine Prämienermässigung nicht bereits im Voraus, sondern erst im Nachhinein und abhängig von den erzielten Ersparnissen zu gewähren. Die erreichte Kostenreduktion gilt dann als Basis für die Erfolgsbeteiligung aller am System beteiligter Parteien. Die versicherte Person profitiert somit nicht von einem vorgängigen Prämienrabatt, sondern wird am Kostenspareffekt des Systems mit einer entsprechenden Rückvergütung beteiligt, was für sie einen zusätzlichen Anreiz, sich kostenbewusst zu verhalten, bietet. Das Ausmass dieser Rückvergütungen kann sich nach den erzielten Einsparungen, der Dauer des Versicherungsverhältnisses und der Höhe der Kostenbeteiligung richten.

Diese Versicherungsformen sind keine Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämienrabatte hat der Versicherer dafür zu sorgen, dass die Versicherten dieser Versicherungsform im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und den Risikoausgleich beitragen. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Der Bundesrat legt nach Absatz 3 die versicherungsmässigen Erfordernisse fest.

Artikel 62 Absatz 3

Der Inhalt des ersten Satzes des aktuellen Artikel 62 Absatz 3 KVG wurde in Artikel 41a Absatz 5 übernommen.

4 Zusammenwirken des Vorschlages mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen

Die anderen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherungsgesetz diskutierten Gesetzesänderungen enthalten Bereiche, die diese Vorlage beeinflussen werden. So dürfte eine Einführung der Vertragsfreiheit die Attraktivität der Modelle für Leistungserbringer steigern, weil die Leistungserbringer dann keinen automatischen Anspruch auf Zugang zum System der sozialen Krankenversicherung mehr haben. Zudem ist zu vermuten, dass die Versicherer wohl eher mit einer Gruppe von Leistungserbringern über mögliche Vertragsabschlüsse verhandeln, als mit einzelnen Leistungserbringern.

Die Erhöhung der Kostenbeteiligung in der ordentlichen Form der obligatorischen Krankenversicherung und die bereits heute bestehende Möglichkeit, diese in besonderen Versicherungsformen zu senken, verstärken die Anreize der versicherten Personen, solchen Modellen beizutreten, insbesondere für chronisch Kranke. Chronisch Kranke können so in den Genuss eines tieferen Selbstbehaltes kommen und zudem von der koordinierten und damit qualitativ besseren Behandlung profitieren. Der Beitritt von Versicherten, welche hohe Kosten verursachen, zu solchen Modellen ist daher zu begrüßen, da sich gerade bei ihnen durch die Koordination der Behandlungskette die Kostenersparnisse am stärksten auswirken. Mit der Weiterführung des Risikoausgleichs wird sichergestellt, dass die Rahmenbedingungen für das Angebot von besonderen Versicherungsformen nicht verschlechtert werden: Der Zweck des Risikoausgleichs besteht zum einen darin, Risikoselektionsstrategien der Versicherer

wirkungslos zu machen. Zum anderen soll der Risikoausgleich die Unterschiede in den bestehenden Risikokollektiven der Versicherer angemessen kompensieren. Damit die Versicherer auch Modelle für chronisch Kranke und nicht lediglich Prämiensparmodelle für gute Risiken anbieten, ist die Weiterführung des Risikoausgleichs unabdingbar.

5 Auswirkungen

5.1 Finanzielle Auswirkungen

5.1.1 Finanzielle Auswirkungen auf den Bund

Da dem Bund keine neuartigen Aufgaben übertragen werden, dürfte der personelle Mehraufwand im Rahmen der bereits mit der Botschaft vom 21. September 1998 beantragten Kapazitäten (BBl 1999 793) aufgefangen werden.

Lediglich theoretisch besteht die Möglichkeit von indirekten Auswirkungen auf die Bundesfinanzen. Solche wären dann möglich, wenn die Prämien in Folge der Gesetzesrevision massiv sinken würden und die Kantone, zur weniger starken Enlastung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die vom Bund bereitgestellten Prämienverbilligungsgelder in geringerem Mass abrufen würden.

5.1.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Für die Kantone wirkt sich die Vorlage in dem Fall aus, wenn die Verbreitung der Managed Care-Modelle das Kostenwachstum bremst und in der Folge der Bedarf an Geldern für die Prämienverbilligung weniger stark ansteigt, als dies ohne Verbreitung der Managed Care-Modelle der Fall wäre.

5.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Den Versicherern werden mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision keine grundsätzlich neuen Aufgaben übertragen. Die Auswirkungen dürften sich in einem Rahmen bewegen, wie sie üblicherweise bei Anpassungen im Leistungserbringer- bzw. im Tarifbereich ausgelöst werden.

Bereits in seiner Botschaft zur ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes hat der Bundesrat festgehalten, dass er die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, aber auch die Bonusversicherung und die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise als wirksame Instrumente betrachtet, die zu einer Verringerung der Krankenversicherungskosten beitragen (BBl 1999 797). Der Bundesrat sieht in der Förderung von besonderen Versicherungsformen wie Hausarztmodellen, HMOs oder integrierten Versorgungsmodellen ein Instrument der Kosteneindämmung. Erste Erfahrungen mit den Hausarztmodellen weisen auf ein Kosteneinsparungspotenzial von ca. 10–20 Prozent hin (G. Mathis, F. Herren: Hausarzt-

Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen, Managed Care 1/1998, Neuhausen, S. 8ff.).

HMO's mit Capitation beruhen bereits heute auf dem Grundsatz der Budgetverantwortung. Durch einen Vergleich ihrer Kosten mit denen konventioneller Versicherungsformen lassen sich die finanziellen Auswirkungen der Verbreitung solcher Modelle abschätzen. Hauptschwierigkeit eines auf schweizerischen Daten beruhenden Kostenvergleichs ist der kleine Anteil der HMO-Versicherten mit Capitation. Der Anteil der Versicherten mit Capitation beträgt gesamtschweizerisch knapp 2 Prozent; er umfasst überdurchschnittlich viele junge und wahrscheinlich gesunde Erwachsene.

Indizien und die bisherigen Erfahrungen lassen darauf schliessen, dass die erzielten Kosteneinsparungen bei HMO-Modellen wesentlich grösser sind als bei Hausarztmodellen. Zum selben Schluss kommt auch Hansjörg Lehmann in seiner Dissertation, gemäss der die Kosteneinsparungen nach Abzug der Risikoselektionseffekte bei HMO-Modellen 40 Prozent und bei Hausarztmodellen 10 Prozent betragen (H. Lehmann: Managed Care, Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?, Zürich/Chur 2003, S. 145). Der Vergleich der durchschnittlichen pro Kopf-Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Jahres 2002 in Abhängigkeit des Alters der Versicherten für verschiedene Versicherungsformen und die Gegenüberstellung der Kosten der HMO mit Capitation verglichen mit den Kosten von Hausarztmodellen ohne Capitation und den Kosten normal Versicherter, zeigen, dass HMOs mit Capitation deutlich kostengünstiger als Hausarztmodelle arbeiten (vgl. Anhang). Die Unterschiede wachsen mit zunehmendem Alter der Patienten und zunehmenden Gesundheitskosten. Die Kosten der HMOs sind gesamtschweizerisch für junge Versicherte etwa gleich gross wie die Kosten von Versicherten mit hohen Franchisen. Mit zunehmendem Alter der Versicherten steigen die Kosten der HMOs wesentlich schwächer an. Es ist daher anzunehmen, dass sich mit Managed Care besonders bei teuren Fällen Kosten einsparen lassen.

Es ist jedoch ungewiss, ob im Fall einer flächendeckenden Einführung solcher Modelle die oben genannten Kostenanteile eingespart werden können. Erstens handelt es sich bei der Schätzung des Kosteneinsparpotenzials um das Ergebnis einer kurzen Versuchsperiode; die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist nicht repräsentativ. Zweitens sind die besonderen Umstände zu berücksichtigen, welche dieses Ergebnis möglich machen: Einerseits handelt es sich bei den an Modellen beteiligten Ärzten und Ärztinnen um eine Selektion motivierter Grundversorger, welche auch an der ökonomischen Verantwortung beteiligt sind, und andererseits ist auf Seiten der Versicherten davon auszugehen, dass es sich eher um eine negative Risikoselektion handelt. Die Übertragung solcher Modelle auf das gesamte Versicherungssystem würde daher Verhaltensänderungen sowohl seitens der Ärzteschaft als auch seitens der Patientenschaft erforderlich machen, damit das Kosteneindämpfungspotenzial realisiert werden kann. Jedoch kann nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass die guten finanziellen Ergebnisse der Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers in Bezug auf die Kosteneffizienz und Behandlungsqualität in einem System mit weit verbreiteten Managed Care-Modellen in vollem Umfang aufrecht erhalten werden könnten: Es ist davon auszugehen, dass sich für die Ärzte und Ärztinnen ein qualitativ anderes Spektrum von Patienten und Patientinnen ergibt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die bis anhin ausgewiesenen Kostenvorteile der Managed Care-Formen gegenüber der ordentlichen

Krankenpflegeversicherung erheblich sind. Obwohl ein gewisser Anteil der Ersparnisse auf Risikoselektion zurückzuführen ist, bleiben insbesondere bei den HMO-Modellen beträchtliche Kostenvorteile bestehen, welche auf die Innovationskraft dieser Modelle und die geänderten ökonomischen Anreize zurückzuführen sind.

5.3 Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Die heute vorliegenden Daten belegen das Kosteneinsparpotenzial der Managed Care-Modelle. Managed Care-Modelle beinhalten den Anreiz, dass sowohl die Leistungserbringer als auch die Versicherten veranlasst werden, medizinische Leistungen bewusst zu erbringen bzw. zu konsumieren, das heisst die Behandlungen zu koordinieren und von der Erbringung beziehungsweise Inanspruchnahme überflüssiger Leistungen abzusehen. Greift dieses Instrument, führt die Verbreitung von Managed Care-Modellen zu einem gesamtgesellschaftlichen Effizienzgewinn: Wegen des Verzichts auf überflüssige Leistungen und der vermehrten Nutzung von Synergien können, bei gleichem Ergebnis für den Gesundheitszustand, finanzielle Ressourcen für einen anderen Zweck verwendet werden.

Die Verbreitung von Managed Care-Modellen lässt eine Veränderung des Arbeitsmarkts erwarten, sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Einerseits werden an die ärztliche Tätigkeit neue Anforderungen gestellt werden in Bezug auf die Team- beziehungsweise die Zusammenarbeitsfähigkeit. Andererseits sollte die angestrebte Effizienzsteigerung dazu führen, dass weniger Ärztinnen und Ärzte erforderlich sind zur Erreichung eines bestimmten Ergebnisses. Mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs würden diese Entwicklungen gefördert.

In welchem Mass die mit den Managed Care-Modellen gesetzten Anreize zum Tragen kommen, hängt von der Ausbreitung der Modelle sowie deren Ausgestaltung aus. Ein wesentlicher Punkt ist dabei die Regelung der Budgetverantwortung.

6 Legislaturplanung

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003-2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 1176).

7 Rechtliche Grundlagen

7.1 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 Bundesverfassung.

7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen:

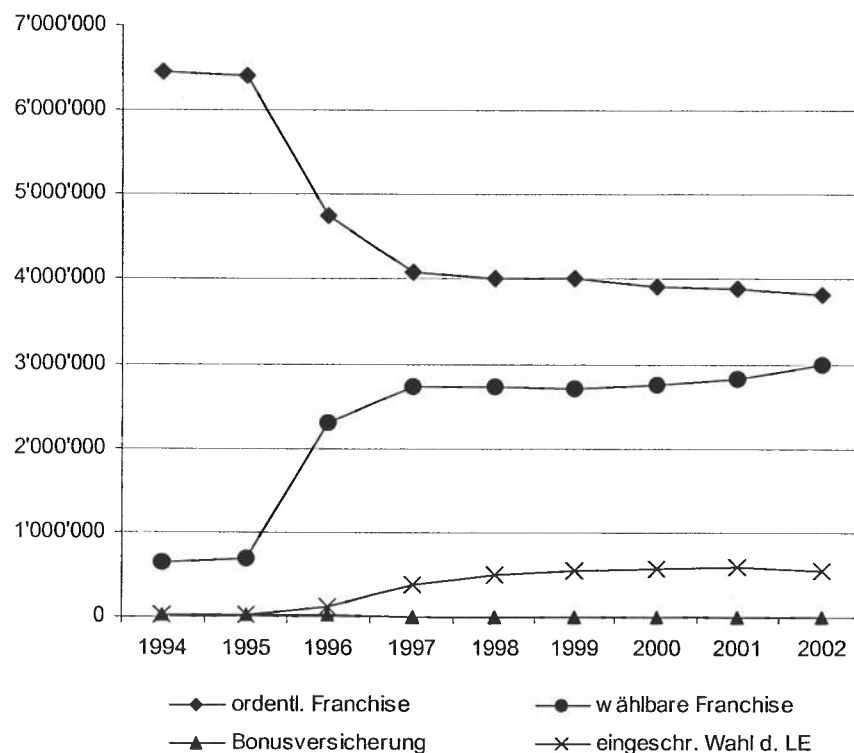
Bestimmungen über das integrierte Versorgungsnetz (Art. 41c Abs. 4).

T 1.05 Versichertenbestand per 31.12. nach Versicherungsform ab 1994											
Jahr	Ordentl. Jahresfranchise	Anteil am Total	Wählbare Jahresfranchise	Anteil am Total	BONUS-Versicherung	Anteil am Total	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	Anteil am Total	Wachstum	Total	Veränd. gegenüber Vorjahr
1994	6'447'562	90.41%	643'991	9.03%	15'298	0.21%	24'802	0.35%	100.0%	7'131'653	1.1%
1995	6'399'482	89.30%	698'747	9.75%	32'705	0.46%	35'383	0.49%	42.7%	7'166'317	0.5%
1996	4'739'640	65.88%	2'305'688	32.05%	27'828	0.39%	121'598	1.69%	243.7%	7'194'754	0.4%
1997	4'083'854	56.60%	2'736'364	37.93%	11'494	0.16%	383'093	5.31%	215.0%	7'214'805	0.3%
1998	4'016'267	55.41%	2'726'468	37.61%	11'828	0.16%	494'040	6.82%	29.0%	7'248'603	0.5%
1999	3'998'744	55.03%	2'715'642	37.37%	10'258	0.14%	541'890	7.46%	9.7%	7'266'534	0.2%
2000	3'921'920	53.96%	2'758'539	37.95%	9'811	0.13%	577'841	7.95%	6.6%	7'268'111	0.0%
2001	3'882'191	53.03%	2'833'816	38.71%	9'341	0.13%	595'939	8.14%	3.1%	7'321'287	0.7%
2002	3'812'675	51.81%	2'980'820	40.50%	8'835	0.12%	557'035	7.57%	-6.5%	7'359'365	0.5%

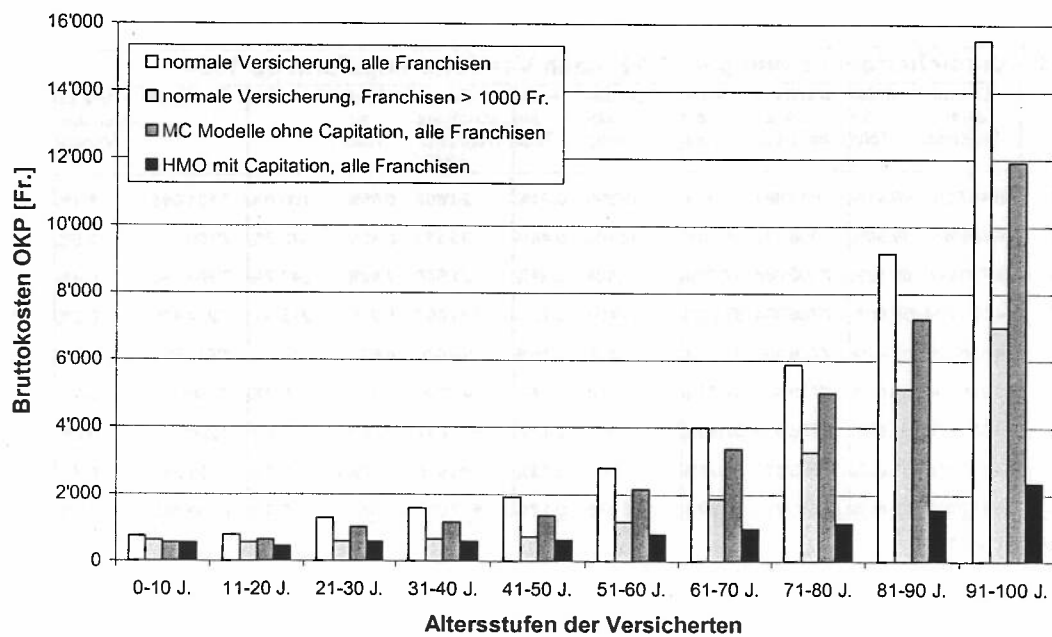
Datenstand: 20.10.03

Quelle: T 1.06

Versichertenbestand nach Versicherungsform



Bruttokosten OKP pro Versicherten, Schweiz 2002



Bruttokosten OKP pro Versicherten nach Altersstufen verschiedener Versicherungsformen für die ganze Schweiz im Jahr 2002. Der Anteil der Versicherten in HMO mit Capitation beträgt 1.9%.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

Änderung vom

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 41 Abs. 4
Aufgehoben*

2a. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 41a (neu)

¹ 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). Dazu gehören auch die integrierten Versorgungsnetze nach Artikel 41c.

² Der Versicherer muss bei einer Versicherung nach Absatz 1 nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Artikel 41 Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

³ Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

⁴ Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei Versicherungsformen nach Absatz 3 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei

¹BB1 2004 ...

²SR 832.10

einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme der Kosten, die sich aus diesen Versicherungsformen ergeben, vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.³

⁵ Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher.

Art. 41b(neu) Dauer des Versicherungsverhältnisses

¹ Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41a eine Dauer des Versicherungsverhältnisses von bis zu drei Jahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleiben vorbehalten.

² Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer vor Ablauf dieser Dauer nur bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person die Austrittsmodalitäten. Eine Änderung der Prämie oder der Prämienermässigung bilden keinen Grund zum Wechsel des Versicherers.

Art. 41c (neu) Integrierte Versorgungsnetze

¹ Einer oder mehrere Versicherer können mit einer Gruppe von Leistungserbringern, die zu einem integriertem Versorgungsnetz zusammengeschlossen sind, vertraglich vereinbaren, dass die Behandlung der Versicherten ausschliesslich vom integrierten Versorgungsnetz übernommen wird. Der Vertrag regelt insbesondere die Fragen der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches, der Qualitätssicherung und der Vergütung der Leistungen.

² 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 Budgetverantwortung hat sich auf alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beziehen.

³ 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.

⁴ Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

Art. 52 Abs. 1 Bst. b und 4 (neu)

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

³ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305 2311; BBl 1999 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

- b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit den Originalpräparaten austauschbaren preisgünstigeren Generika sowie wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten zu enthalten.

⁴ Ein Arzneimittel darf nur in die Spezialitätenliste aufgenommen werden, wenn seine Wirksamkeit nach Massgabe der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung ausreichend nachgewiesen ist. Das Bundesamt streicht ein Arzneimittel aus der Spezialitätenliste, wenn es diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt.

Art. 52a Sachüberschrift und Abs. 2 und 3 (neu)

Substitution

² Bei gleicher Eignung für die Patienten und Patientinnen sind preisgünstige Arzneimittel zu verordnen und abzugeben.

³ Wird ein Arzneimittel unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet, ist ein für die Patienten und Patientinnen geeignetes preisgünstiges Arzneimittel abzugeben.

Art. 56 Abs. 3bis (neu)

^{3bis} 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.

Art. 57 Abs. 9 (neu)

⁹ Die Versicherer können mit den integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c zusammengeschlossenen Leistungserbringern vertraglich vereinbaren, die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen den im integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringern zu übertragen.

Art. 62 Abs. 1, 2, 2bis und 3

¹ Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41a vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

² *Aufgehoben*

^{2bis} *Aufgehoben*

³ Der Bundesrat regelt die Prämienermässigungen und Rückvergütungen näher. 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.

II

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2006 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

Projets de révisions dans l'assurance-maladie pour la procédure de consultation

Objets	Documents
<i>Projet 2A</i> Financement hospitalier	- Rapport explicatif - Propositions législatives
<i>Projet 2B</i> Managed care	- Rapport explicatif - Propositions législatives

Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

Partie : Financement hospitalier

Rapport explicatif

Introduction

Dans son message du 18 septembre 2000 (FF 2001 693 ss.), le Conseil fédéral a soumis une proposition relative à la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier. Après trois ans de discussions au Parlement, le projet a été rejeté par le Conseil national, le 17 décembre 2003. Les modifications visant à une nouvelle réglementation du financement hospitalier n'ayant toutefois pratiquement pas été contestées, le Conseil fédéral reprend ce projet en adaptant, là où cela s'avère nécessaire, certains éléments à l'évolution de la situation. Les grandes orientations restent toutefois inchangées: la révision de la loi vise à éliminer les imprécisions qui perturbent le fonctionnement du système et à appliquer de manière cohérente les principes inscrits dans la loi. La répartition du financement entre les assureurs et les cantons sera fixée dans la loi afin que la responsabilité des partenaires financiers soit fixée sans ambiguïté. Le financement sera lié aux prestations dans une optique d'accroissement de la transparence et d'incitation à une plus grande efficience. La planification doit en outre tenir compte de toutes les prestations soumises à cette loi et garantir à toutes les personnes assurées, qu'elles aient ou non contracté une assurance complémentaire, la couverture des besoins en soins.

1 Partie générale

En vertu de la répartition des compétences fixée à l'art. 3 de la Constitution fédérale (Cst.; RS 101), l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons. Pour sa part, la Confédération veille à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accidents (art. 117, Cst.; voir à ce propos JAAC 48 [1984] p. 492ss.). Les réglementations fédérales et cantonales s'appliquant d'une manière générale au domaine de la santé, et à l'assurance-maladie en particulier, doivent être harmonisées. La législation en vigueur fixe notamment qu'en cas de traitement hospitalier 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).

1.1 Historique

1.1.1 Principe

Le Conseil fédéral s'est déjà exprimé sur les principes de base et les motifs favorables à une révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie dans le domaine du financement hospitalier dans son message du 21 septembre 1998 (FF 1999 727), qui avait pour thèmes la fixation des subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et une première révision partielle de la LAMal. Huit ans après l'introduction de la loi, l'amélioration du fonctionnement des mécanismes existants visée par cette révision est en grande partie atteinte. Les incitations doivent donc être plus spécifiquement

axées sur la maîtrise des coûts, et ce parce que l'analyse des effets de la LAMal a montré que les objectifs du législateur en ce qui concerne les prestations (catalogue complet des prestations) et le système (assurance obligatoire avec une pluralité d'assureurs et une prime unique) ont été atteints, mais pas ceux concernant ses instruments de maîtrise des coûts (Office fédéral des assurances sociales: Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse; Berne 2001). Un accroissement des incitations visant à maîtriser les coûts dans le domaine du financement hospitalier entraîne néanmoins un abandon du principe de la couverture des coûts contenu dans la loi en vigueur et fait que la possibilité d'un transfert des coûts au partenaire financier est supprimée.

Selon la législation actuelle, les coûts d'exploitation imputables servent de base pour calculer la part maximale couverte par l'assurance obligatoire des soins. Cependant, la plupart du temps, les documents soumis par les hôpitaux dans le cadre des négociations tarifaires ne présentent pas les coûts des prestations au sens de la LAMal de manière suffisamment transparente; aussi est-il souvent difficile de calculer avec précision les coûts d'exploitation imputables. Comme la part des coûts d'exploitation imputables qui doit être couverte par l'assurance obligatoire des soins n'est pas fixée et qu'il existe fréquemment une zone grise concernant leur détermination, le système actuel fait que chacun des partenaires financiers est focalisé sur son propre avantage au lieu de se focaliser sur une optimisation du rapport coûts-prestations, ce qui aurait un effet modérateur sur les coûts.

Le fait que les incitations économiques visent toujours plus précisément à maîtriser les coûts implique en outre que toujours plus de critères de gestion d'entreprise soient appliqués dans les hôpitaux. Cela signifie d'un côté davantage de responsabilités pour les décideurs, et de l'autre un risque accru. Conformément aux préceptes d'une saine gestion, les structures qui ne sont pas adaptées aux objectifs doivent être démantelées. Ainsi, le financement différencié des coûts d'investissement (financés par les cantons) et des coûts d'exploitation (financement dual) n'est pas optimal: les investissements ne se faisant jamais de manière indépendante de l'exploitation, ils influent toujours aussi sur les coûts d'exploitation (offre de prestations, amortissements). De plus, avec l'apparition de nouvelles formes de financement, notamment le leasing, la frontière entre les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation est devenue floue. Une optique globale se justifie donc: les règles de financement doivent être les mêmes pour les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation. Il faut également encourager l'introduction d'instruments de gestion permettant aux responsables des hôpitaux d'utiliser autant que possible les critères de gestion d'entreprise.

1.1.2 Problèmes généraux d'application

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, plusieurs cantons ont contesté leur obligation de contribuer au traitement hospitalier dispensé à des personnes bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a conclu en décembre 1997, dans deux arrêts de principe, que l'obligation de contribution du canton en cas de séjour hospitalier hors du canton de résidence existait, indépendamment du type de division, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il a en même temps décidé que le canton n'a pas l'obligation de contribuer en cas de séjour dans des hôpitaux non subventionnés. Le TFA ne s'est pas prononcé sur l'obligation pour le canton de

contribuer aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton à des personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée (ATF 123 V 290 ss., 310 ss.)

S'agissant du règlement du financement des traitements hospitaliers hors du canton de personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée, les cantons et santésuisse, l'association faîtière des assureurs, ont ratifié un accord auquel une large majorité des assureurs a adhéré. C'est surtout le fait que cet accord soit limité dans le temps et que la question de l'obligation de contribution des cantons en cas de traitement hospitalier, dans le canton de résidence, de personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée ne soit pas réglée de manière explicite, qui a incité le Conseil fédéral à soumettre sa proposition de révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

1.2 Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton

Environ un an après que le Parlement a commencé à discuter du projet de loi, le TFA a décidé que les cantons avaient également l'obligation de contribuer au traitement des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation lorsqu'ils sont traités dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis sur le territoire du canton de résidence (ATF 127 V 422 ss.). Cette obligation constitue la concrétisation du principe de la LAMal selon lequel toutes les personnes soumises à l'assurance-maladie obligatoire ont droit au remboursement des coûts des prestations assurées selon la LAMal. Dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'assurance complémentaire couvre les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, et plus particulièrement le confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou à deux lits et la possibilité de choisir librement son médecin.

L'application immédiate et intégrale de ce deuxième arrêt du TFA aurait entraîné, pour les cantons, des charges supplémentaires de l'ordre de 700 millions de francs; la plupart d'entre eux n'avaient pas budgété ces dépenses. Afin de leur rendre la situation plus supportable, le Parlement a décidé d'échelonner l'augmentation des participations cantonales par le biais d'une loi fédérale urgente et, de ce fait, limitée dans le temps. La loi fédérale du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.14) fixe donc que les cantons prennent à leur charge, en 2002, 60 % du tarif de la division commune, en 2003, 80 % et, en 2004, 100 %. Le référendum déposé contre cette loi par l'assureur Assura a été rejeté par le peuple lors de la votation populaire du 9 février 2003 (FF 2003 2784).

L'intention du Parlement, en adoptant la loi fédérale, était de garantir la transition jusqu'à l'application complète de la réglementation légale en vigueur dans la LAMal et de créer une situation claire jusqu'à l'entrée en vigueur de la 2^e révision de la LAMal, qui était censée résoudre ce problème de manière durable. Le projet relatif à la 2^e révision de la LAMal ayant été rejeté, la transition ne peut pas se faire de la manière prévue ni selon le calendrier initial. Dans l'intervalle, les cantons contribuent à hauteur du tarif remboursé par l'assurance obligatoire des soins, qui correspond au maximum à 50 % des frais d'exploitation imputables pour un séjour

en division commune. Si cette réglementation venait à échéance début 2005 et que les cantons devaient prendre à leur charge la totalité des coûts d'exploitation imputables non couverts par l'assurance obligatoire des soins du séjour, en division privée ou demi-privée d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire, de longues négociations seraient nécessaires pour parvenir à un accord. Le Conseil fédéral a donc proposé, dans le cadre des premières propositions mises en consultation après le rejet de la 2^e révision de la LAMal, de prolonger la validité de la loi fédérale sur les participations cantonales jusqu'à l'entrée en vigueur de la modification de loi relative au financement hospitalier.

1.3 Deuxième révision de la LAMal

S'agissant du nouveau règlement du financement hospitalier, le Parlement a, dans une large mesure, suivi les propositions du Conseil fédéral énoncées dans le message mentionné dans l'introduction du présent rapport, notamment:

- le passage à un financement des prestations, qui doit être pris en charge pour moitié par l'assurance obligatoire des soins et pour moitié par les cantons;
- l'inclusion des coûts d'investissement dans le calcul des forfaits liés aux prestations;
- l'extension de l'obligation des cantons en ce qui concerne la planification de la couverture des besoins en soins hospitaliers de tous les assurés, indépendamment de leur couverture d'assurance.

Le Parlement s'est distancé de la proposition du Conseil fédéral en supprimant partout la notion de traitement semi-hospitalier, qui impliquait la nécessité de définir la limite entre un traitement ambulatoire et un traitement hospitalier.

Le passage à un système de financement moniste a été largement débattu. Le Parlement a finalement renoncé à changer de système, mais a néanmoins fixé, dans les dispositions transitoires du projet de révision, que le Conseil fédéral devait soumettre, dans un délai de cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi, une proposition de révision prévoyant un passage à un système moniste afin que les fournisseurs de prestations n'aient plus en face d'eux qu'un seul agent payeur. Toutefois, comme déjà dit, le Conseil national a rejeté la 2^e révision de la LAMal au cours de la session d'hiver 2003.

1.4 Projet « Bases de la 3^e révision partielle de la LAMal »

Lors de sa séance spéciale du 22 mai 2002 consacrée à l'assurance-maladie sociale, le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion que la LAMal avait donné de bons résultats en ce qui concerne le renforcement de la solidarité et l'accès à un large catalogue de prestations, mais que les éléments de maîtrise des coûts devaient être renforcés et qu'une réforme par étapes de l'assurance-maladie devait être entreprise. Dans ce contexte, mandat a été donné au Département fédéral de l'intérieur (DFI), entre autres «d'élaborer des modèles réalisables pour le (...) financement moniste des hôpitaux, les soins de base devant rester garantis». Le 21 août 2002, le Conseil fédéral a approuvé la structure d'un projet qui devait préparer les bases de la 3^e

révision partielle de la LAMal dans le cadre de quatre sous-projets. Le professeur Dr. Robert E. Leu a été chargé de la direction des travaux et de l'élaboration d'un rapport. Les travaux ont été suivis par un groupe de travail au sein duquel étaient représentés les fournisseurs de prestations, les assureurs, les cantons et les services concernés de la Confédération.

De l'avis de cet expert, les principaux avantages du modèle basé sur la concurrence par rapport à l'introduction d'un système dual fixe peuvent se résumer de la manière suivante:

- La suppression de l'obligation de contracter entraînerait, pour la première fois dans le domaine hospitalier, l'apparition de marchés au sens économique, dans lesquels les fournisseurs de prestations d'un côté et les acheteurs de prestations de l'autre (les assureurs-maladie et les organisations de managed care (MCOs), c'est-à-dire les monistes) pourraient agir comme des entités autonomes. Toutes deux pourraient décider librement des conditions auxquelles elles souhaiteraient collaborer et avec quels acteurs du marché elles voudraient traiter.
- A condition que l'on accorde aux hôpitaux publics la marge de manœuvre nécessaire en termes de gestion, le financement moniste permettrait à tous les acteurs, des deux côtés du marché, d'avoir à la fois la compétence décisionnelle et la responsabilité financière. Une plus grande liberté dans la gestion ainsi que le passage au financement lié aux prestations auraient aussi pour conséquence une plus grande efficacité dans la gestion des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.
- La liberté de contracter, associée à une compensation des risques mieux différenciée, permettrait aux assureurs-maladie et aux organisations de managed care d'entrer réellement en concurrence au niveau des prestations elles-mêmes au lieu de se battre pour attirer les bons risques, ce qui se traduirait, au niveau de chaque assureur-maladie ou organisation de managed care, par une plus grande efficacité.
- La concurrence entre assureurs et entre organisations de managed care constituerait quant à elle le moyen approprié pour inciter les fournisseurs de prestations à adopter un comportement économique.
- La liberté de choix parmi les assureurs et les organisations de managed care garantirait finalement que les produits d'assurance et, en fin de compte, également l'approvisionnement en soins correspondent aux préférences des consommateurs. La charge financière du système de santé étant en fin de compte supportée par les ménages privés (primes, paiements directs et impôts), la devise « Qui paie, commande » s'imposerait plus largement.
- La réintroduction de la liberté de contracter augmenterait encore la concentration des deux côtés du marché (et diminuerait le nombre d'offres indépendants), ce qui ne pose pas de problème majeur tant que chaque partie occupe sur le marché une position (concentration) comparable, parce qu'elles n'ont alors guère la possibilité de tirer indûment profit du système. Dans ces conditions, le résultat du marché pourrait être très satisfaisant.
- La création des conditions nécessaires à l'application de la loi sur les cartels au système de santé limiterait plus encore les possibilités d'abus de pouvoir. De plus, les négociations collectives de contrats ne seraient plus possibles. Enfin, les tarifs d'association devraient être remplacés par des contrats individuels ou de groupe.

- Avec la liberté en matière de contrats, les assureurs et les organisations de managed care pourraient négocier, avec les fournisseurs de prestations, d'autres systèmes de remboursement. On verrait ainsi apparaître des formes de rémunération nouvelles, également innovantes, susceptibles de modifier durablement les incitations pour les fournisseurs de prestations. Il est fort probable en particulier que le remboursement à la prestation, seul responsable du phénomène de demande induite par l'offre, disparaîtrait rapidement.
- Contrairement à ce que l'on connaît aujourd'hui, les rémunérations négociées entre les parties à une convention couvriraient (à moyen terme) toujours les coûts. A long terme, les prestations non rentables ne pourraient pas subsister parce qu'elles mettraient en danger l'existence des fournisseurs de prestations. Sous la pression de la concurrence, les marges bénéficiaires plus ou moins élevées sur les prestations auraient tendance à s'égaler, supprimant ainsi la raison de la spécialisation sur des prestations particulièrement rentables.
- Par rapport à la situation consécutive au passage à un financement dual fixe, le financement lié aux prestations, associé à la suppression de l'obligation de contracter, devrait faire évoluer plus rapidement le niveau et la structure des capacités hospitalières et les rapprocher plus fortement des réalités économiques. En même temps, le processus attendu de concentration (par discipline) devrait en particulier augmenter durablement la qualité de nombreuses prestations médicales.
- Dans l'ensemble, on peut s'attendre à ce que, dans le cadre d'un modèle de «concurrence régulée», l'allocation des ressources dans le domaine hospitalier devienne plus efficiente avec le temps.
- Bien que les cantons voient leur rôle fortement redimensionné, ils conserveraient toute une série de fonctions importantes, notamment celles de garantir des soins d'une qualité suffisante sur l'ensemble de leur territoire, de financer des prestations d'intérêt public (formation et recherche, services d'urgence, etc.), d'exercer la surveillance, d'accorder les autorisations et d'être actionnaires des hôpitaux publics.

1.5 Objectifs politiques

Cette mise au point de la législation vise à:

- tenir compte de la nécessité d'une action conjointe entre l'assurance-maladie sociale et les cantons et à fixer la responsabilité financière commune des cantons et de l'assurance obligatoire des soins sous la forme d'un financement des prestations à parts égales;
- définir le domaine de prestations de l'assurance obligatoire des soins indépendamment du lieu du séjour à l'hôpital et à le délimiter ainsi des prestations qui doivent être couvertes par une assurance complémentaire;
- redéfinir les interactions entre la planification étatique et les éléments liés à la concurrence de manière à ce que la planification hospitalière assure, d'une part, la couverture des besoins en soins de tous les assurés soumis à l'assurance obligatoire et qu'elle constitue, d'autre part, un cadre pour optimiser l'utilisation des ressources.

Bien que le Conseil fédéral n'ait pas pour objectif de passer immédiatement à un système de financement moniste dans lequel les fournisseurs de prestations sont face à un seul financeur, il a demandé l'élaboration du rapport d'expert mentionné plus haut sur des modèles de financement moniste (voir ch. 1.4) dans l'optique d'une révision future de la loi ainsi que pour satisfaire au postulat de l'ancien conseiller national Zäch du 5 octobre 2001 (01.3604). Les travaux de l'expert, qui ont été suivis par les acteurs du domaine de la santé intéressés par le financement hospitalier, ont montré que le consensus politique nécessaire pour passer à un système moniste n'existe pas encore, ni en ce qui concerne un système où les assureurs sont les monistes, ni pour un système dans lequel l'Etat (les cantons ou, au sens du postulat déposé le 3 décembre 2002 par le conseiller national Zysiadis (02.3674), la Confédération) assume le rôle du moniste. Se fondant sur la position défendue par les acteurs du système de santé dans le cadre du groupe de travail, le Conseil fédéral estime qu'un système de financement moniste n'est pas réalisable à court terme. Les mesures prévues dans le présent projet de révision ont néanmoins été conçues de manière à ne pas constituer un obstacle technique au cas où l'on déciderait par la suite d'introduire un tel système. Selon les dispositions transitoires (al. 5), le Conseil fédéral reçoit le mandat de présenter une proposition correspondante dans un délai de 3 ans.

1.6 Effets sur le plan de la politique sociale

Avec l'obligation de s'assurer, la loi sur l'assurance-maladie entrée en vigueur en 1996 garantit à l'ensemble de la population résidente l'accès à un vaste éventail de prestations et la prise en charge des coûts de celles-ci. L'obligation qu'ont les cantons d'établir une planification hospitalière, introduite en même temps par la LAMal, garantit l'existence des structures de soins nécessaires. Le financement des prestations dispensées en milieu hospitalier doit s'effectuer, tout comme pour les autres prestations au sens de la LAMal, par le biais des primes par tête individuelles et de la participation des patients aux frais, mais également par des ressources des pouvoirs publics. Un financement partiel des soins hospitaliers par les recettes fiscales vise à garantir une composante sociale dans la mesure où les coûts sont en partie couverts par des impôts dont le taux est progressif en fonction du revenu. Un principe essentiel de l'assurance-maladie sociale est ainsi maintenu.

2 Grandes lignes du projet

Comme mentionné dans l'introduction, le projet reprend les propositions contenues dans le message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000. Le nouveau projet contient les modifications adoptées par les Chambres fédérales dans le cadre des délibérations relatives à la proposition du Conseil fédéral.

La loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie fixe déjà qu'en vertu du principe selon lequel les cantons doivent aussi contribuer aux coûts d'exploitation lors des traitements hospitaliers en division privée ou semi-privée dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (voir ch. 1.2), les cantons doivent prendre en charge, en 2004, 100 % du tarif que l'assurance obligatoire des soins doit payer pour les coûts des traitements

hospitaliers de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Un pas important en direction du modèle dual fixe de financement des prestations proposé par le Conseil fédéral dans son message du 18 septembre 2000 a ainsi été franchi. S'agissant du financement hospitalier, il reste maintenant à arrêter une solution qui tienne compte des différences existant encore concernant les parts de financement des pouvoirs publics et de l'assurance obligatoire des soins, à régler la transition et à prendre en compte les hôpitaux privés dans la nouvelle réglementation.

2.1 Prestations

Abandon de la notion de «division commune»

Selon l'art. 49, al. 1, LAMal, l'assurance obligatoire des soins couvre, dans le domaine hospitalier, le traitement médical et le séjour en division commune d'un hôpital. La notion de «division commune» a été introduite dans la loi afin de définir l'étendue des prestations de la LAMal. Les arrêts du TFA de décembre 1997 cités sous 1.1.2 décrivent également les prestations au sens de la LAMal, mais relativisent la référence à la notion de «division commune». L'emploi de cette notion, utilisée sous l'ancien droit pour désigner un produit d'assurance, ne convient maintenant plus pour décrire l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Compte tenu des résultats des délibérations parlementaires, il y a lieu de supprimer cette notion et de fixer que le séjour à l'hôpital fait partie du catalogue des prestations prévu par la loi. On entend par là que les prestations devant être couvertes par une assurance complémentaire, telles qu'un confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou deux lits ou le libre choix du médecin à l'hôpital, ne sont pas des prestations au sens de la LAMal.

Abandon de la notion de «semi-hospitalier»

Cette notion introduite avec la LAMal n'a pas fait ses preuves dans la pratique. En effet, il n'existe que peu d'établissements pratiquant uniquement des soins semi-hospitaliers. Par ailleurs, la grande majorité des prestations semi-hospitalières dispensées dans des hôpitaux sont facturées en tant que prestations ambulatoires; les accords concernant des forfaits pour des traitements semi-hospitaliers constituent une exception.

2.2 Planification hospitalière

La LAMal a introduit la planification hospitalière ainsi que l'obligation, pour le canton, d'élaborer une liste des établissements. La répartition des tâches décrite au ch. 1 reste donc en vigueur. L'admission en tant que fournisseur de prestations et la prise en charge d'une prestation par l'assurance obligatoire des soins supposent l'inscription de l'hôpital ou d'une division sur la liste cantonale des hôpitaux. Selon un avis confirmé par le TFA, pour que les coûts soient pris en charge, il importe en revanche peu que le traitement hospitalier ait lieu en division commune, en division privée ou en division semi-privée d'un hôpital. Le fait que l'assurance soit obligatoire pour l'ensemble de la population implique que toutes les capacités nécessaires pour fournir les prestations au sens de la LAMal attribuées aux hôpitaux

par mandat de prestations doivent être englobées dans la planification des besoins. Cela revient à appliquer de manière conséquente et à renforcer un instrument de maîtrise des coûts prévu dans la loi.

Cette obligation de planifier implique en même temps que la planification se limite au domaine de l'assurance obligatoire des soins; elle ne s'applique pas aux prestations qui ne font pas partie de l'éventail des prestations de l'assurance obligatoire des soins, telles que le confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou à deux lits et le libre choix du médecin à l'hôpital. La mise à disposition des capacités correspondantes doit être soumise aux lois du marché.

Comme par le passé, il appartient aux cantons de décider si la planification hospitalière doit être établie par un seul canton ou conjointement par plusieurs cantons. Dans ce contexte, il y a lieu de renvoyer à l'art. 46, al. 1, Cst., selon lequel les cantons mettent en œuvre le droit fédéral conformément à la Constitution et à la loi. L'al. 2 du même article prévoit que la Confédération laisse aux cantons une marge de manœuvre aussi large que possible et tient compte de leurs particularités. L'art. 47 Cst. indique par ailleurs que la Confédération respecte l'autonomie des cantons. Quant à l'art. 48 Cst., il dit que les cantons ont la possibilité de conclure des conventions entre eux et de créer des organisations et des institutions communes; ils peuvent notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional. C'est dans cette optique que devrait s'effectuer la création de régions de couverture des besoins en soins demandée par la conseillère nationale Leuthard dans une motion déposée le 2 octobre 2002 (02.3545) ainsi que par l'ancienne conseillère nationale Wirz-von Planta dans un postulat déposé le 11 mars 2003 (03.3042). Ni la Constitution fédérale, ni la LAMal ne donnent actuellement à la Confédération la compétence d'imposer aux cantons de procéder à une planification intercantonale, l'aménagement de la planification hospitalière, en d'autres termes la couverture des besoins en soins de la population, incombant aux cantons selon la Constitution. Comme l'indique le Conseil fédéral dans son message relatif à la 2^e révision de la LAMal et dans son avis du 30 septembre 2002 (FF 2003 365, et plus particulièrement 372 s.) sur le rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats du 5 avril 2002 concernant l'influence de la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie (FF 2003 307 ss.), il tient compte de la réglementation fédérale en matière de compétences et ne donne aucune prescription aux cantons concernant l'aménagement de leur planification. Dans le cadre de sa jurisprudence, il a toutefois concrétisé les exigences relatives à une planification hospitalière répondant aux besoins en soins au sens de la LAMal. Cela étant, en vue de favoriser une certaine unité quant à la façon dont les cantons exercent leur compétence en matière de planification hospitalière et, partant, de permettre à terme une meilleure coordination entre eux, on pourrait imaginer que le législateur délègue au Conseil fédéral la compétence de formuler des principes tirés de sa jurisprudence antérieure et de les compléter par les modifications intervenant dans la révision du financement hospitalier. Le projet de révision contient une proposition à ce sujet, qui reprend aussi l'objet du postulat du conseiller national Rossini du 13 décembre 2002 (02.3750) concernant l'élaboration de critères que les cantons devraient respecter.

Il y a lieu de mentionner en outre que le financement dual fixe des prestations proposé, qui va dans le sens d'un postulat déposé le 5 avril 2002 par la Commission de gestion du Conseil des Etats (02.3175), vise à supprimer les obstacles érigés entre les cantons, le caractère économique de la fourniture des prestations étant l'élément

prépondérant lors de l'attribution de mandats de prestations. La législation fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie n'a toutefois aucune incidence sur les avantages liés à l'exploitation d'un hôpital dans un canton donné (postes de travail, sources de revenus, mandats donnés à des sous-traitants).

Avec le passage à un financement lié aux prestations se pose la question de savoir si la méthode actuelle de planification pratiquée par les cantons est appropriée. Tout en assurant la capacité en lits nécessaire pour la couverture des besoins en soins de la population, les cantons devront aussi tenir compte du volume de prestations lié aux mandats de prestations attribués. Dans le sens du postulat déposé par la Commission de gestion du Conseil des Etats le 5 avril 2002 (02.3176), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a pris l'initiative d'instituer un groupe de travail «Planification hospitalière liée aux prestations», qui regroupe tous les acteurs concernés et dont la tâche est de mettre à disposition les instruments de planification et de préparer le passage à la planification des prestations.

Les lacunes en matière de planification et de répartition des tâches constatées dans le domaine de la médecine hautement spécialisée font, depuis des années, l'objet de nombreuses discussions et propositions. Dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT; Message du Conseil fédéral du 14 novembre 2001, FF 2002 2155), la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée ont également été identifiées en tant que domaines devant être organisés au niveau intercantonal pour que les tâches soient réalisées avec une plus grande efficacité. Il est ainsi prévu qu'un concordat des cantons fixe, au plan national, des règles en matière de planification et d'attribution des capacités pour les traitements médicaux hautement spécialisés (voir le projet de nouvel art. 48, al. 4, Cst.; FF 2002 2414 ss. ainsi que l'art. 12, al. 1, let. h, du projet de loi fédérale sur la péréquation financière; FF 2002 2421 ss.). Dans le contexte de la RPT, les objectifs visés par le projet «Politique nationale suisse de la santé» en ce qui concerne la planification de l'offre dans le domaine de la médecine de pointe sont poursuivis. On dispose maintenant des résultats d'une procédure de consultation lancée par la CDS au cours du deuxième semestre de 2003. Ils permettent de conclure que les hôpitaux universitaires s'accorderont sur la question des centres de prestations dans le domaine de la médecine de transplantation. La réunion plénière de la CDS a pris connaissance de ces résultats fin 2003 et a conféré à son comité directeur la compétence d'instituer la «Commission intercantonale pour la concentration de la médecine hautement spécialisée» (CICOMS) et de faire avancer les autres travaux. Le Conseil fédéral n'a pour l'instant ni la compétence ni l'occasion d'introduire les modifications de loi proposées dans une motion de l'ancien conseiller national Zäch (01.3049) qui demandait d'octroyer des licences à certains hôpitaux afin qu'ils fournissent des prestations médicales hautement spécialisées. Cette décision est toujours en premier lieu du ressort des cantons. Le seul élément à reprendre est le transfert subsidiaire de compétence au Conseil fédéral proposé dans le cadre des débats parlementaires concernant la révision de loi rejetée.

2.3 Tarifs

Le présent projet est centré sur le domaine tarifaire, l'accent étant mis sur l'idée de concurrence. Cette idée ressort des normes introduites par l'art. 46, al. 3, LAMal, qui visent à empêcher tout comportement des fournisseurs de prestations interdit par

le droit des cartels. Un renforcement de cette idée de concurrence est donc l'un des objectifs visés par ce projet. Le principe de la tarification forfaitaire doit certes être maintenu, mais il s'agit de financer des prestations et non plus de couvrir des coûts. L'effet visé par le financement lié aux prestations est un abandon du système de subventionnement des établissements habituellement en vigueur jusqu'ici. Il s'agit en outre d'inscrire explicitement dans la loi la participation financière des cantons. Un financement dual fixe des prestations est donc proposé; en d'autres termes, le financement des prestations s'effectue sans exception pour une moitié par le canton et pour l'autre moitié par l'assureur. La suppression proposée de la notion de «division commune» conduit en outre à supprimer la différenciation selon le lieu du séjour des assurés. A l'avenir, le seul élément déterminant pour la prise en charge des coûts aussi bien par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics sera que le fournisseur de prestations soit apte à traiter la maladie et qu'il soit admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Avec le passage à des forfaits liés aux prestations, la tarification différenciée selon que l'assuré réside ou non dans le canton est ainsi supprimée. Lorsqu'on fixe un «prix» pour une prestation, peu importe s'il est destiné à indemniser une prestation fournie dans le canton ou hors du canton. Ainsi, le financement lié aux prestations, tel qu'il est prévu, vise à empêcher d'ériger des obstacles entre les cantons.

2.4 Base légale pour le droit de recours du canton de résidence

Actuellement, le canton de résidence subventionne aussi bien le séjour hospitalier dans le canton qu'un traitement hospitalier effectué hors du canton de résidence. Mais tandis que les contributions selon l'art. 49 LAMal sont allouées indirectement au travers du subventionnement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'obligation qu'a le canton de résidence de prendre en charge la différence conformément à l'art. 41, al. 3, LAMal est traitée également selon la jurisprudence du TFA comme une obligation relevant du droit des assurances sociales, assimilée à l'obligation qu'ont les assureurs de prendre en charge les coûts (ATF 123 V 290 ss.; 310 ss.). La rémunération directement liée aux prestations par le canton de résidence représente en tous les cas une conséquence de la nouvelle forme de rémunération des prestations hospitalières. C'est la raison pour laquelle les deux sortes de prestations devront être soumises au droit de recours contre des tiers responsables. La création d'une base légale est donc nécessaire, l'art. 126 OAMal étant, selon un jugement de principe rendu le 18 octobre 1999 par le Tribunal fédéral, dépourvu d'une base légale suffisante pour fonder un droit de recours du canton de résidence (voir ATF 126 III 36ss.)

2.5 Données de base

Les autorités fédérales et cantonales ont besoin de données différentes pour remplir les tâches qui leur sont attribuées, notamment pour effectuer la surveillance de l'exécution et de la mise en œuvre de la LAMal ainsi que pour évaluer son fonctionnement et ses effets. Ces tâches sont énoncées dans différentes dispositions de loi et sont réparties entre différents acteurs. Elles concernent notamment la planification cantonale au sens de l'art. 39 LAMal, ainsi que l'évaluation de l'évolution des tarifs selon les art. 43 ss. LAMal. Les art. 21 et 23 LAMal ont été modifiés suite à

l'adaptation de la législation sur les assurances sociales aux exigences de la loi sur la protection des données (message du Conseil fédéral du 24 novembre 1999; FF 2000 219; modification du texte légal dans FF 2000 3358). A cet égard, la possibilité que soient communiquées aux cantons les données collectées par la Confédération sur les hôpitaux et les établissements médico-sociaux a également été prévue (art. 84a, al. 2, let. f, LAMal). L'Office fédéral de la statistique collecte des données sur les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique, conformément à l'art. 30 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102). Comme par le passé, il existe d'importantes lacunes au niveau des informations nécessaires, en particulier en ce qui concerne le secteur ambulatoire. La loi sur la statistique fédérale du 9 octobre 1992 (LSF; RS 431.01) représente une base légale générale, qui est aussi valable pour le domaine de la santé. Compte tenu de l'importance du système de santé et de l'assurance-maladie ainsi que de la complexité de la collecte et de l'analyse des données, un ancrage explicite dans la LAMal de la tâche de la statistique est cependant judicieux. Certains points spécifiques qui ne sont pas fixés dans la loi sur la statistique avec le degré de détail nécessaire pourraient ainsi également être réglés. La question de la collecte et de la communication des données, précisément dans le domaine hospitalier, a toujours été ambiguë et fait partie de ces points. Il faut donc saisir cette occasion pour lever ces ambiguïtés et clarifier la question.

Le financement de ces relevés de données supplémentaires, destinés à éliminer le déficit d'information que le monde politique considère comme un facteur aggravant, dépasse cependant de loin les possibilités financières de la Confédération. Pour cette raison, le Conseil fédéral a chargé l'administration d'élaborer, durant la procédure de consultation, des solutions qui, d'un côté, permettent de garantir la réalisation des travaux statistiques les plus urgents et d'un autre, tiennent cependant compte de la situation financière préoccupante de la Confédération.

En ce qui concerne la publication des données, il y a lieu de se référer à l'art. 84a, al. 3, LAMal, selon lequel les données d'intérêt général qui se rapportent à l'application de la présente loi peuvent être publiées. Le Conseil fédéral part du principe que cela est justement le cas lors de l'évaluation de la mise en œuvre par les autorités compétentes, lorsqu'il s'agit du caractère économique et de la qualité des prestations ainsi que de l'évolution des coûts et qu'une réglementation plus détaillée n'est pas nécessaire. Toutefois, pour avoir une vue d'ensemble de la mise en œuvre de la LAMal, il est nécessaire que les autres fournisseurs de prestations soient aussi pris en compte dans la collecte des informations.

Art. 21, al. 4.

L'al. 4 est abrogé et intégré à l'art. 22a.

Art. 22a (nouveau) Données de base

L'al. 1 oblige la Confédération à mettre à disposition les données de base nécessaires pour examiner le fonctionnement et les effets de cette loi et à élaborer l'information essentielle pour sa surveillance et son exécution.

Dans le domaine complexe du système de santé, la mise à disposition d'une base de données cohérente ne peut s'opérer que si les fournisseurs de données sont soumis à l'obligation gratuite de renseigner. Alors que la collecte des données en question concernant le secteur hospitalier – à l'exception du domaine des soins – est assurée et effectuée de routine, les données correspondantes font jusqu'à présent totalement défaut dans le secteur ambulatoire. Il s'agit donc de mettre en place une base de données qui renseigne sur le recours à la médecine ambulatoire et ses raisons (diagnostics), sur les prestations fournies ainsi que sur les coûts qui en découlent. Il est possible de suivre le patient chez plusieurs fournisseurs de prestations et de reconstituer son parcours médical, si l'on peut établir un lien entre les données relatives au secteur ambulatoire et celles provenant du domaine hospitalier. Cela permettra de comparer l'efficacité et le caractère économique de différentes formes de traitement et de modèles d'approvisionnement en soins.

Comme mentionné au ch. 2.5, il y a lieu d'étendre, à l'al. 2, l'obligation de fournir des données. Ainsi, non seulement les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, mais tous les fournisseurs de prestations admis, sont tenus de communiquer des données. A ce sujet, la désignation des assureurs dans l'énumération des fournisseurs de données est uniquement une répétition de l'obligation de renseigner les autorités de surveillance selon l'art. 21 LAMal. L'obligation de fournir des données est ainsi étendue et l'obligation de fournir des données gratuitement est fixée explicitement.

L'al. 3 permet la communication de données collectées pour des objectifs administratifs. De cette manière, les fournisseurs de données seront déchargés le mieux possible et en même temps, on obtiendra des effets de synergie, pour autant que les données soient utilisées à des fins statistiques et administratives. L'art. 14 LSF exige cependant une base explicite pour la communication, pour des buts administratifs, de données collectées à des fins statistiques. Afin que cela se produise également dans la pratique, il faut cependant s'assurer que les données collectées au sens de l'al. 2 puissent effectivement être communiquées et utilisées de manière correspondante. Toutefois, pour que les organes de l'assurance-maladie puissent mener à bien la tâche légale qui leur est assignée, ils doivent absolument pouvoir aussi échanger des données individuelles nominatives. Ce point se justifie par le fait qu'une évaluation objective du caractère économique et de la qualité des prestations d'un fournisseur de prestations ne peut être réalisée que par une comparaison avec d'autres fournisseurs de prestations. Outre les autorités de surveillance et l'Office fédéral de la santé publique, les données de base présentent

ici un intérêt avant tout également pour la Surveillance des prix et l'Office fédéral de la justice.

Le Conseil fédéral est d'avis que l'extension du flux de données doit être concrétisée au niveau de l'ordonnance, ce qui permettrait notamment de régler différents aspects de manière plus précise. En effet, la catégorie des fournisseurs de prestations admis englobant des organes aussi divers que les hôpitaux, les médecins, les laboratoires et les établissements de cure balnéaire, les exigences s'appliquant aux données qui renseignent sur le caractère économique et la qualité des prestations sont également différentes. De plus, il y a lieu de définir les organes chargés de communiquer les données ainsi que les conditions-cadre nécessaires en matière de protection des données.

Art. 25, al. 2, let. a

La notion de «semi-hospitalier» doit être supprimée parce qu'elle ne s'est pas imposée dans la pratique (voir plus haut, ch. 2.1).

Art. 25, al. 2, let. e

Nous avons déjà indiqué au ch. 2.1 que la notion de «division commune» devait être supprimée. Cela ne signifie absolument pas que le séjour à l'hôpital doit être pris en charge indépendamment des coûts. Compte tenu des conditions générales de la prise en charge des coûts selon l'art. 32 LAMal (prestations efficaces, appropriées et économiques) et du caractère économique des prestations exigé par l'art. 56 LAMal, il est clair que la prise en charge des coûts du séjour doit se limiter à ce qui est nécessaire au traitement selon le but poursuivi. Ce sont là les soins couverts dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, que le Conseil des Etats a qualifié de «service de base» au cours de la révision de la loi qui a été rejetée. Les prestations supplémentaires, telles que le séjour dans une chambre à un ou à deux lits indépendamment d'une indication médicale et le libre choix du médecin à l'hôpital, demeurent exclues et continuent à faire l'objet de produits d'assurance complémentaire soumis au droit des assurances privées. Le Conseil fédéral renonce donc à introduire l'ajout adopté par le Parlement «pour des prestations médicales et des soins dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins». Il estime d'une part que ce texte est trop restrictif et que cet ajout est par ailleurs superflu dans la mesure où il ne sert qu'à expliciter le fait que l'assurance obligatoire des soins ne doit rembourser que les prestations légales. En effet, selon la LAMal, aucune prestation

- ne satisfaisant pas aux critères d'adéquation, d'économicité et d'efficacité fixés à l'art. 32 LAMal et non attribuable au «service de base» précité, ou
 - n'appartenant pas au champ d'application matériel de la LAMal
- n'est en principe prise en charge.

Art. 25, al. 2, let. f et 29, al. 2, let. b

La notion de «semi-hospitalier» doit également être supprimée ici.

Art. 35, al. 2, let. i

Le concept de traitement semi-hospitalier étant abandonné, il y a également lieu de supprimer ici la catégorie de fournisseurs de prestations que sont «les institutions de soins semi-hospitaliers».

Art. 39, al. 1, let. d, et al. 2 et 4 (nouveau)

Dans le contexte des nouvelles règles de financement (voir ci-après, art. 49, al. 2) et de l'application des arrêts du TFA mentionnés plus haut, il y a lieu de clarifier l'étendue de l'obligation de planification imposée aux cantons. L'obligation de s'assurer étant valable pour l'ensemble de la population, il s'agit d'inscrire explicitement, afin de clarifier la situation, que la planification doit porter sur toutes les personnes soumises à la LAMal. Il ne sera donc plus permis de faire une distinction entre les assurés selon leur couverture d'assurance, comme cela arrive dans la pratique. Les cantons ne devront élaborer qu'une seule liste – liste intégrale des hôpitaux – qui énumère tous les hôpitaux nécessaires à la couverture des besoins en soins sans distinguer ceux qui sont ouverts à tous les assurés (ayant une couverture de base) et ceux qui sont uniquement accessibles aux personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire (listes A et B; voir à ce sujet les explications données dans le message du 18 septembre 2000, FF 2001 752 s. et 739). Les cantons sont également intéressés à un rapport si possible favorable entre les coûts et la qualité des prestations, car les prestations de tous les hôpitaux figurant sur une liste, indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable, sont financés pour moitié par les cantons. Dans ce sens, les cantons sont incités à attribuer leurs mandats de prestations aux institutions qui remplissent les exigences de la manière la plus efficiente. Comme les investissements sont également rémunérés à parts égales, les cantons n'ont aucun intérêt à maintenir des structures inappropriées ou superflues. Si cela devait malgré tout être le cas, cela ne se ferait pas dans l'intérêt de l'assurance obligatoire des soins, mais en raison d'un autre intérêt du canton. Il faut souligner une fois encore ici qu'un canton ne peut planifier de manière à couvrir les besoins en soins que s'il connaît les flux de patients et peut coordonner ses capacités avec celles des cantons voisins.

La définition des tâches qu'un hôpital doit accomplir dans le cadre de la planification cantonale est définie notamment par le biais du mandat de prestations. Le terme de mandat de prestations a souvent été mal compris, comme s'il existait un lien impératif entre l'existence d'un mandat et une obligation d'indemnisation. Selon la jurisprudence actuelle du Conseil fédéral ce n'était pas le sens voulu. Il y a lieu de comprendre plutôt qu'une palette de prestations est attribuée à un hôpital par le biais d'un mandat de prestations, et que c'est en fonction de cela que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux. Ainsi compris, le mandat de prestations ne peut en aucun cas constituer une obligation financière pour le canton. Si, en vertu d'un rapprochement entre les art. 39 et 49, al. 2, tant l'assurance-maladie que les cantons contribuent à rémunérer les prestations fournies par des hôpitaux figurant sur une liste hospitalière, cette opération s'apparente de très près à la rémunération d'un mandat, d'un point de vue strictement financier.

Enfin, la proposition issue des débats parlementaires concernant la 2^e révision de la LAMal, selon laquelle les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi de mandats de prestations, a également été reprise. Bien que les cantons puissent appliquer des dispositions de ce type en se fondant sur leur propre législation, il y a lieu d'in-

introduire cette compétence dans la LAMal afin d'avoir une réglementation uniforme. Le but visé est d'éviter que les hôpitaux publics figurant sur la liste des hôpitaux soient désavantagés par une participation uniforme des cantons aux coûts d'exploitation et d'investissement des hôpitaux publics et privés, du fait qu'ils ne peuvent pas choisir leurs patients et qu'ils supportent la majeure partie des coûts de formation et de recherche. Il y a lieu de considérer que les cantons sont compétents pour formuler, dans les mandats de prestations, des exigences dans le sens d'obligations, dont le respect est une condition préalable à l'inscription d'un hôpital, qu'il soit public ou privé, sur une liste hospitalière dans la mesure où ces exigences ont trait à la couverture des besoins en soins de la population. Cela concerne, par exemple, la mise à disposition de services d'urgences dans des régions isolées ou la prise en charge de tous les patients couverts par l'assurance obligatoire.

Ici aussi, il y a lieu de supprimer la référence aux institutions de soins semi-hospitaliers.

Art. 39, al. 3

Comme on l'a déjà mentionné (ch. 2.2), il est prévu, dans le cadre de la RPT, de fixer des règles à l'échelle nationale pour la planification et l'attribution des capacités permettant d'assurer la couverture des besoins dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, et cela au moyen d'un concordat des cantons. La présente disposition vise d'une part à faire respecter ce principe et, de l'autre, à conférer déjà une compétence subsidiaire au Conseil fédéral dans le cadre de la LAMal.

Art. 39, al. 5 (nouveau)

Comme mentionné au ch. 2.2, le Conseil fédéral doit avoir la compétence de formuler des principes basés sur sa jurisprudence et de les compléter en vue de l'introduction de la nouvelle réglementation du financement, ceci afin que les dispositions de la LAMal puissent être appliquées de manière uniforme et d'assurer une meilleure coordination entre les cantons.

Art. 41, al. 1

Selon la première phrase de cet alinéa, les assurés ont le choix entre les fournisseurs de prestations qui sont aptes à traiter leur maladie. Les mandats de prestations attribués en fonction de la planification/liste cantonale déterminent quels sont les hôpitaux admis pour les différents traitements. Sont réputés admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée ou sur la liste du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent. Une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire n'intervient toutefois – excepté pour des raisons médicales au sens de l'art. 41, al. 2, LAMal – qu'au tarif des hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée. Si celle-ci recourt, sans raisons médicales, à un fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, mais qui est admis comme fournisseur de prestations dans un autre canton, elle bénéficie d'une protection tarifaire: le fournisseur de prestations doit s'en tenir au tarif approuvé ou fixé (art. 46, al. 4, art. 47, al. 2, LAMal). L'assurance-maladie ne prend en charge que la part des coûts qui correspond au tarif des hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée et qui disposent d'un mandat de

prestations correspondant. Si l'hôpital n'est pas inclus dans la planification, le canton ne doit pas contribuer aux coûts. Les coûts correspondants sont à la charge de l'assuré lui-même ou d'une éventuelle assurance complémentaire. Cette démarche se justifie par le fait qu'en effectuant la planification hospitalière et en attribuant des mandats de prestations, le canton veille à disposer d'une capacité suffisante pour que les habitants du canton puissent être traités dans tous les cas de maladie. Lorsqu'une personne assurée se fait soigner dans un hôpital ne correspondant pas à la planification hospitalière alors que les capacités mises à disposition engendrent néanmoins des coûts fixes, c'est à elle et non pas au canton d'en supporter les conséquences financières.

Art. 41, al. 2, let. b

Par ailleurs, le rapport entre les al. 2 et 3 de l'art. 41 doit être clarifié et fixer uniquement que les assurés ont le droit de choisir un autre fournisseur de prestations s'ils ne peuvent recourir, pour un traitement déterminé ou en cas d'urgence, à un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence. En résumé, il en résulte que l'assurance-maladie prend en charge les coûts de traitement hospitalier si le choix se porte soit sur un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence et apte à traiter la maladie, soit, pour des raisons médicales, sur un autre fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence. Dans ce dernier cas également, comme le système d'assurance est autonome, seul un fournisseur de prestations admis selon les règles légales est autorisé à facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie; en d'autres termes, il doit s'agir d'un hôpital figurant tout au moins sur la liste du canton où il a son siège et qui est, de ce fait, considéré comme un fournisseur de prestations admis.

Art. 41, al. 3

Cette disposition, dans sa teneur actuelle, oblige le canton de résidence à verser une contribution dans le cas où un traitement ne serait pas proposé ou ne serait pas indiqué dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics du canton de résidence. Les arrêts du TFA mentionnés plus haut ont clarifié la question de savoir dans quelle mesure l'obligation de contribution dépend du lieu du séjour des assurés. Il y a lieu d'étendre, à l'art. 49, la règle de financement à toutes les divisions des hôpitaux et à tous les types d'hôpitaux. Le renvoi à l'art. 49 sert à harmoniser les art. 49 et 41. Il doit donc être désormais clairement mentionné que le canton de résidence doit prendre en charge la part des coûts due en vertu de l'art. 49, non seulement dans le canton mais aussi hors du canton, indépendamment de l'inscription d'un hôpital sur sa propre liste, si, pour des raisons médicales, il faut choisir un fournisseur de prestations admis ne figurant pas sur sa propre liste.

Art. 47, al. 2

Du fait de l'abandon de la notion de «semi-hospitalier», il y a lieu de supprimer ce terme ici aussi.

Art. 49, al. 1

La loi prévoit actuellement que le degré de couverture par l'assurance-maladie sociale des tarifs des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics se monte, pour les habitants du canton, à 50 % au maximum des coûts d'exploitation imputables de la division commune. La manière de couvrir le solde ne fait l'objet d'aucune prescription. On part néanmoins du principe que, vu leurs obligations en matière de garantie de la couverture des besoins en soins, les cantons contribuent également pendant l'exploitation au financement de l'infrastructure hospitalière qu'ils ont créée ou encouragée et qu'ils en couvrent notamment les déficits. Cette situation a eu pour résultat que les cantons, tout comme les assureurs, financent des institutions plutôt que des prestations.

Afin de corriger l'incitation actuelle (qui n'a aucun effet de maîtrise des coûts) due au financement des établissements, il y a lieu, d'un point de vue économique, d'introduire plus largement le système du financement des prestations. 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-prestation. Les forfaits liés aux prestations sont le «prix» auquel l'assureur rémunère la fourniture de la prestation. La rémunération liée à la prestation a déjà été introduite dans certains cantons, en tant que forfaits par cas en fonction du diagnostic posé (DRG = Diagnosis Related Group), forfaits par division ou rémunération couvrant une chaîne de traitement. Ainsi, parallèlement aux forfaits liés au diagnostic, on pourrait aussi envisager des forfaits selon les soins prodigués où la rémunération couvrirait toutes les étapes d'un traitement. Malgré ce changement fondamental pour passer à des forfaits liés aux prestations, l'application de forfaits journaliers s'avère néanmoins judicieuse dans certains domaines, notamment pour les traitements de longue durée (p. ex. en psychiatrie). Si l'on veut garantir une transparence, pouvoir faire des comparaisons à l'échelle nationale et disposer d'une rémunération intercantonale simple, toutes ces formes de rémunération doivent reposer sur des systèmes de classification uniformes. C'est pourquoi il est nécessaire d'introduire des structures tarifaires uniformes à l'échelon national. On pourrait aussi envisager l'existence, en parallèle, de systèmes forfaitaires distincts (p. ex. forfait par cas, forfait journalier) pour certaines prestations, aussi dans un domaine déterminé. Toutefois, un tel système ne devrait pas prendre des proportions telles qu'une combinaison de forfaits se rapproche d'une rémunération à la prestation au point de constituer un tarif à la prestation, ce qui n'est pas autorisé pour les traitements hospitaliers. Par analogie avec le système prévu par l'art. 43, al. 5, LAMal pour les tarifs à la prestation, il appartient en premier lieu aux partenaires tarifaires d'élaborer les structures correspondantes. Le Conseil fédéral n'interviendra que si cela n'a pas été fait dans le délai qu'il aura fixé (voir la disposition transitoire ci-après).

Les Chambres voulaient définir la limite entre un traitement ambulatoire et un traitement hospitalier, la notion de «semi-hospitalier» ayant été supprimée. Toutefois, le Conseil fédéral a déjà défini les notions d'ambulatoire, de semi-hospitalier et d'hospitalier dans le cadre de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, pour le recueil des bases destinées au calcul des tarifs (art. 3 à 5 OCP). La délimitation jusque-là variable dans la pratique a ainsi été uniformisée et il n'est plus nécessaire qu'elle soit réglée au niveau de la loi. Ainsi, on qualifie d'«hospitalier» un séjour d'une durée d'au moins 24 heures à l'hôpital pour des examens, un traitement ou des soins. Un séjour de moins de 24 heures à

l'hôpital est également réputé hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit. Sont également assimilés à des traitements hospitaliers les transferts dans un autre hôpital et les cas de décès.

Art. 49, al. 2

En principe, la rémunération forfaitaire des traitements hospitaliers est maintenue, ceci d'autant plus qu'elle permet, contrairement à une tarification à la prestation, de limiter l'incitation à une augmentation des volumes. Dans certains cas, il peut cependant s'avérer judicieux de facturer les coûts liés à des prestations supplémentaires uniquement aux assurés qui les occasionnent effectivement. La possibilité, également prévue jusqu'à maintenant par l'art. 49, al. 2, LAMal, d'une tarification séparée de certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, rarement fournies et demandant des moyens importants (p.ex. des mesures particulièrement complexes ou le recours à une technologie de pointe coûteuse) doit donc être maintenue.

Art. 49, al. 3

La conséquence de la règle de financement actuelle de l'art. 49, al. 1, est la suivante: tant les hôpitaux que les assureurs disposent de peu de marge de manœuvre pour s'entendre sur la rémunération des traitements hospitaliers, en ce sens que les coûts imputables pour la tarification sont déterminés et que la marge de négociation est réduite à la délimitation exacte des coûts imputables et des surcapacités ainsi qu'au niveau du degré de couverture des coûts. Il s'ensuit que la couverture des coûts est garantie indépendamment du rapport coûts-prestations. Cela va à l'encontre de l'idée de concurrence dans le domaine des tarifs contenue dans la loi.

Une fois le passage au financement lié aux prestations effectué, on ne pourra plus faire référence aux coûts imputables. L'élément déterminant sera la rémunération de la prestation correspondante, qui devra être prise en charge à parts égales par les assureurs et par le canton de résidence de l'assuré. Pour des raisons de politique sociale, il est toutefois laissé à la libre appréciation des cantons d'exclure certains domaines et de prendre en charge séparément les coûts qu'ils engendrent. Il s'agit là plus particulièrement de tâches d'intérêt public qui permettent de garantir la couverture des besoins, telles que les réserves de capacités nécessaires et les services d'urgence. A l'avenir, il y aura lieu d'inclure également les coûts d'investissement dans le financement, et ce avant tout parce qu'une séparation stricte des coûts d'exploitation et des coûts d'investissement donne, dans le cadre du financement hospitalier, une image qui ne correspond pas à la pratique de l'économie d'entreprise. Toutefois, la rémunération n'englobera aucune part des coûts relevant de la formation et de la recherche. Dans ce domaine, le texte de la loi actuelle est maintenu, car le Conseil fédéral applique, en vertu de l'art. 53 LAMal, une définition étendue de la notion de coûts de formation lors de l'examen de recours ayant trait aux tarifs (voir p. ex. à ce propos la décision du Conseil fédéral du 19 décembre 2001, dans: Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 4/2002, KV 220, p. 309, cons. II. 1.6.3 et II. 10.1). En d'autres termes, il y a lieu d'exclure de la prise en charge par l'assurance-maladie tous les coûts liés à la formation de base et à la formation post-graduée du personnel médical. Doivent également être exclus les coûts imputables à la recherche ainsi que les coûts indirectement liés à la formation

et à la recherche. De plus, la LAMal ne vise pas uniquement les dépenses de formation et de recherche concernant les hôpitaux universitaires. Vu sous cet angle, on ne peut donc pas uniquement prendre en considération les frais liés à la formation et à la recherche universitaires sans tenir compte aussi des coûts occasionnés dans les autres hôpitaux pratiquant à la charge de l'assurance-maladie sociale, indépendamment du fait qu'il s'agisse de petits hôpitaux ou de cliniques privées. Dans l'intervalle, le Conseil fédéral a d'ailleurs édicté, dans le cadre de l'OCP, un art. 7 qui reprend cette définition détaillée.

Cette réglementation diminue la charge financière des cantons, mais en compensation, l'obligation de financement du canton est fixée dans la loi. Parallèlement, cette nouvelle règle de financement est étendue aux organismes privés qui contribuent à la couverture des besoins et qui peuvent de ce fait être inscrits sur les listes cantonales. Cette extension se justifie parce qu'elle permet une égalité de traitement entre les hôpitaux et évite des distorsions de la concurrence. Cette manière de procéder placera la totalité des capacités destinées à couvrir les besoins hospitaliers sous le même régime de financement.

La suppression proposée de la notion de «division commune» conduit à supprimer également la différenciation selon le lieu du séjour des assurés. A l'avenir, la prise en charge des coûts tant par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics dépendra uniquement de la question de savoir si le fournisseur de prestations est admis et apte à traiter la maladie. Cette réglementation implique que les cantons ne pourront plus prendre en charge de manière globale les coûts non couverts par l'assurance-maladie.

La facture de l'hôpital sera réglée pour chaque séjour à parts égales par l'assureur et le canton. S'agissant de la facturation, il y a lieu de fixer que les fournisseurs de prestations seront rémunérés pour leurs prestations par les assurés, à qui l'assureur concerné rembourse ensuite les coûts occasionnés (système du tiers garant; art. 42, al. 1, LAMal). Une rémunération directe du fournisseur de prestation par l'assureur est également possible (système du tiers payant; art. 42, al. 2, LAMal), dans la mesure où une convention a été conclue à cet effet. L'assuré ou l'assureur auraient alors le droit de demander au canton de rétrocéder la contribution qui lui incombe et qui correspond à la moitié de la somme due. Lorsque ce versement est fait à l'assuré et non au fournisseur de prestations, il génère un surcroît de travail administratif pour le canton et l'assuré risque de devoir régler la facture de l'hôpital avant d'avoir reçu la contribution du canton. Aussi, afin de simplifier la facturation, le canton versera-t-il la part qui lui incombe directement à l'hôpital.

Art. 49, al. 4

La notion de «division commune» doit également être supprimée ici. On constate en outre que grâce à l'autonomie du système d'assurance, les prestations des hôpitaux prévues par la présente loi seront intégralement rémunérées selon les règles de financement définies aux al. 1, 2 et 3. Les factures supplémentaires qui sortent de ce cadre, comme les honoraires supplémentaires pour des prestations médicales prodiguées lors d'un séjour en division privée d'un hôpital, sont donc exclues, pour autant qu'il s'agisse de prestations couvertes par la loi. Il est ainsi tenu compte du principe de la protection tarifaire (art. 44 LAMal) dans le domaine hospitalier. Il va de soi qu'il est possible, comme pour le séjour, d'assurer les prestations non

couvertes dans le cadre de la LAMal, telles que le libre choix du médecin à l'hôpital, selon le droit des assurances privées.

Art. 49, al. 5

La teneur de cette disposition correspond à celle de l'al. 4 actuel.

Art. 49, al. 6

La notion de «semi-hospitalier» ayant été supprimée, il y a lieu de supprimer ce terme ici aussi.

Art. 49, al. 7

Afin d'encourager l'idée de concurrence et une gestion basée sur des principes d'économie d'entreprise, les hôpitaux devront gérer leur établissement à la manière d'une entreprise. C'est pourquoi cette disposition doit préciser que les hôpitaux doivent disposer des instruments de gestion nécessaires. Dans sa version allemande, l'actuel art. 49 LAMal mentionne dans son al. 6 «Kostenstellenrechnung» et «Leistungsstatistik» en tant qu'instruments pour le calcul des coûts et le classement des prestations. Toutefois, les buts de la loi ne sauraient être atteints par le seul biais d'une «Kostenstellenrechnung». Il faut disposer de bases plus complètes pour séparer de manière transparente les coûts des prestations couvertes par LAMal. A ce propos, le terme de comptabilité analytique [Kostenrechnung] utilisé dans les versions française et italienne est plus exact, car il comprend la comptabilité par type de coûts [Kostenartenrechnung], par centres de coûts [Kostenstellenrechnung] et par unités finales d'imputation [Kostenträgerrechnung]). Il y a lieu d'adapter le texte allemand dans ce sens. Par ailleurs, il est nécessaire de laisser une marge de manœuvre suffisante et de permettre une appréciation globale de la gestion d'entreprise qui ne se limite pas uniquement à la comptabilité analytique et à la statistique des prestations. Avec l'introduction de la notion d'«instruments de gestion», les exigences sont fixées de manière plus large et laissent de la place pour un développement futur. De plus, l'utilisation qui sera faite des données devant être mises à disposition par le biais de ces instruments de gestion, notamment l'évaluation du caractère économique, est énoncée à titre d'exemple.

Art. 49, al. 8

Cet alinéa correspond à l'actuel al. 7. Le texte des différentes versions ne concorde ici à nouveau pas: le texte français parle de «comparaison des frais d'exploitation», alors que la version allemande indique «Betriebsvergleiche» le texte italien mentionne quant à lui «studio comparativo delle gestioni ospedaliere». Etant donné que seule une évaluation globale de la gestion de l'entreprise permet de tirer des conclusions appropriées, et que de surcroît les coûts d'investissement seront nouvellement inclus dans le calcul des tarifs de toutes les institutions, il est nécessaire d'adapter tant la version française (nouveau: «comparaisons entre hôpitaux») que la version italienne (nouveau: «comparazioni tra ospedali»).

Art. 50, 51, al. 1 et 53

En raison de la nouvelle numérotation des art. 39 et 49, les renvois correspondants sont adaptés.

Art. 79a (nouveau)

Droit de recours du canton de résidence

L'art. 72 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) accorde à l'assureur un droit de recours contre des tiers responsables. Dans le domaine hospitalier, en raison de la répartition des coûts prévue à l'art. 49, al. 3, LAMal, le financement des prestations de l'assurance-maladie est également assuré par des recettes fiscales. Si le canton de résidence qui finance n'avait pas le droit de réclamer auprès des tiers responsables la part des coûts qu'il a couverte indépendamment du lieu du traitement, lesdits tiers deviendraient les bénéficiaires de la protection tarifaire selon l'art. 44, al. 1, LAMal, et des avantages tarifaires de l'assurance-maladie sociale. De cette manière, le contribuable supporterait une partie des dommages-intérêts, ce qui ne se justifie pas (voir sur la question: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berne, 1999, N 401).

Le Conseil fédéral considère qu'il serait choquant que, du fait du mode de répartition des coûts dans le domaine hospitalier, des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par les recettes fiscales. C'est pourquoi il propose d'ajouter un art. 79a qui confère au canton de résidence, comme c'est le cas pour les assureurs, un droit de recours contre les tiers responsables pour les contributions qu'il verse en vertu des art. 49, al. 3, et 41, al. 3, LAMal. Il renonce toutefois à inclure les communes, dans la mesure où elles ne sont pas mentionnées explicitement dans la LAMal. Cette modification ne créera pas de nouveaux droits contre les tiers responsables, car il n'y pas lieu de supposer qu'en raison d'accords tarifaires conclus entre assureurs et fournisseurs de prestations, des tarifs plus élevés que les tarifs ordinaires à la charge de l'assurance-maladie sociale soient convenus pour les cas de responsabilité civile.

Art. 84a, al. 1, let. f

En raison du déplacement du contenu de l'art. 21, al. 4 dans l'art. 22a, le renvoi doit être adapté.

Art. 104a, al. 2

En raison de la nouvelle numérotation de l'art. 49, le renvoi à l'al. 6 est remplacé par un renvoi à l'al. 7.

Dispositions transitoires, al. 1

Actuellement, les hôpitaux privés non subventionnés sont pris en compte dans la planification hospitalière de manière différente selon les cantons. Certains cantons établissent une liste intégrale, d'autres des listes A et B où l'importance de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins diffère. Afin que tous les cantons puissent se fonder sur des listes intégrales des hôpitaux, un délai d'un an leur est imparti pour adapter leur planification hospitalière à la nouvelle législation.

Un délai plus long leur sera accordé pour la planification de la médecine hautement spécialisée.

Dispositions transitoires, al. 2

Les structures tarifaires proposées à l'art. 49, al. 1, LAMal ne peuvent pas être établies par les partenaires tarifaires déjà à l'entrée en vigueur de la modification de la loi. C'est pourquoi le Conseil fédéral doit disposer de la compétence de décider du délai d'introduction. Les bases de calcul sur lesquelles reposeront les systèmes de forfaits étant à des stades de développement inégaux dans divers domaines, il faut que l'introduction puisse en outre se faire par étapes. De plus, avec l'introduction de systèmes de forfaits, les investissements, dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à présent dans les tarifs, doivent être pris en considération dans le calcul des tarifs selon des critères uniformes afin d'assurer un minimum de transparence et de cohérence. La question de la prise en compte des investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la modification de la loi doit également être réglée par le Conseil fédéral.

Dispositions transitoires, al. 3

Actuellement, les cantons contribuent en moyenne à plus de la moitié des coûts d'exploitation imputables des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. La part de financement diffère toutefois selon les cantons. Partant de la part de financement au moment de l'entrée en vigueur de la modification de la loi, les cantons et les assureurs doivent adapter leurs contributions sur une période de trois ans de manière à atteindre la parité au cours de la troisième année. La base pour le passage au financement dual fixe des prestations est ainsi créée.

Dispositions transitoires, al. 4

L'al. 1 des dispositions transitoires précise que les cantons disposent d'un an pour adapter leur planification hospitalière et leur liste des hôpitaux aux nouvelles dispositions. Afin que les cantons puissent, le cas échéant, effectuer les adaptations nécessaires concernant les hôpitaux privés, ils ne devront prendre en charge leur part des coûts aux traitements hospitaliers dans les hôpitaux privés non subventionnés que deux après l'entrée en vigueur de la modification, en incluant toutefois les coûts d'investissement des hôpitaux privés non subventionnés dont on sait, aujourd'hui déjà, qu'ils sont compris dans le tarif.

Dispositions transitoires, al. 5

Comme déjà mentionné, le Conseil fédéral ne considère pas le financement moniste comme un objectif à court terme. Toutefois, le Conseil fédéral doit déjà soumettre une proposition au Parlement dans un délai de 3 ans, afin de pouvoir imaginer un changement du système à moyen terme.

Interaction de la proposition avec d'autres modifications de loi actuellement en discussion

Le modèle proposé de financement dual fixe des prestations hospitalières n'a aucune incidence sur les autres modifications du système discutées dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, excepté la nouvelle réglementation de la réduction des primes, et n'est pas non plus influencé par ces modifications. Le transfert des éventuels coûts supplémentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins sur les primes pourrait induire une augmentation des ressources nécessaires pour la réduction de primes. Cela dépendra toutefois de la manière dont les cantons aménageront le système de réduction de primes.

Le financement dual fixe serait compatible avec la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, de même qu'avec l'encouragement du managed care, et il ne nécessite pas une adaptation de la compensation des risques. Bien que l'introduction d'une carte d'assuré n'ait aucun lien avec le système de financement hospitalier, elle est aussi susceptible d'apporter des simplifications administratives dans ce domaine.

Si l'on introduit simultanément le financement dual fixe et une augmentation de la participation aux coûts, on peut imaginer que la charge financière des assurés en cas de séjour hospitalier serait plus lourde, notamment à cause de la prise en compte des coûts d'investissement dans la rémunération liée aux prestations. Cette augmentation de la charge financière dépendra toutefois de la mesure dans laquelle les assurés seront plus nombreux à payer la quote-part maximale.

5

Conséquences

5.1

Conséquences financières

5.1.1

Conséquences financières pour la Confédération

Aucune nouvelle tâche n'étant transférée à la Confédération, l'augmentation des effectifs devrait être limitée. La Confédération devra uniquement être plus active dans le domaine de la planification et du recueil des données de base. Ces efforts supplémentaires dépendront toutefois de la nécessité d'une intervention et de l'ampleur du recueil des données, et ne peuvent donc pas être quantifiés pour l'instant. On renonce donc ici à effectuer une demande pour les ressources correspondantes, tout en formulant explicitement des réserves.

La Confédération ne participe pas au financement hospitalier; aussi le passage à un système de financement dual fixe des prestations n'a-t-il pas de répercussions directes sur les finances fédérales. En théorie, des répercussions indirectes seraient toutefois possibles si la révision de la loi entraînait une augmentation massive des primes et que les cantons recouraient de manière plus importante aux subsides mis à disposition par la Confédération pour la réduction des primes afin d'abaisser de manière plus sensible la charge des assurés de condition économique modeste.

5.1.2 Conséquences financières pour les cantons et les communes

Les différents éléments de la révision entraînent à la fois des charges financières accrues et des allègements pour les cantons et les communes. On ne peut faire d'affirmations sur les ordres de grandeur que pour les cantons. L'éventuel transfert de ces charges accrues ou de ces allègements aux communes, tout comme leur ampleur, sont fonction des législations cantonales, de sorte qu'il est impossible d'avancer une affirmation générale concernant les répercussions financières sur les communes. Les cantons ne disposent pas de données consolidées permettant de déterminer la proportion dans laquelle l'assurance obligatoire des soins couvre les coûts d'exploitation imputables des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. En connaissant cette valeur, on aurait un point de départ déterminant pour estimer le transfert de charges. Selon des données officieuses obtenues de différentes directions cantonales de la santé publique, ce degré de couverture des coûts serait de l'ordre de 43 à 45 %; dans certains cantons, il pourrait toutefois être plus bas ou plus élevé.

Le remplacement de la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonale aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton constitue la première raison d'une certaine augmentation de la charge supportée par les cantons : au cours de la dernière année de validité de cette loi fédérale, soit l'année 2004 ou, si cette loi fédérale est prolongée, l'année qui précède l'entrée en vigueur de la présente révision de la loi, les cantons contribuent à parts égales avec l'assurance obligatoire des soins aux traitements hospitaliers de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics sis sur le territoire du canton. Cette participation est inférieure à celle que les cantons devraient assumer si l'arrêt du TFA relatif à l'obligation de contribution des cantons en cas de traitement hospitalier dans le canton d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire, c'est-à-dire la réglementation contenue aujourd'hui dans la loi, était appliqué. Les hôpitaux ne divulguant pas leur comptabilité analytique, il n'est pas possible de déterminer le montant que les cantons devraient prendre à leur charge s'ils devaient assumer les coûts d'exploitation imputables non couverts par l'assurance obligatoire des soins. Si l'on poursuit le calcul avec les estimations avancées dans le cadre du présent projet, on peut supposer que les cantons devraient prendre à leur charge environ 140 à 170 millions de francs supplémentaires. Sous le régime de la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales, ces coûts sont couverts par l'assurance complémentaire.

S'agissant des assurés ne disposant que de la couverture d'assurance obligatoire, ce sont les responsables des hôpitaux, soit le plus souvent les cantons, qui ont jusqu'ici pris en charge l'ensemble des coûts non rémunérés par l'assurance obligatoire des soins dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Ils couvrent en règle générale les coûts d'exploitation non rémunérés par les assureurs ainsi que les coûts d'investissement. Les cantons partent du principe qu'ils financent de 55 à 57 % des coûts d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il faut une fois encore souligner ici que, les hôpitaux n'étant pas en mesure de justifier les coûts, ces hypothèses, ne peuvent se rapporter qu'à l'ensemble des coûts; la totalité des coûts d'exploitation imputables n'est pas connue. Si l'on se base sur la statistique des finances publiques, la part des coûts

d'investissement correspondrait à 10 % des coûts d'exploitation. Partant de cette hypothèse, une analyse statique indique que le passage à un financement dual fixe de tous les traitements hospitaliers, coûts d'investissement inclus, entraînerait un allègement pour les cantons et une charge supplémentaire correspondante pour l'assurance obligatoire des soins. Si l'on estime, comme les cantons, que les coûts d'investissement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics sont plus élevés et se montent à 10 à 15 % des coûts d'exploitation, il faut s'attendre à un allègement encore plus grand pour les cantons, au détriment de l'assurance obligatoire des soins.

Données en millions de francs	Cantons	LAMal	LCA
Coûts des hôpitaux en 2001 (selon l'Office fédéral de la statistique ; voir annexe)	4'771	3'895	2'800
Transfert de charges, estimé pour l'année 2004 en tablant sur une augmentation des coûts de 3,5 à 5 % par an			
Couverture de la moitié des coûts du traitement hospitalier, dans le canton, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire (investissements compris)	+140 à +170	+140 à +170	-280 à -340
Couverture de la moitié des coûts	-380 à -580	+380 à +580	
Contribution aux coûts d'investissement	-380 à -580	+380 à +580	

La délimitation entre un traitement ambulatoire et un traitement hospitalier ayant été définie dans l'OCP entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, on peut partir du principe qu'il n'y aura plus de transferts de coûts induits du fait de l'uniformisation des définitions à l'échelon national.

La deuxième raison d'une certaine augmentation de la charge supportée par les cantons est liée au fait qu'avec l'entrée en vigueur de la révision, les cantons devront assumer la moitié du financement des traitements de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux actuellement non subventionnés, pour autant que ces établissements correspondent à la planification cantonale et qu'ils figurent sur la liste cantonale. La charge supplémentaire pour les cantons sera importante s'ils doivent contribuer aux prestations de tous les hôpitaux privés actuellement inscrits sur une liste des hôpitaux. Son ampleur dépendra de la manière dont les hôpitaux privés ou leurs prestations seront pris en compte dans les planifications cantonales: elle sera forte en cas de planification permissive ou faible en cas de planification restrictive. C'est la raison pour laquelle aucune indication chiffrée n'est donnée. Les cantons estiment toutefois la charge du transfert des coûts à 800 à 810 millions de francs.

Cette estimation des transferts de financement est purement statique; elle ne tient pas compte des effets de maîtrise des coûts qui doivent se manifester par le biais d'un financement dual fixe des prestations. Les affirmations qui sont faites étant basées sur des données incomplètes, les estimations représentent des ordres de grandeur.

Toutefois, la participation au financement des prestations fournies dans des hôpitaux actuellement non subventionnés constitue sans doute le défi majeur pour les cantons. Ils peuvent néanmoins influencer sur l'étendue de la prise en charge de ces prestations par le biais de la planification.

5.2 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

Tout comme pour les cantons, l'effet de la révision sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins ne peut être estimé que grossièrement. Là aussi, les estimations n'ayant pu être faites qu'à partir d'hypothèses, elles sont imprécises et présentées sous forme de fourchette. Dans l'analyse statique, la charge supplémentaire de l'assurance-maladie obligatoire correspond à l'allègement estimé pour les cantons. La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de la couverture de la moitié des coûts d'exploitation imputables pour des traitements de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics entraînerait un allègement pour l'assurance complémentaire.

L'intégration des coûts d'investissement dans la rémunération assumée pour moitié par l'assurance obligatoire des soins constitue une charge supplémentaire pour cette dernière. Les dispositions transitoires prévoient que les coûts d'investissement ne seront introduits dans les forfaits que dans le cadre de la rémunération liée aux prestations et très vraisemblablement de manière échelonnée. Aussi peut-on partir du principe que l'intégration des investissements dans la rémunération des prestations ne se répercutera pas d'un seul coup ni dans sa totalité sur les coûts et les primes.

Par ailleurs, la charge de l'assurance obligatoire des soins sera allégée là où elle assume actuellement l'intégralité des coûts des prestations selon la LAMal en cas de traitement dans un hôpital privé intégré dans la planification.

Les estimations correspondent là encore à des ordres de grandeur évalués d'un point de vue statique. Il est donc difficile de faire un bilan des charges supplémentaires et des allègements et de tirer des conclusions concernant l'évolution des primes. Etant donné que l'on vise, dans une première phase, un financement paritaire, mais qu'une part importante de celui-ci est encore basée sur les coûts imputables, de sorte que les incitations du financement des prestations destinées à maîtriser les coûts ne sont pas encore effectives, il faut s'attendre à des coûts supplémentaires et à une augmentation correspondante des primes. Cette augmentation des coûts serait répartie sur trois ans. Il est difficile d'estimer quel sera, dans une deuxième phase, l'impact de l'intégration des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations, et ce pour plusieurs raisons: les effets de nouvelles incitations se feront également sentir et le passage à des forfaits liés aux prestations s'effectuera par étapes; de plus, le financement lié aux prestations ne sera effectif que lorsque les cantons auront adapté leur planification.

5.3 Conséquences économiques

Le présent projet contient de nouvelles incitations ou renforce celles qui ont été introduites avec l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal. Les effets économiques découlant à moyen terme des changements de comportement escomptés sont impossibles à quantifier avec précision. C'est pourquoi ce chapitre décrit les changements

de comportement attendus plus qu'il ne les quantifie. En appliquant les nouvelles règles de financement au secteur hospitalier sur la base des coûts actuels, seuls les transferts de charges entre les différents agents payeurs ont pu être évalués.

La révision du système de financement hospitalier n'entend pas remettre en cause les principes fondamentaux du système actuel. Elle vise cependant à lever certaines ambiguïtés qui perturbent le fonctionnement du système prévu par la loi et à renforcer plusieurs des mécanismes d'incitation à la maîtrise des coûts qui sont déjà inclus dans le système. La simplification des règles de financement et le gain de transparence qui en résultera dans le secteur hospitalier permettra une meilleure conscience des coûts effectifs et des responsabilités. Cette révision produira ses effets à court et moyen termes.

Dans le domaine de la santé, le marché est caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande et que les prix ne jouent pas de rôle direct pour le consommateur/assuré. Pour des raisons de politique sociale, le système doit en outre garantir à l'ensemble de la population l'accès à une offre en soins de haut niveau. L'utilisation rationnelle des ressources plaide en faveur d'un rôle directeur de l'Etat en matière de planification des infrastructures (mise à disposition des capacités nécessaires en fonction des besoins effectifs, coordination intra et intercantonale). L'extension de la planification hospitalière cantonale dans l'optique d'une garantie de la couverture en soins de tous les assurés se justifie donc entièrement, car la planification ne peut être efficace que de cette manière. En unifiant les règles de rémunération pour tous les hôpitaux inscrits sur la liste cantonale, la modification proposée permet de placer les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sur un pied d'égalité. A l'avenir, dans le cadre de la LAMal, des conditions identiques s'appliqueraient à tous les hôpitaux. Idéalement, seules les règles du marché et de la concurrence devraient déterminer l'accès au marché. On pourrait alors regretter que la révision augmente la sphère d'influence de l'Etat par l'extension de sa participation au financement et l'importance accrue de la planification. La réglementation proposée introduirait toutefois, dans le cadre ainsi fixé, plus de concurrence au niveau des tarifs. Dans un «marché» où la demande est dans une large mesure induite par l'offre, dans lequel les «prix» sont approuvés ou fixés par une autorité et où le consommateur ne paie pas directement les coûts liés à la prestation consommée, il y a lieu d'adapter à cette situation particulière les règles de participation au «marché».

La concurrence accrue dans le secteur hospitalier visée par le projet de révision aura pour effet une optimisation progressive des coûts de production et de la qualité. On peut supposer qu'une baisse des coûts de production se répercutera de manière positive sur l'évolution des primes et que les assurés disposeront, de ce fait, de plus de moyens pour la consommation privée. Par ailleurs, la charge financière plus lourde des cantons pourrait les inciter à utiliser de manière plus efficace l'instrument que constitue la planification.

La révision du système de financement des hôpitaux n'avait pas pour ambition première de renforcer le principe de solidarité inhérent à la LAMal ou de promouvoir un certain équilibre régional des soins de santé. Elle y contribue toutefois: le financement dual fixe des prestations permet en effet une meilleure coordination de la planification intercantonale. Il s'agit là déjà d'un pas important dans le sens d'une coordination encore plus étroite.

6 Lien avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

La nouvelle péréquation financière a pour objet la dissociation des tâches, des compétences et des flux financiers entre la Confédération et les cantons, ainsi que la clarification des responsabilités entre ces deux niveaux étatiques (message du Conseil fédéral du 14 novembre 2001, FF 2002 2155). Dans le cadre des travaux afférents à cette réforme, on étudie également une dissociation des tâches dans le domaine de la sécurité sociale. Le financement hospitalier n'est pas directement concerné par cette redistribution. Toutefois, comme cela a été mentionné au ch. 2.2, on s'efforce de répartir les tâches entre les cantons dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Cette démarche va dans le sens de la proposition faite dans le présent projet de révision.

7 Programme de législature

Le projet est annoncé dans le rapport du 25 février 2004 sur le programme de la législature 2003-2007, où il figure en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004 1063).

8 Bases juridiques

8.1 Constitutionnalité

Le présent projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

8.2 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans les domaines suivants:

réglementation du flux de données (art. 22a, al. 4); principes de la planification hospitalière (art. 39, al. 5); dispositions concernant les instruments de gestion (art. 49, al. 7); droit de recours du canton de résidence (art. 79a).

Répartition des charges de l'hospitalisation entre l'assurance obligatoire des soins (LAMal) et les cantons

Estimation pour l'année 2001	millions de francs	
Coûts des hôpitaux selon la statistique des coûts du système de santé	16'132	
moins prestations ambulatoires	-2'431	
Coûts de l'hospitalisation	13'702	
moins prestations payées par les autres assurances sociales (LAA, AI, AM) et la Confédération	-728	
moins prestations payées par les institutions d'assurance privées	-2'772	
moins participations des assurés aux frais dans l'assurance privée	-28	
Coûts de l'hospitalisation à la charge de l'assurance obligatoire des soins, des cantons et des ménages privés	10'174	
moins paiements directs des ménages (out of pocket)	-593	
moins subventions publiques d'investissement	-915	
Estimation des coûts selon art. 49, al. 1, LAMal	8'666	100.00%
dont charges des cantons	4'771	55.05%
dont charges de l'assurance obligatoire des soins (y c. participations des assurés aux frais)	3'895	44.95%

Office fédéral de la statistique: estimations sur la base de la statistique des coûts du système de santé, de la statistique des hôpitaux, de la statistique de l'assurance-maladie et de la statistique des institutions d'assurance privées

Financement des hôpitaux

Années	Agents payeurs												TOTAL
	Etat				Assurances sociales					Assurance privée 1)	Ménages privés 2)	Autre financement privé	
	Confédération	Cantons	Communes	En tout	LAMal	LAA	AI-AVS	AM	En tout				
	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	
1995	1.5	3'690.3	289.8	3'981.5	3'996.5	488.0	231.4	21.6	4'737.5	2'912.3	980.7	0.0	12'612.0
1996	1.2	3'882.3	356.4	4'239.9	4'338.6	492.6	237.0	19.6	5'087.8	3'199.6	656.6	0.0	13'184.0
1997	1.4	3'883.1	450.6	4'335.1	4'351.4	500.6	250.9	19.1	5'122.0	2'787.1	1'056.2	0.0	13'300.5
1998	1.1	3'876.1	515.4	4'392.5	4'469.6	551.8	252.0	18.6	5'292.0	2'813.1	1'229.2	0.0	13'726.9
1999	0.0	4'116.1	508.6	4'624.8	4'668.7	604.3	243.0	17.4	5'533.4	2'532.9	1'578.8	0.0	14'269.9
2000	0.1	4'292.0	560.2	4'852.3	4'902.5	638.5	246.7	20.0	5'807.7	2'735.8	1'499.7	0.0	14'895.5
2001	1.4	5'041.3	644.2	5'686.9	5'239.5	658.5	261.6	19.6	6'179.3	2'771.6	1'494.4	0.0	16'132.1
	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	
1995	0.0	29.3	2.3	31.6	31.7	3.9	1.8	0.2	37.6	23.1	7.8	0.0	100.0
1996	0.0	29.4	2.7	32.2	32.9	3.7	1.8	0.1	38.6	24.3	5.0	0.0	100.0
1997	0.0	29.2	3.4	32.6	32.7	3.8	1.9	0.1	38.5	21.0	7.9	0.0	100.0
1998	0.0	28.2	3.8	32.0	32.6	4.0	1.8	0.1	38.6	20.5	9.0	0.0	100.0
1999	0.0	28.8	3.6	32.4	32.7	4.2	1.7	0.1	38.8	17.8	11.1	0.0	100.0
2000	0.0	28.8	3.8	32.6	32.9	4.3	1.7	0.1	39.0	18.4	10.1	0.0	100.0
2001	0.0	31.3	4.0	35.3	32.5	4.1	1.6	0.1	38.3	17.2	9.3	0.0	100.0

1) Assureurs-maladie LAMal (caisses-maladie), en ce qui concerne les assurances complémentaires (LCA), et institutions d'assurance privées

2) Paiements directs des ménages aux fournisseurs de biens et services pour prestations non couvertes par les assurances

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Financement hospitalier)

Modification du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du ¹,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 21, al. 4

Abrogé

Art. 22a (nouveau) Données de base

¹ La Confédération établit les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets ainsi qu'à la surveillance de l'exécution et de l'application de la présente loi.

² La Confédération collecte auprès des assureurs, des fournisseurs de prestations et de la population les données nécessaires à l'application de l'al. 1. En particulier les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires à celles-ci pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les personnes physiques et morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les informations doivent être mises gratuitement à disposition.

³ La Confédération met à disposition des cantons, des assureurs ainsi que des institutions figurant à l'art. 84a, sous une forme non anonyme, des données qui servent à des objectifs de surveillance et à d'autres objectifs administratifs.

⁴ L'anonymat des assurés doit être dans tous les cas garanti. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le flux de données qui en découle.

Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive, e et f

² Ces prestations comprennent:

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

- a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
- e. le séjour à l'hôpital;
- f. *Abrogé*

Art. 29, al. 2, let. b

² Ces prestations comprennent:

- b. l'accouchement à domicile ou dans un hôpital ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;

Art. 35, al. 2, let. i

Abrogé

Art. 39, al. 1, let. d, 2 - 6 (nouveau)

¹ Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis à fournir des prestations obligatoirement assurées en vertu de la présente loi s'ils:

- d. correspondent à la planification établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers;

² La planification des besoins en soins hospitaliers au sens de l'al. 1, let. d, vise à couvrir les besoins de toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la présente loi (art. 3) et tient compte des flux de patients entre les cantons. Elle doit inclure de manière adéquate les organismes privés.

³ Les cantons sont tenus d'établir une planification commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral établit la planification.

⁴ La liste au sens de l'al. 1, let. e, comprend l'ensemble des hôpitaux du canton qui sont nécessaires à la couverture des besoins en soins et qui disposent d'un mandat de prestations; elle peut également comprendre des hôpitaux qui sont situés dans d'autres cantons et qui font l'objet d'un accord avec un ou plusieurs autres cantons ou directement entre le canton et l'établissement concerné. Les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi de mandats de prestations.

⁵ Le Conseil fédéral peut édicter des principes généraux uniformes pour la planification, dans la mesure où cela est nécessaire à l'établissement conjoint des planifications par plusieurs cantons. Il consultera au préalable les cantons.

⁶ Les dispositions relatives à l'admission (al. 1), à la planification (al. 2 et 3) et à l'établissement de listes (al. 4) s'appliquent par analogie aux établissements qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation de longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 41, al. 1, 3^e phrase, 2, let. b, et 3

¹ ... En cas de traitement hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans les hôpitaux qui figurent sur la liste du canton où réside l'assuré.

² Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

b. dans les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré subit un traitement hospitalier dans un hôpital situé hors de son canton de résidence, celui-ci rembourse la part due conformément à l'art. 49.

Art. 47, al. 2

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré fourni en dehors d'un contrat d'admission au sens de l'art. 35a ou pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

Art. 49

Conventions tarifaires avec les hôpitaux

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39), les parties à une convention conviennent de forfaits. Ces derniers sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Ces structures sont convenues par les partenaires tarifaires. Si ces derniers ne peuvent s'entendre, elles sont fixées par le Conseil fédéral.

² Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne soient pas comprises dans le forfait mais facturés séparément.

³ 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.

⁴ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des al. 1 à 3, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable.

⁵ Les rémunérations au sens des al. 1 à 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital pour les prestations prévues par la présente loi.

⁶ Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire à l'hôpital.

⁷ Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comporter notamment toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution.

⁸ Le gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention selon l'art. 46, al. 5, et demander à l'autorité compétente (art. 46, al. 4.) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 6), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire. Les al. 7 et 8 de l'art. 49 sont applicables par analogie.

Art. 51, al. 1

¹ Le canton peut, en tant qu'instrument de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49, al. 3, est réservée.

Art. 53, al. 1

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des art. 39, 45, 46, al. 4, 47, 48, al. 1 à 3, 49, al. 8, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

Art. 79a (nouveau) Droit de recours du canton

Le droit de recours selon l'art. 72 LPGA³ 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.

Art. 84a, al. 1, let. f

¹ Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPGa:

- f. aux autorités cantonales compétentes, s'agissant des données visées à l'art. 22a, qui sont nécessaires à la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ainsi qu'à l'examen des tarifs.;

Art. 104a, al. 2

² Tant que les coûts des prestations des établissements médico-sociaux ne sont pas calculés selon une méthode uniforme (art. 49, al. 7, et 50), le département peut déterminer par voie d'ordonnance dans quelles proportions ces prestations doivent être prises en charge.

II

Dispositions transitoires

¹ Les planifications et les listes hospitalières cantonales doivent répondre aux exigences de l'art. 39 dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la présente modification. La première version de la planification selon l'art. 39, al. 3, doit être établie d'ici fin 2006 et concrétisée dans un délai de 3 ans.

² Le Conseil fédéral fixe la date à compter de laquelle les forfaits liés aux prestations prévus à l'art. 49, al. 1, doivent se fonder sur des structures uniformes sur le plan suisse. L'introduction peut se faire par étapes.

³ Dès l'entrée en vigueur de la présente modification, la part des assureurs et des cantons aux rémunérations prévues à l'art. 49, al. 3, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics doit être adaptée, sur la base de leurs parts respectives lors de l'entrée en vigueur, pour atteindre la parité lors de la troisième année. La différence sera réduite d'un tiers la première année et de deux tiers la deuxième année. La prise en compte des coûts d'investissement d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics dans le calcul du tarif intervient avec l'introduction de forfaits liés aux prestations qui se basent sur des structures uniformes sur le plan suisse. Le Conseil fédéral détermine la manière dont les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

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'investissement, dans le délai de 2 ans dès l'entrée en vigueur de la présente modification.

⁵ Le Conseil fédéral propose dans un délai de 3 ans dès l'entrée en vigueur de la présente modification, une révision de loi qui prévoit le passage à un système de financement moniste, de sorte que les fournisseurs de prestations n'aient à faire qu'à un seul agent-payeur.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1^{er} janvier 2006 ou le 1^{er} janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.

Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

Managed care

Rapport explicatif

Introduction

1 Partie générale

1.1 Historique

Le Conseil fédéral a élaboré les bases nécessaires pour introduire à titre d'essai des formes particulières d'assurance dès 1989, c'est-à-dire encore sous le régime de l'ancienne loi (loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie [LAMA]). Il l'a fait par le biais d'une modification de l'ordonnance V du 2 février 1965 (abrogée depuis) sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance, ainsi que leur sécurité financière (RO 1990 21). Les art. 23 et suivants de cette ordonnance prévoyaient que les caisses étaient autorisées à gérer, en plus de l'assurance ordinaire de base, des assurances dans lesquelles le traitement des assurés était confié aux seuls médecins désignés par la caisse (assurance avec choix limité du médecin), ainsi que des assurances dans lesquelles une réduction de prime est accordée lorsque l'assuré, durant toute une année civile, n'a bénéficié d'aucune prestation (assurance avec bonus). Ces offres devaient être approuvées et subordonnées à la réalisation de certaines recherches scientifiques. Le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, ainsi que les effets de ces modèles en termes de coûts, ont fait l'objet d'une vaste étude débouchant sur des rapports très complets (voir à ce sujet Baur Rita, Hunger Wolfgang, Kämpf Klaus, Stock Klaus – Prognos AG, Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, rapport de synthèse, Berne 1998).

Dans son message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 77, notamment p. 86), le Conseil fédéral, espérant un effet réducteur sur les coûts, proposait d'inscrire définitivement les formes particulières d'assurance dans le nouveau droit, ce qui a été fait avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). En vertu de l'art. 41, al. 4, LAMal, l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses. Dans ce cas, l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs. Il est autorisé à réduire les primes des assurés qui optent pour un tel modèle (art. 62, al. 1, LAMal). Par ailleurs, le Conseil fédéral peut supprimer la participation aux coûts pour une telle assurance, lorsque cette participation se révèle inappropriée (art. 64, al. 6, let. c, LAMal).

En peu de temps, les assureurs ont mis sur pied et offerts à leurs assurés diverses formes particulières d'assurance basées sur ces dispositions, le plus souvent des « Health Maintenance Organizations » (HMO) et des modèles du médecin de famille, et, plus rarement, des modèles comportant des listes de médecins, dont les plus chers sont exclus. Les HMO sont des cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employés et perçoivent un salaire fixe ; les médecins responsables sont en outre intéressés aux résultats. Dans les modèles du médecin de famille, la personne assurée choisit un médecin de famille dans une liste établie par l'assureur. Dans les deux modèles, il faut toujours consulter en premier (hormis en

cas d'urgence) le HMO ou le médecin de famille choisi, qui fonctionne comme « gatekeeper ». Dans les modèles d'assurance comportant une liste de médecins (Preferred-Provider-Organization, PPO), les assurés choisissent les fournisseurs de prestations sur une liste qui est adaptée tous les ans par l'assureur-maladie et qui contient uniquement les noms des médecins dont les coûts se situent dans la moyenne par rapport à ceux des spécialistes du même domaine dans le canton. Il n'existe pas de « gatekeeping » et les fournisseurs de prestations n'ont pas la responsabilité financière; ils sont en effet rémunérés à la prestation.

Après un développement rapide au début, dû d'une part à la flambée des primes de l'assurance-maladie et d'autre part à l'accroissement des offres de la part des assureurs, l'effectif d'assurés ayant opté pour des formes particulières d'assurance stagne actuellement. En 1999 et 2000, le nombre de nouveaux contrats conclus pour des modèles du médecin de famille a nettement baissé et quelques HMO ont fermé. Par ailleurs, plusieurs assureurs ne proposent plus que des modèles « allégés » ne contenant que quelques éléments du managed care.

L'analyse des effets de la LAMal (Office fédéral des assurances sociales, Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal : rapport de synthèse, Berne 2001; p. 125) a par la suite également montré que les formes particulières d'assurance ne rencontrent qu'un faible écho en Suisse. Les assurés en effet sont peu enclins à de leur côté également que peu utilisé la marge de manœuvre très large que la LAMal leur laisse pour créer et promouvoir des modèles originaux de managed care. Il est donc indispensable de renforcer les incitations visant à promouvoir ces modèles.

1.2 Deuxième révision de la LAMal

Dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2ème révision de la LAMal (FF 2001 693, notamment 736 s.), le Conseil fédéral entendait obliger les assureurs à proposer au moins une forme particulière d'assurance dans l'ensemble de leur rayon d'activité. Le but était, d'une part, de les inciter à proposer davantage de formes particulières d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations et, d'autre part, de permettre aux assurés d'adopter un comportement conscient en matière de coûts et de se décider pour une limitation du choix du fournisseur de prestations. En réalité, comme l'a précisé le Conseil fédéral, les assurés ne peuvent accepter une telle limitation que si les fournisseurs de prestations montrent davantage d'empressement qu'aujourd'hui à conclure des conventions de ce type avec les assureurs. La modifications d'autres conditions-cadre, dans la perspective d'une promotion des modèles de managed care, n'a pas été proposée

Au cours des débats parlementaires, cette intention a certes été louée, mais une meilleure promotion des modèles de managed care a aussi été réclamée sur la base d'une suppression partielle de l'obligation de contracter. Il a ainsi été proposé d'introduire un modèle dénommé « réseau de soins coordonnés ». Les réseaux de ce type sont rattachés au concept de managed care parce qu'ils constituent un système de soins uniforme et global, comprenant toute la chaîne des soins. Le « gatekeeping » y occupe une place particulièrement importante : la personne

assurée doit toujours s'adresser en premier lieu au médecin de famille du réseau, qui la dirige, si besoin est, vers d'autres membres de la chaîne thérapeutique. Dans ces réseaux, les fournisseurs de prestations assument la responsabilité financière pour le traitement des assurés dont ils s'occupent (responsabilité budgétaire) dans la mesure convenue par le contrat. Cette forme particulière d'assurance se base ainsi sur une collaboration dont l'essentiel est réglé dans un contrat entre un groupe de fournisseurs de prestations et un assureur. Les assureurs-maladie auraient été obligés de proposer des formes d'assurance comportant une coresponsabilité budgétaire et un choix limité des fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral aurait pu autoriser des exceptions, par exemple pour les régions rurales.

Le Conseil des Etats, lors de sa séance du 16 décembre 2003, a accepté les propositions de la Conférence de conciliation relatives à la 2ème révision de la LAMal, mais le Conseil national les a refusées lors de sa séance du 17 décembre 2003. Ce refus scella l'échec du projet, trois ans après le début des débats au Parlement.

1.3 Réformes proposées par les experts

Lors de sa séance spéciale du 22 mai 2002 sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a conclu que la LAMal avait obtenu dans l'ensemble de bons résultats, mais qu'il fallait renforcer les mesures de maîtrise des coûts et réformer par étapes l'assurance-maladie en conséquence. Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de lui soumettre des propositions notamment sur la façon d'encourager la diffusion des modèles de managed care par des systèmes incitatifs appropriés. Il s'agissait en particulier de présenter des propositions visant à modifier les conditions-cadres afin que ces modèles soient plus attrayants pour les assureurs, les fournisseurs de prestations et les assurés. Ces travaux devaient constituer les bases d'une 3ème révision partielle de la LAMal.

Le DFI a par la suite constitué un groupe de travail dirigé par un expert indépendant (Dr. iur. M. Markus Moser) et l'a chargé d'élaborer des scénarios correspondants. Ce groupe comprenait des représentants des assureurs-maladie suisses (santésuisse), de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (aujourd'hui Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), de la Fédération des médecins suisses (FMH), de Medix Management SA, de H+ Les hôpitaux de Suisse, du cercle de qualité médecins-pharmaciens du canton de Fribourg et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Les experts consultés, tenant compte des critères formulés, ont résumé les principales réformes à envisager. Ils partent des principes suivants :

- on ne doit plus parler de formes d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, mais de « modèles de soins intégrés ». Cette nouvelle formulation linguistique a pour objectif d'insister sur le mode particulier de fourniture des soins médicaux ;
- il faut mettre en place des incitations efficaces et laisser aux acteurs une marge de manœuvre très importante pour l'organisation concrète. Il n'est donc plus prévu

d'obligations ni pour les assurés (entrée), ni pour les assureurs et/ou les fournisseurs de prestations (offre).

Afin de promouvoir le managed care, les éléments suivants sont prévus :

- Contrat entre les assureurs et un groupe de fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations doivent en principe assumeensemble la coordination de tous les soins dispensés aux assurés. Pour laisser la plus grande marge de manœuvre possible tant du côté de l'offre que de celui de la demande, il est nécessaire que les assureurs et les fournisseurs de prestations règlent par contrat les points essentiels de leur collaboration, principalement la coresponsabilité économique incombant aux fournisseurs (dans quelle mesure le réseau de soins est responsable du budget) et les dispositions relatives au remboursement et à la qualité des prestations.

Les assureurs et les fournisseurs de prestations participant au modèle de soins peuvent convenir dans le contrat que la rémunération de ces derniers interviendra pour le groupe qu'il forme (rapport externe) et de les laisser régler entre eux la répartition du montant de la rémunération (rapport interne). Pour les prestations qui ne peuvent pas être fournies dans le cadre du réseau de soins, les fournisseurs de prestations qui y participent sont autorisés à conclure des contrats avec des fournisseurs de prestations extérieurs audit réseau et à régler directement avec eux, par contrat, les modalités de remboursement. Il n'est pas permis d'exclure des prestations prévues par la loi, mais il faut pouvoir admettre des prestations qui sortent du cadre prévu par l'assurance obligatoire des soins.

Si la convention tarifaire prévoit un budget prospectif, les cantons doivent pouvoir participer à la fixation conventionnelle d'un système de rémunération par capitation. Les contributions cantonales aux traitements hospitaliers peuvent être incluses dans ce budget, sous forme de subvention à venir, par un contrat avec le canton.

- Dispositions touchant les assurés

Au contraire du droit en vigueur, les modèles de soins intégrés doivent être autorisés à convenir librement avec leurs assurés de leur adhésion et de leur retrait. Le groupe d'experts refuse de leur imposer une durée minimale de participation, sans toutefois exclure totalement cette possibilité. Il sera donc nécessaire, le cas échéant, de régler par un contrat entre les assureurs et les assurés cette durée minimale, ainsi que la façon de récompenser la fidélité de l'assuré.

- Incitations financières

Sur de nombreux points, les réformes proposées par les experts privilégient des mesures d'incitation. En ce qui concerne les mesures financières visant à inciter les assurés à opter pour les réseaux de soins intégrés, les experts proposent entre autres :

- d'autoriser les assureurs à accorder aux assurés des réductions de primes et des ristournes en fin d'année ;

- d'en accroître l'attrait pour les personnes ayant des coûts de traitement élevés en réduisant la quote-part par rapport à celle en vigueur dans l'assurance obligatoire des soins ;
- d'accorder aux assureurs une grande liberté quant au découpage de leurs régions de primes pour les réseaux de soins intégrés (par exemple une prime unique ne tenant pas compte des limites des régions et des cantons) ;
- de conserver l'incitation financière pour les personnes ayant droit à des réductions de primes en continuant à faire dépendre ces réductions des primes du modèle de base.

Si un assuré enfreint les règles en vigueur dans le modèle de soins intégrés, les experts privilégient, en tant que sanction, la perte des avantages financiers. Refuser des prestations ne serait pas approprié, puisque les assurés ont droit à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

- *Conditions-cadre*

Les experts ont mis en avant différents éléments qui peuvent exercer une influence positive ou négative sur l'évolution des modèles particuliers d'assurance, mais qui ne font pas directement partie du paquet de réformes visant le managed care :

- l'assouplissement ou la suppression de l'obligation de contracter pourrait inciter davantage de fournisseurs de prestations à participer à des modèles de soins particuliers ;
- le système actuel de financement des hôpitaux diminue le potentiel des soins intégrés, car les économies dans le domaine hospitalier n'ont d'efficacité qu'en lien avec les tarifs de l'assurance-maladie, mais pas avec l'ensemble des coûts hospitaliers ;
- un autre obstacle à l'innovation dans le domaine du managed care, inhérent au système, est le fait que la compensation des risques ne prend en compte que les facteurs de l'âge et du sexe, mais non pas la charge que constitue une maladie pour le collectif d'assurés. 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'assurance particulièrement intéressante pour ce collectif d'assurés.

Les experts estiment par ailleurs qu'un cadre ne s'arrêtant pas aux assureurs et aux modèles serait nécessaire, notamment pour les travaux préparatoires, l'évaluation et la recherche.

1.4 Objectifs politiques

L'analyse des effets de la LAMal, réalisée de 1996 à 2000, montre que la nouvelle loi a atteint ses objectifs en termes de prestations et de système (catalogue complet de prestations, assurance obligatoire avec pluralité de caisses et prime uniforme), mais qu'elle présente encore des lacunes évidentes en ce qui concerne les instru-

ments de maîtrise des coûts. C'est pourquoi, dans son message relatif à 2ème révision de la LAMal, le Conseil fédéral a mis l'accent sur l'optimisation du système : les principes inscrits dans la loi doivent être appliqués de manière plus conséquente, mais ne pas être remis en question par un changement de système. Cette stratégie est largement acceptée.

Comme déjà mentionné, les modèles de managed care ne jouent en Suisse qu'un rôle limité du point de vue de la politique de santé. Toutefois, avec la pression croissante des coûts et autres augmentations de primes, il est fort probable qu'ils susciteront de plus en plus d'intérêt à l'avenir. Il est donc indispensable de promouvoir des formes particulières d'assurance si l'on veut mieux maîtriser les coûts et accroître l'efficacité tout en maintenant dans le même temps la qualité des soins. Pour que ces derniers restent de haute qualité et économiques, les formes d'assurance les plus appropriées sont celles où, premièrement, les patients sont accompagnés et suivis pendant toute la durée du diagnostic et du traitement et où, deuxièmement, les assureurs et les fournisseurs de prestations assument ensemble la responsabilité financière de l'ensemble du traitement. Dans ce sens, le Conseil fédéral reprend les propositions discutées dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal et les complète par des éléments issus des travaux préparatoires de la 3ème révision.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Orientation générale

Les modèles de managed care doivent continuer de représenter une alternative à la forme classique de l'assurance-maladie obligatoire. Un tel modèle ne doit pas être imposé aux assurés ; pour permettre le bon fonctionnement de tels modèles, il faut absolument que les assurés les choisissent librement, en considérant la gestion de l'ensemble du traitement comme un service appréciable et non pas comme une restriction de leur liberté de choix actuelle. Il convient également de ne pas obliger tous les fournisseurs de prestations à collaborer au sein de réseaux de soins, car la qualité des modèles de managed care dépend dans une large mesure de l'échange d'expériences entre les fournisseurs de prestations au sein de ce qu'on appelle les cercles de qualité. Obliger tous les fournisseurs de prestations à participer à de tels modèles les priverait de la base de confiance indispensable.

Dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal, le Conseil fédéral avait également demandé que tous les assureurs soient tenus de proposer sur l'ensemble du territoire une forme particulière d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Les débats ont cependant mis en évidence que cette obligation imposée aux seuls assureurs ne permettrait guère de parvenir au résultat escompté : d'une part les assureurs sont nettement désavantagés lors des négociations avec les fournisseurs de prestations, parce que, contrairement à ces derniers, ils sont contraints de conclure un contrat ; d'autre part, cette obligation ne garantit pas que des modèles de managed care dignes de ce nom seront effectivement proposés partout. Pour ces raisons, le Conseil fédéral a changé d'avis sur ce point de la stratégie et ne souhaite

plus obliger les assureurs à proposer ces modèles. En fin de compte, toute participation imposée à de tels modèles contredit l'esprit même de ces derniers et risque même de jeter le discrédit sur eux. Ce caractère obligatoire pourrait ôter aux modèles leur effet incitatif et ne pas entraîner les changements de comportement nécessaires.

Le Conseil fédéral propose donc de ne prévoir d'obligation légale pour aucun des participants aux modèles de managed care. Il considère qu'associer le caractère facultatif et la liberté de contracter à des incitations suffisamment fortes est le meilleur moyen de promouvoir ces modèles. Les accords entre les parties concernées ne doivent pas être conclus sous la contrainte d'obligations légales, mais être le fruit d'une libre concurrence.

L'objectif des modèles de managed care est d'obtenir des traitements de grande qualité grâce à la collaboration de tous les participants et d'utiliser au mieux les ressources existantes. C'est en intensifiant la collaboration des fournisseurs de prestations et en passant des conventions particulières de garantie de la qualité que l'on atteindra cet objectif. Il ne faut pas se contenter de mettre en place des incitations financières ; il faut aussi accroître la confiance dans ces modèles d'assurance et surtout dans leur qualité. Les assurés doivent savoir que ces modèles, justement, respectent des principes tels que la prise en charge globale du patient, la garantie de la continuité des soins et la qualité des prestations. La qualité que l'on attend de ces modèles devrait les rendre attractifs non seulement pour les assurés, mais aussi pour les fournisseurs de prestations. Pour les assurés, un autre élément intéressant est la possibilité d'obtenir, sur la base des économies effectivement réalisées, non seulement des diminutions de primes mais également des ristournes.

2.2 Autres points sur lesquels porte la révision

Médicaments importants pour le traitement des maladies rares (médicaments orphelins)

Il arrive souvent que des médicaments importants pour le traitement des maladies rares ne soient pas enregistrés en Suisse parce qu'un enregistrement ne présente pas un intérêt financier suffisant pour les entreprises pharmaceutiques du fait de l'exiguïté du marché national. Mais l'enregistrement d'un médicament est nécessaire pour qu'il puisse figurer dans la liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités ; art. 52, al. 1, let. b, LAMal). Cette liste indique quels sont les médicaments qui doivent être remboursés par l'assurance-maladie obligatoire. On arrive ainsi à une situation paradoxale, dans laquelle l'assurance obligatoire des soins ne rembourse pas les médicaments nécessaires aux patients atteints de maladies rares, c'est-à-dire une catégorie de personnes particulièrement défavorisée qui doit, pour cette raison, bénéficier d'une protection appropriée. Comme on s'est aperçu que la première barrière au remboursement de ce qu'on appelle les médicaments orphelins est l'autorisation de mise sur le marché suisse, il a été prévu à l'art. 14, al. 1, let. f, de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (LPTh, RS 812.21, en vigueur depuis le 1^{er} janvier

2002) une procédure d'autorisation simplifiée pour les médicaments importants destinés aux maladies rares (message du Conseil fédéral du 1^{er} mars 1999, FF 1999 3151). Ces procédures facilitées pour les médicaments orphelins devraient aussi avoir rapidement des répercussions dans l'assurance-maladie sociale. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de compléter l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal de façon à ce que la liste des spécialités contienne également des médicaments importants pour le traitement des maladies rares.

Mesures dans le domaine des médicaments

Dans le domaine des médicaments, deux mesures ont été préconisées ces dernières années afin de maîtriser les coûts : l'obligation de prescrire des principes actifs plutôt qu'un médicament précis et la remise des médicaments meilleur marché. Le Conseil fédéral s'est prononcé à plusieurs reprises pour la promotion des génériques, mais a également toujours affirmé son opposition à l'obligation de substitution.

L'obligation de prescrire des principes actifs a des conséquences pour la liberté thérapeutique des médecins, met en danger la sécurité des médicaments, nuit au suivi du traitement (observance) des patients. Sur la base de sa liberté thérapeutique, le médecin décide, en se fondant sur l'anamnèse du patient et sur le diagnostic, quel traitement – et donc quel médicament – est le plus approprié. Pour ce faire, il a déjà la possibilité, avec le droit de substitution énoncé à l'art. 52a LAMal, de laisser au pharmacien le choix du médicament, si rien ne s'y oppose du point de vue médical. C'est donc toujours le médecin qui assume la responsabilité thérapeutique. Il n'en va pas de même avec l'obligation de prescrire des principes actifs, où c'est le pharmacien qui décide en se basant uniquement sur le nom du principe actif indiqué sur l'ordonnance, sans connaître en détail l'historique de la maladie ainsi que d'autres éléments importants pour la thérapie. S'il remet au patient un médicament inapproprié ou inconnu de lui, il risque de compromettre considérablement la réussite du traitement, voire de faire échouer celui-ci. Le changement de médicaments entraîné par la substitution obligatoire risque de compromettre le respect de la prescription (observance), notamment chez les personnes âgées, les personnes atteintes de plusieurs pathologies et les patients chroniques, devant suivre des traitements de longue durée. Les médicaments contenant le même principe actif n'ont pas toujours la même composition, ce qui peut influencer sur leur efficacité ou occasionner des complications. La galénique (présentation du médicament) peut aussi varier. Or pour certaines maladies, la précision de la posologie est la clé d'un traitement réussi.

L'obligation de prescrire des principes actifs n'apporte que peu d'économies. Sur 7400 médicaments admis sur le marché, 2500 sont pris en charge par l'assurance obligatoire ; 60 % d'entre eux sont protégés par un brevet, 3 % sont déjà des génériques et 37 %, soit 900 médicaments environ, sont tombés dans le domaine public. Mais seulement 10 % des médicaments dont le brevet est échu, soit 250 médicaments, sont réellement concurrencés par des génériques. Même si tous les médicaments tombés dans le domaine public étaient (en théorie) totalement remplacés par des génériques, le potentiel d'économie serait faible. En effet, on sait

que les anciens médicaments bon marché, encore conformes aux connaissances actuelles, sont en permanence remplacés par des nouveaux, meilleurs mais généralement plus chers. L'obligation de prescrire des principes actifs n'empêcherait pas ce type de substitution.

Pour des raisons économiques, l'obligation de prescrire le médicament le moins cher poserait des problèmes. Avec les médicaments les moins onéreux, il se crée du côté des producteurs, dans chaque segment du marché, une situation de monopole à court terme, car seul le producteur fabriquant ce médicament peut faire rembourser son produit par l'assurance-maladie sociale ; il occupe donc ce segment à lui tout seul et il peut tirer profit de cette situation pour augmenter son prix tant qu'un autre producteur n'a pas réussi à franchir les barrières du marché et à proposer un produit similaire à un prix inférieur. Mais, en fin de compte, l'intérêt qu'ont les producteurs à proposer un produit le moins cher possible provoque entre eux une concurrence ruineuse. On peut se demander s'ils ont la possibilité de planifier à assez long terme quand ils cherchent à diminuer le plus possible les coûts de production et à tirer à court terme le maximum de bénéfices d'une situation de monopole. Il est plus vraisemblable qu'ils diminueront leurs efforts d'innovation et se contenteront de la qualité minimale.

Par conséquent, le Conseil fédéral se limite, dans ce projet, à reprendre les mesures concernant les médicaments proposées dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal et à proposer en outre de compléter la réglementation en ce qui concerne la répercussion d'avantages qui existent justement en relation avec les médicaments. La question des importations parallèles, qui revient sans cesse dans les discussions du public, relève en revanche du droit des brevets et de la mise en circulation d'un médicament en Suisse et non de la LAMal. L'art. 14, al. 2, LPTh prévoit en outre, à certaines conditions, une procédure facilitée pour la mise en circulation d'un médicament déjà admis en Suisse et également en vente à l'étranger.

En relation avec le projet portant sur la participation aux coûts contenu dans le premier paquet législatif de la révision de l'assurance-maladie, il faut ajouter que, en cas de différenciation de la participation aux coûts au niveau de l'ordonnance, une réduction de la quote-part est envisageable non seulement lors du choix d'un médicament générique mais aussi lors du choix de tous médicaments dont le brevet est expiré. Ainsi, la tendance de prescrire les produits les plus récents et le plus souvent aussi les plus onéreux peut être limitée, dans la mesure où l'utilité supplémentaire liée à ces nouveaux produits n'est pas déterminante pour le traitement. Comme pour les médicaments génériques, une information des patients sur la possibilité de choix est cependant une condition.

3

Partie spéciale : commentaire des différentes dispositions

Art. 41a, al. 1 et 2 (nouveau)

Les al. 1 et 2 de cette disposition correspondent à l'actuel art. 41, al. 4, LAMal

Art. 41a, al. 3, 4 et 5 (nouveau)

Le contenu des al. 2, 2bis et 3 de l'actuel art. 62 LAMal est réuni aux al. 3, 4 et 5 de cette disposition.

Article 41b (nouveau)

Durée du rapport d'assurance

La personne assurée qui opte pour un choix limité des fournisseurs de prestations assume une plus grande responsabilité personnelle. Pour cette raison, l'assureur peut lui proposer des primes réduites ou supprimer la participation aux coûts conformément à l'art. 64, al. 6, let. c, LAMal. Pour éviter que ladite personne, en cas de maladie, renonce à assumer cette plus grande part de responsabilité personnelle en retournant dans l'assurance ordinaire, l'assureur doit aussi avoir la possibilité de la lier à relativement long terme, avec son accord, au choix d'une forme particulière d'assurance. Les mêmes conditions s'appliquent également à l'assurance avec franchise à option selon l'art. 41a, al. 3, let. a. L'assureur peut prévoir pour le rapport d'assurance une durée maximale de trois ans. Un changement d'assureur avant l'échéance de la durée convenue n'est possible qu'en cas de changement important des conditions d'assurance, par exemple si l'assureur augmente la participation aux coûts. Par contre une hausse de prime ou une diminution du rabais sur la prime ou de la ristourne ne constitue pas un changement important. Si donc l'assureur augmente les primes ou diminue les rabais avec l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique, la personne assurée ne peut changer d'assureur, bien que sa charge financière augmente. La durée maximale du rapport d'assurance étant limitée à trois ans, le lien que constitue le contrat n'est pas excessif pour la personne assurée. L'assureur fixe les modalités de sortie et peut alors prévoir une possibilité supplémentaire de sortie avant l'échéance de la durée du rapport d'assurance. A l'expiration de la durée maximale de trois ans, les conditions générales de l'art. 7 LAMal relatives au changement d'assureur trouvent de nouveau application.

Art. 41c, al. 1 (nouveau)

Même si le choix des assurés est libre et la participation des assureurs et des fournisseurs de prestations facultative, la réglementation des réseaux de soins intégrés doit être inscrite dans la loi. Ces réseaux doivent donc être considérés comme des formes particulières d'assurance reposant sur un contrat conclu entre, d'une part, un ou plusieurs assureurs et, d'autre part, un groupe de fournisseurs de prestations.

La volonté de tous les partenaires de faire partie du réseau sur une base facultative est indispensable. Ce caractère facultatif doit être renforcé par des obligations contractuelles concrètes, fondées sur des règles communes qui fixent la nature de la collaboration. Ces règles comprendront notamment l'admission de chaque partenaire dans le réseau sur la base de ses compétences, l'adoption et la définition des règles communes touchant la prise en charge des coûts pour les assurés, la définition de règles de comportement ou de protocoles de traitement, le regroupement des informations concernant les patients, l'institution d'un organe de coordination et

d'un service administratif étroitement lié au fonctionnement quotidien du réseau, des mesures internes de qualité et éventuellement l'acceptation d'évaluations externes périodiques, ainsi qu'une formation continue systématique en vue de conférer à l'ensemble du réseau une qualité optimale s'agissant de la réalisation des objectifs et de l'amélioration des procédures. Il s'agit là de fixer un minimum de valeurs sur lesquelles chacun fondera sa contribution au réseau de soins. Seule la convergence de tous les efforts en vue de réunir ces conditions permettra d'asseoir une collaboration cohérente et durable.

Art. 41c, al. 2 (nouveau)

Actuellement, la plupart des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire sont rémunérés à la prestation. Leur revenu dépend donc du volume des prestations fournies. De ce fait, la tentation est grande de fournir plus de prestations que nécessaire. Le projet prévoit par conséquent que les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégré assument, dans les limites fixées par le contrat, la responsabilité financière des soins médicaux prodigués aux assurés dont ils s'occupent (responsabilité budgétaire). Dans les réseaux de ce type, les prestations sont en principe rétribuées par « capitation », mais d'autres formes de rétribution, telles qu'un tarif horaire ou même un tarif à la prestation pour des prestations particulières, ne sont pas exclues. Cette dernière forme est indiquée surtout pour des prestations dont il ne serait pas raisonnable de faire supporter l'ensemble des coûts par le réseau (p. ex. dans le domaine de la transplantation). Si les réseaux de soins intégrés devaient supporter l'intégralité du risque économique, ils joueraient le rôle d'assureurs. Le risque est la base même de l'assurance, sa motivation économique et sa caractéristique juridique. De plus, le risque serait grand que, s'ils participaient financièrement à des coûts qu'ils sont tenus de réduire eux-mêmes, les membres du réseau ne fournissent qu'un minimum de prestations.

La capitation, du latin *per capita* (« par tête »), correspond à un forfait préétabli que l'assureur-maladie verse périodiquement (en général annuellement), par personne assurée rattachée au réseau et pour l'ensemble des prestations, au fournisseur de prestations ou à un groupe de prestataires réunis en un réseau de soins intégré. Ce montant est versé, que la personne assurée recoure ou non à des prestations. Cette forme de rétribution vise à freiner la hausse des coûts de la santé. Elle permet aux assureurs de mieux contrôler l'importance du traitement de leurs assurés et surtout les coûts qui en résultent. La proportion dans laquelle le fournisseur de prestations participe aussi au risque financier l'incite de son côté à travailler aussi efficacement que possible et en particulier à éviter les mesures inutiles ou coûteuses. La rétribution par capitation entraîne aussi un changement fondamental de la relation entre fournisseur de prestations et patient. Aujourd'hui, en général, le patient consulte le médecin lorsqu'il est déjà malade. Dans cette situation, le corps médical est confiné dans un rôle réactif. Avec le système de rémunération prévu, le fournisseur de prestations membre d'un réseau de soins intégré acquiert un rôle proactif ; il a un intérêt matériel à ce que son patient reste en bonne santé et donc à privilégier la prévention par rapport à la guérison.

La responsabilité budgétaire doit se rapporter à l'ensemble des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Les modèles de soins intégrés prévoient un système global et uniforme pour l'ensemble de la chaîne de traitement. Le but visé est de rendre tous les acteurs de la chaîne financièrement coresponsables des soins médicaux fournis.

Art. 41c, al. 3 (nouveau)

Dans cet esprit, les réseaux de soins intégrés doivent aussi proposer toutes les prestations qui peuvent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier, autrement dit toutes les prestations désignées par les articles 25 à 31 LAMal. Il n'est pas admissible d'exclure des prestations prévues par la loi ; en revanche, il doit être permis de fournir des prestations supplémentaires. On entend par là, notamment, des prestations utiles au choix thérapeutique (liées p. ex. à la gestion des cas, lorsqu'il ne s'agit pas de prestations de l'assurance obligatoire des soins ou qu'elles ne sont pas fournies par des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal), mais aussi de prestations soutenant ce choix, p. ex. les conseils en matière de santé. Ces prestations supplémentaires doivent être convenues au préalable par l'assureur et les fournisseurs de prestations dans le contrat qui les lie et peuvent constituer pour les assurés une incitation de plus à opter pour un réseau de soins intégré. Elles doivent cependant être partie intégrante d'un traitement global et approprié, ceci afin d'éviter que les réseaux ne pratiquent la sélection des risques en opérant un tri parmi les prestations.

Il est imaginable que toutes les prestations prévues par la LAMal soient fournies à l'intérieur du réseau de soins, mais aussi que certaines prestations soient externalisées et « achetées » par le réseau. On pense à cet égard en particulier aux prestations hospitalières. Les membres du réseau pourraient « acheter » une prestation externe sans le concours de l'assureur et aussi convenir de la rétribution de cette prestation avec le fournisseur externe. Une clause d'exclusivité n'est pas exclue, car pour les prestations qu'ils ne peuvent fournir eux-mêmes, les réseaux de soins intégrés préféreront recourir à un fournisseur de prestations donné. Les contrats de ce type pourraient également contenir des clauses relatives à la collaboration, à la garantie de la qualité et à l'échange de données concernant le traitement.

Art. 41c, al. 4 (nouveau)

Le Conseil fédéral fixe les modalités précises du réseau de soins intégré. Il réglemente la perception de la quote-part et de la franchise, le calcul des primes et en particulier le rabais maximal autorisé.

Art. 52, al. 1, let. b et al. 4 (nouveau)

La nécessité de compléter l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal, en indiquant que la liste des spécialités doit également comprendre des médicaments importants pour les maladies rares, a déjà été commentée au point 2.2. La mise en œuvre de la

disposition y relative impliquera la création d'un chapitre à part dans la liste des spécialités et la renonciation à la perception d'émoluments.

Comme mentionné au point 2.2, il convient en outre de reprendre les dispositions relatives aux médicaments prévues dans la 2^{ème} révision de la LAMal. Il s'agit d'inscrire explicitement dans la loi qu'un médicament ne sera inclus dans le catalogue des prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que si son efficacité en ce qui concerne les buts diagnostiques et thérapeutiques est prouvée. Le principe de l'art. 32 LAMal est ainsi concrétisé pour les médicaments.

Art. 52a, al 2 et 3 (nouveaux)

Il convient également de mentionner explicitement que le fournisseur de prestations est tenu de remettre un médicament avantageux aussi bien en cas de prescription d'un médicament précis que en cas de prescription d'une substance active. Il faut souligner que, dans tous les cas, le patient doit se voir remettre un produit approprié, et cela, comme on l'a déjà dit, parce que les produits peuvent avoir des effets différents et que le succès du traitement dépend donc essentiellement de l'adéquation du médicament. On ne prescrira ou remettra par conséquent pas forcément le médicament le meilleur marché, mais un médicament approprié plus avantageux que les autres médicaments produisant le même effet. Sur ce point également, il s'agit de concrétiser le principe du caractère économique de la prestation selon les art. 32 et 56 LAMal.

Art. 56, al. 3bis (nouveau)

En particulier lors de l'achat de médicaments, des avantages sont accordés aux fournisseurs de prestations qui ne peuvent pas sans autre être individualisés et repercutés sur le débiteur de la rémunération (assureur ou assuré). Il s'agit par exemple de médicaments gratuits (bonus marchandise), de participations financières des fournisseurs de prestations au chiffre d'affaire annuel atteint en relation avec le volume de commande (bonus annuel) ou du financement d'autres attentions offertes aux fournisseurs de prestations (p. ex. participation à un cours de formation continue ou à un congrès). Dans la mesure où ces avantages échoient à des hôpitaux s'agissant du domaine stationnaire, ceux-ci réduisent d'autant les frais d'exploitation et doivent déjà être pris en compte dans la tarification. La répercussion d'avantages n'est pourtant dans d'autres cas pas possible ou seulement au prix de dépenses considérables (p. ex. individualisation ultérieure du bonus annuel). Il est par conséquent prévu que l'avantage accordé profite au moins à la communauté des assurés tout entière et soit transmis à l'institution commune selon l'art. 18 LAMal et serve ainsi à la couverture des coûts résultant de la pratique de l'assurance-maladie. L'administration de cet argent sont transférées à l'institution commune. Le Conseil fédéral réglemente l'utilisation de cet argent.

Art. 57, al. 9 (nouveau)

Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont

remplies. Pour les médicaments ou les prestations particulièrement coûteux, l'assureur n'est tenu de prendre en charge les coûts que s'il a donné préalablement son accord et qu'il a reçu l'autorisation expresse du médecin-conseil. Les membres des réseaux de soins intégrés étant déjà chargés de la coordination du processus de traitement, ils remplissent les tâches confiées aux médecins-conseils dans le modèle de base de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, les assureurs peuvent déléguer aux fournisseurs de prestations membres d'un réseau de soins intégrés les tâches dévolues au médecin-conseil.

Art. 62, al. 1

S'agissant des formes particulières d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations, et en particulier des réseaux de soins intégrés, les assureurs doivent avoir la possibilité d'accorder des rabais sur les primes non pas à l'avance, mais seulement après coup, en fonction des économies réalisées. La réduction des coûts obtenue sert alors de base pour la participation aux résultats de toutes les parties associées au système. Ainsi, la personne assurée ne profite pas d'emblée d'un rabais sur sa prime, mais participe aux effets d'économie du système par une ristourne correspondante, ce qui constitue une incitation supplémentaire à adopter un comportement conscient en matière de coûts. Le montant de cette ristourne peut être déterminé par les économies réalisées, la durée du rapport d'assurance et le montant de la participation aux coûts.

Ces formes d'assurance ne constituent pas des communautés de risques particulières pour un même assureur. En fixant les rabais sur les primes, l'assureur veillera à ce que les assurés de cette forme particulière d'assurance contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de prime. Le Conseil fédéral définit les besoins de l'assurance selon l'al. 3.

Art. 62, al. 3

Le contenu de la première phrase de l'actuel art. 62, al. 3, LAMal est repris à l'art. 41a, al. 5.

4 Concomitance de la proposition avec les autres modifications de loi en discussion

Les autres modifications de loi discutées dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie touchent des domaines sur lesquels le présent projet aura un impact. Ainsi, l'introduction de la liberté de contracter devrait augmenter l'attrait des modèles de managed care pour les fournisseurs de prestations, car ceux-ci n'auront plus automatiquement droit à entrer dans le système de l'assurance-maladie sociale. On ne peut exclure non plus que les assureurs préfèrent négocier la conclusion d'un contrat avec un groupe de fournisseurs de prestations plutôt que des contrats séparés avec chaque fournisseur de prestations.

L'augmentation de la participation aux coûts dans la forme ordinaire de l'assurance-maladie obligatoire et la possibilité, qui existe aujourd'hui déjà, de réduire cette participation dans des formes particulières d'assurance, incitent davantage encore les assurés à opter pour des modèles de ce type. Les malades chroniques, en particulier, peuvent ainsi profiter d'une quote-part réduite, de même que d'un traitement coordonné et, partant, de meilleure qualité. Il est donc hautement souhaitable que les assurés qui génèrent des frais élevés choisissent ce type de modèle, car c'est là que la coordination de la chaîne des soins produit le plus fort effet d'économie. La prolongation de la compensation des risques garantit que les conditions-cadres pour l'offre de formes particulières d'assurance ne seront pas moins avantageuses : Le but de la compensation des risques consiste à rendre inopérantes des stratégies de sélection de risques des assureurs. Par ailleurs, la compensation des risques doit compenser de manière appropriée les différences existant dans les collectivités de risque des assureurs. Il est ainsi indispensable que la compensation des risques soit prolongée pour que les assureurs proposent aussi des modèles pour les malades chroniques et non seulement des modèles de primes réduites pour les bons risques.

5 Conséquences

5.1 Conséquences financières

5.1.1 Conséquences financières pour la Confédération

Dans la mesure où il n'est pas attribué de nouvelles tâches à la Confédération, les dépenses supplémentaires en personnel pourront être amorties dans le cadre des capacités déjà demandées dans le message du 21 septembre 1998 (FF 1999 725)

Il existe une possibilité, purement théorique toutefois, de conséquences indirectes sur les finances fédérales. De telles conséquences seraient possibles si les primes diminuaient massivement du fait de la révision de la loi et si les cantons, devant accorder des allègements moins importants aux assurés de condition économique modeste, demandaient moins de subsides fédéraux mis à leur disposition.

5.1.2 Conséquences financières pour les cantons

Le projet pourrait avoir des conséquences pour les cantons si l'élargissement des modèles de Managed Care freine la croissance des coûts et si, en conséquence, le besoin de moyens destinés à la réduction des primes augmente dans une mesure moindre qu'en l'absence de cet élargissement.

5.2 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

La révision législative proposée n'entraînera pas de tâches fondamentalement nouvelles pour les assureurs. Les conséquences devraient être comparables à celles habituellement provoquées par des adaptations dans le domaine des fournisseurs de prestations ou dans le secteur tarifaire.

Dans son message sur la 1^{re} révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (FF 1999 725), le Conseil fédéral a déjà dit qu'il considérerait l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, mais aussi l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise à option, comme des instruments efficaces, propres à contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie. De son point de vue, la promotion de formes particulières d'assurance comme le modèle du médecin de famille, les HMO ou les réseaux de soins intégrés constitue un instrument de maîtrise des coûts. Les premières expériences faites avec le modèle du médecin de famille indiquent un potentiel d'économies de 10 à 20 % (G. Mathis, F. Herren : Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen, Managed Care 1/1998, Neuhausen, p. 8 ss.).

Les HMO rétribués par capitation reposent aujourd'hui déjà sur le principe de la responsabilité du budget. Une comparaison de leurs coûts avec ceux des formes ordinaires d'assurance permet d'estimer les répercussions financières de l'extension de tels modèles. La principale difficulté d'une comparaison fondée sur des données propres à la Suisse réside dans la proportion minime des assurés affiliés à un HMO fonctionnant par capitation. La part des assurés affiliés à ce type d'assurance représente pour l'ensemble de la Suisse à peine 2 % et les adultes jeunes et vraisemblablement en bonne santé y sont surreprésentés.

Certains indices, de même que les expériences faites jusqu'ici, invitent à conclure que les économies permises par les modèles HMO sont sensiblement plus importantes que celles réalisées grâce au modèle du médecin de famille. Hansjörg Lehmann parvient à la même conclusion dans sa thèse (Managed Care, Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?, Zurich/Coire 2003, p. 145), les économies se chiffrant selon lui – après déduction des effets de sélection des risques – à 40 % pour les modèles HMO et à 10 % pour le modèle du médecin de famille. En comparant, d'une part, les coûts bruts moyens par tête de l'assurance obligatoire des soins selon l'âge des assurés dans les diverses formes d'assurance en 2002 et, d'autre part, les coûts des HMO rétribués par capitation, ceux du modèle du médecin de famille sans capitation et les coûts engendrés par les assurés ordinaires, on constate que les HMO avec capitation fonctionnent de manière nettement plus avantageuse que le modèle du médecin de famille (cf. annexe). Plus l'âge des patients est avancé et les coûts de santé élevés, plus la différence augmente. A l'échelle de la Suisse, pour les assurés jeunes, les coûts des HMO sont à peu près les mêmes que ceux des assurés ayant une franchise élevée. Ils augmentent à mesure que les assurés prennent de l'âge, mais dans une proportion nettement moindre dans les HMO. L'on peut donc en déduire que le managed care permet de faire des économies particulièrement dans les cas coûteux.

Il n'est pourtant pas sûr que, si l'on généralisait un tel modèle, des économies pourraient être réalisées dans les mêmes proportions que celles qui figurent ci-dessus. Premièrement, le potentiel d'économies a été estimé durant une courte période d'essai, ce qui rend délicate l'extrapolation sur le long terme. En second lieu, cet essai s'est tenu dans des circonstances particulières : d'une part, les médecins qui participent à l'expérience du modèle du médecin de famille représentent une sélection de généralistes motivés et qui assument aussi une part des

responsabilités économiques ; d'autre part, sous l'angle du risque, le profil des assurés correspondrait plutôt à une sélection négative. Si l'on appliquait le modèle du médecin de famille à l'ensemble du système d'assurance, tant les médecins que les patients devraient modifier leur comportement pour que le potentiel de diminution des coûts puisse devenir réalité. On ne peut donc pas partir du principe qu'en matière d'efficience et de qualité du traitement, les résultats obtenus par les modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations seraient aussi bons financièrement si les modèles de managed care étaient étendus à une large échelle : les caractéristiques des patients auxquels les médecins auraient affaire ne seraient pas les mêmes,

En conclusion, on peut retenir qu'en termes de coûts, les avantages établis jusqu'ici des formes de managed care par rapport aux formes ordinaires d'assurance des soins sont considérables. Bien qu'une certaine partie des économies réalisées résulte d'une sélection des risques, des avantages importants demeurent, en particulier avec les modèles HMO ; ils sont le fruit du caractère innovateur de ces modèles et des incitations économiques modifiées.

5.3 Conséquences économiques

Les données disponibles aujourd'hui confirment le potentiel d'économie des modèles Managed Care. Ces derniers incitent les fournisseurs de soins et les assurés à fournir, respectivement à consommer consciemment des prestations médicales, c'est-à-dire à coordonner les traitements et à ne pas inciter à la fourniture, respectivement à la consommation de prestations médicales superflues.

Si cet instrument s'avère efficace, la diffusion des modèles Managed Care conduira à un gain d'efficience favorable à l'ensemble de la collectivité. En renonçant à des prestations superflues et en utilisant de manière accrue les synergies, avec un résultat identique pour l'état de santé, des ressources financières pourraient être ainsi utilisées dans un autre but.

La diffusion des modèles Managed Care laisse entrevoir une modification du marché de l'emploi, aussi bien du point de vue quantitatif que qualitatif. De nouvelles exigences seront imposées à l'activité médicale, notamment en ce qui concerne la capacité à travailler en équipe ou à collaborer. Par ailleurs, l'augmentation d'efficience visée devrait conduire à une réduction du nombre de médecins nécessaires pour atteindre un résultat donné. Ces développements seraient encouragés par la suppression de l'obligation de contracter.

L'effet des incitations liées aux modèles Managed Care dépendra de la propagation de ces modèles ainsi que de leur mise en vigueur. Un point central sera la manière dont sera réglée la responsabilité budgétaire.

6 Programme de législation

Le projet est annoncé dans le rapport du 25 février 2004 sur le programme de la législature 2003-2007, où il figure en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004 1063).

7 Bases juridiques

7.1 Constitutionnalité

Le présent projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

7.2 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans le domaine suivant :
dispositions relatives aux réseaux de soins intégrés (art. 41c, al. 4).

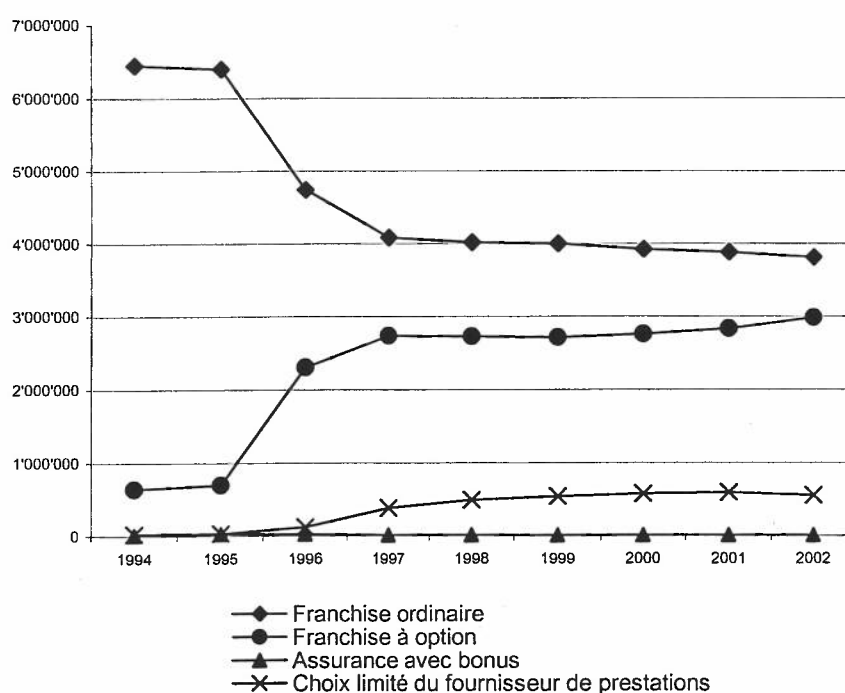
T 1.05 Effectifs d'assurés au 31.12. selon la forme d'assurance depuis 1994

Année	Franchise annuelle ordinaire	Part du total	Franchise annuelle à option	Part du total	Assurance avec bonus	Part du total	Choix limité (p.ex. HMO)	Part du total	Part du croissance	Total	Modif. p. rapport à l'année préc.
1994	6'447'562	90.41%	643'991	9.03%	15'298	0.21%	24'802	0.35%	100.0%	7'131'653	1.1%
1995	6'399'482	89.30%	698'747	9.75%	32'705	0.46%	35'383	0.49%	42.7%	7'166'317	0.5%
1996	4'739'640	65.88%	2'305'688	32.05%	27'828	0.39%	121'598	1.69%	243.7%	7'194'754	0.4%
1997	4'083'854	56.60%	2'736'364	37.93%	11'494	0.16%	383'093	5.31%	215.0%	7'214'805	0.3%
1998	4'016'267	55.41%	2'726'468	37.61%	11'828	0.16%	494'040	6.82%	29.0%	7'248'603	0.5%
1999	3'998'744	55.03%	2'715'642	37.37%	10'258	0.14%	541'890	7.46%	9.7%	7'266'534	0.2%
2000	3'921'920	53.96%	2'758'539	37.95%	9'811	0.13%	577'841	7.95%	6.6%	7'268'111	0.0%
2001	3'882'191	53.03%	2'833'816	38.71%	9'341	0.13%	595'939	8.14%	3.1%	7'321'287	0.7%
2002	3'812'675	51.81%	2'980'820	40.50%	8'835	0.12%	557'035	7.57%	-6.5%	7'359'365	0.5%

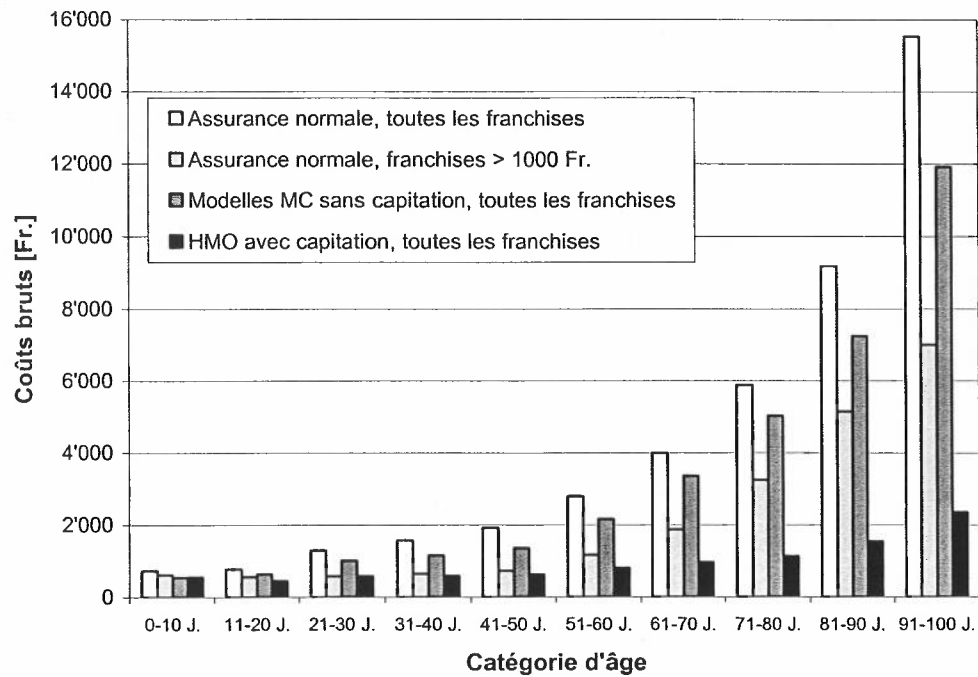
Etat: 20.10.03

Source: T 1.06

Effectif d'assurés selon la forme d'assurance



Coûts bruts AOS par assuré, Suisse 2002



Coûts bruts AOS par assuré selon la catégorie d'âge dans les formes d'assurance pour toute la Suisse en 2002. La part des assurés dans les HMO avec capitation s'élève à 1.9%.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Managed Care)

Modification du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du ...¹,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit :

Art. 41, al. 4

Abrogé

Section 2a : Formes particulières d'assurance

Art. 41a (nouveau)

¹ L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). En font également partie les réseaux de soins intégrés au sens de l'art. 41a.

² L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs pour une assurance au sens de l'al. 1 ; l'art. 41, al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

³ Le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles :

- a. l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'art. 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;
- b. le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations.

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

⁴ La participation aux coûts, de même que la perte de la réduction de prime selon les autres formes d'assurance désignées à l'al. 3 ne peuvent être assurées ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge des coûts découlant de ces formes d'assurance. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées³.

⁵ Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance.

Art. 41b (nouveau) Durée du rapport d'assurance

¹ L'assureur peut prévoir une durée du rapport d'assurance allant jusqu'à 3 ans pour les formes particulières d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations au sens de l'art. 41, al. 4. L'art. 7, al. 3 et 4 est réservé.

² Si l'assuré opte pour une forme particulière d'assurance avec une durée du rapport d'assurance plus longue au sens de l'al. 1, il ne peut changer d'assureur au cours de cette durée qu'en cas de modifications essentielles des conditions d'assurance. L'assureur convient des modalités de sortie avec l'assuré. Une modification de la prime ou de la réduction de prime ne constitue pas un motif pour changer d'assureur

Art. 41c (nouveau) Réseaux de soins intégrés

¹ Un ou plusieurs assureurs peuvent convenir avec un groupe de fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégré que le traitement des assurés est pris exclusivement en charge par le réseau de soins intégré. Le contrat règle notamment les modalités de collaboration, d'échange d'information, de garantie de la qualité et de rémunération des prestations.

² Les fournisseurs de prestations regroupés dans des réseaux de soins intégrés assument la responsabilité financière pour la couverture en soins médicaux des assurés qui y sont affiliés dans la mesure convenue contractuellement (responsabilité budgétaire). La responsabilité budgétaire doit concerner toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

³ Dans les réseaux de soins intégrés, le processus thérapeutique des assurés du réseau est coordonné tout au long de la chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit offrir toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles qui sont obligatoires selon la loi peuvent être prévues.

⁴ Le Conseil fédéral règle les détails.

Art. 52, al. 1, let. b et 4 (nouveau)

¹ Après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6:

b. l'office établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités). Celle-ci doit également com-

³ Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 2305 ; FF 1999 727). Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

prendre les génériques meilleur marché qui sont interchangeables avec les préparations originales et des médicaments importants pour des maladies rares.

⁴ Un médicament ne peut être admis dans la liste des spécialités que si son efficacité – mesurée en fonction du diagnostic et de l’objectif thérapeutique – est suffisamment démontrée. L’office doit rayer un médicament de la liste des spécialités lorsqu’il ne remplit plus cette condition.

Art. 52a titre et al. 2 et 3 (nouveau)

Substitution

² A propriétés égales pour le patient, un médicament avantageux lui sera prescrit et remis.

³ Lorsque un médicament est prescrit sous son principe actif, une préparation adéquate avantageuse est remise au patient.

Art. 56, al. 3bis (nouveau)

^{3bis} Les avantages au sens de l’al. 3 qui ne peuvent pas être imputés à un assuré sont attribués à l’Institution commune au sens de l’art. 18 en faveur de l’ensemble des assurés.

Art. 57, al. 9 (nouveau)

⁹ Les assureurs peuvent convenir contractuellement avec les fournisseurs de prestations regroupés dans des réseaux de soins intégrés au sens de l’art. 41c de confier les tâches et les compétences des médecins-conseils aux fournisseurs de prestations regroupés dans le réseau de soins intégrés.

Art. 62, al. 1, 2, 2bis et 3

¹ L’assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d’après l’art. 41, al. 4, ou prévoir des ristournes.

² Abrogé

^{2bis} Abrogé

³ Le Conseil fédéral régle en détail les réductions de primes et les ristournes. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l’assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon l’art. 105 reste dans tous les cas réservé.

II

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006 en l’absence de référendum, ou le 1^{er} janvier de l’année qui suit son acceptation par le peuple.

Progetti di revisioni nell'assicurazione malattie per la procedura di consultazione

Oggetti	Documenti
<i>Progetto 2A</i> Finanziamento ospedaliero	- Rapporto esplicativo - Proposte legislative
<i>Progetto 2B</i> Managed Care	- Rapporto esplicativo - Proposte legislative

Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie

Parte Finanziamento ospedaliero

Rapporto esplicativo

Introduzione

In un messaggio del 18 settembre 2000 (FF 2001 631 segg.) il Consiglio federale ha presentato la sua proposta di revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) in materia di finanziamento ospedaliero. Dopo tre anni di dibattiti parlamentari, il disegno è stato respinto dal Consiglio nazionale il 17 dicembre 2003. Tuttavia, nei vari dibattiti le proposte di modifica che avevano per oggetto il nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero non sono praticamente mai state contestate. Per questa ragione il Consiglio federale ha deciso di riprenderle, adattandole dove necessario all'evoluzione. Permangono gli orientamenti principali: la revisione della legge intende eliminare gli aspetti controversi che pregiudicano il buon funzionamento del sistema e realizzare coerentemente i principi stabiliti dalla legge. Affinché la responsabilità dei partner finanziari sia chiaramente definita, si propone di fissare per legge la ripartizione del finanziamento tra assicuratori e Cantoni. Ai fini di una maggiore trasparenza e quale stimolo all'incremento dell'efficienza, il finanziamento deve essere stabilito in funzione delle prestazioni. La pianificazione dovrà essere applicabile a tutte le prestazioni ai sensi della presente legge e comprendere la garanzia delle cure per tutte le persone assicurate indipendentemente dall'esistenza di un'assicurazione complementare.

1 Parte generale

Conformemente alla ripartizione costituzionale delle competenze contemplata dall'articolo 3 della Costituzione federale (Cost. RS 101), il sistema sanitario è un compito pubblico di competenza dei Cantoni. Dal canto suo, la Confederazione ha la responsabilità di provvedere a che la popolazione possa assicurarsi a condizioni sopportabili contro i rischi di malattia e infortunio (art. 117 Cost.; cfr. anche GAAC 48 [1984] p. 492 segg.). Nel settore sanitario e nell'assicurazione malattie che ne è parte integrante i disciplinamenti federali e cantonali devono essere armonizzati. In base alla legislazione vigente, in caso di cure ospedaliere dispensate negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico l'assicurazione malattie obbligatoria può assumere al massimo il 50% dei costi fatturabili. Questo stabilisce implicitamente che i costi restanti devono essere sopportati dai poteri pubblici (art. 49 cpv. 1 LAMal). Ai Cantoni è stato inoltre conferito il compito di pianificare la copertura del fabbisogno ospedaliero e di allestire un elenco degli ospedali autorizzati ai sensi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie (art. 39 cpv. 1 LAMal).

1.1 Genesi del disegno

1.1.1 Principi

Sui principi e motivi a favore di una revisione parziale della legge in materia di finanziamento ospedaliero il Consiglio federale si è già espresso nel messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687), che aveva per oggetto la fissazione dei sussidi federali nell'assicurazione malattie e una prima revisione parziale della LAMal. Ad otto anni dall'introduzione, l'obiettivo di migliorare i meccanismi esistenti a cui mirava questa revisione è ampiamente raggiunto. A maggior ragione dunque bisogna concentrare gli incentivi sul contenimento dei costi. Questo perché l'analisi degli effetti della LAMal ha dimostrato che la LAMal ha raggiunto gli obiettivi relativi

alle prestazioni (catalogo di prestazioni completo) e al sistema (assicurazione obbligatoria con pluralità di casse e premio unico) fissati dalla legislazione, ma non quelli relativi al contenimento dei costi (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Analisi degli effetti della LAMAL, rapporto di sintesi; Berna 2001; d/f). Nell'ambito del finanziamento ospedaliero, tuttavia, sempre più incentivi al contenimento dei costi presuppongono un allontanamento dal principio della copertura dei costi contemplato dalla legislazione vigente e fanno venire meno la possibilità di trasferire i costi ai partner finanziari.

Conformemente alla normativa in vigore, la base per il calcolo della quota massima coperta dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie è costituita dai costi d'esercizio fatturabili. Poiché i documenti prodotti dagli ospedali nell'ambito delle trattative tariffali non indicano con sufficiente chiarezza i costi delle prestazioni secondo la LAMal, spesso non è possibile stabilire con precisione quali siano i costi d'esercizio computabili. E visto che la parte di costi d'esercizio a carico dell'assicurazione obbligatoria non è fissa e che nel calcolo dei costi d'esercizio vi è spesso una zona d'ombra, il sistema attuale consente ai partner finanziari di concentrarsi sui propri vantaggi, mentre per contenere i costi bisognerebbe invece concentrarsi sull'ottimizzazione del rapporto tra costi e prestazioni.

Inoltre, gli incentivi economici, ormai sempre più funzionali al contenimento dei costi, implicano una sempre maggiore applicazione di criteri imprenditoriali nel settore ospedaliero. Questo comporta, da un lato, maggiore responsabilizzazione dei dirigenti, dall'altro un rischio più elevato. Se si applicano criteri imprenditoriali, le strutture inadeguate vanno smantellate. Per esempio, il diverso finanziamento dei costi d'investimento (finanziati dai Cantoni) e di quelli d'esercizio (finanziamento duale) non è ottimale: gli investimenti non sono mai indipendenti dall'esercizio, ma si ripercuotono sempre sui suoi costi (offerta di prestazioni, ammortamenti). La nascita di nuove forme di finanziamento, in particolare il leasing, ha inoltre reso sfumato il confine tra costi d'investimento e costi d'esercizio. Questo giustifica l'adozione di una visione globale della questione e significa che i costi d'esercizio e i costi d'investimento dovranno essere retti dallo stesso disciplinamento. Infine, per orientare maggiormente la direzione degli ospedali a criteri imprenditoriali vanno introdotti anche adeguati strumenti di gestione.

1.1.2 Problemi di attuazione di carattere generale

Dopo l'entrata in vigore della LAMal, alcuni Cantoni hanno contestato l'obbligo di contribuire alle cure di persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata. In due sentenze di principio del dicembre del 1997 il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha deciso che l'obbligo contributivo dei Cantoni in caso di degenza in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico sito al di fuori del Cantone di domicilio sussiste indipendentemente dal reparto in cui è ricoverato l'assicurato. Allo stesso tempo il TFA ha stabilito che i Cantoni non hanno alcun obbligo contributivo nei confronti di ospedali non sussidiati dall'ente pubblico. Non si è invece pronunciato in merito all'obbligo contributivo dei Cantoni in caso di cure ospedaliere dispensate sul territorio del Cantone di domicilio a persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata (TFA 123 V 290 segg., 310 segg.).

Per disciplinare il finanziamento delle cure ospedaliere dispensate a persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata al di fuori del Cantone di domicilio, i Cantoni e *santésuisse*, l'organizzazione mantello degli assicuratori,

hanno ratificato una convenzione a cui ha aderito la stragrande maggioranza degli assicuratori. Il fatto che la convenzione avesse una durata limitata e non disciplinasse l'obbligo contributivo dei Cantoni in caso di cure ospedaliere dispensate a persone al beneficio di un'assicurazione privata o semiprivata all'interno del Cantone di domicilio non è estraneo alla decisione del Consiglio federale di presentare la sua proposta di revisione della parte della LAMal relativa al finanziamento ospedaliero.

1.2 Legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni

Quasi un anno dopo l'avvio dei dibattiti parlamentari sul disegno di legge il TFA ha deciso che i Cantoni sono tenuti a versare un contributo anche per la degenza di persone al beneficio di un'assicurazione ospedaliera complementare, quando le cure sono dispensate in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico del Cantone di domicilio (TFA 127 V 422 segg.). L'obbligo contributivo implica l'attuazione del principio in base al quale tutte le persone coperte dall'assicurazione obbligatoria hanno diritto all'assunzione dei costi relativi alle prestazioni contemplate dalla LAMal. L'assicurazione complementare copre le prestazioni fornite in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico che non sono assunte dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie obbligatoria. Si tratta in particolare delle comodità supplementari in caso di degenza in camera individuale o doppia e della possibilità di scegliere il medico.

L'attuazione immediata e completa delle due sentenze del TFA avrebbe gravato i Cantoni di costi supplementari - perlopiù non preventivati - di circa 700 milioni di franchi. Per venire incontro ai Cantoni il Parlamento ha quindi deciso un aumento progressivo dei contributi cantonali tramite una legge federale urgente e quindi di durata limitata. La legge federale del 21 giugno 2002 sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie (RS 832.14) stabilisce che i Cantoni dovranno assumersi il 60 per cento delle tariffe dei reparti comuni nel 2002, l'80 per cento nel 2003 e il 100 per cento nel 2004. Il referendum lanciato dall'assicuratore assura è stato respinto nella votazione popolare del 9 febbraio 2003 (FF 2003 2713).

Promulgando questa legge il Parlamento intendeva, da un lato, assicurare la transizione verso l'attuazione completa delle disposizioni allora previste dalla LAMal, dall'altro, fare chiarezza fino all'entrata in vigore della seconda revisione della LAMal, che avrebbe dovuto apportare una soluzione definitiva. Dopo la bocciatura del disegno di seconda revisione della LAMAL, la transizione non è più possibile né nella maniera prevista a suo tempo né conformemente al calendario originario. Per ora i Cantoni versano i contributi conformemente alle tariffe previste dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che corrispondono al massimo al 50 per cento dei costi d'esercizio della degenza nel reparto comune di un ospedale. Se questo disciplinamento scadesse all'inizio del 2005 e i Cantoni, a partire da questa data, dovessero assumere la totalità dei costi d'esercizio computabili non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di degenza di titolari di un'assicurazione complementare nel reparto privato o semiprivato di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico, sarebbero necessarie laboriose trattative per arrivare ad un accordo. Per evitare questa

situazione, in seguito al rifiuto della seconda revisione della LAMal il Consiglio federale ha proposto - nell'ambito del primo progetto di consultazione delle proprie proposte di revisione - una proroga della legge fino a quando non sarà entrata in vigore la nuova legislazione sul finanziamento ospedaliero.

1.3 Seconda revisione della LAMal

In relazione al nuovo disciplinamento del finanziamento ospedaliero, il Parlamento ha seguito ampiamente le proposte contenute nel messaggio del Consiglio federale ricordato nell'introduzione. In particolare si trattava

- del passaggio al finanziamento delle prestazioni, da assumere per metà dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie e per metà dal Cantone;
- dell'inclusione dei costi d'investimento nel calcolo delle tariffe forfetarie in funzione delle prestazioni;
- dell'estensione dell'obbligo dei Cantoni a pianificare la copertura del fabbisogno di cure ospedaliere di tutte le persone assicurate indipendentemente dalla loro copertura assicurativa.

Il Parlamento si è distanziato dalla proposta del Consiglio federale decidendo di stralciare completamente il concetto di cure semiospedaliere: ciò implicava la necessità di definire il limite tra le cure ambulatoriali e le cure ospedaliere.

Il passaggio ad un sistema di finanziamento monistico è stato discusso a fondo. Alla fine il Parlamento ha rinunciato ad un cambiamento di sistema, ma ha stabilito nelle disposizioni transitorie sulla proposta di revisione che il Consiglio federale avrebbe dovuto presentare, entro cinque anni dall'entrata in vigore della modifica di legge, una proposta di revisione che prevedesse il passaggio ad un sistema monistico, in modo che i fornitori di prestazioni avessero un unico interlocutore in relazione all'assunzione dei costi. Come già ricordato, la seconda revisione della LAMal è stata respinta nel corso della sessione invernale 2003 del Consiglio nazionale.

1.4 Progetto "Basi della terza revisione parziale della LAMal"

Alla seduta straordinaria del 22 maggio 2002 incentrata sull'assicurazione malattie sociali, il Consiglio federale era giunto alla conclusione che la LAMal avesse dato buoni risultati in materia di rafforzamento della solidarietà e di accesso ad un ampio catalogo di prestazioni, ma che andassero ancora rafforzati gli elementi volti al contenimento dei costi e fosse quindi necessaria una graduale modifica dell'assicurazione malattie in tal senso. A tale proposito il Dipartimento federale dell'interno (DFI) era stato incaricato di "presentare modelli realizzabili di (...) finanziamento ospedaliero monistico, capaci di garantire le cure di base". Il 21 agosto 2002 il Consiglio federale ha approvato la struttura di un progetto che doveva costituire la base della terza revisione parziale della LAMal nell'ambito di quattro progetti parziali. La direzione dei lavori e l'allestimento di un rapporto sono stati affidati al Prof. Dr. Robert E. Leu. Egli era affiancato da un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori, dei Cantoni e degli uffici della Confederazione interessati.

Secondo l'esperto, i principali vantaggi del modello ispirato alla libera concorrenza rispetto all'introduzione di un sistema di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa sono i seguenti:

- Eliminando l'obbligo di contrarre, per la prima volta si verrebbero a creare nel settore ospedaliero dei veri e propri mercati in senso economico, i cui attori sarebbero da un lato i fornitori e dall'altro gli acquirenti di prestazioni (assicuratori malattie o organizzazioni managed care, cioè i monisti) quali unità autonome. Entrambe le parti potrebbero decidere liberamente con quali partner e a quali condizioni collaborare.
- Posto che agli ospedali pubblici sia garantita la necessaria libertà di manovra imprenditoriale, il finanziamento monistico permetterebbe a tutti gli attori, di entrambe le parti del mercato, di avere nello stesso tempo la competenza decisionale e la responsabilità finanziaria. La maggiore libertà di azione imprenditoriale e il passaggio ad un sistema di finanziamento orientato sulle prestazioni porterebbero anche ad una maggior efficienza gestionale degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.
- La libertà di contrarre ed una compensazione dei rischi fortemente differenziata permetterebbero agli assicuratori malattie e alle organizzazioni managed care un vero sistema di concorrenza delle prestazioni (invece che di lottare per i "buoni" rischi). Tutto ciò avrebbe ripercussioni positive sull'efficienza dei singoli assicuratori o organizzazioni managed care..
- La concorrenza tra assicuratori e tra organizzazioni managed care sarebbe il mezzo più appropriato per incoraggiare i fornitori di prestazioni a comportarsi secondo principi economici.
- La libertà di scelta tra i vari assicuratori e organizzazioni managed care garantirebbe la conformità alle esigenze dei consumatori dei prodotti assicurativi e, in ultima analisi, delle prestazioni sanitarie. Poiché l'onere del finanziamento del sistema sanitario incombe in definitiva alle economie domestiche (premi, pagamenti diretti e imposte), la regola del "chi paga comanda" assumerebbe maggiore importanza.
- La reintroduzione della libertà di contrarre aumenterebbe ancora la concentrazione da entrambe le parti del mercato (riducendo il numero di offerenti indipendenti). Questo non costituirebbe alcun problema, dal momento che entrambe le parti hanno una posizione di mercato (concentrazione) simile e quindi non c'è nessun rischio che una o l'altra parte ne approfitti. In presenza di simili condizioni la situazione del mercato sarebbe molto soddisfacente.
- Con la creazione dei presupposti per l'applicazione della legge sui cartelli nel settore sanitario, le possibilità di abuso di potere verrebbero ulteriormente limitate. Inoltre non sarebbe più possibile un procedimento comune nelle trattative contrattuali. Infine le tariffe delle associazioni dovrebbero essere sostituite da convenzioni individuali o collettive.
- La libertà di contrarre permetterebbe ad assicuratori ed organizzazioni managed care di concordare con i fornitori di prestazioni sistemi di remunerazione alternativi. Si potrebbero di conseguenza ipotizzare forme di remunerazione nuove ed innovative, suscettibili di modificare in maniera duratura gli incentivi per i fornitori di prestazioni. In particolare la remunerazione per singola prestazione –

unica causa del fenomeno della domanda indotta dagli offerenti – presumibilmente subirebbe in breve tempo un netto ridimensionamento.

- Contrariamente a quanto avviene oggi, le remunerazioni pattuite tra partner contrattuali (a media scadenza) coprirebbero sempre i costi. A lungo andare le prestazioni non redditizie non avrebbero più ragione di esistere, poiché metterebbero a repentaglio l'esistenza del fornitore di prestazioni. I diversi margini di profitto delle singole prestazioni tenderebbero a compensarsi a vicenda per la pressione della concorrenza. In tal modo verrebbe meno anche la tendenza alla specializzazione nelle prestazioni particolarmente redditizie.
- Rispetto alla situazione conseguente al passaggio al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, il finanziamento orientato sulle prestazioni combinato alla soppressione dell'obbligo di contrarre dovrebbe implicare un più rapido cambiamento del livello e della struttura delle capacità ospedaliere ed una maggiore attenzione alle realtà economiche. Nel contempo il previsto processo di concentrazione (delle discipline) dovrebbe portare in particolare ad un miglioramento durevole della qualità di molte prestazioni mediche.
- Nel complesso si può prevedere che con il tempo un modello di concorrenza regolata porti ad una distribuzione più efficiente delle risorse in campo ospedaliero.
- Anche se il ruolo dei Cantoni ne uscirebbe fortemente ridimensionato, ad essi spetterebbero comunque una serie di importanti funzioni – come la responsabilità di garantire una copertura sanitaria di qualità su tutto il territorio, il finanziamento di prestazioni d'interesse pubblico (spese di formazione e di ricerca, servizi di pronto soccorso, ecc.), l'obbligo di vigilanza e di autorizzazione, l'azionariato negli ospedali pubblici.

1.5 Obiettivi politici

La revisione della legge dovrebbe raggiungere i seguenti obiettivi:

- tenere in debito conto la necessità della cooperazione tra l'assicurazione sociale malattie ed i Cantoni e stabilire la responsabilità comune del finanziamento delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in ragione di metà ciascuno,
- definire l'ambito delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie indipendentemente dal luogo della degenza ospedaliera e di conseguenza precisare quali sono le prestazioni a carico delle assicurazioni complementari,
- disciplinare le sinergie tra pianificazione statale e meccanismi concorrenziali, in modo che la pianificazione ospedaliera possa garantire la copertura del fabbisogno a tutti gli assicurati soggetti all'assicurazione obbligatoria e creare le condizioni quadro per uno sfruttamento ottimale delle risorse.

Il passaggio immediato ad un sistema di finanziamento monistico nel quale il fornitore di prestazioni è finanziato da un unico interlocutore non rientra tra gli obiettivi del Consiglio federale, anche se – in vista di un'ulteriore revisione della legge e per soddisfare un postulato dell'ex consigliere nazionale Zäch (01.3604) del 5 ottobre 2001 – l'Esecutivo ha ordinato l'elaborazione del rapporto peritale di cui sopra su modelli di finanziamento monistico (cfr. capitolo 1.4). I lavori degli esperti,

che erano stati affiancati dagli attori del sistema sanitario interessati al finanziamento ospedaliero, rivela che non vi è ancora il consenso politico necessario al passaggio ad un sistema monistico. Questo vale sia per un sistema nel quale i monisti sono gli assicuratori che per un sistema in base al quale è lo Stato (il Cantone o, conformemente al postulato del 3 dicembre 2002 del consigliere nazionale Zysiadis (02.3674), la Confederazione) ad assumere questo ruolo. Sulla base della posizione assunta dagli attori del sistema sanitario nell'ambito del gruppo di lavoro, il Consiglio federale non considera realizzabile a breve scadenza un sistema di finanziamento monistico. Tuttavia, le misure previste nel presente disegno contribuiscono a rimuovere gli ostacoli tecnici ad una sua futura introduzione. Nelle disposizioni transitorie (cpv. 5) il Consiglio federale è incaricato di presentare una proposta entro 3 anni.

1.6 Effetti sociopolitici

L'obbligo di assicurarsi introdotto dalla legge sull'assicurazione malattie entrata in vigore nel 1996 garantisce a tutte le persone domiciliate in Svizzera l'accesso ad una vasta gamma di prestazioni mediche e la relativa assunzione dei costi. L'obbligo di pianificazione ospedaliera dei Cantoni contemporaneamente introdotto dalla LAMal garantisce la presenza della necessaria infrastruttura sanitaria. Il finanziamento delle prestazioni ospedaliere dovrà essere garantito – come le altre prestazioni conformemente alla LAMal – dai premi individuali e dalla partecipazione ai costi dei pazienti, ma anche da fondi pubblici. Il parziale finanziamento delle prestazioni ospedaliere mediante introiti fiscali vuole essere un ammortizzatore sociale, nella misura in cui una parte dei costi sarà infatti coperta da fondi provenienti dall'imposizione progressiva sul reddito. In questo modo è applicato con coerenza uno dei principi di base dell'assicurazione sociale malattie.

2 Punti essenziali del disegno

Come ricordato nell'introduzione, il disegno riprende le proposte del messaggio del Consiglio federale del 18 settembre 2000. Il nuovo progetto comprende le modifiche decise dalle Camere federali nell'ambito dei dibattiti sulle proposte del Consiglio federale.

La legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni in base alla legge federale sull'assicurazione malattie, stabilisce che – secondo il principio che anche in caso di cure ospedaliere in reparti semiprivati e privati di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico i Cantoni devono versare i loro contributi ai costi d'esercizio (cfr. capitolo 1.2) – nel 2004 i Cantoni devono versare un contributo pari al 100 per cento della tariffa rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sui costi delle cure dispensate a persone al beneficio di un'assicurazione complementare in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. In tal modo è stato fatto un passo significativo in direzione del modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa proposto dal Consiglio federale nel messaggio del 18 settembre 2000. In relazione al finanziamento ospedaliero bisogna ora adottare una soluzione, disciplinare la transizione e assoggettare gli ospedali privati alla nuova normativa, tenendo conto delle differenze rimaste per quanto riguarda le quote a carico dei

poteri pubblici e quelle a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2.1 Prestazioni

Rinuncia al concetto di "reparto comune"

Ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in ambito ospedaliero copre la cura e la degenza nel reparto comune degli ospedali. Il concetto di reparto comune è stato introdotto dalla legge vigente per definire l'estensione delle prestazioni coperte dalla LAMal. Le sentenze del TFA di dicembre 1997 menzionate al punto 1.1.2 definiscono anch'esse le prestazioni previste dalla LAMal, ma relativizzano il riferimento al reparto comune. L'uso del concetto di "reparto comune" previsto dalla vecchia legislazione, che designa un prodotto assicurativo, non è più idoneo a definire l'estensione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In riferimento al risultato dei dibattiti parlamentari, il concetto va stralciato; va stabilito per contro che la degenza ospedaliera rientra nel catalogo di prestazioni previsto dalla legge. Questo significa implicitamente che le prestazioni che devono essere coperte da un'assicurazione complementare, come il comfort supplementare in una camera singola o doppia e la libera scelta del medico, non sono prestazioni ai sensi della LAMal.

Rinuncia al concetto di "semiospedaliero"

Questo concetto, introdotto con la LAMal, non si è imposto nella prassi. Questo perché, da un lato, ci sono pochi istituti che offrono esclusivamente cure semiospedaliere, dall'altro perché le prestazioni semiospedaliere fornite dagli ospedali nella stragrande maggioranza dei casi vengono fatturate come prestazioni ambulatoriali; gli importi forfetari concordati per cure semiospedaliere sono un'eccezione.

2.2 Pianificazione ospedaliera

La LAMal ha conferito ai Cantoni il compito della pianificazione ospedaliera e del conseguente allestimento di un elenco di ospedali. In tal modo è stata concretizzata la ripartizione dei compiti di cui al capitolo 1. Per ottenere l'autorizzazione a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie l'ospedale o un suo reparto devono figurare sull'elenco cantonale degli ospedali. Per l'assunzione dei costi, invece, secondo l'interpretazione sostenuta dal TFA il fatto che le cure ospedaliere vengano dispensate nel reparto comune, semiprivato o privato dell'ospedale è irrilevante. Visto che tutte le persone residenti in Svizzera sono soggette all'obbligo assicurativo, questo significa che tutte le capacità necessarie alla fornitura delle prestazioni di competenza degli ospedali conformemente ai contratti di prestazione secondo la LAMal devono essere comprese nella pianificazione del fabbisogno. In tal modo viene impiegato e rafforzato uno degli strumenti volti al contenimento dei costi contemplato dalla legge.

Allo stesso tempo questo obbligo di pianificazione significa che la pianificazione è limitata all'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per le prestazioni che non fanno parte del ventaglio di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie – come per esempio il comfort supplementare in una camera singola o doppia e la libera scelta del medico in caso di degenza ospedaliera – non sussiste alcun obbligo di pianificazione. La messa a disposizione delle relative capacità è soggetta alle leggi del mercato.

Continuerà ad essere competenza dei Cantoni decidere se eseguire la pianificazione ospedaliera singolarmente o in comune con altri Cantoni. A questo proposito si rimanda all'articolo 46 capoverso 1 della Costituzione federale, in base a cui i Cantoni attuano il diritto federale secondo quanto previsto dalla Costituzione e dalla legge. Il capoverso 2 stabilisce che la Confederazione lascia ai Cantoni una libertà d'azione il più possibile ampia e tiene conto delle loro particolarità. L'articolo 47 della Costituzione federale stabilisce anche che la Confederazione salvaguarda l'autonomia dei Cantoni. D'altro canto l'articolo 48 prevede che i Cantoni possano concludere trattati intercantionali nonché creare organizzazioni e istituzioni in comune. In particolare possono adempiere insieme compiti d'interesse regionale. In tal senso possono essere create anche regioni per la copertura del fabbisogno, come auspicato dalla consigliera nazionale Leuthard in una mozione del 2 ottobre 2002 (02.3545) e dall'ex consigliera nazionale Wirz-von Planta in un postulato dell'11 marzo 2003 (03.3042). Né la legge né la Costituzione conferiscono alla Confederazione la competenza di prescrivere ai Cantoni una pianificazione intercantionale, poiché l'organizzazione della pianificazione ospedaliera – vale a dire la copertura sanitaria della popolazione in base al fabbisogno – è costituzionalmente di competenza dei Cantoni. Come stabilito dal Consiglio federale nel messaggio sulla seconda revisione della LAMal e nel parere del 30 settembre 2002 (FF 2003 d 399/f 365, in particolare d 405/f 371 seg.) in merito al rapporto della Commissione di gestione del Consiglio degli Stati del 5 aprile 2002 sull'influenza della Confederazione in materia di contenimento dei costi nell'ambito della legge sull'assicurazione malattie (FF 2003 d 345/f 307 segg.), l'Esecutivo tiene conto della regolamentazione federale in materia di competenze e non prescrive ai Cantoni la maniera in cui devono organizzare la pianificazione ospedaliera. Tuttavia nell'ambito della sua giurisprudenza ha concretizzato le esigenze poste dalla LAMal ad una pianificazione ospedaliera adeguata al fabbisogno. Al fine di ottenere una certa uniformità nella maniera in cui i Cantoni esercitano le loro competenze in materia di pianificazione ospedaliera e – su questo presupposto – al fine di promuovere un miglior coordinamento tra i Cantoni, sarebbe concepibile che il legislatore delegasse al Consiglio federale la competenza di formulare principi fondati sulla sua passata giurisprudenza e di completarli con i cambiamenti necessari in seguito alla revisione del finanziamento ospedaliero. Una proposta in questo senso è contemplata dal disegno. In tal modo si verrebbe incontro al postulato del 13 dicembre 2002 del consigliere nazionale Rossini (02.3750) in riferimento all'elaborazione di criteri da far rispettare ai Cantoni.

Va anche constatato che il proposto finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni che si propone in adempimento di un postulato del 5 aprile 2002 della Commissione di gestione del Consiglio degli Stati (02.3175) impedisce che si creino barriere tra i Cantoni, in quanto l'economicità delle prestazioni gioca un ruolo di primo piano nell'attribuzione dei contratti di prestazione. Tuttavia la legislazione della Confederazione nell'ambito dell'assicurazione malattie non può incidere sui vantaggi legati alla gestione di un

ospedale all'interno di un Cantone (posti di lavoro, fonte d'introiti, mandati in subappalto).

Con il passaggio ad un finanziamento in funzione delle prestazioni si pone la questione dell'appropriatezza dell'attuale metodo di pianificazione dei Cantoni. Oltre ad assicurare il mantenimento del numero di letti necessario a coprire il fabbisogno della popolazione, i Cantoni devono anche considerare qual è il volume delle prestazioni che corrisponde ai contratti di prestazione attribuiti. Ai sensi del postulato del 5 aprile 2002 della Commissione di gestione del Consiglio degli Stati (02.3176), la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha preso l'iniziativa di istituire un gruppo di lavoro per la "pianificazione ospedaliera orientata sulle prestazioni" al quale partecipano tutte le parti interessate, incaricandolo di elaborare strumenti di pianificazione e preparare il passaggio alla pianificazione delle prestazioni.

Le carenze constatate da varie parti nell'ambito della pianificazione e della ripartizione dei compiti nel settore della medicina di punta sono da anni oggetto di discussioni e proposte. Anche nel quadro della nuova impostazione della perequazione finanziaria e della distribuzione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC; messaggio del Consiglio federale del 14 novembre 2001: FF 2002 2321), il coordinamento e la concentrazione della medicina altamente specializzata sono citati tra i settori da riorganizzare a livello intercantonale affinché possano adempiere i propri compiti in maniera più efficiente ed efficace. Si prevede quindi di disciplinare a livello nazionale la pianificazione e la suddivisione delle capacità di copertura del fabbisogno della medicina altamente specializzata con un concordato tra i Cantoni (cfr. la bozza del nuovo art. 48 cpv. 4 Cost.; FF 2002 2321 segg. e l'art. 12 cpv. 1 lett. h del disegno di legge federale sulla perequazione finanziaria; FF 2002 2326 segg.). Nell'ambito della NPC sono stati portati avanti anche i progetti in relazione alla pianificazione dell'offerta nel campo della medicina altamente specializzata precedentemente assunti dal progetto "Politica sanitaria nazionale". Nel secondo semestre del 2003 la CDS ha avviato una procedura di consultazione, i cui risultati sono ora noti. Da essi si può concludere che gli ospedali universitari si accorderanno sulla questione dei centri di prestazioni per la medicina dei trapianti. Alla fine del 2003 l'assemblea plenaria della CDS, presa conoscenza dei risultati, ha conferito al comitato direttore la competenza d'insediare la commissione intercantionale "Concentrazione della medicina altamente specializzata" (CICOMS) e di continuare i lavori. Per ora il Consiglio federale non ha né la competenza né alcun motivo per accogliere le modifiche di legge proposte da una mozione dell'ex consigliere nazionale Zäch (01.3049) affinché vengano concesse agli ospedali licenze per la fornitura di prestazioni di medicina altamente specializzata. Competenti della decisione sono ancora in primo luogo i Cantoni. Sarà ripreso soltanto il trasferimento di competenze sussidiario al Consiglio federale proposto nel quadro dei dibattiti parlamentari sulla revisione di legge bocciata.

2.3 Tariffe

Punto centrale del presente disegno è l'ambito tariffario, nel quale gioca un ruolo di primo piano l'idea di concorrenza, come risulta chiaro, non da ultimo, dalle disposizioni dell'articolo 46 capoverso 3 LAMal, volte ad impedire che i fornitori di prestazioni violino la legislazione in materia di cartelli. Uno degli obiettivi del presente disegno è di rafforzare l'idea di concorrenza. Fondamentalmente bisognerà

attenersi al sistema delle tariffe forfetarie. Tuttavia non si dovranno più coprire costi, ma finanziare prestazioni. Con il finanziamento in funzione delle prestazioni si vuole ottenere un distacco dal sovvenzionamento degli oggetti (stabilimenti) attualmente usuale. Inoltre la partecipazione finanziaria dei Cantoni deve essere esplicitamente stabilita. Il sistema proposto è quello del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni. Questo significa che il finanziamento delle prestazioni è assunto per metà dal Cantone e per metà dagli assicuratori. Inoltre, con la soppressione dell'espressione "reparto comune" proposta, viene a cadere la differenziazione secondo il luogo di degenza dell'assicurato. In futuro, quindi, l'assunzione dei costi, da parte degli assicuratori-malattie come da parte dei poteri pubblici, dovrà dipendere esclusivamente dal fatto che il fornitore di prestazioni sia idoneo ad eseguire la cura ed autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Con il passaggio agli importi forfetari in funzione delle prestazioni viene a cadere la differenza di tariffazione secondo la provenienza degli assicurati (dall'interno o dall'esterno del Cantone). Se per una prestazione viene concordato un "prezzo", è irrilevante che la prestazione sia stata fornita all'interno o all'esterno del Cantone. In tal senso il previsto finanziamento delle prestazioni è d'ostacolo alla creazione di barriere tra un Cantone e l'altro.

2.4 Basi legali del diritto di regresso del Cantone di domicilio

Il Cantone di domicilio versa attualmente contributi sia in caso di degenza ospedaliera all'interno del Cantone sia in caso di trattamento ospedaliero extracantonale. Mentre i contributi ai sensi dell'articolo 49 LAMal sono versati indirettamente attraverso il sovvenzionamento degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico, anche in base alla giurisprudenza del TFA (TFA 123 V 290 segg.; 310 segg.) l'obbligo del Cantone di domicilio di versare la differenza ai sensi dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal viene considerato un obbligo ai sensi del diritto delle assicurazioni sociali equivalente all'obbligo di copertura dei costi dell'assicuratore. Con la nuova forma di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, le prestazioni saranno comunque remunerate direttamente dal Cantone di domicilio. Entrambe le prestazioni saranno quindi soggette al diritto di regresso contro terzi responsabili. La creazione di basi legali è opportuna, in quanto secondo una sentenza di principio del Tribunale federale delle assicurazioni del 18 ottobre 1999, l'articolo 126 OAMal non costituisce una base legale sufficiente dal punto di vista formale e di conseguenza un diritto di regresso basato su questo articolo non è considerato ammissibile (cfr. TFA 126 III 36 segg.).

2.5 Dati di base

Le autorità federali e cantonali hanno bisogno di disporre di diversi dati per adempiere i propri compiti, in particolare per sorvegliare l'esecuzione e l'attuazione delle disposizioni della LAMal e per valutare il funzionamento e gli effetti della legge. Questi compiti sono contemplati da varie disposizioni di legge e ripartiti tra vari attori, in particolare il compito di pianificazione dei Cantoni ai sensi dell'articolo 39 LAMal e la valutazione dell'evoluzione delle tariffe ai sensi degli articoli 43 segg LAMal. Gli articoli 21 e 23 LAMal sono stati modificati in seguito all'armonizzazione delle leggi relative alle assicurazioni sociali alla legislazione sulla protezione dei dati (messaggio del Consiglio federale del 24 novembre 1999;

FF 2000 205; testo di legge modificato: FF 2000 3170). Per i Cantoni è tuttavia prevista la possibilità di esaminare i dati sugli ospedali e le case di cura raccolti dalla Confederazione (art. 84a cpv. 2 lett. f LAMal). Ai sensi dell'articolo 30 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMAL; RS 832.102), l'Ufficio federale di statistica rileva per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica i dati relativi agli ospedali e alle case di cura. Ciononostante, in particolare nel settore ambulatoriale, vi sono ancora importanti lacune in relazione alle informazioni necessarie. La legge federale del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat; RS 431.01) rappresenta una base giuridica generale valida anche per il settore sanitario. Tuttavia, considerate l'importanza del sistema sanitario e dell'assicurazione malattie e la complessità della rilevazione e dell'analisi dei dati, è opportuno introdurre nella LAMal la definizione esplicita dei compiti della statistica relativi al settore. Possono così essere disciplinati anche alcuni punti che la legge sulla statistica non disciplina con la necessaria precisione. Non ultime, rientrano tra questi la rilevazione e la trasmissione di dati, che proprio nel settore ospedaliero hanno a più riprese suscitato dubbi. E' quindi necessario cogliere l'occasione per dissipare questi dubbi e chiarire la questione della rilevazione e della trasmissione dei dati.

La Confederazione tuttavia non dispone dei mezzi necessari al finanziamento di queste rilevazioni di dati supplementari volte a colmare le lacune d'informazione definite gravi dalla politica. Il Consiglio federale ha perciò incaricato l'Amministrazione di elaborare soluzioni – durante la procedura di consultazione – per acquisire risorse che permettano di garantire la realizzazione dei lavori statistici più urgenti tenendo conto al contempo della delicata situazione finanziaria della Confederazione.

Per quanto riguarda la pubblicazione dei dati si rimanda all'attuale articolo 84a capoverso 3 LAMal, in base al quale i dati d'interesse generale e in relazione all'applicazione della relativa legge possono essere pubblicati. Il Consiglio federale ritiene che quest'ultima fattispecie si configuri in particolare all'atto di valutare l'applicazione della legge in relazione all'economicità e alla qualità delle prestazioni nonché all'evoluzione dei costi da parte delle autorità competenti e non vede la necessità di un disciplinamento più dettagliato. Tuttavia, per avere una visione d'insieme dell'attuazione della LAMal vanno rilevati anche i dati relativi agli altri fornitori di prestazioni.

3 Parte speciale: commento esplicativo alle singole disposizioni

Articolo 21 capoverso 4

Il capoverso 4 è abrogato ed integrato nell'articolo 22a.

Articolo 22a (nuovo) Dati di base

Ai sensi del capoverso 1 la Confederazione è tenuta a fornire i dati di base necessari per poter valutare il funzionamento e gli effetti della legge ed elaborare informazioni di fondo sulla sua esecuzione e sul suo adempimento.

Nel complesso settore del sistema sanitario l'allestimento di una base di dati coerente è possibile soltanto se chi fornisce i dati è soggetto all'obbligo d'informare

gratuitamente. Mentre la fornitura dei dati relativi al settore ospedaliero – ad eccezione del settore delle cure – è garantita ed avviene con regolarità, per quanto concerne la copertura del fabbisogno nel settore ambulatoriale, i dati mancano completamente. In questo caso si tratta dunque di allestire una base di dati che dia informazioni sul ricorso alla medicina ambulatoriale, sui motivi che lo determinano (diagnosi), sulla fornitura delle prestazioni e sui costi che ne derivano. Combinando i dati del settore ambulatoriale con quelli del settore ospedaliero si possono osservare le cure prestate da diversi fornitori di prestazioni agli stessi pazienti annotandone il corso: è così possibile confrontare l'efficacia e l'economicità di diversi tipi di terapia e modelli di copertura del fabbisogno.

Come già ricordato al capitolo 2.5, nel capoverso 2 l'obbligo di fornire dati deve essere ampliato. In tal modo, non solo gli ospedali e le case di cura, ma tutti i fornitori di prestazioni autorizzati sono tenuti a trasmettere dati. A questo proposito, la menzione degli assicuratori nell'elenco di coloro che sono tenuti a fornire dati non è che una ripetizione dell'obbligo d'informare le autorità di vigilanza conformemente all'articolo 21 LAMal. In questo senso l'obbligo di fornire dati viene ampliato e l'obbligo di fornirli gratuitamente è stabilito esplicitamente.

Il capoverso 3 rende possibile la trasmissione per scopi amministrativi dei dati rilevati. Nella misura in cui i dati verranno utilizzati a scopi statistici e amministrativi, coloro che li forniscono saranno così – per quanto possibile – sgravati e si otterranno al contempo effetti di sinergia. Il capoverso 3 è la base esplicita necessaria conformemente all'articolo 14 LStat per la trasmissione a scopi amministrativi di dati rilevati a scopo statistico. Affinché questa possa essere attuata nella prassi, bisogna tuttavia garantire che i dati rilevati conformemente al capoverso 2 vengano effettivamente trasmessi e siano utilizzati di conseguenza. Per assolvere il compito affidato loro dalla legge, per gli organi dell'assicurazione malattie è indispensabile poter scambiare anche singoli dati nominativi. Questo è giustificato dal fatto che, in particolare, una valutazione obiettiva dell'economicità e della qualità di un fornitore di prestazioni è possibile solo se le sue prestazioni possono essere confrontate con quelle di altri fornitori. Oltre all'autorità di vigilanza, l'Ufficio federale della sanità pubblica, i dati di base interessano in questo caso soprattutto la Sorveglianza dei prezzi e l'Ufficio federale di giustizia.

Il Consiglio federale ritiene inoltre che l'ampliamento del flusso di dati comporti una concretizzazione a livello d'ordinanza che permetta un disciplinamento più preciso: la cerchia dei fornitori di prestazioni autorizzati comprende infatti una tale varietà di soggetti (ospedali, medici, laboratori e stabilimenti di cura balneare) che i dati necessari per valutare l'economicità e la qualità delle loro prestazioni non possono che rispondere a requisiti molto diversi tra loro. Bisogna inoltre stabilire quali organi debbano essere incaricati dell'esecuzione della trasmissione dei dati e quali limiti vadano posti in relazione al diritto della protezione dei dati.

Articolo 25 capoverso 2 lettera a

Poiché il concetto non si è imposto nella pratica, la nozione di "semiospedaliero" deve essere stralciata (cfr. sopra, punto 2.1).

Articolo 25 capoverso 2 lettera e

Al punto 2.1 è stato già detto che la nozione di "reparto comune" deve essere stralciata. Ciò non significa assolutamente che la degenza ospedaliera debba essere assunta indipendentemente dai costi. Tenuto conto delle condizioni generali per l'assunzione dei costi ai sensi dell'articolo 32 LAMal (prestazioni efficaci, appropriate ed economiche) e del principio dell'economicità ai sensi dell'articolo 56 LAMal, l'assunzione dei costi di degenza deve chiaramente limitarsi a quanto è adeguato allo scopo della cura, vale a dire la copertura sanitaria prevista dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che il Consiglio degli Stati, nell'ambito della revisione di legge, poi respinta, aveva definito "servizio di base". Ulteriori prestazioni quali la degenza in una camera singola o doppia indipendentemente dall'indicazione medica e la libera scelta del medico in ospedale continuano ad essere escluse dalla LAMal e possono essere assicurate mediante prodotti assicurativi complementari soggetti al diritto delle assicurazioni private. Il Consiglio federale rinuncia quindi a riprendere l'aggiunta approvata dal Parlamento "per l'assistenza medica e le cure nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie" perché, da un lato, ritiene questo testo troppo restrittivo e, dall'altro, considera superflua un'aggiunta che serve solo ad esplicitare il fatto che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è tenuta a remunerare unicamente le prestazioni stabilite dalla legge. Infatti ai sensi della LAMal non sono per principio assunti i costi delle prestazioni che

- non adempiono ai criteri di appropriatezza, economicità ed efficacia stabiliti dall'articolo 32 LAMal e non sono annoverate tra quelle del summenzionato "servizio di base", o
- non rientrano nel campo di applicazione materiale della LAMal.

Articolo 25 capoverso 2 lettera f, articolo 29 capoverso 2 lettera b

Anche qui va stralciata la nozione di "semiospedaliero".

Articolo 35 capoverso 2 lettera i

Poiché la nozione di cura semiospedaliera è stata abbandonata, va eliminata anche in questo caso la categoria di fornitori di prestazioni "gli istituti che effettuano cure semiospedaliere".

Articolo 39 capoverso 1 lettera d nonché capoversi 2 e 4 (nuovi)

In relazione alle nuove regole di finanziamento (si veda più avanti all'art. 49 cpv. 2) e all'attuazione delle sentenze del TFA di cui si è già parlato, è necessario stabilire la portata dell'obbligo di pianificazione dei Cantoni. Poiché tutta la popolazione è soggetta all'obbligo di assicurazione, si deve, per chiarire la situazione, ancorare esplicitamente nella legge l'obbligo di pianificazione per tutte le persone soggette alla LAMal. In tal modo non è più ammessa la differenziazione degli assicurati in base alla copertura assicurativa, diffusa nella pratica. Al contrario, in futuro i Cantoni dovranno allestire unicamente i cosiddetti elenchi integrali degli istituti ospedalieri comprendenti la lista completa degli ospedali necessari a coprire il fabbisogno senza alcuna distinzione tra ospedali accessibili a tutti i beneficiari dell'assicurazione di base ed ospedali accessibili unicamente a chi è a beneficio di

un'assicurazione complementare (cosiddette liste A e B; cfr. per l'intera questione quanto enunciato nel messaggio del 18 settembre 2000 in FF 2001 675 e 688). Poiché le prestazioni di tutti gli ospedali che figurano su un elenco, indipendentemente dalla forma giuridica di questi ultimi e dai responsabili, sono per metà finanziate dai Cantoni, anche i Cantoni hanno interesse a che il rapporto tra costi e qualità delle prestazioni sia il più vantaggioso possibile. In questo senso, i Cantoni sono incentivati a concludere contratti di prestazione con le istituzioni che soddisfano le esigenze nella maniera più efficiente. Poiché anche gli investimenti vengono remunerati in ragione di metà ciascuno, i Cantoni non hanno interesse a tenere aperte strutture inadeguate o superflue. Se ciononostante questo avviene, non avviene nell'interesse dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ma sulla base di un altro interesse del Cantone. In questa sede va sottolineato ancora una volta che un Cantone può pianificare quanto necessario solo se conosce i dati relativi ai flussi dei pazienti ed è in grado di coordinare le proprie capacità con i Cantoni vicini.

I compiti che un ospedale deve adempiere nel quadro della pianificazione cantonale sono descritti, tra l'altro, nel mandato di prestazioni. Il termine di "mandato di prestazioni" è stato spesso interpretato erroneamente, ossia come se un mandato implicasse in modo vincolante un obbligo di remunerazione. In base alla vigente giurisprudenza del Consiglio federale, ciò non risultava corretto. Con il mandato si assegnava piuttosto ad un ospedale un ventaglio di prestazioni, per il quale l'ospedale veniva ammesso nell'elenco ospedaliero. Da un mandato inteso in questo senso non poteva essere dedotto un obbligo finanziario per il Cantone. Se, giusta l'articolo 39 in combinato disposto con l'articolo 49 capoverso 2, sia l'assicurazione malattie sia i Cantoni contribuiscono a remunerare le prestazioni fornite dagli ospedali che figurano in un elenco di ospedali, dal profilo strettamente finanziario questa pratica risulta essere molto simile al pagamento di un mandato.

Alla fine è stata accettata la proposta uscita dalle consultazioni parlamentari sulla seconda revisione della LAMal, in base alla quale i Cantoni possono porre delle condizioni al conferimento dei mandati di prestazioni. Regolamentazioni di questo tipo potrebbero essere adottate dai Cantoni sulla base della legislazione cantonale. Tuttavia, per disporre di una regolamentazione uniforme, tale competenza dev'essere iscritta nella LAMal. Lo scopo è quello di evitare che le partecipazioni uniformi cantonali ai costi di gestione e d'investimento degli istituti ospedalieri pubblici e privati figuranti nell'elenco cantonale portino pregiudizio agli ospedali pubblici, poiché questi non hanno la facoltà di scegliere i loro pazienti e sopportano la maggior parte delle spese di formazione e ricerca. Occorre osservare che nei mandati di prestazioni i Cantoni possono fissare degli obblighi il cui adempimento costituisce il presupposto per l'accettazione d'istituti ospedalieri pubblici o privati nell'elenco cantonale, a patto che tali obblighi rientrino nell'ambito della garanzia di una copertura sanitaria della popolazione. Fanno parte di tali obblighi per esempio l'istituzione di un servizio di emergenza nelle regioni isolate o l'accettazione di tutte le persone coperte dall'assicurazione obbligatoria.

Anche in questo caso vanno stralciati gli istituti che effettuano cure semiospedaliere.

Articolo 39 capoverso 3

Come già detto in precedenza (punto 2.2), nell'ambito della NPC si prevede di disciplinare a livello nazionale con un concordato intercantonale la pianificazione e

la suddivisione delle capacità che permettono la copertura del fabbisogno nel settore della medicina altamente specializzata. La presente disposizione intende radicare definitivamente questo principio conferendo al Consiglio federale una competenza sussidiaria già nell'ambito della LAMal.

Articolo 39 capoverso 5 (nuovo)

Come enunciato al punto 2.2, per consentire un'applicazione univoca delle disposizioni della LAMal ed un miglior coordinamento intercantonale, viene conferita al Consiglio federale la competenza di formulare principi tratti dalla sua attuale giurisprudenza e di completarli in vista dell'introduzione delle nuove regole di finanziamento.

Articolo 41 capoverso 1

La prima frase del capoverso 1 recita che gli assicurati possono scegliere tra i fornitori di prestazioni idonei a curare la sua malattia. Quali siano gli ospedali autorizzati per una determinata cura dipende dal mandato di prestazioni attribuito in base alla pianificazione o all'elenco cantonale. Sono considerati autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato o nell'elenco del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è insediato in modo permanente. Tuttavia – eccettuati i motivi d'ordine medico (art. 41 cpv. 2 LAMal) – l'assicurazione malattie obbligatoria assume i costi solo in base alla tariffa degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato. Se l'assicurato, senza necessità per motivi d'ordine medico, sceglie un fornitore di prestazioni non menzionato nell'elenco del proprio Cantone di domicilio, ma autorizzato quale fornitore di prestazioni in un altro Cantone, per l'assicurato sussiste una protezione tariffaria, nel senso che il fornitore di prestazioni deve attenersi alla tariffa approvata o stabilita (art. 46 cpv. 4, art. 47 cpv. 2 LAMal). L'assicurazione malattie assume esclusivamente la parte dei costi che corrisponde alla tariffa degli ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato e che dispongono di un mandato di prestazioni. Poiché questo ospedale non rientra nella pianificazione, il Cantone non è tenuto a versare alcun contributo. I relativi costi sono a carico dell'assicurato o di un'eventuale assicurazione complementare. Tale disposizione è giustificata dal fatto che, con la pianificazione ospedaliera e il conferimento di mandati di prestazioni, il Cantone fa in modo che siano a disposizione capacità sufficienti per curare gli abitanti del Cantone in presenza di qualsiasi tipo di malattia. Qualora un assicurato decida di farsi curare in un ospedale non contemplato dalla pianificazione, mentre insorgono comunque costi fissi per la messa a disposizione delle relative capacità di cura, spetta all'assicurato e non al Cantone sopportarne le conseguenze finanziarie.

Articolo 41 capoverso 2 lettera b

Inoltre va chiarito il rapporto tra i capoversi 2 e 3 dell'articolo 41 e stabilito che, se per una determinata cura o in caso di urgenza non può essere fatto ricorso a un fornitore di prestazioni che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicurato ha il diritto di scegliere un altro fornitore di prestazioni. Riassumendo, l'assicurazione malattie assume i costi per cure ospedaliere se un fornitore di prestazioni figurante nell'elenco del Cantone di domicilio è idoneo alla cura, oppure

se per motivi di ordine medico si deve ricorrere ad un altro fornitore di prestazioni non figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. Siccome siamo in presenza di un sistema assicurativo autonomo, anche in quest'ultimo caso è concesso emettere fatture a carico dell'assicurazione malattie solamente a fornitori di prestazioni autorizzati ai sensi delle disposizioni della legge. Ciò significa che l'assicurato deve farsi curare in un ospedale che figura perlomeno nell'elenco ospedaliero del Cantone in cui ha la sua sede e che fa quindi parte dei fornitori di prestazioni autorizzati.

Articolo 41 capoverso 3

Conformemente al diritto vigente, questa disposizione stabilisce che il Cantone di domicilio è tenuto a contribuire ai costi se la cura non è offerta da un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico nel Cantone di domicilio, o se non è possibile ricorrere ad un tale ospedale. Le sentenze del TFA citate precedentemente hanno chiarito in quale misura l'obbligo di contribuire ai costi dipenda dal luogo di degenza dell'assicurato. Nell'articolo 49 la regola di finanziamento va estesa a tutti i reparti ospedalieri e a tutti i tipi di ospedale. Il rinvio all'articolo 49 è volto ad armonizzare gli articoli 49 e 41. Occorre pertanto sottolineare che il Cantone di domicilio è tenuto ad assumere la parte dei costi dovuta ai sensi dell'articolo 49 non soltanto all'interno del Cantone, ma anche al di fuori di esso, indipendentemente dal fatto che l'ospedale in questione figuri o meno nel suo elenco, qualora per motivi di ordine medico sia necessario ricorrere ad un fornitore di prestazioni non contemplato dal proprio elenco.

Articolo 47 capoverso 2

Visto che la nozione di "semiospedaliero" è stata stralciata, essa va soppressa anche in questo caso.

Articolo 49 capoverso 1

Conformemente alla legislazione vigente, per le tariffe degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico il grado di copertura dei costi da parte dell'assicurazione malattie per gli abitanti del Cantone non può superare il 50 per cento dei costi fatturabili del reparto comune. Non vi è alcuna prescrizione circa il modo in cui vadano coperti i costi rimanenti. Ciononostante, sulla base dell'obbligo dei Cantoni di garantire le cure ospedaliere, si parte dal presupposto che i Cantoni contribuiscano anche al finanziamento della gestione dell'infrastruttura ospedaliera da essi istituita o promossa, e che ne coprano in particolare i disavanzi. Questo fa sì che i Cantoni, così come gli assicuratori, finanziano le istituzioni anziché le prestazioni.

Allo scopo di correggere gli incentivi (che non incoraggiano il contenimento dei costi) dell'attuale finanziamento per stabilimento, in un'ottica economica risulta opportuno introdurre su vasta scala il sistema del finanziamento delle prestazioni. Questo tipo di finanziamento ha il vantaggio di permettere la tariffazione delle prestazioni fornite, in modo da mettere in primo piano il rapporto prezzo/prestazione. L'importo forfettario in funzione della prestazione è il "prezzo" corrisposto dall'assicuratore per la prestazione fornita. Oggi in molti Cantoni sono già applicate le remunerazioni in funzione delle prestazioni, sia sotto forma di

importi forfettari per caso in funzione della diagnosi (DRG) che di importi forfettari per reparto o di remunerazione per un iter terapeutico. Oltre agli importi forfettari in funzione della diagnosi sono ipotizzabili anche degli importi forfettari in funzione delle cure atti a remunerare un procedimento terapeutico. Nonostante questo cambiamento fondamentale per passare a importi forfettari in funzione delle prestazioni, in alcuni casi è ragionevole ricorrere al pagamento di forfait giornalieri, per esempio nei casi di cure di lunga durata (p.es. in ambito psichiatrico). Ai fini di una maggiore trasparenza e affinché sia possibile attuare confronti su tutto il territorio nazionale e adottare una remunerazione intercantonale semplice, è importante che tutte queste forme di remunerazione siano strutturate secondo sistemi di classificazione uniformi. A tale scopo è necessario introdurre a livello nazionale strutture tariffali uniformi. E' ipotizzabile che, per determinate prestazioni, anche in un settore determinato, possano essere applicati parallelamente diversi sistemi forfettari (p. es. importi forfettari per caso, importi forfettari giornalieri). Tuttavia ciò non deve assumere proporzioni tali che la combinazione d'importi forfettari si avvicini a tal punto alla remunerazione per singole prestazioni da diventare una tariffa per singole prestazioni, cosa che è esclusa in ambito ospedaliero. Analogamente al sistema definito dall'articolo 43 capoverso 5 LAMal per le tariffe per singole prestazioni, è compito del partner tariffale elaborare le strutture necessarie. Il Consiglio federale interverrebbe solo nel caso in cui ciò non avvenisse entro il termine da lui fissato (cfr. disposizione transitoria).

Visto lo stralcio della nozione di "semiospedaliero", le Camere federali hanno voluto introdurre una distinzione tra cure ambulatoriali e ospedaliere. Tuttavia, nell'ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie, il Consiglio federale ha già definito le nozioni di ambulatoriale, semiospedaliero ed ospedaliero in relazione alla raccolta delle basi per il calcolo delle tariffe (art. 3-5 OCPre). In tal modo è stata unificata la pratica in materia di delimitazioni, finora discordante, e non risulta più necessario regolamentare la questione a livello di legge. È quindi considerata cura ospedaliera una degenza in ospedale di una durata di almeno 24 ore relativa a esami, terapie e cure. Una degenza in ospedale di meno di 24 ore viene ugualmente considerata come cura ospedaliera se ha luogo a scopo di esame, terapia o cura e richiede l'occupazione di un letto durante una notte. Vengono considerate cure ospedaliere anche le degenze in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale o in caso di decesso.

Articolo 49 capoverso 2

In linea di massima viene mantenuta la remunerazione forfettaria delle cure ospedaliere. Questo anche perché, contrariamente alla tariffazione per singole prestazioni, è così possibile limitare l'incentivo a un aumento del volume. Tuttavia in alcuni casi può rivelarsi giudizioso fatturare i costi legati a prestazioni supplementari solo nel caso di assicurati che ne sono effettivamente la causa. La possibilità finora prevista dall'articolo 49 capoverso 2 LAMal di tariffazione separata per prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali che vengono fornite raramente e sono molto onerose (p.es. misure particolarmente complicate o impiego di alta tecnologia costosa) deve quindi essere mantenuta.

Articolo 49 capoverso 3

Il disciplinamento attuale menzionato nell'articolo 49 capoverso 1 ha fatto sì che gli ospedali e gli assicuratori abbiano un esiguo margine di manovra per accordarsi sui prezzi della cura ospedaliera, poiché i costi computabili per la tariffazione sono definiti ed esiste un margine di manovra nelle trattative unicamente per quanto riguarda la delimitazione e le sovracapacità, nonché a proposito del livello del grado di copertura dei costi. In questo modo è statuita una garanzia della copertura dei costi senza tener conto del rapporto tra i prezzi e le prestazioni. Questo è in contrapposizione con il proposito di concorrenza in ambito tariffale enunciato dalla legge.

Dopo il passaggio al finanziamento delle prestazioni non sarà più possibile fare riferimento ai costi fatturabili. Determinante in questo caso sarà la remunerazione delle rispettive prestazioni, assunta per metà dall'assicuratore e per metà dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Nondimeno, in base a considerazioni proprie della politica sociale, i Cantoni devono essere lasciati liberi di escludere alcuni settori e di assumerne i costi separatamente. Si tratta principalmente di compiti pubblici atti ad assicurare la copertura del fabbisogno, come le riserve di capacità necessarie e i servizi di pronto soccorso. In futuro saranno considerati nel finanziamento anche i costi d'investimento, soprattutto perché la netta divisione tra costi di gestione e d'investimento nell'ambito del finanziamento ospedaliero dà un'immagine che non corrisponde alla prassi aziendale. Tuttavia, la remunerazione non comprenderà i costi di formazione e di ricerca. In questo caso viene mantenuto il testo attuale della legge perché, ai sensi dell'articolo 53 LAMal, nell'esame dei ricorsi sulle tariffe il Consiglio federale dà una definizione completa della nozione di costi di formazione (si veda per esempio la Decisione del Consiglio federale del 19 dicembre 2001, in: Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Giurisprudenza e prassi amministrativa dell'assicurazione malattie e infortuni, RAMI 4/2002, KV 220, p. 309, cons. II. 1.6.3 e II. 10.1). Ciò significa che tutti i costi relativi alla formazione di base e al perfezionamento del personale medico non sono a carico dell'assicurazione malattie. Sono ugualmente esclusi i costi di ricerca e i costi indirettamente legati alle attività di formazione e ricerca. Nella LAMal non si fa riferimento soltanto ai costi di formazione e di ricerca delle cliniche universitarie. Da questo punto di vista sono quindi considerati come facenti parte di questa categoria non solo i costi di formazione e ricerca in ambito universitario, ma anche i costi cagionati in tutti gli altri ospedali a carico dell'assicurazione sociale malattie indipendentemente dal fatto che si tratti di piccoli ospedali o di cliniche private. Nel frattempo il Consiglio federale ha emanato un articolo nell'ambito dell'OCPre (art. 7) che offre una definizione completa della questione.

Con questa regolamentazione vi sarà da un lato uno sgravio finanziario per i Cantoni. D'altro lato sarà in compenso fissato l'obbligo del finanziamento del Cantone. Contemporaneamente, la nuova regola di finanziamento viene estesa agli enti privati che partecipano alla copertura del fabbisogno, i quali possono quindi essere integrati negli elenchi cantonali. Quest'ultimo fatto si giustifica in quanto garantisce il pari trattamento degli ospedali e evita distorsioni della concorrenza. Procedendo in questo modo, l'intera capacità secondo il fabbisogno è sottoposta allo stesso regime di finanziamento.

In seguito alla soppressione proposta del termine "reparto comune", viene inoltre meno una distinzione secondo il luogo di degenza degli assicurati. In futuro, l'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia e da parte dei poteri

pubblici dipenderà solo dal fatto se il fornitore di prestazioni sia idoneo e autorizzato a fornire le cure. Per i Cantoni questa regolamentazione implica che essi non possono più assumersi globalmente i costi non coperti dall'assicurazione malattie.

Per ogni degenza ospedaliera, la fattura dell'ospedale è assunta per metà dall'assicuratore e per metà dal Cantone. Per quanto riguarda le fatture, va stabilito che il fornitore di prestazioni viene remunerato dall'assicurato in base alla prestazione fornita, e che l'assicurato viene a sua volta rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante; art. 42 cpv. 1 LAMal). E' ugualmente possibile una remunerazione diretta del fornitore da parte dell'assicuratore (sistema del terzo pagante; art. 42 cpv. 2 LAMal), nella misura in cui ciò è stato stabilito contrattualmente. L'assicurato o l'assicuratore hanno il diritto di domandare al Cantone di versare la parte a suo carico, corrispondente alla metà dell'importo. Se a ricevere il pagamento non è più il fornitore di prestazioni ma l'assicurato, il Cantone deve far fronte ad un lavoro amministrativo supplementare e l'assicurato rischia di dover pagare di persona la fattura dell'ospedale prima di aver ricevuto il contributo cantonale. Per semplificare il procedimento il Cantone verserà la propria parte direttamente all'ospedale.

Articolo 49 capoverso 4

Anche qui va stralciato il termine "reparto comune". Considerato il carattere autonomo del sistema assicurativo, occorre inoltre rilevare che le prestazioni degli ospedali secondo la presente legge sono remunerate interamente secondo i capoversi 1, 2 e 3. Nella misura in cui si tratta di prestazioni previste dalla legge, sono quindi escluse altre fatturazioni, come onorari supplementari per prestazioni mediche in caso di degenza nel reparto privato di un ospedale. Si tiene così conto del principio della protezione tariffale (art. 44 LAMal) nel settore ospedaliero. Ovviamente, come per la degenza, anche in questo caso rimangono assicurabili, secondo il diritto delle assicurazioni private, ulteriori prestazioni non soggette alla LAMal come per esempio la libera scelta del medico nel settore ospedaliero.

Articolo 49 capoverso 5

Questa disposizione corrisponde al contenuto dell'attuale capoverso 4.

Articolo 49 capoverso 6

Considerato lo stralcio della nozione di "semiospedaliero", il termine viene stralciato anche in questa sede.

Articolo 49 capoverso 7

Ai fini della promozione dell'idea di concorrenza e di una gestione improntata ai principi dell'economia aziendale, gli ospedali sono tenuti ad operare in modo più imprenditoriale. Pertanto va stabilito nella presente disposizione che gli ospedali devono disporre degli strumenti di gestione necessari. Nella versione tedesca dell'attuale articolo 49 capoverso 6 LAMal sono menzionate la "Kostenstellenrechnung" e la "Leistungsstatistik" come strumenti che permettono di calcolare i costi e di registrare le prestazioni. È indiscusso che gli obiettivi della

legge non possono essere raggiunti con la sola "Kostenstellenrechnung". Per una trasparente separazione dei costi delle prestazioni coperte dalla LAMal sono necessarie delle basi più complete. A questo proposito, le versioni italiana e francese del testo di legge riportano la nozione – più completa e corretta - di contabilità analitica [Kostenrechnung], che comprende il calcolo per tipi di costo [Kostenartenrechnung], per centri di costo [Kostenstellenrechnung] e per unità finali d'imputazione [Kostenträgerrechnung]. Il testo tedesco va quindi adattato di conseguenza. D'altro canto è necessario lasciare un margine di manovra sufficiente e consentire non solamente una visuale che sia riferita alla contabilità analitica e alla statistica delle prestazioni, bensì una valutazione globale della gestione aziendale. Introducendo il concetto di "strumenti di gestione" i requisiti sono intesi in senso più ampio, lasciando spazio alla futura evoluzione. Inoltre viene enunciata esplicitamente l'utilizzazione che si farà dei dati che dovranno essere messi a disposizione mediante questi strumenti di gestione, in particolare la valutazione dell'economicità.

Articolo 49 capoverso 8

Questo capoverso corrisponde al capoverso 7 delle disposizioni in vigore. Anche qui le varie versioni linguistiche sono discordanti: il testo francese parla di "comparaison des frais d'exploitation", mentre quello tedesco parla di "Betriebsvergleiche" e quello italiano di "studio comparativo delle gestioni ospedaliere". Siccome solo una valutazione globale della gestione aziendale consente di trarre le debite conclusioni, e tenuto conto del fatto che i costi d'investimento verranno inclusi nel calcolo delle tariffe di tutti gli istituti, sia la versione francese (nuova formulazione: "comparaisons entre hôpitaux") che quella italiana (nuova formulazione: "comparazioni tra ospedali") vanno adattate.

Articoli 50, 51 capoverso 1 e 53

Vista la nuova numerazione degli articoli 39 e 49, vanno adattati i rispettivi rimandi.

Articolo 79 a (nuovo) Diritto di regresso del Cantone di domicilio

L'articolo 72 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1) dà all'assicuratore un diritto di regresso contro terzi responsabili. Sulla base della ripartizione dei costi secondo l'articolo 49 capoverso 3 LAMal, nel settore ospedaliero vengono utilizzati anche introiti fiscali per finanziare le prestazioni dell'assicurazione malattie. Se il Cantone di domicilio, che assicura il finanziamento, non dovesse ottenere il diritto di riscuotere da terzi responsabili, indipendentemente dal luogo in cui sono state dispensate le cure, la quota di costi da esso assunta, i terzi responsabili diventerebbero beneficiari della protezione tariffale secondo l'articolo 44 capoverso 1 LAMal e dei vantaggi tariffali dell'assicurazione sociale malattie. In tal modo il contribuente sosterebbe una parte del risarcimento dei danni, il che sarebbe ingiustificato (cfr. in merito: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Bern 1999, n. 401).

Il Consiglio federale ritiene urgente che terzi responsabili siano sgravati finanziariamente mediante mezzi fiscali grazie alla ripartizione dei costi nel settore ospedaliero. Esso propone pertanto di introdurre un articolo 79a secondo il quale il

Cantone di domicilio ha, analogamente all'assicuratore, un diritto di regresso contro terzi responsabili per quanto riguarda le remunerazioni che esso ha versato ai sensi degli articoli 49 capoverso 3 e 41 capoverso 3 LAMal. Rinuncia però a riconoscere lo stesso diritto ai Comuni, non essendo questi ultimi menzionati esplicitamente nella LAMal. La modifica non fonda nuove pretese contro terzi responsabili, in quanto è inammissibile che sulla base di convenzioni tariffali tra assicuratori-malattia e fornitori di prestazioni siano concordate tariffe superiori a quelle ordinarie per i casi di responsabilità civile a carico dell'assicurazione sociale malattie.

Articolo 84a capoverso 1 lettera f

Visto che il contenuto dell'articolo 21 capoverso 4 è stato inserito nell'articolo 22a, il rimando va adeguato.

Articolo 104a capoverso 2

Vista la nuova numerazione dell'articolo 49, il rimando al capoverso 6 va sostituito con quello al capoverso 7.

Disposizioni transitorie capoverso 1

Attualmente gli ospedali privati non sussidiati dall'ente pubblico sono presi in considerazione dalla pianificazione ospedaliera in maniera diversa a seconda del Cantone. Alcuni Cantoni allestiscono elenchi integrali, altri procedono con elenchi A e B con implicazioni diverse per l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per far sì che tutti i Cantoni possano basarsi su liste ospedaliere integrali, viene concesso ai Cantoni il termine di un anno per adeguare la loro pianificazione ospedaliera alla nuova legislazione. Per la pianificazione del settore della medicina altamente specializzata va concesso un termine più lungo.

Disposizioni transitorie capoverso 2

Le strutture tariffarie proposte nell'articolo 49 capoverso 1 non possono essere realizzate dai partner tariffali in concomitanza con l'entrata in vigore della modifica della legge. Pertanto è necessario conferire al Consiglio federale la competenza di stabilire un termine per l'introduzione. Dato che le basi di calcolo sulle quali poggiano i sistemi di importi forfettari sono sviluppate in modo diverso nei diversi settori, l'introduzione deve poter avvenire gradualmente. Inoltre, con l'introduzione dei sistemi di importi forfettari, gli investimenti, finora esclusi dalle tariffe, devono essere inclusi nel calcolo tariffario secondo criteri uniformi, in modo da raggiungere un minimo di trasparenza e uniformità. Anche la questione della presa in considerazione degli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della modifica legislativa deve essere disciplinata dal Consiglio federale.

Disposizioni transitorie capoverso 3

Attualmente i Cantoni assumono in media oltre la metà dei costi fatturabili degli ospedali pubblici e sussidiati dall'ente pubblico. Tuttavia questa quota varia a seconda dei Cantoni. Partendo dalla quota di finanziamento al momento dell'entrata in vigore della modifica legislativa, i Cantoni e gli assicuratori sono tenuti ad

adattare i loro contributi entro tre anni in modo da raggiungere il terzo anno la remunerazione del 50 per cento ciascuno. In tal modo si creano le basi per il passaggio al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa.

Disposizioni transitorie capoverso 4

Ai sensi del capoverso 1 delle disposizioni transitorie, i Cantoni hanno un anno di tempo per adattare la loro pianificazione ospedaliera e il loro elenco ospedaliero alle nuove disposizioni. Affinché possano adottare i cambiamenti concernenti gli ospedali privati, essi devono assumersi la loro parte dei costi per le cure ospedaliere in ospedali privati non sussidiati solo due anni dopo l'entrata in vigore delle modifiche, ma includendo anche le spese d'investimento che, come è noto, per gli ospedali privati non sussidiati sono già oggi parte integrante delle tariffe.

Disposizioni transitorie capoverso 5

Come già menzionato, il Consiglio federale non considera realizzabile a breve scadenza un sistema di finanziamento monistico. Per poter immaginare un cambiamento di sistema a medio termine, il Consiglio federale deve tuttavia già sottoporre una proposta al Parlamento entro tre anni.

4 Influenza della proposta sulle altre modifiche del sistema attualmente in discussione

Eccezion fatta per il nuovo ordinamento della riduzione dei premi, il modello proposto del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni ospedaliere degli ospedali non influisce sulle altre modifiche del sistema attualmente in discussione nel campo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie né è influenzato da esse. A causa della ripercussione sui premi degli eventuali costi supplementari a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il fabbisogno di mezzi per la riduzione dei premi potrebbe aumentare. Ciò dipenderà però dal sistema di riduzione dei premi applicato dai singoli Cantoni.

Il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa sarebbe compatibile con la soppressione dell'obbligo di contrarre nel settore ambulatoriale e con la promozione del managed care. Il finanziamento ospedaliero duale con ripartizione percentuale fissa non rende necessario alcun adeguamento in materia di compensazione dei rischi. L'introduzione di una tessera d'assicurato non ha nulla a che vedere con il sistema di finanziamento degli ospedali, tuttavia anche in questo ambito potrebbe agevolare il lavoro amministrativo.

Con la contemporanea introduzione del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa e l'aumento della partecipazione ai costi è ipotizzabile un onere finanziario maggiore per gli assicurati in caso di degenza ospedaliera, soprattutto a causa dell'inclusione dei costi d'investimento nella remunerazione in funzione delle prestazioni. L'aumento dell'onere finanziario dipenderà comunque dalla misura in cui ci saranno più assicurati tenuti a pagare l'aliquota percentuale massima.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie

5.1.1 Ripercussioni finanziarie sulla Confederazione

Visto che alla Confederazione non sono stati conferiti nuovi compiti, l'aumento degli effettivi dovrebbe essere limitato. La Confederazione avrà compiti supplementari solo nei settori della pianificazione e del rilevamento dei dati. Questo supplemento di lavoro dipenderà dalla necessità di un intervento o dal volume dei dati da rilevare e per ora non è quindi quantificabile. Pertanto rinunciamo alla relativa richiesta di risorse, ma avanziamo esplicitamente una riserva.

La Confederazione non partecipa al finanziamento ospedaliero; il cambiamento di sistema a favore del finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni non ha quindi nessuna ripercussione diretta sulle finanze federali, anche se da un punto di vista teorico ci potrebbero essere delle ripercussioni indirette. Questo avverrebbe se i premi aumentassero considerevolmente in seguito alla revisione della legge ed i Cantoni facessero ampia richiesta dei fondi stanziati dalla Confederazione per la riduzione dei premi al fine di sgravare gli assicurati di condizione economica modesta.

5.1.2 Ripercussioni finanziarie sui Cantoni ed i Comuni

Gli elementi contenuti nella revisione legislativa comportano per i Cantoni ed i Comuni sia sgravi finanziari che oneri supplementari. Valutarne l'entità è possibile solo a livello dei Cantoni. Se e in che misura gli oneri supplementari o gli sgravi si ripercuotano sui Comuni dipende dalle legislazioni cantonali, il che impedisce di fornire una stima complessiva delle ripercussioni a livello comunale. I Cantoni non dispongono di dati consolidati in grado di permettere un calcolo della quota dei costi fatturabili degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico coperta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questa stima costituirebbe il punto di partenza per il calcolo degli spostamenti degli oneri finanziari. Secondo i dati inufficiali di alcune direzioni cantonali della sanità, tale quota di copertura dei costi dovrebbe oscillare tra il 43 e il 45 per cento, anche se in alcuni Cantoni la percentuale potrebbe rivelarsi inferiore o superiore.

Una delle cause di una parte degli oneri supplementari a carico dei Cantoni è l'abrogazione della legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali per le cure stazionarie all'interno dei Cantoni: durante l'ultimo anno di validità di questa legge federale, vale a dire nel 2004 o, in caso di prolungamento della validità, nell'anno precedente quello dell'entrata in vigore della presente revisione, i Cantoni versano lo stesso importo versato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per le cure ospedaliere dispensate in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico all'interno del Cantone a persone che dispongono di un'assicurazione complementare. Questo importo è inferiore a quello che i Cantoni dovrebbero versare se fosse messa in atto la sentenza del TFA sull'obbligo di contribuzione dei Cantoni in caso di cure ospedaliere dispensate all'interno del Cantone a persone coperte da un'assicurazione complementare, cioè se fosse applicato il disciplinamento previsto dalla vigente legge. Dal momento che gli ospedali non rendono pubblica la loro contabilità analitica, non è possibile stabilire l'importo che

i Cantoni dovrebbero versare, se dovessero assumere i costi d'esercizio computabili non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Secondo calcoli eseguiti sulla base delle stime cui fa riferimento il presente disegno, dovrebbero presumibilmente versare tra i 140 e i 170 milioni di franchi supplementari. Vigente la legge federale sull'adeguamento dei contributi cantonali questi costi sono a carico dell'assicurazione complementare.

Per gli assicurati coperti unicamente dall'assicurazione obbligatoria, l'insieme dei costi delle cure dispensate in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono stati finanziati finora dai soggetti giuridici responsabili degli ospedali, cioè perlopiù dai Cantoni. Questi ultimi coprono di regola i costi d'esercizio non remunerati dagli assicuratori e i costi d'investimento. I Cantoni ritengono di finanziare dal 55 al 57 per cento dei costi d'esercizio degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Va qui ancora una volta osservato che, in mancanza della relativa giustificazione dei costi da parte degli ospedali, questa ipotesi può riferirsi soltanto ai costi complessivi: il totale dei costi d'esercizio computabili non è noto. Sulla scorta delle statistiche delle finanze pubbliche, la quota dei costi d'investimento corrisponde al 10 per cento dei costi d'esercizio. Partendo da questo presupposto, da un punto di vista statico il passaggio al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa di tutte le cure ospedaliere (compresi i costi d'investimento) comporterà probabilmente uno sgravio per i Cantoni e un aggravio corrispondente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Qualora i costi d'investimento degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico aumentassero, come sostengono i Cantoni, che li stimano attorno al 10-15 per cento dei costi d'esercizio, è prevedibile un ulteriore sgravio dei Cantoni a scapito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Dati in milioni di franchi	Cantoni	LAMal	LCA
Costi ospedalieri nel 2001 (in base ai dati dell'Ufficio federale di statistica, cfr. allegato)	4'771	3'895	2'800
Spostamento degli oneri, stime per l'anno 2004 partendo dal presupposto di un aumento dei costi annuale del 3,5-5 per cento			
Copertura di metà dei costi delle cure nel Cantone di persone coperte da un'assicurazione complementare in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico (compresi gli investimenti)	da +140 a + 170	da+140 a +170	da -280 a -340
Copertura di metà dei costi	da – 380 a – 580	da+ 380 a + 580	
Contributo ai costi d'investimento	da– 380 a – 580	da+ 380 a + 580	

La distinzione a livello di definizione tra cure ambulatoriali e cure ospedaliere è contenuta nell'OCPre entrata in vigore il 1° gennaio 2003. Si può ritenere che gli spostamenti di costi dovuti all'uniformazione delle definizioni a livello nazionale siano ormai conclusi.

Il secondo motivo per cui i Cantoni dovranno far fronte ad oneri supplementari è che, con l'entrata in vigore della revisione, essi dovranno assumere la metà dei costi

del finanziamento delle cure prestate a persone coperte da un'assicurazione complementare in ospedali privati attualmente non sussidiati, a condizione che questi ultimi siano previsti dalla pianificazione cantonale e figurino sull'elenco del Cantone. Se si dovranno versare contributi alle prestazioni di tutti gli ospedali privati attualmente figuranti sull'elenco, gli oneri supplementari dei Cantoni saranno considerevoli. Secondo la misura in cui gli ospedali privati e le loro prestazioni saranno contemplate dalla pianificazione cantonale, vale a dire secondo la permissività o restrittività di quest'ultima, i Cantoni dovranno far fronte ad aggravii di elevata o modesta entità. Si rinuncia pertanto a citare un importo preciso. I Cantoni prevedono tuttavia uno spostamento di oneri di circa 800-810 milioni di franchi a loro carico.

Le stime relative agli spostamenti degli oneri finanziari sono di natura puramente statica: gli effetti di contenimento dei costi che dovrebbero derivare dal finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa delle prestazioni, infatti, non sono presi in considerazione. Poiché i dati su cui ci si è dovuti fondare per esprimere previsioni sono incompleti, le stime vanno considerate come semplici ordini di grandezza. Senza dubbio però il cofinanziamento delle prestazioni fornite in ospedali attualmente non sussidiati costituisce per i Cantoni la maggior sollecitazione. Tuttavia, attraverso la pianificazione essi potranno influenzare la misura in cui dovranno assumerlo.

5.2

Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie

Analogamente all'effetto della revisione sui Cantoni, anche gli effetti sui costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possono essere stimati solo sommariamente. Poiché le stime hanno potuto essere eseguite soltanto con l'ausilio di ipotesi, anche in questo caso se ne indica l'imprecisione menzionando una fascia d'approssimazione. Dal punto di vista statico, l'entità dell'aggravio dell'assicurazione malattie obbligatoria corrisponde a quella dello sgravio dei Cantoni. In caso di assunzione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della metà dei costi d'esercizio computabili per le cure ospedaliere prestate a persone coperte da un'assicurazione complementare degenti in ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, l'assicurazione complementare ne risulterà sgravata.

L'inclusione delle spese d'investimento nella remunerazione del 50 per cento a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie costituisce per quest'ultima un onere supplementare. Questo perché le disposizioni transitorie prevedono che le spese d'investimento confluiscono negli importi forfetari solo nel quadro della remunerazione in funzione delle prestazioni e con ogni probabilità per gradi. Pertanto non si può partire dal presupposto che l'inclusione degli investimenti nella remunerazione delle prestazioni avvenga in un colpo solo e possa dispiegare immediatamente tutti i suoi effetti su costi e premi.

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sarà sgravata nei casi in cui oggi – conformemente al diritto vigente – assume la totalità dei costi delle prestazioni secondo LAMal dispensate ad una persona assicurata in caso di degenza in un ospedale privato contemplato dalla pianificazione.

Anche in questo caso le stime vanno considerate come ordini di grandezza calcolati dal punto di vista statico. Risulta pertanto difficile fare un bilancio degli aggravii e

degli sgravi e trarre conclusioni in merito all'evoluzione dei premi. Siccome in una prima fase si mira ad una quota di finanziamento del 50 per cento, ma questa poggerà ancora in gran parte sui costi computabili, impedendo così agli incentivi al contenimento dei costi di dispiegare i propri effetti, bisogna prevedere costi supplementari ed un conseguente aumento dei premi. L'aumento dei costi si distribuirebbe sull'arco di tre anni. D'altro canto è difficile valutare che effetti avrà in una seconda fase l'inclusione dei costi d'investimento negli importi forfetari in funzione delle prestazioni. Questo perché bisognerà fare i conti con gli effetti di nuovi incentivi, perché il passaggio agli importi forfetari in funzione delle prestazioni sarà graduale e anche perché il finanziamento delle prestazioni sarà effettivo solo dopo che i Cantoni avranno adeguato le loro pianificazioni.

5.3 Ripercussioni economiche

Il presente disegno introduce nuovi incentivi o rafforza quelli che sono già stati introdotti con l'entrata in vigore della nuova LAMAL. Le ripercussioni economiche che dovrebbero risultare a media scadenza dai cambiamenti di comportamento auspicati non possono venir stimate con precisione. Di conseguenza il presente paragrafo si limita a descrivere questi ultimi più che a quantificarli. Solo gli spostamenti degli oneri finanziari tra i vari agenti paganti possono essere oggetto di stime, poiché le nuove regole di finanziamento possono essere applicate all'attuale situazione dei costi in ambito ospedaliero.

La presente revisione del sistema di finanziamento degli ospedali non intende rimettere in discussione i principi fondamentali del sistema attuale. Al contrario, la revisione si prefigge lo scopo di dissipare le ambiguità che ostacolano il funzionamento del sistema previsto dalla legge e rafforzare gli incentivi al contenimento dei costi già ancorati nel sistema. La conseguente semplificazione delle regole di finanziamento e la maggiore trasparenza in ambito ospedaliero consentiranno di calcolare meglio i costi effettivi e le responsabilità. La revisione dovrebbe avere effetto a breve e media scadenza.

Il mercato della salute è caratterizzato dai seguenti elementi: l'offerta determina la domanda e i prezzi non hanno un ruolo diretto per i consumatori/assicurati. Per ragioni di politica sociale, il sistema è tenuto a garantire all'insieme della popolazione l'accesso ad un'offerta di cure qualitativamente elevata. In vista di un impiego razionale delle risorse, questo implica un ruolo guida dello Stato nella pianificazione delle infrastrutture (messa a disposizione delle capacità necessarie, commisurate al fabbisogno effettivo, e coordinamento intracantonale ed intercantonale). L'ampliamento della pianificazione ospedaliera cantonale al fine di garantire la copertura sanitaria a tutti gli assicurati è quindi pienamente giustificato, poiché solo così la pianificazione può rivelarsi efficace. Con la semplificazione delle regole di remunerazione per tutti gli ospedali figuranti sulla liste cantonali, la revisione permette il pari trattamento degli ospedali pubblici e privati. In futuro nell'ambito della LAMAL varranno le stesse condizioni per tutti gli ospedali. Nel caso ideale dovrebbero essere il mercato e le regole della concorrenza a determinare il loro accesso al mercato. Si potrebbe deplorare il fatto che in seguito alla revisione l'influenza dello Stato aumenterà per via dell'ampliamento del cofinanziamento e della maggior importanza assunta dalla pianificazione. La regolamentazione proposta si presterebbe comunque, nel quadro fissato, ad aumentare la concorrenza in materia di tariffe. Tuttavia, in un "mercato" nel quale la domanda è in gran parte

indotta dall'offerta e nel quale i "prezzi" sono approvati o fissati dalle autorità ed i consumatori non pagano direttamente i costi delle prestazioni di cui usufruiscono, le regole di partecipazione al "mercato" devono essere adeguate alla particolare situazione.

La maggior concorrenza in ambito ospedaliero auspicata dal disegno dovrebbe portare ad una graduale ottimizzazione dei costi di produzione e della qualità. Si può supporre che la diminuzione dei costi di produzione avrà ripercussioni positive sull'evoluzione dei premi. In tal modo i consumatori avranno più mezzi a disposizione per i consumi privati. Per il resto, a causa del maggiore onere finanziario, i Cantoni dovrebbero essere indotti ad impiegare più efficacemente lo strumento della pianificazione.

Tra gli obiettivi principali della revisione del sistema di finanziamento degli ospedali non c'era in primo luogo quello di rafforzare il principio di solidarietà alla base della LAMal o di favorire l'equilibrio regionale della copertura sanitaria. Tuttavia essa contribuisce anche a questo, e, grazie al finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa, promuove un migliore coordinamento intercantonale della pianificazione, il che rappresenta un ulteriore passo in direzione di un coordinamento ancora più ampio.

6 Relazione con la nuova perequazione finanziaria e ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni

La nuova perequazione finanziaria ha lo scopo di ripartire i compiti, le competenze e i flussi finanziari tra la Confederazione e i Cantoni nonché di chiarire le loro corrispettive responsabilità (messaggio del Consiglio federale del 14 novembre 2001 nel FF 2002 2065). Nell'ambito dei lavori relativi a un nuovo ordinamento sulla perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni, si esamina una ripartizione dei compiti anche nel settore delle assicurazioni sociali. Il finanziamento ospedaliero non ne è direttamente interessato. Come già detto al punto 2.2, si mira a raggiungere una ripartizione dei compiti tra i Cantoni nell'ambito della medicina altamente specializzata. Questo corrisponde alla proposta contenuta nel presente disegno.

7 Programma di legislatura

Il disegno figura nel rapporto sul programma di legislatura 2003-2007 del 25 febbraio 2004 ed è elencato tra gli oggetti annunciati nelle linee direttive (FF 2004 996).

8 Basi giuridiche

8.1 Costituzionalità

Il disegno si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale.

8.2 Delega delle competenze legislative

L'articolo 96 delega al Consiglio federale le competenze normative necessarie all'esecuzione dell'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni esecutive). Il presente disegno autorizza inoltre il Consiglio federale ad emanare disposizioni negli ambiti seguenti:

disciplinamento del flusso di dati (art. 22a cpv. 4) ; principi di pianificazione ospedaliera (art. 39 cpv. 5); disposizioni in materia di strumenti di gestione (art. 49 cpv. 7); diritto di regresso del Cantone di domicilio (art. 79a).

Ripartizione dei costi d'ospedalizzazione tra l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) e i Cantoni

Stima per l'anno 2001	milioni di franchi	
Costi degli ospedali secondo la statistica sui costi del sistema sanitario	16'132	
meno le prestazioni ambulatoriali	-2'431	
Costi della degenza ospedaliera	13'702	
meno le prestazioni pagate dalle altre assicurazioni sociali (AINF, AI, AMIL) e dalla Confederazione	-728	
meno le prestazioni pagate da assicuratori privati	-2'772	
meno le partecipazioni degli assicurati ai costi nell'assicurazione privata	-28	
Costi della degenza ospedaliera a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal), dei Cantoni e delle economie domestiche private	10'174	
meno i pagamenti diretti delle economie domestiche (out of pocket)	-593	
meno i sussidi pubblici agli investimenti	-915	
Stima dei costi ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal	8'666	100.00%
a carico dei Cantoni	4'771	55.05%
a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal), comprese le partecipazioni degli assicurati ai costi.	3'895	44.95%
Ufficio federale di statistica: stime sulle base della statistica sui costi del sistema sanitario, della statistica ospedaliera, della statistica sull'assicurazione malattie e della statistica sulle compagnie d'assicurazione private.		

Finanziamento degli ospedali

Anno	Agenti paganti												TOTALE
	Stato				Assicurazioni sociali					Assicurazione privata 1)	Economie domestiche private 2)	Altro finanziamento privato	
	Confederazione	Cantoni	Comuni	Totale	LAMal	LAINF	AVS/AI	AM	Totale				
	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	mio fr.	
1995	1.5	3'690.3	289.8	3'981.5	3'996.5	488.0	231.4	21.6	4'737.5	2'912.3	980.7	0.0	12'612.0
1996	1.2	3'882.3	356.4	4'239.9	4'338.6	492.6	237.0	19.6	5'087.8	3'199.6	656.6	0.0	13'184.0
1997	1.4	3'883.1	450.6	4'335.1	4'351.4	500.6	250.9	19.1	5'122.0	2'787.1	1'056.2	0.0	13'300.5
1998	1.1	3'876.1	515.4	4'392.5	4'469.6	551.8	252.0	18.6	5'292.0	2'813.1	1'229.2	0.0	13'726.9
1999	0.0	4'116.1	508.6	4'624.8	4'668.7	604.3	243.0	17.4	5'533.4	2'532.9	1'578.8	0.0	14'269.9
2000	0.1	4'292.0	560.2	4'852.3	4'902.5	638.5	246.7	20.0	5'807.7	2'735.8	1'499.7	0.0	14'895.5
2001	1.4	5'041.3	644.2	5'686.9	5'239.5	658.5	261.6	19.6	6'179.3	2'771.6	1'494.4	0.0	16'132.1
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	
1995	0.0	29.3	2.3	31.6	31.7	3.9	1.8	0.2	37.6	23.1	7.8	0.0	100.0
1996	0.0	29.4	2.7	32.2	32.9	3.7	1.8	0.1	38.6	24.3	5.0	0.0	100.0
1997	0.0	29.2	3.4	32.6	32.7	3.8	1.9	0.1	38.5	21.0	7.9	0.0	100.0
1998	0.0	28.2	3.8	32.0	32.6	4.0	1.8	0.1	38.6	20.5	9.0	0.0	100.0
1999	0.0	28.8	3.6	32.4	32.7	4.2	1.7	0.1	38.8	17.8	11.1	0.0	100.0
2000	0.0	28.8	3.8	32.6	32.9	4.3	1.7	0.1	39.0	18.4	10.1	0.0	100.0
2001	0.0	31.3	4.0	35.3	32.5	4.1	1.6	0.1	38.3	17.2	9.3	0.0	100.0

1) Assicuratori malattie LAMal (casce malati), per l'assicurazione complementare (LCA), e istituti d'assicurazione privati

2) Pagamenti diretti delle economie domestiche ai fornitori di beni e servizi per prestazioni non coperte dagli assicuratori malattie ("out of pocket") e partecipazione ai costi dell'assicurazione malattie.

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Finanziamento ospedaliero)

Modifica del

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del ¹,
decreta:

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 21 cpv. 4

Abrogato

Art. 22a (nuovo) Dati di base

¹ La Confederazione elabora le basi statistiche necessarie per valutare gli effetti e il funzionamento della presente legge e per vigilare sulla sua esecuzione e sul suo adempimento.

² La Confederazione rileva presso gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e la popolazione i dati necessari per adempiere il capoverso 1. In particolare i fornitori di prestazioni devono comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a dare le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

³ La Confederazione mette a disposizione dei Cantoni, degli assicuratori e delle istituzioni menzionate nell'articolo 84a i dati utilizzati per scopi di vigilanza o di altro carattere amministrativo in forma non anonima.

⁴ L'anonimato degli assicurati deve essere garantito in ogni caso. Il Consiglio federale emana prescrizioni sul relativo flusso di dati.

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

Art. 25 cpv. 2 lett. a frase introduttiva, e ed f

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure dispensati ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale o in una casa di cura;
- e. la degenza in ospedale;
- f. *Abrogata*

Art. 29 cpv. 2 lett. b

² Quest'ultime comprendono:

- b. il parto a domicilio o all'ospedale, come pure l'assistenza del medico o della levatrice.

Art. 35 cpv. 2 lett. i

Abrogata

Art. 39 cpv. 1 lett. d, 2 - 6 (nuovi)

¹ Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati a fornire le prestazioni assicurate obbligatoriamente ai sensi della presente legge se:

- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero approntata da uno o più Cantoni;

² La pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero di cui al capoverso 1 lettera d deve riferirsi alla copertura del fabbisogno di tutte le persone tenute ad assicurarsi in virtù della presente legge (art. 3) e considerare i flussi di pazienti tra i Cantoni. Gli enti privati vanno inclusi adeguatamente nella pianificazione.

³ I Cantoni sono tenuti ad approntare una pianificazione comune nel settore della medicina altamente specializzata. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale emana la pianificazione.

⁴ L'elenco di cui al capoverso 1 lettera e deve comprendere l'insieme degli ospedali del Cantone necessari per la copertura del fabbisogno e ai quali è stato conferito un mandato di prestazioni; esso può parimenti comprendere ospedali situati in altri Cantoni per i quali il Cantone ha concluso un accordo con uno o più Cantoni oppure direttamente con l'ospedale stesso. I Cantoni possono porre condizioni all'assegnazione di mandati di prestazioni.

⁵ Il Consiglio federale può emanare principi uniformi di carattere generale per la pianificazione, nella misura in cui questo è necessario all'allestimento comune delle pianificazioni da parte di più Cantoni. Esso sente dapprima i Cantoni.

⁶ Le disposizioni riguardanti l'autorizzazione (cpv. 1), la pianificazione (cpv. 2 e 3) e l'approntamento di elenchi (cpv. 4) si applicano per analogia agli stabilimenti che di-

spensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

Art. 41 cpv. 1 terzo periodo, 2 lett. b e 3

¹ ... In caso di cura ospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata negli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato.

² Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate:

b. negli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato, se si tratta di cura ospedaliera.

³ In caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, in un ospedale situato fuori dal Cantone di domicilio, quest'ultimo remunera la parte dovuta ai sensi dell'articolo 49.

Art. 47 cpv. 2

² Se non esiste alcuna convenzione tariffale per la cura ambulatoriale di un assicurato fornita fuori da un contratto di autorizzazione ai sensi dell'articolo 35a oppure per la cura ospedaliera di un assicurato fuori dal suo Cantone di domicilio, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa.

Art. 49

Convenzioni tariffali con gli ospedali

¹ Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Tali importi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Queste ultime sono concordate dalle parti alla convenzione. Se i partner tariffali non si accordano, le strutture sono stabilite dal Consiglio federale.

² Le parti contraenti possono convenire che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente.

³ Le remunerazioni di cui ai capoversi 1 e 2 sono assunte per metà dall'assicuratore e per l'altra metà dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Il Cantone di domicilio versa la sua parte direttamente all'ospedale. Le remunerazioni non possono contenere costi di formazione e di ricerca. I Cantoni possono stabilire di finanziare separatamente ulteriori settori.

⁴ In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dei capoversi 1 - 3 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50.

⁵ Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1 - 4 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo le prestazioni secondo la presente legge.

⁶ Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per il trattamento ambulatoriale.

⁷ Gli ospedali dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, tengono secondo un metodo uniforme una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni. Questi strumenti contengono in special modo tutti i dati necessari per valutare l'economicità, per effettuare comparazioni tra ospedali, per la tariffazione e per la pianificazione ospedaliera. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti. Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

⁸ I governi cantonali e, in caso di bisogno, il Consiglio federale ordinano comparazioni tra ospedali. Gli ospedali e i Cantoni devono fornire i documenti necessari. Se il confronto dimostra che i costi di un ospedale sono sensibilmente superiori a quelli di ospedali comparabili o se i documenti presentati da un ospedale sono insufficienti, gli assicuratori possono denunciare la convenzione secondo l'articolo 46 capoverso 5 e chiedere all'autorità che approva (art. 46 cpv. 4) di ridurre le tariffe in misura adeguata.

Art. 50 Convenzioni tariffali con le case di cura

Per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 6), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Può convenire con la casa di cura remunerazioni forfettarie. L'articolo 49 capoversi 7 e 8 è applicabile per analogia.

Art. 51 cpv. 1

¹ Quale strumento di gestione delle finanze, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura. È fatta salva la ripartizione dei costi secondo l'articolo 49 capoverso 3.

Art. 53 cpv. 1

¹ Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1-3, 49 capoverso 8, 51, 54 e 55 può essere interposto ricorso al Consiglio federale.

Art. 79a (nuovo) Diritto di regresso del Cantone di domicilio

Il diritto di regresso secondo l'articolo 72 LPG³ si applica per analogia al Cantone di domicilio per le remunerazioni che esso ha versato ai sensi degli articoli 41 capoverso 3 e 49 capoverso 3. Il Consiglio federale può emanare disposizioni dettagliate.

³ RS 830.1

Art. 84a cpv. 1 lett. f

¹ Purché nessun interesse privato preponderante vi si opponga, gli organi incaricati di applicare la presente legge, nonché di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione possono comunicare i dati, in deroga all'articolo 33 LPGa:

- f. alle competenti autorità cantonali, qualora i dati rientrino nel campo d'applicazione dell'articolo 22a e siano necessari per la pianificazione degli ospedali e delle case di cura e per l'esame delle tariffe.

Art. 104a cpv. 2

² Fintanto che i costi delle prestazioni delle case di cura non sono stabiliti secondo un metodo uniforme (art. 49 cpv. 7 e art. 50), il Dipartimento può fissare mediante ordinanza in che misura queste prestazioni devono essere rimunerate.

II

Disposizioni transitorie

¹ Le pianificazioni e gli elenchi cantonali devono adempiere i requisiti di cui all'articolo 39 entro un anno dall'entrata in vigore della presente modifica. La prima pianificazione secondo l'articolo 39 capoverso 3 deve essere conclusa entro la fine del 2006 e realizzata entro tre anni.

² Il Consiglio federale determina il momento in cui gli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni secondo l'articolo 49 capoverso 1 devono basarsi su strutture uniformi a livello nazionale. L'introduzione può avvenire a tappe.

³ Con l'entrata in vigore della presente modifica, la parte degli assicuratori e dei Cantoni alle rimunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 3, negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico, è adeguata, a dipendenza delle loro parti rispettive al momento dell'entrata in vigore, in modo da raggiungere la metà delle suddette rimunerazioni il terzo anno. La differenza tra la parte attuale e la parte corrispondente alla metà delle rimunerazioni è ridotta di un terzo il primo anno e di due terzi il secondo anno dopo l'entrata in vigore. L'inclusione dei costi d'investimento di ospedali pubblici o sovvenzionati dall'ente pubblico nel calcolo delle tariffe avviene mediante l'introduzione di importi forfettari che si rifanno alle prestazioni e che si basano su strutture uniformi a livello nazionale. Il Consiglio federale determina in che modo gli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della presente modifica possono essere inclusi nel calcolo delle tariffe.

⁴ Negli ospedali che finora non sono stati sovvenzionati i Cantoni sono tenuti ad assumere la loro parte alle rimunerazioni secondo l'articolo 49 capoverso 3, includendo i costi d'investimento, entro due anni dall'entrata in vigore della presente modifica.

⁵ Il Consiglio federale propone, entro 3 anni dall'entrata in vigore della presente modifica, una revisione della legge che preveda il passaggio a un sistema di finanziamento monistico, in modo che i fornitori di prestazioni siano confrontati a un solo agente pagante.

III

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° gennaio 2006 o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.

Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie

Parte Managed care

Rapporto esplicativo

Introduzione

1 Parte generale

1.1 Situazione iniziale

Già nel 1989, ancora sotto il regime della vecchia legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI), il Consiglio federale aveva posto le basi per introdurre a titolo sperimentale forme particolari d'assicurazione modificando l'Ordinanza V del 2 febbraio 1965 sull'assicurazione contro le malattie concernente il riconoscimento delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione come pure la loro sicurezza finanziaria (RU 1990 21), nel frattempo abrogata. Gli articoli 23 e segg. stabilivano che l'assicuratore, oltre a quella ordinaria, potesse praticare assicurazioni che affidassero la cura degli assicurati unicamente a fornitori di prestazioni selezionati (assicurazione con scelta limitata del medico) oppure che concedessero una riduzione del premio qualora gli assicurati non avessero fatto ricorso alle prestazioni durante un intero anno civile (assicurazione bonus). Queste offerte erano subordinate ad approvazione e a una serie di condizioni concernenti un'analisi scientifica parallela. In una ricerca su vasta scala, sfociata in dettagliati rapporti, vennero analizzati il comportamento degli assicurati e dei fornitori di prestazioni nonché gli effetti di questi modelli sui costi (v. al riguardo Baur Rita, Hunger Wolfgang, Kämpf Klaus, Stock Klaus – Prognos AG, *Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung*, sintesi, Berna 1998).

Nel suo messaggio del 6 novembre 1991 sulla revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 65, in particolare 74) il Consiglio federale propose, auspicando di poter così contenere i costi, di ancorare definitivamente le forme particolari d'assicurazione nel nuovo diritto. Con l'entrata in vigore della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) vennero così poste le basi legali per le forme particolari d'assicurazione. Ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4 LAMal, l'assicurato può, d'intesa con l'assicuratore, limitare la propria scelta del fornitore di prestazioni. L'assicuratore sceglie i fornitori di prestazioni mirando ad una copertura sanitaria meno costosa. L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o prescritte da questi fornitori di prestazioni. Agli assicurati che optano per questo modello, l'assicuratore può offrire un premio ridotto rispetto a quello praticato nell'assicurazione ordinaria (art. 62 cpv. 1 LAMal). Inoltre il Consiglio federale può sopprimere la partecipazione ai costi se la stessa risulta inappropriata (art. 64 cpv. 6 lett. c LAMal).

In virtù di queste disposizioni, in breve tempo vennero elaborate diverse forme particolari d'assicurazione. Nella maggior parte dei casi, gli assicuratori propongono il modello del medico di famiglia o i cosiddetti HMO (*Health Maintenance Organizations*). Più rari, invece, sono i modelli con liste di medici, in cui vengono esclusi quelli più cari. Gli HMO non sono altro che studi collettivi dove i medici lavorano come dipendenti. Di solito questi medici percepiscono uno stipendio fisso, mentre i medici con funzioni dirigenziali ricevono anche un bonus, a titolo di partecipazione agli utili. Il modello del medico di famiglia è invece scelto dall'assicurato su un elenco stilato dall'assicuratore. In entrambi i modelli l'assicurato deve rivolgersi, tranne in caso di urgenza, all'HMO o al medico di famiglia scelto, i quali fungono anche da "gatekeeper". Nei modelli assicurativi con lista di medici (*Preferred Pro-*

vider Organization/PPO), gli assicurati scelgono il fornitore di prestazioni da una lista aggiornata ogni anno dall'assicuratore malattia. Per compilarla vengono presi in considerazione soltanto i medici i cui costi si situano nella media cantonale della categoria in questione. In questo modello non vi è "gatekeeping" e i fornitori di prestazioni non si assumono nessuna responsabilità budgetaria, bensì vengono remunerati in base alla singola prestazione.

Dopo la spinta iniziale delle forme particolari d'assicurazione, in parte dovuta all'aumento dei premi LAMal e in parte alle molteplici offerte degli assicuratori, oggi si assiste a un loro ristagno. Nel 1999 e nel 2000 il numero di nuovi contratti per modelli del medico di famiglia ha conosciuto una netta flessione, mentre alcuni HMO hanno cessato l'attività. Inoltre, diversi assicuratori propongono ora unicamente modelli cosiddetti light che contengono solo pochi elementi della managed care.

Del resto, l'analisi degli effetti LAMal (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: *Analisi degli effetti della LAMAL, rapporto di sintesi*; Berna 2001; d/f, p. 124/125) ha dimostrato che in Svizzera le forme particolari d'assicurazione non raccolgono molto consensi. Gli assicurati sembrano poco propensi a voler limitare la propria libertà di scelta riguardo ai fornitori di prestazioni. Dal canto loro, anche gli assicuratori hanno sfruttato poco lo spazio concesso dalla LAMal per istituire modelli managed care. Per promuoverli è dunque indispensabile rafforzare gli incentivi.

1.2 Seconda revisione LAMal

Nel messaggio del 18 settembre 2000 sulla seconda revisione della LAMal (FF 2001 631, in particolare 673), il Consiglio federale proponeva di introdurre per gli assicuratori l'obbligo di offrire nel loro territorio d'attività almeno una forma particolare d'assicurazione. In questo modo si voleva aumentare l'offerta di forme particolari d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni e permettere agli assicurati di adottare un comportamento attento ai costi e optare per una limitazione nella scelta del fornitore di prestazioni. A questo proposito il Consiglio federale aveva tuttavia precisato che tale limitazione dipendeva innanzitutto dalla disponibilità dei fornitori di prestazioni a stipulare un maggior numero di convenzioni con gli assicuratori malattia. Il cambiamento di altre condizioni quadro per rapporto al promuovere dei modelli managed care non è stato proposto.

Nei dibattiti parlamentari la proposta venne accolta favorevolmente, ma – anche in vista della parziale soppressione dell'obbligo di contrarre – si richiese una maggior promozione dei modelli managed care. Ne scaturì l'introduzione di un modello denominato «rete d'assistenza integrata». Queste reti rientrano nel concetto di managed care poiché offrono una copertura sanitaria uniforme e completa che comprende l'intera catena terapeutica. In queste reti il "gatekeeping" ha un'importanza considerevole. L'assicurato si rivolge sempre in primo luogo al medico di famiglia della rete scelto, il quale, se necessario, lo indirizza verso altri membri associati. Nelle reti d'assistenza integrate i fornitori di prestazioni si assumono la responsabilità finanziaria degli assicurati di cui si occupano (responsabilità budgetaria) entro i limiti stabiliti nel contratto. Questa forma particolare d'assicurazione poggia dunque su una collaborazione, ampiamente disciplinata per contratto, tra un gruppo di fornitori di prestazioni e un assicuratore. Gli assicuratori malattia avrebbero avuto l'obbligo di proporre questo tipo di forme assicurative con responsabilità budgetaria e un nu-

mero limitato di fornitori di prestazioni. Il Consiglio federale avrebbe potuto autorizzare delle eccezioni, ad esempio per le regioni di campagna.

Dopo l'approvazione da parte del Consiglio degli Stati nella seduta del 16 dicembre 2003 delle proposte della Conferenza di conciliazione, la seconda revisione della LAMal venne tuttavia respinta dal Consiglio nazionale nella seduta del 17 dicembre 2003. A tre anni dall'inizio dei dibattiti in Parlamento, l'avamprogetto veniva bocciato.

1.3 Proposte di riforme da parte di esperti

Durante la seduta speciale del 22 maggio 2002 sull'assicurazione sociale malattie, il Consiglio federale giunse alla conclusione che la LAMal aveva dato, complessivamente, buoni risultati, ma che, tuttavia, occorreva rafforzare le misure per il contenimento dei costi e riformare progressivamente l'assicurazione malattie. Il Consiglio federale incaricò il Dipartimento federale dell'interno (DFI), tra l'altro, di sottoporgli delle proposte sul modo d'incoraggiare la diffusione dei modelli managed care con sistemi incitativi appropriati. In questo contesto, chiese di esaminare in che modo le condizioni quadro dovessero essere modificate per rendere più interessanti questi modelli agli occhi di assicuratori, fornitori di prestazioni e assicurati. Questi lavori avrebbero dovuto creare le basi per una terza revisione parziale della LAMal.

Il DFI incaricò dunque un gruppo di lavoro, diretto dal dott. iur. Markus Moser, di elaborare una serie di scenari. Facevano parte del gruppo gli assicuratori malattia svizzeri (santésuisse), la Conferenza dei direttori cantonali della sanità (oggi: Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità), la Federazione dei medici svizzeri (FMH), la Medix Management AG, H+ Gli Ospedali Svizzeri, il circolo di qualità medici-farmacisti del canton Friburgo e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Tenendo conto dei criteri formulati nel mandato, l'esperto ha riassunto le principali tappe della riforma. Questi i principi di fondo:

- Anziché parlare di forme particolari d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni è preferibile utilizzare il termine di "modello d'assistenza integrato". La nuova designazione evidenzierà meglio la specificità della copertura sanitaria.
- È necessario creare incentivi efficaci e lasciare agli attori un ampio spazio di manovra per l'organizzazione concreta. In questo senso non sono previsti obblighi né per gli assicurati (affiliazione) né per gli assicuratori / fornitori di prestazioni (offerta).

Questi gli elementi previsti per realizzare l'obiettivo di promozione della managed care:

- Contratto tra assicuratori e un gruppo di fornitori di prestazioni

In linea di massima, per garantire il coordinamento di tutta l'assistenza agli assicurati, i fornitori di prestazioni devono associarsi. Per lasciare il più ampio spazio di manovra sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda di modelli d'assistenza, i punti più importanti della collaborazione tra assicuratori e fornitori di prestazioni vanno disciplinati per contratto. Questi punti riguardano in particolare la corresponsabilità economica dei fornitori di prestazioni (in che misura la re-

te d'assistenza integrata si assume la responsabilità budgetaria) e le disposizioni sulla remunerazione e sulla qualità delle prestazioni fornite.

Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni che partecipano al modello d'assistenza possono stabilire per contratto che la remunerazione venga versata ai fornitori di prestazioni quale gruppo (relazione verso l'esterno). Questi possono poi regolare tra di loro la suddivisione dell'importo in questione (relazione verso l'interno). Per le prestazioni che non possono essere fornite nel quadro del modello d'assistenza, i fornitori associati hanno diritto di stipulare contratti con altri fornitori di prestazioni e di regolamentare la remunerazione, per contratto, direttamente con loro. Non è lecito stralciare prestazioni dal catalogo previsto per legge. Le prestazioni che superano quanto garantito dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono invece poter essere inserite in un modello d'assistenza.

Se nella convenzione tariffale si pattuisce un budget prospettivo, i Cantoni devono poter partecipare alla conclusione dell'accordo di capitazione. I sussidi cantonali per le cure ospedaliere possono essere inclusi nel budget in modo prospettivo mediante un accordo con il Cantone.

- *Disposizioni per gli assicurati*

Contrariamente al diritto vigente, nei modelli d'assistenza integrati si deve poter pattuire liberamente con gli assicurati l'inizio e la fine dell'affiliazione. Il gruppo d'esperti respinge la prescrizione agli assicurati di una durata minima d'affiliazione nei modelli d'assistenza integrati, senza tuttavia escludere questa possibilità. Di conseguenza, un'eventuale durata minima o un premio di fedeltà per il cliente devono essere oggetto di un contratto tra l'assicuratore e l'assicurato.

- *Incentivi finanziari*

Gli elementi di riforma proposti dagli esperti si orientano in molti casi verso i possibili incentivi. Per quanto riguarda gli incentivi finanziari per gli assicurati, vengono proposte, tra l'altro, le seguenti regole per le reti d'assistenza integrate:

- A fine anno gli assicuratori possono concedere agli assicurati riduzioni sui premi e rimborsi a fine anno.
- Un'aliquota percentuale inferiore a quella prevista dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dovrà rendere i modelli d'assistenza integrati più interessanti per chi è confrontato a terapie onerose.
- Gli assicuratori devono godere di un ampio spazio di manovra per quanto riguarda la suddivisione in regioni di premi per i modelli d'assistenza integrati (es. premi unitari a prescindere da confini regionali o cantonali).
- Per coloro che hanno diritto a una riduzione dei premi, l'incentivo finanziario viene mantenuto: la riduzione continua ad essere calcolata sui premi del modello di base anche per gli assicurati che hanno scelto una rete d'assistenza integrata.

Per gli assicurati che violano le disposizioni vigenti nel modello d'assistenza, il rapporto peritale ritiene indicata quale sanzione la perdita dei vantaggi finanziari. Considerato che gli assicurati continuano ad avere diritto a tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il rifiuto delle prestazioni risulterebbe sproporzionato.

- *Condizioni quadro*

L'esperto ha individuato diverse condizioni quadro che producono effetti incentivanti o inibitori sull'evoluzione dei modelli particolari d'assistenza, ma che si situano al di fuori del pacchetto di riforme managed care:

- È probabile che l'allentamento o la soppressione dell'obbligo di contrarre indurrebbe maggiormente i fornitori di prestazioni ad associarsi in modelli particolari d'assicurazione.
- L'attuale finanziamento ospedaliero limiterebbe il potenziale della rete d'assistenza integrata, poiché i risparmi in quest'ambito produrrebbero effetti soltanto sulle tariffe dell'assicurazione malattia, e non sui costi ospedalieri globali.
- Altro ostacolo insito nel sistema all'innovazione nel settore della managed care: la compensazione dei rischi tiene conto soltanto dei fattori età e sesso, ma non dell'onere di malattia del collettivo di assicurati. I modelli managed care possono ridurre i costi specialmente nel caso di assicurati con spese di malattia elevate (malattie complesse e/o croniche, diagnosi plurime). Nessun assicuratore vorrà però elaborare e proporre un'offerta particolarmente interessante per questa categoria di assicurati.

È stato inoltre osservato che, soprattutto nell'ambito dei lavori preparatori, della valutazione e della ricerca, c'è bisogno di un quadro che non si limiti agli assicuratori e ai modelli.

1.4 Obiettivi politici

Secondo l'analisi degli effetti LAMal, svolta dal 1996 al 2000, l'attuale legge sull'assicurazione malattie è riuscita a realizzare gli obiettivi perseguiti dal legislatore a livello di prestazioni e di sistema (catalogo delle prestazioni completo, assicurazione obbligatoria, con pluralità di casse e premio unitario), ma ha ancora evidenti lacune per quanto riguarda gli strumenti per il contenimento dei costi. Pertanto, nel messaggio sulla seconda revisione della LAMal, il Consiglio federale ha voluto concentrarsi sull'ottimizzazione del sistema: i principi ancorati nella LAMal dovrebbero essere attuati con maggior coerenza, senza tuttavia essere rimessa in questione da un cambiamento del sistema. Su questa strategia c'è un largo consenso.

Come si è detto, in Svizzera i modelli managed care hanno un'importanza limitata dal profilo della politica sanitaria, ma è lecito pensare che la crescente pressione dei costi e gli ulteriori aumenti dei premi li porteranno sempre più al centro dell'attenzione. In queste circostanze è indispensabile promuovere forme particolari d'assicurazione se si vogliono migliorare il contenimento dei costi e incrementare l'efficienza, mantenendo nel contempo la qualità delle cure. Per una copertura sanitaria di alto livello qualitativo che rispetti il principio di economicità, le forme particolari d'assicurazione più appropriate sono quelle dove, in primo luogo, i pazienti sono accompagnati e assistiti durante l'intero processo di diagnosi e di cura e, in secondo luogo, dove gli assicuratori e i fornitori di prestazioni vengono coinvolti nella responsabilità finanziaria di tutta la catena terapeutica. In tal senso il Consiglio federale si riallaccia alle proposte discusse nel quadro della seconda revisione della LAMal completandole con elementi scaturiti dai lavori preliminari per la terza.

I modelli managed care devono rimanere un'alternativa alla forma classica d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In altre parole, non si imporrà agli assicurati di affiliarsi a un modello managed care; per il buon funzionamento dei modelli è indispensabile che l'assicurato possa aderirvi facoltativamente, che percepisca la gestione delle cure come servizio benvenuto e non come una limitazione delle libertà di scelta di cui gode oggi. Parimenti, non si vuole imporre ai fornitori di prestazioni una collaborazione con le reti d'assistenza. In effetti, la qualità dei modelli managed care dipende in gran parte dallo scambio di esperienze dei fornitori di prestazioni che partecipano ai cosiddetti circoli di qualità. Obbligare tutti i fornitori di prestazioni a collaborare finirebbe per privare questi circoli della base di fiducia necessaria.

Nella seconda revisione della LAMal il Consiglio federale aveva chiesto che tutti gli assicuratori fossero tenuti ad offrire su tutto il territorio almeno una forma particolare d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Si tratta, però, di un obbligo unilaterale degli assicuratori che non produce il risultato auspicato: da un lato, gli assicuratori sono fortemente penalizzati nei negoziati con i fornitori di prestazioni perché, diversamente da questi ultimi, sono costretti a stipulare un contratto; dall'altro non vi è nessuna garanzia che vengano effettivamente proposti modelli managed care di qualità. Il Consiglio federale perciò, su questo punto, ha cambiato strategia e ora non intende più obbligare gli assicuratori ad offrire questi modelli. In effetti, qualsiasi obbligo a collaborare in modelli managed care contraddice la loro ragion d'essere e, anzi, potrebbe addirittura screditarli. L'obbligatorietà finisce per inibire gli effetti incentivanti e, dunque, i necessari cambiamenti di comportamento.

Il Consiglio federale propone pertanto di prescindere da obblighi di legge per tutti coloro che partecipano ai modelli managed care; ritiene che il principio di volontarietà e di libertà contrattuale, unitamente a incentivi più forti, sia il mezzo più idoneo per promuovere questi modelli. Gli accordi stipulati tra le parti in causa non devono esserlo in base a vincoli di legge, bensì in virtù della libera concorrenza.

Il modello managed care, attraverso la collaborazione di tutte le parti in causa, si prefigge di conseguire un'elevata qualità delle cure e di sfruttare le risorse disponibili con la massima efficacia. L'elevato livello qualitativo delle cure va raggiunto attraverso una maggior collaborazione dei fornitori di prestazioni e accordi speciali tesi a garantire la qualità. Non bisogna prendere in considerazione soltanto gli incentivi finanziari; occorre anche incoraggiare la fiducia in questi modelli assicurativi e in particolare nella loro qualità. Gli assicurati devono sapere che, proprio per questi modelli, vengono garantiti principi quali una copertura sanitaria completa, l'assunzione delle cure successive e la qualità delle prestazioni. Grazie al livello qualitativo delle cure, che si auspica elevato, questi modelli diventeranno interessanti non soltanto per gli assicurati, ma anche per i fornitori di prestazioni. Un altro incentivo per gli assicurati è la possibilità di ottenere, in base ai risparmi effettivamente conseguiti, non solo riduzioni sui premi, ma anche rimborsi.

Medicamenti importanti per curare malattie rare (orphan drugs)

In molti casi i medicamenti importanti per curare malattie rare non sono registrati in Svizzera perché, per le ditte farmaceutiche, su un mercato di piccola entità come quello svizzero la registrazione non è interessante dal profilo economico. La registrazione è però necessaria per far figurare il farmaco nell'elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicamenti confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità; art. 52 cpv. 1 lett. b LAMal). Questo elenco precisa quali medicamenti sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Si verifica così una situazione paradossale: l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non rimborsa i medicamenti ai pazienti che soffrono di malattie rare, vale a dire un gruppo di persone particolarmente svantaggiate e dunque da tutelare di conseguenza. Dopo aver riconosciuto che il principale ostacolo per il rimborso dei cosiddetti medicamenti orfani (*orphan drugs*) consiste nell'omologazione per il mercato svizzero, con l'articolo 14 capoverso 1 lettera f della legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicamenti e i dispositivi medici (LATer; RS 812.21, in vigore dal 1.1.2002) venne prevista una procedura semplificata di omologazione per medicamenti importanti per malattie rare (medicamenti orfani; messaggio del Consiglio federale del 1° marzo 1999, FF 1999 2959). È opportuno dunque che queste disposizioni semplificate di omologazione per i medicamenti orfani producano rapidamente effetti sull'assicurazione sociale malattie. Il Consiglio federale propone dunque di completare l'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal affinché l'elenco delle specialità contenga anche medicamenti importanti per malattie rare.

Provvedimenti nell'ambito dei medicamenti

Negli ultimi anni si sono affermate soprattutto due misure di contenimento dei costi nel settore dei medicamenti: l'obbligo di prescrivere i principi attivi anziché un medicamento e la consegna del medicamento meno costoso. Il Consiglio federale si è espresso a più riprese a favore di una promozione dei medicamenti generici, ma altrettanto sistematicamente si è detto contrario a una sostituzione forzata.

L'obbligo di prescrivere i principi attivi tange la libertà terapeutica del medico e pregiudica la sicurezza dei medicamenti e la fedeltà terapeutica (*compliance*) del paziente. Forte della propria libertà terapeutica, il medico decide, in base all'anamnesi del paziente e alla diagnosi, la cura e il medicamento più indicati. Già oggi il medico, in virtù del diritto di sostituzione dell'articolo 52a LAMal, ha la possibilità di lasciar scegliere al farmacista il medicamento, se nulla vi si oppone dal punto di vista medico. Il medico, comunque, continua ad assumersi la responsabilità terapeutica. Le cose cambiano con la prescrizione obbligatoria dei principi attivi: in questo caso è fondamentalmente il farmacista a decidere, riferendosi esclusivamente alla denominazione del principio attivo secondo la ricetta medica, senza conoscere nei dettagli l'anamnesi del paziente né altre circostanze importanti per la terapia. Se al paziente viene consegnato un medicamento inadeguato o a lui non familiare, ciò può compromettere il successo della terapia o addirittura ostacolarla. Se si cambia il medicamento in virtù dell'obbligo di sostituzione, a farne le spese è la fedeltà terapeutica (*compliance*), specialmente nel caso di persone anziane, affette da malattie plurime o croniche, sottoposte a terapie di lunga durata. Spesso, inoltre, i medicamenti

con il medesimo principio attivo non presentano una composizione identica, il che può influenzare i loro effetti o causare complicazioni. Anche la galenica (presentazione del medicamento) può essere differente. Per alcune malattie, comunque, il segreto della terapia giusta è l'esatto dosaggio.

Rendere obbligatoria la prescrizione dei principi attivi, oltretutto, non comporta risparmi. Su un totale di 7'400 medicinali omologati sul mercato, 2'500 sono rimborsati dalle casse malati. Il 60% è tutelato da un brevetto, il 3% sono già prodotti generici e per il 37% ovvero 900 medicinali il brevetto è scaduto. Tuttavia, soltanto il 10% ovvero circa 250 medicinali con brevetto scaduto entrano effettivamente in competizione con i prodotti generici. Addirittura, il potenziale rimane limitato anche qualora (in teoria) tutti i medicinali con brevetto scaduto fossero sostituiti con prodotti generici. Si è infatti constatato che i medicinali da tempo sul mercato, a basso prezzo e non ancora superati vengono via via sostituiti con medicinali nuovi, migliori, ma nella maggior parte dei casi più cari. Nemmeno la prescrizione obbligatoria dei principi attivi impedirà questo ricambio.

Per considerazioni d'ordine economico, l'obbligo di prescrivere il medicamento meno costoso sarebbe problematico. In effetti, con i medicinali meno costosi viene a crearsi, per ciascun segmento del mercato, una situazione di monopolio a corto termine: soltanto il produttore che offre i medicinali meno cari può vendere il proprio prodotto a carico dell'assicurazione sociale malattie, garantendosi così un monopolio. Trovandosi in questa situazione può aumentare i prezzi finché un altro produttore riuscirà a superare le barriere di mercato e proporre un prodotto simile ad un prezzo inferiore. A lungo andare, tuttavia, questa politica dei produttori di vendere a prezzi sempre più bassi finisce per ritorcersi contro di loro. In un modello che punta a ridurre il più possibile i costi di produzione e a conseguire a breve termine un utile massimo attraverso una situazione di monopolio, ci si chiede se sia possibile fare una pianificazione a lungo termine. È più probabile, invece, che si tenda a smantellare l'innovazione, limitando la qualità al minimo necessario.

In questo progetto il Consiglio federale si limita quindi a riprendere i provvedimenti proposti per i medicinali nel quadro della seconda revisione della LAMal e a proporre, in più, un complemento della regolamentazione in merito alla concessione di riduzioni, anch'esse spesso in relazione con i medicinali. La questione sulle importazioni parallele, spesso sollevata, non riguarda la LAMal ma il diritto in materia di brevetti e la messa in commercio di un medicamento in Svizzera. L'articolo 14 capoverso 2 LATer prevede inoltre, a certe condizioni, una procedura semplificata per la messa in commercio di un medicamento già omologato in Svizzera e che può essere pure ottenuto all'estero.

In relazione al progetto sulla partecipazione ai costi, contenuto nel primo pacchetto di revisioni nell'assicurazione malattie, bisogna richiamare l'attenzione sul fatto che la differenziazione della partecipazione ai costi a livello d'ordinanza potrebbe prevedere una riduzione dell'aliquota percentuale per tutti i medicinali il cui brevetto è scaduto e non solo per i generici. In questo modo potrebbe essere contrastata la tendenza a prescrivere i prodotti più nuovi e spesso anche più cari, nella misura in cui il vantaggio che deriva dal nuovo prodotto non è determinante per la terapia. Il presupposto è però che il paziente sia informato su questa possibilità di scelta, come nel caso dei generici.

Articolo 41a capoversi 1 e 2 (nuovi)

I capoversi 1 e 2 di questa disposizione corrispondono all'attuale articolo 41 capoverso 4 LAMal.

Articolo 41a capoversi 3, 4 e 5 (nuovi)

I capoversi 3, 4 e 5 di questa disposizione riassumono il tenore dei capoversi 2, 2bis e 3 dell'articolo 62 LAMal attualmente in vigore.

Articolo 41b (nuovo) Durata del rapporto d'assicurazione

La persona assicurata che limita la propria libertà di scegliere i fornitori di prestazioni assume una maggiore responsabilità personale. Per questo motivo l'assicuratore può concederle una riduzione dei premi oppure, ai sensi dell'articolo 64 capoverso 6 lettera c LAMal, rinunciare a riscuotere la partecipazione ai costi obbligatoria. Per evitare che in caso di malattia la persona assicurata rinunci alla maggiore responsabilità personale e torni all'assicurazione ordinaria, l'assicuratore deve anche avere la possibilità di vincolare a lungo termine gli assicurati, con il loro consenso, alla scelta di una forma particolare d'assicurazione. La stessa norma è applicabile in particolare anche alla forma d'assicurazione con franchigie opzionali conformemente all'articolo 41a capoverso 3 lettera a. L'assicuratore può prevedere un rapporto assicurativo della durata massima di tre anni. È possibile cambiare assicuratore prima della scadenza della durata concordata, ma soltanto se le condizioni di assicurazione subiscono cambiamenti essenziali. Se l'assicuratore aumenta, per esempio, la partecipazione ai costi, questo rappresenta un cambiamento essenziale delle condizioni di assicurazione. Non lo sono, invece, l'aumento del premio e la diminuzione della riduzione del premio o del rimborso. Se l'assicuratore, con il benestare dell'Ufficio federale della sanità pubblica, aumenta i premi o riduce gli sconti, la persona assicurata non può cambiare assicuratore nonostante i maggiori oneri finanziari. La durata massima del rapporto assicurativo è di 3 anni, quindi non vi è un vincolo contrattuale eccessivo della persona assicurata. L'assicuratore definisce le modalità d'uscita e può prevedere un'ulteriore possibilità d'uscita della persona assicurata prima della scadenza del rapporto assicurativo. Dopo la scadenza della durata massima di tre anni sono di nuovo applicabili le disposizioni generali sul cambiamento d'assicuratore ai sensi dell'articolo 7 LAMal.

Articolo 41c capoverso 1 (nuovo)

Anche se la scelta degli assicurati e la partecipazione degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni sono volontarie, le reti d'assistenza vanno disciplinate per legge. Queste reti sono quindi da considerare come una forma particolare d'assicurazione fondata su un contratto tra uno o più assicuratori e un gruppo di fornitori di prestazioni.

È indispensabile che tutti i partner partecipino alla rete d'assistenza integrata per libera scelta. La libera scelta deve però essere definita in obblighi contrattuali concreti. Gli obblighi saranno fondati su regole comuni che stabiliranno il tipo di collabo-

razione. Queste regole contempleranno in particolare: il coinvolgimento di ciascun partner nella rete in rapporto alle sue competenze, l'accettazione e la definizione di regole comuni per l'assunzione dei costi nei confronti degli assicurati, la definizione di regole procedurali o di protocolli di terapia, l'aggregazione delle informazioni sui pazienti, l'istituzione di un organo di coordinamento e di un settore amministrativo strettamente legato al funzionamento quotidiano della rete, provvedimenti interni per la garanzia della qualità ed eventualmente l'accordo a valutazioni periodiche esterne, la formazione continua sistematica finalizzata al raggiungimento della qualità ottimale in tutta la rete e quindi al conseguimento degli obiettivi e al miglioramento delle procedure. Si tratta dunque di stabilire un minimo di valori sui quali ciascuno possa fondare il proprio contributo alla rete. Solamente armonizzando queste condizioni potrà essere costruita una collaborazione coerente e duratura.

Articolo 41c capoverso 2 (nuovo)

Nel settore ambulatoriale oggi la maggior parte dei fornitori di prestazioni viene remunerata per ogni singola prestazione. Il loro reddito dipende quindi dal volume di prestazioni fornite. Questa situazione li spinge a fornire più prestazioni di quanto non sia necessario. Per questo la proposta prevede che i fornitori attivi in una rete d'assistenza assumano per contratto la responsabilità finanziaria della copertura sanitaria degli assicurati da loro assistiti (responsabilità budgetaria). Per principio, nelle reti d'assistenza integrate le prestazioni sono remunerate mediante "capitazione", ma non sono escluse altre forme di remunerazione come la tariffa oraria o anche la tariffa per singola prestazione in caso di prestazioni particolari. Quest'ultima è indicata specialmente quando la rete non può ragionevolmente assumere tutti i costi di determinate prestazioni (p. es. nel settore dei trapianti). Se le reti d'assistenza integrate dovessero sopportare l'intero rischio economico, allora assumerebbero il ruolo di assicuratori. Il rischio è la base stessa dell'assicurazione, la sua giustificazione economica e la sua caratteristica giuridica. Inoltre, la partecipazione finanziaria dei fornitori di prestazioni ad una riduzione dei costi che essi stessi dovrebbero conseguire rischierebbe di ridurre al minimo la prestazione sanitaria.

La capitazione, dal latino "per capita" (a testa) è un forfait stabilito in anticipo che gli assicuratori malattia erogano periodicamente (solitamente una volta all'anno) al fornitore di prestazioni o a un gruppo di fornitori riuniti in una rete d'assistenza per ciascuna persona assicurata e per il complesso delle prestazioni. L'importo è versato indipendentemente dal fatto che la persona assicurata ricorra a prestazioni o no. Questa forma di remunerazione si prefigge di arginare la crescita dei costi della salute e permette agli assicuratori di controllare meglio l'intensità delle cure dei propri assicurati e in particolar modo i costi che ne derivano. Per il fornitore di prestazioni, l'incentivo ad operare con la massima efficienza, evitando in particolare provvedimenti inutili e/o costosi, è direttamente proporzionale al rischio finanziario sopportato. La remunerazione mediante capitazione comporta inoltre una radicale modifica del rapporto tra fornitori di prestazioni e pazienti. In generale, oggi il paziente si rivolge al medico quando è già ammalato: il medico può quindi solo reagire. Il nuovo sistema di remunerazione invece prevede per il fornitore di prestazioni associato a una rete d'assistenza integrata un ruolo proattivo: questi ha infatti un interesse materiale a preservare il buono stato di salute dei propri pazienti e dunque a privilegiare la prevenzione rispetto alla terapia.

La responsabilità budgetaria deve estendersi a tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I modelli d'assistenza integrata prevedono un sistema uniforme e completo lungo tutta la catena terapeutica. L'obiettivo è di rendere tutti gli operatori di questa catena finanziariamente responsabili della copertura sanitaria.

Articolo 41c capoverso 3 (nuovo)

In questo senso, le reti d'assistenza integrate devono anche offrire tutte le prestazioni che possono essere fornite a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sia nel settore ambulatoriale che in quello ospedaliero, cioè tutte le prestazioni di cui agli articoli 25 - 31 LAMal. Non sono leciti stralci al catalogo previsto dalla legge, ma è consentito offrire prestazioni supplementari. Si tratta del resto di prestazioni di gestione delle cure (p. es. prestazioni in relazione alla gestione dei casi, quando non si tratti di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie oppure quando a fornirle non siano i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal), ma anche di prestazioni di sostegno alla gestione delle cure, ad esempio la consulenza sanitaria. L'assicuratore e i fornitori di prestazioni sono tenuti a definire in anticipo, nel contratto, le prestazioni supplementari, le quali possono rappresentare per gli assicurati altrettanti incentivi ad affiliarsi a una rete d'assistenza integrata. Debbono tuttavia costituire parte integrante di cure appropriate e complete. In tal modo si eviterà che, attraverso le prestazioni offerte, le reti d'assistenza operino una selezione dei rischi.

È possibile ritenere che tutte le prestazioni ai sensi della LAMal verranno fornite all'interno della rete d'assistenza, ma anche che talune saranno scorporate e quindi "acquistate" dalla rete d'assistenza stessa. Si pensi, in particolare, alle prestazioni ospedaliere. I fornitori di prestazioni associati possono "acquistare" una prestazione esterna e concordarne la remunerazione con il fornitore senza coinvolgere l'assicuratore. Al riguardo non si scarta l'ipotesi di una clausola di esclusiva, in quanto per le prestazioni che la rete d'assistenza integrata non può fornire si prefigura la necessità di appaltarle di preferenza a determinati fornitori. Questi contratti possono contenere pure disposizioni relative alla collaborazione, alla garanzia della qualità e allo scambio dei dati delle terapie.

Articolo 41c capoverso 4 (nuovo)

Il Consiglio federale disciplina le modalità esatte della rete d'assistenza integrata. Disciplina la riscossione dell'aliquota percentuale e della franchigia, il calcolo dei premi e in particolare la loro riduzione massima.

Articolo 52 capoverso 1 lettera b e capoverso 4 (nuovo)

Al punto 2.2 abbiamo già spiegato la necessità di completare l'articolo 52 capoverso 1 lettera b LAMal, in quanto nell'elenco delle specialità devono figurare anche importanti medicinali per malattie rare. L'attuazione della relativa disposizione avverrà con l'introduzione di un apposito capitolo nell'elenco delle specialità e con la rinuncia alla riscossione di tasse.

Come citato al punto 2.2, vanno inoltre riprese le disposizioni sui medicinali confluite nella seconda revisione LAMal. La legge dovrà stabilire esplicitamente che un

farmaco potrà essere inserito tra le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto dopo che ne sarà stata comprovata l'efficacia in relazione all'obiettivo diagnostico e terapeutico. Si concretizza così per i farmaci il principio sancito dall'articolo 32 LAMal.

Articolo 52a capoversi 2 e 3 (nuovi)

Deve essere previsto esplicitamente anche l'obbligo dei fornitori di consegnare medicinali a prezzo vantaggioso, sia su prescrizione di un medicamento preciso, sia su prescrizione delle sostanze attive. Va sottolineato che in ogni caso bisogna consegnare al paziente un prodotto adeguato, perché, come illustrato sopra, diversi prodotti possono avere effetti diversi e il successo della cura dipende quindi essenzialmente dalla loro idoneità. Di conseguenza non si deve prescrivere o consegnare il farmaco che costa di meno, bensì un medicamento idoneo più vantaggioso rispetto ad altri prodotti che sviluppino lo stesso effetto. Anche questo punto concretizza i principi di economicità di cui agli articoli 32 e 56 LAMal.

Articolo 56 capoverso 3bis (nuovo)

In particolare all'acquisto di farmaci, ai fornitori di prestazioni vengono concessi sconti che non possono essere necessariamente computati ad ogni singolo debitore (assicuratore o assicurato). Si tratta p. es. di farmaci gratuiti (abbuoni in merce), partecipazioni finanziarie del fornitore di prestazioni alla cifra d'affari annua in funzione del volume di ordinazioni (abbuoni annuali) o del finanziamento di altre liberalità al fornitore di prestazioni (p. es. la partecipazioni a corsi di perfezionamento o congressi). Se vengono concessi nel settore ospedaliero, tuttavia, questi sconti dovrebbero già essere compresi nella tariffa, in quanto comportano una riduzione di conseguenza dei costi d'esercizio. In altri casi invece far fruire il debitore degli sconti ottenuti è impossibile o possibile solo con un considerevole onere amministrativo (p. es. computando retroattivamente abbuoni annuali ai singoli debitori). Affinché gli sconti concessi vadano almeno a favore della comunità degli assicurati nel suo complesso se ne prevede quindi l'attribuzione all'istituzione comune ai sensi dell'articolo 18 LAMal, che potrà così utilizzarli per la copertura dei costi dell'esecuzione dell'assicurazione malattie. L'amministrazione di questi fondi sono conferiti all'istituzione comune. Il Consiglio federale ne stabilisce l'impiego.

Articolo 57 capoverso 9 (nuovo)

I medici di fiducia consigliano gli assicuratori in merito a questioni mediche o di remunerazione e applicazione delle tariffe. In particolare, verificano se sono adempiute le condizioni dell'obbligo di copertura degli assicuratori. In caso di medicinali o prestazioni particolarmente costosi, l'assicuratore ha l'obbligo di coprire i costi soltanto previa garanzia delle spese ed esplicito accordo del medico di fiducia. Nelle reti d'assistenza integrate, il coordinamento del processo di cura è già demandato ai fornitori di prestazioni. Questi ultimi svolgono dunque i compiti che nel modello di base dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie erano stati affidati ai medici di fiducia. Gli assicuratori, pertanto, possono trasferire i compiti dei medici di fiducia ai fornitori di prestazioni della rete d'assistenza integrata.

Articolo 62 capoverso 1

Nel caso della forma particolare d'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni e in particolare nel caso delle reti d'assistenza integrate, gli assicuratori debbono avere la possibilità di concedere una riduzione dei premi non già in anticipo, ma solo a posteriori e a dipendenza dei risparmi conseguiti. L'entità della riduzione dei costi costituirà quindi la base su cui sarà calcolata la partecipazione al risultato di tutti i partner del sistema. In questo modo la persona assicurata non beneficia di una riduzione del premio predefinita, ma fruisce dell'effetto risparmio generato dal sistema con un adeguato rimborso, il che rappresenta un ulteriore incentivo a tenere un comportamento attento ai costi. L'entità di questi rimborsi può dipendere dai risparmi conseguiti, dalla durata del rapporto assicurativo e dall'importo della partecipazione ai costi.

Queste forme d'assicurazione non sono delle "comunità di rischio" interne a un assicuratore. Quando stabilisce le riduzioni dei premi, l'assicuratore deve provvedere a che chi ha scelto questa forma assicurativa contribuisca alle riserve e alla compensazione dei rischi nella misura necessaria conformemente al calcolo attuariale. Le differenze di costi riconducibili a un effettivo di rischi più vantaggioso non danno diritto a una riduzione del premio. Conformemente al capoverso 3 il Consiglio federale stabilisce le necessità dell'assicurazione.

Articolo 62 capoverso 3

Il contenuto del primo periodo dell'articolo 62 capoverso 3 LAMal attualmente vigente è trasferito nel nuovo articolo 41a capoverso 5.

4 Sinergia della proposta con altre modifiche attualmente in discussione

Le altre modifiche dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie attualmente in discussione contemplano provvedimenti che influiranno su quanto proposto nel presente disegno. L'introduzione della libertà di contrarre potrebbe p. es. rendere i modelli managed care più interessanti per i fornitori di prestazioni, dal momento che questi ultimi non avranno più automaticamente accesso al sistema dell'assicurazione sociale malattie. È da presumere, inoltre, che gli assicuratori preferiranno negoziare contratti con gruppi di fornitori di prestazioni piuttosto che con singoli fornitori.

L'aumento della partecipazione ai costi nella forma ordinaria dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la possibilità, che già esiste, di ridurla nelle forme particolari d'assicurazione sono ulteriori incentivi per le persone assicurate, specialmente per i malati cronici, ad affiliarsi a modelli. I malati cronici fruirebbero così di una franchigia più bassa e, inoltre, di un'assistenza coordinata e quindi qualitativamente migliore. L'affiliazione a questi modelli di assicurati che generano costi elevati è da ritenere un fatto positivo, poiché è proprio nel loro caso che il coordinamento della catena terapeutica permette di conseguire i risparmi più cospicui. Mantenendo la compensazione dei rischi si garantisce che le condizioni quadro per l'offerta di forme particolari d'assicurazione non peggioreranno: lo scopo della compensazione dei rischi è di rendere inefficaci eventuali strategie di selezione dei

rischi e di compensare adeguatamente le differenze esistenti tra le comunità di rischi dei singoli assicuratori. Affinché gli assicuratori offrano anche modelli destinati ai malati cronici, e non solo modelli di risparmio sui premi per “buoni” rischi, è assolutamente indispensabile che la compensazione dei rischi sia mantenuta.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie

5.1.1 Ripercussioni finanziarie per la Confederazione

Poiché alla Confederazione non vengono conferiti nuovi compiti, il fabbisogno supplementare di personale dovrebbe essere coperto dalle capacità già contemplate nel messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687).

La possibilità di ripercussioni sulle finanze federali è meramente teorica: se ne produrrebbero infatti soltanto se in seguito alla revisione di legge i premi calassero considerevolmente e i Cantoni riducessero di conseguenza lo sgravio degli assicurati di modeste condizioni economiche impiegando in misura minore i fondi stanziati dalla Confederazione per la riduzione dei premi.

5.1.2 Ripercussioni finanziarie per i Cantoni e i Comuni

Per i Cantoni il disegno avrebbe ripercussioni se la diffusione dei modelli managed care frenasse la crescita dei costi ed il fabbisogno di fondi per la riduzione dei premi crescesse quindi in misura minore di quanto non accadrebbe se i modelli managed care non si diffondessero.

5.2 Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie

Fondamentalmente la revisione di legge proposta non assegna alcun nuovo compito agli assicuratori. Eventuali ripercussioni dovrebbero quindi rientrare nei limiti consueti in caso di adeguamenti concernenti il settore dei fornitori di prestazioni o quello delle tariffe.

Già nel messaggio concernente la prima revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie il Consiglio federale aveva affermato di ritenere che l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ma anche l'assicurazione con bonus e l'assicurazione con franchigia annua opzionale, fossero strumenti efficaci per la riduzione dei costi dell'assicurazione malattie (FF 1999 691). Nella promozione di forme di assicurazione particolari come i modelli del medico di famiglia, gli HMO o le reti d'assistenza integrate, il Consiglio federale ravvisa uno strumento per il contenimento dei costi. Le prime esperienze fatte con i modelli del medico di famiglia indicano un potenziale di risparmio dei costi del 10-20 per cento circa (G. Mathis, F. Herren: *Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen*, Managed Care 1/1998, Neuhausen, p. 8 segg.).

Gli HMO con capitazione sono già oggi fondati sul principio della responsabilità budgetaria. Le ripercussioni finanziarie della diffusione di questi modelli possono quindi essere valutate mettendo a confronto i loro costi con quelli delle forme d'assicurazione tradizionali. La principale difficoltà di un confronto basato su dati

svizzeri è costituita dall'esigua percentuale degli assicurati che hanno scelto un HMO con capitazione. Su scala nazionale questa percentuale è del 2% scarso e comprende una quota superiore alla media di adulti giovani e presumibilmente in buona salute.

Le indicazioni e le esperienze raccolte permettono di concludere che i risparmi conseguiti sui costi grazie ai modelli HMO sono assai più consistenti di quelli ottenuti con i modelli del medico di famiglia. Nella sua dissertazione Hansjörg Lehmann giunge alla stessa conclusione: secondo i suoi calcoli, tolti gli effetti della selezione dei rischi, con i modelli HMO si risparmierebbe il 40% dei costi, con quelli del medico di famiglia il 10% (H. Lehmann: *Managed Care, Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?*, Zürich/Chur 2003, p. 145). Sulla base dei costi lordi medi pro capite sostenuti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel 2002 (distinti secondo l'età degli assicurati e le diverse forme d'assicurazione), il confronto tra gli HMO con capitazione, i modelli del medico di famiglia senza capitazione e gli assicurati "normali" mostra che gli HMO con capitazione comportano costi nettamente inferiori rispetto ai modelli del medico di famiglia (cfr. allegato). Le differenze crescono in misura direttamente proporzionale all'età dei pazienti e all'aumento dei costi della salute. A livello nazionale, i costi degli HMO per assicurati giovani sono grossomodo uguali a quelli degli assicurati con franchigie elevate. Man mano che aumenta l'età degli assicurati, i costi degli HMO crescono in misura decisamente inferiore. È quindi presumibile che con la managed care si possano risparmiare costi specialmente nei casi onerosi.

Non è tuttavia certo che in caso d'introduzione su scala nazionale di questi modelli i risparmi sui costi possano raggiungere le percentuali citate sopra. In primo luogo, la stima del potenziale di risparmio sui costi è il risultato di un breve periodo sperimentale e non è quindi rappresentativa. In secondo luogo, è necessario considerare le circostanze particolari che hanno reso possibile questo risultato: da un lato, i medici che hanno partecipato a questo modello rappresentano una selezione di fornitori di cure di base molto motivati che si assumono anche una parte della responsabilità economica; dall'altro, è presumibile che, da parte degli assicurati, si tratti piuttosto di una selezione dei rischi negativa. Per permettere di realizzare il potenziale di contenimento dei costi, un trasferimento di questi modelli all'intero sistema assicurativo renderebbe necessarie modifiche di comportamento sia da parte dei medici che da parte dei pazienti. Non si può tuttavia essere assolutamente certi che i buoni risultati finanziari ottenuti con i modelli con scelta limitata del fornitore di prestazioni possono essere del tutto confermati, per quanto riguarda l'efficienza dei costi e la qualità delle cure, in un sistema in cui i modelli managed care siano largamente diffusi: è infatti presumibile che i medici si ritrovino una gamma di pazienti qualitativamente diversa. Concludendo, si può affermare che finora dal punto di vista dei costi le forme assicurative managed care si sono dimostrate molto vantaggiose rispetto all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie. Sebbene una certa parte dei risparmi sia dovuta alla selezione dei rischi, i vantaggi in materia di costi rimangono consistenti specialmente nei modelli HMO – fatto, questo, riconducibile all'innovazione che questi ultimi rappresentano e al cambiamento degli incentivi economici.

5.3

Ripercussioni economiche

I dati attualmente disponibili documentano il potenziale di risparmio sui costi insito nei modelli managed care. I modelli managed care incentivano sia i fornitori di prestazioni che gli assicurati ad un comportamento consapevole ed attento ai costi, cioè a coordinare le cure ed evitare di richiedere rispettivamente fornire prestazioni superflue. Se lo strumento proposto avrà il successo auspicato, la diffusione dei modelli managed care porterà ad un guadagno in efficienza dell'intera società: rinunciando a prestazioni superflue e sfruttando maggiormente le possibili sinergie si otterranno infatti gli stessi risultati quanto allo stato di salute degli assicurati e si potranno quindi destinare mezzi finanziari ad altri scopi.

La diffusione dei modelli managed care comporterà probabilmente mutamenti del mercato del lavoro sia dal punto di vista quantitativo che da quello qualitativo. Infatti, se da una parte i medici dovranno soddisfare nuove esigenze in relazione alla capacità di lavorare in gruppo e di collaborare, dall'altra la maggiore efficienza auspicata dovrebbe implicare la riduzione del numero di medici necessari al raggiungimento di un determinato risultato. La soppressione dell'obbligo di contrarre favorirebbe questi sviluppi.

La misura in cui gli incentivi insiti nei modelli managed care potranno esplicitare i loro effetti sarà determinata dalla diffusione e dalla struttura dei modelli stessi. Un ruolo fondamentale sarà rivestito dal disciplinamento della responsabilità budgetaria.

6

Programma di legislatura

Il disegno è annunciato nel rapporto del 25 febbraio 2004 sul programma di legislatura 2003-2007 e figura tra gli oggetti previsti nel programma (FF 2004 996).

7

Basi giuridiche

7.1

Costituzionalità

Il disegno è fondato sull'articolo 117 della Costituzione federale.

7.2

Delega delle competenze legislative

L'articolo 96 LAMal delega al Consiglio federale le competenze normative necessarie all'esecuzione dell'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni esecutive). Il presente disegno autorizza inoltre il Consiglio federale ad emanare disposizioni negli ambiti seguenti:

Disposizioni concernenti le reti d'assistenza integrate (art. 41a cpv. 4).

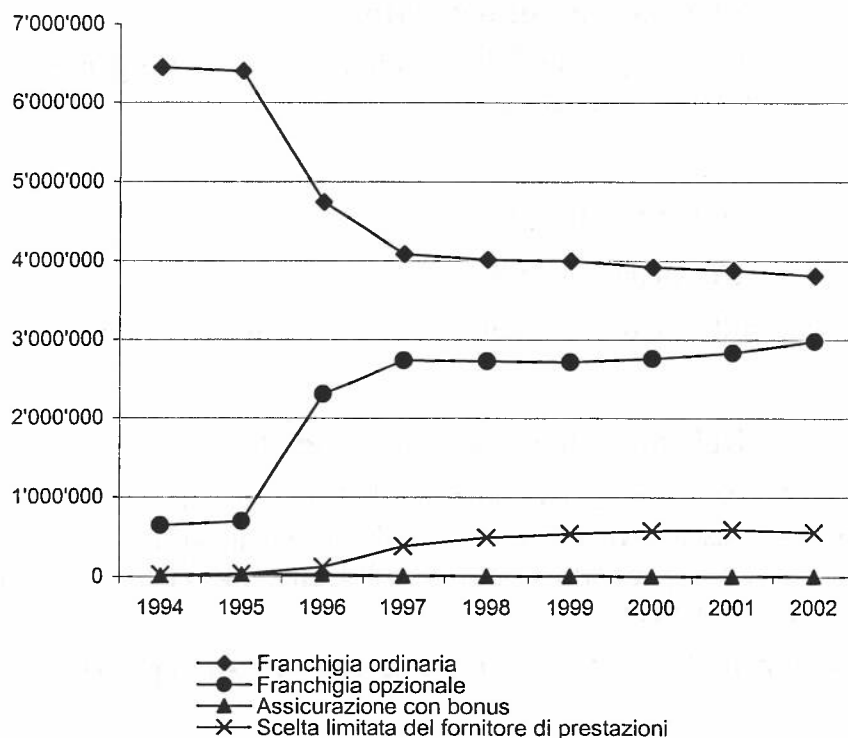
T 1.05 Effettivo degli assicurati al 31.12 secondo la forma d'assicurazione a partire dal 1994

Anno	Franchigia annua ordinaria	Parte sul totale	Franchigia annua opzionale	Parte sul totale	Assicurazione con bonus	Parte sul totale	Scelta limitata (p. es. HMO)	Parte sul totale	Aumento	Totale	Variazione per rapporto all'anno precedente
1994	6'447'562	90.41%	643'991	9.03%	15'298	0.21%	24'802	0.35%	100.0%	7'131'653	1.1%
1995	6'399'482	89.30%	698'747	9.75%	32'705	0.46%	35'383	0.49%	42.7%	7'166'317	0.5%
1996	4'739'640	65.88%	2'305'688	32.05%	27'828	0.39%	121'598	1.69%	243.7%	7'194'754	0.4%
1997	4'083'854	56.60%	2'736'364	37.93%	11'494	0.16%	383'093	5.31%	215.0%	7'214'805	0.3%
1998	4'016'267	55.41%	2'726'468	37.61%	11'828	0.16%	494'040	6.82%	29.0%	7'248'603	0.5%
1999	3'998'744	55.03%	2'715'642	37.37%	10'258	0.14%	541'890	7.46%	9.7%	7'266'534	0.2%
2000	3'921'920	53.96%	2'758'539	37.95%	9'811	0.13%	577'841	7.95%	6.6%	7'268'111	0.0%
2001	3'882'191	53.03%	2'833'816	38.71%	9'341	0.13%	595'939	8.14%	3.1%	7'321'287	0.7%
2002	3'812'675	51.81%	2'980'820	40.50%	8'835	0.12%	557'035	7.57%	-6.5%	7'359'365	0.5%

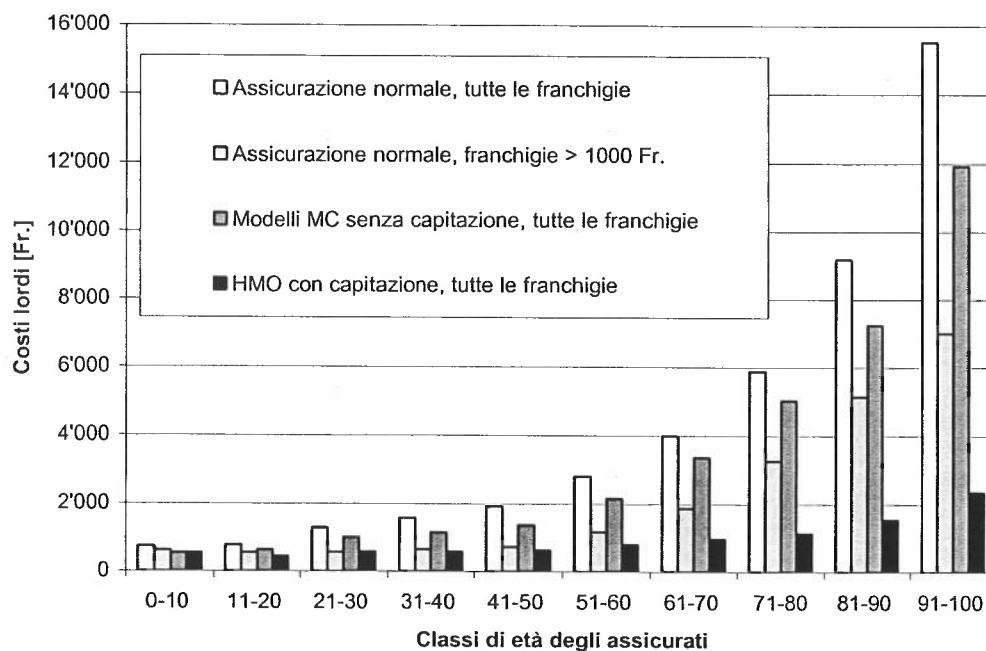
Stato al 20.10.03

Fonte: T 1.06

Effettivo degli assicurati secondo il modello d'assicurazione



Costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche-sanitarie per assicurato, Svizzera 2002



Costi lordi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche-sanitarie per assicurato secondo le classi di età per diverse forme d'assicurazione per tutta la Svizzera nell'anno 2002. La parte degli assicurati in HMO con capitazione è del 1.9%.

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Managed Care)

Modifica del

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,
visto il messaggio del Consiglio federale del ... ¹,
decreta:*

I

La legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

Art. 41 cpv. 4

Abrogato

Sezione 2a: Forme particolari d'assicurazione

Art. 41a (nuovo)

¹ D'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3). Tra di essi rientrano anche le reti d'assistenza integrate conformemente all'articolo 41c.

² Con un'assicurazione secondo il capoverso 1, l'assicuratore deve assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; l'articolo 41 capoverso 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate.

³ Il Consiglio federale può autorizzare l'esercizio di altre forme di assicurazione, in particolare quelle per le quali:

- a. l'assicurato assume partecipazioni ai costi superiori a quelle previste nell'articolo 64, beneficiando di una riduzione del premio;
- b. l'ammontare del premio dell'assicurato dipende dall'ottenimento o meno di prestazioni assicurative durante un determinato periodo.

⁴ La partecipazione ai costi e la perdita delle riduzioni di premio in caso di forme particolari d'assicurazione di cui al capoverso 3 non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. È parimenti

¹FF 2004 ...

²RS 832.10

vietato ad associazioni, fondazioni o altre istituzioni prevedere l'assunzione dei costi derivanti da simili forme di assicurazione. Questo divieto non si applica all'assunzione dei costi in virtù di disposizioni di diritto pubblico federale o cantonale.³

⁵ Il Consiglio federale disciplina in dettaglio le forme particolari d'assicurazione.

Art. 41b (nuovo)

Durata del rapporto d'assicurazione

¹ Per le forme particolari d'assicurazione secondo l'articolo 41a, l'assicuratore può prevedere una durata del rapporto d'assicurazione fino a tre anni. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

² Se l'assicurato ha scelto una forma particolare d'assicurazione con una durata più lunga del rapporto d'assicurazione conformemente al capoverso 1, egli può cambiare assicuratore nel corso di questa durata solo in caso di cambiamenti essenziali delle condizioni di assicurazione. L'assicuratore concorda con l'assicurato le modalità di uscita. Una modifica o una riduzione del premio non costituiscono motivo per cambiare l'assicuratore.

Art. 41c (nuovo) Reti d'assistenza integrate

¹ Uno o più assicuratori possono concordare contrattualmente con un gruppo di fornitori di prestazioni raggruppati in una rete d'assistenza integrata che le cure degli assicurati siano assunte esclusivamente dalla rete d'assistenza integrata. Il contratto disciplina in particolare le questioni della collaborazione, dello scambio di informazioni, della garanzia della qualità e della remunerazione delle prestazioni.

² I fornitori di prestazioni raggruppati nelle reti d'assistenza integrate assumono la responsabilità finanziaria, nella misura stabilita contrattualmente, per la copertura sanitaria per gli assicurati affiliati alla rete d'assistenza (responsabilità budgetaria). La responsabilità budgetaria riguarda tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

³ Nelle reti d'assistenza integrate, il processo di cura delle persone assicurate è coordinato per tutta la catena terapeutica. La rete d'assistenza integrata deve offrire tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nell'ambito del processo di cura stabilito si possono prevedere prestazioni che vanno oltre le prestazioni legali obbligatorie.

⁴ Il Consiglio federale disciplina i particolari.

Art. 52 cpv. 1 lett. b e 4 (nuovo)

¹ Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6:

- b. l'Ufficio federale appronta un elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità). Tale elenco deve contenere anche i prodotti generici a prezzi più vantaggiosi che

³ Introdotto dal numero I della LF del 24 marzo 2000, in vigore dal 1° gennaio 2001 (RU 2000 2305; FF 1999 687). Vedi anche la disposizione finale di detta modifica alla fine del presente testo.

possono sostituire i preparati originali nonché importanti medicinali per malattie rare.

⁴ Un medicinale può essere inserito nell'elenco delle specialità solo se la sua efficacia è sufficientemente comprovata in base agli obiettivi diagnostici e terapeutici. L'Ufficio federale stralcia un medicinale dall'elenco delle specialità se esso non adempie più questa condizione.

Art. 52a Rubrica e cpv. 2 e 3 (nuovo)

Sostituzione

² A pari idoneità per i pazienti, devono essere prescritti e consegnati medicinali a prezzi vantaggiosi.

³ Se un medicinale è prescritto mediante designazione del principio attivo, deve essere consegnato un medicinale a prezzo vantaggioso idoneo per il paziente.

Art. 56 cpv. 3bis (nuovo)

^{3bis} Gli sconti di cui al capoverso 3 che non possono essere computati a singoli assicurati devono essere attribuiti all'istituzione comune ai sensi dell'articolo 18 a favore di tutti gli assicurati.

Art. 57 cpv. 9 (nuovo)

⁹ Gli assicuratori possono concordare contrattualmente con i fornitori di prestazioni raggruppati nelle reti d'assistenza integrate secondo l'articolo 41c di trasferire i compiti e le competenze dei medici di fiducia ai fornitori di prestazioni raggruppati nella rete d'assistenza integrata.

Art. 62 cpv. 1, 2, 2bis e 3

¹ L'assicuratore può ridurre i premi delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4 o prevedere rimborsi.

² *Abrogato*

^{2bis} *Abrogato*

³ Il Consiglio federale disciplina in dettaglio le riduzioni dei premi e i rimborsi. Stabilisce segnatamente, in base alle necessità dell'assicurazione, i limiti massimi di riduzione dei premi e i limiti minimi dei supplementi di premio. Rimane in tutti i casi salva la compensazione dei rischi secondo l'articolo 105.

II

¹ La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

² Qualora il termine di referendum sia scaduto inutilizzato, entra in vigore il 1° gennaio 2006 o il 1° gennaio dell'anno successivo alla sua accettazione in votazione popolare.