**Bericht über die Ergebnisse des ergänzenden
Vernehmlassungsverfahrens
zum Entwurf der Teilrevision
des Bundesgesetzes vom 18. März 1994
über die Krankenversicherung**

**Rapport sur les résultats de la procédure de consultation
complémentaire concernant le projet de la
révision partielle
de la loi fédérale du 18 mars 1994
sur l'assurance-maladie**

**Rapporto sui risultati della procedura di consultazione
complementare concernente il disegno di
revisione parziale
della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie**

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Zusammenfassung der Ergebnisse	3
3	Die Ergebnisse im einzelnen	9

Anhänge

1	Verzeichnis der Abkürzungen der Vernehmlasser	97
2	Statistische Uebersicht	100

Table des matières

1	La situation initiale	10
2	Les résultats en bref	10
3	Les résultats détaillés	17

Annexes

1	Liste des abréviations des milieux ayant pris position	97
2	Aperçu statistique	101

Indice

1	Situazione iniziale	18
2	Riassunto dei risultati	18
3	Risultati particolareggiati	24

Allegati

1	Elenco delle abbreviazioni dei partecipanti alla procedura di consultazione	97
2	Panoramica statistica	102

1 Ausgangslage

Am 14. Juni 2000 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, eine ergänzende Vernehmlassung zum Entwurf der Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zu den Themen: Aufhebung des Kontrahierungszwanges, finanzielle Verpflichtungen der Versicherten und das Rückgriffsrecht der Wohnkantone auf haftpflichtige Dritte. Mit Schreiben vom 14. Juni 2000 lud das EDI die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Bundesgericht, das Eidgenössische Versicherungsgericht und die interessierten Organisationen und Verbände ein, zur Teilrevision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung bis zum 28. Juli 2000 Stellung zu nehmen.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 159 Adressatinnen und Adressaten versandt. Einer ganzen Anzahl von zusätzlichen Interessierten (36) wurden sie auf ausdrücklichen Wunsch hin zugestellt. Alle Kantone, 5 Parteien, das Bundesgericht, das Eidgenössische Versicherungsgericht und 84 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 117) äusserten sich näher zum Entwurf der Teilrevision des KVG (vgl. Anhang 1).

2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung mit Besorgnis betrachtet wird und die Notwendigkeit einer Revision unbestritten ist. Die Vernehmlassungsparteien äusserten sich indessen in keinem der Revisionspunkte einheitlich zu den vorgeschlagenen Änderungen. Von einer Reihe von Vernehmlassern wurde die Einführung eines wettbewerblichen Vertragsmodelles als solches abgelehnt. Es wird deutlich, dass viele Beteiligte grundsätzlich eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürworteten, indessen das vorgeschlagene Modell mit Skepsis betrachten oder dieses gar für untauglich und unpraktikabel halten. Insbesondere wurde kritisiert, dass sich eine zu grosse Machtverschiebung zu den Versicherern abzeichne und die Selektionskriterien für die Wahl der Leistungserbringer zu unklar seien. Die Kantone wehrten sich vehement gegen eine Definition der Versorgungssicherheit durch den Bund. Befürchtet wurde zudem die Erhöhung des administrativen Aufwandes bezüglich der Information der Versicherten wie eine Beschwerdeflut infolge der Möglichkeit, bei der Kantonsregierung den Beitritt zu einem Tarifvertrag zu beantragen. Einige der Befürworter der Einführung eines Wettbewerbsmodells wollten dieses auch auf den stationären und teilstationären Bereich ausdehnen. Vor allem von Seiten der Leistungserbringer sowie einiger Versicherten- und Konsumentenorganisationen wurde das Modell abgelehnt. Kritisiert wurde von dieser Seite insbesondere der Wegfall der freien Arztwahl und die Intransparenz bezüglich der Auswahl an Leistungserbringern. Einige Vernehmlasser forderten zudem eine Vereinheitlichung und Kontrolle der Normen auf Bundesebene. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit Ausnahme der Informationspflicht der Versicherer - sofern überhaupt die Idee und das Modell Akzeptanz fand - gegenüber den Versicherten keiner der vorgeschlagenen Punkte uneingeschränkte Zustimmung fand. Vielmehr wurden viele Vorbehalte bezüglich der Umsetzung des Modells und dessen Kostenwirksamkeit geäussert.

Die Vorschläge zu den beiden weiteren, zur Diskussion gestellten Punkten, nämlich die finanziellen Verpflichtungen der Versicherten und das Rückgriffsrecht der Wohnkantone auf haftpflichtige Dritte, erhielten grundsätzliche Zustimmung einer Mehrheit der Vernehmlassenden.

Die in Artikel 7a vorgesehene Information durch die Versicherer über die vertraglich gebundenen Leistungserbringer wird mehrheitlich begrüsst. Indessen werden Verbesserungen und Ergänzungen gefordert. Einige Vernehmlassende (ASKIO, BAV, FMH, GE, GELIKO, GL, GR, NW, PULSUS, SAEB, SO, TG, UR, ZH) beklagen die Intransparenz für die Versicherten und fordern einen Ausbau. Das KSK begrüsst die Bestimmung, verlangt aber ebenfalls einen Ausbau der Informationspflicht, indem der Versicherte jederzeit Einsichtsrechte haben soll und Auskünfte verlangen kann. Demgegenüber will die COSAMA die Information mit einer Negativliste erbringen. Dies wollen auch andere Vernehmlasser (BS, SGB, SGV) prüfen lassen. Was den Geltungsbereich der Liste der zugelassenen Leistungserbringer anbelangt, so fordert H+ eine Beschränkung auf die Wohnregion. AG, BS und kf fordern eine regionale Gesamtübersicht. Weitere Vernehmlasser (ASKIO, GE, GELIKO, NW, SAEB, SO, TG, UR) fordern eine Liste aller vertraglich gebundenen Leistungserbringer, unabhängig vom Versicherer.

Die Kantone AI, GR, TG und UR fragen, ob auch die Leistungserbringer nach Artikel 39 aufgeführt werden müssen, und wie die Listen ausgestaltet werden. LU möchte prüfen, wie die Streichung von den Listen den PatientInnen mitgeteilt wird. VD sieht Probleme bei den Pflegeheimpatienten. PULSUS und VSAO sehen Probleme bei der Auswahl der ÄrztInnen, solange die Versicherten keine benötigen und sehen die freie Arztwahl abgeschafft. CVP und SKS fordern, dass die Liste nach Absatz 1 den Versicherten rechtzeitig zukommt.

Die Bedeutung des Begriffs "nicht eingeschränkt" in Absatz 2 ist den Kantonen AI, AR, BS, GE, GR, TG und UR unklar. Einige Vernehmlassende (AG, BS, EVG, FRC, PULSUS, SG, SGV, SVBP, SVPK) möchten sicherstellen, dass eine begonnene Behandlung zu Ende geführt werden kann. Zusätzlich schlägt das EVG vor, eine Übergangsbestimmung für den Fall einzuführen, dass eine Zusatzversicherung ins Spiel kommt sowie eine Bestimmung für den Fall vorzusehen, in dem sich der Versicherte an einen durch einen anderen Sozialversicherer zugelassenen Leistungserbringer wendet. Zum Schutz der Versicherten wird gefordert, die Liste bzw. die Vertragsdauer (Art. 35 Abs. 1 Bst. b) während zwei (CNG, PULSUS) oder drei Jahren (SGV, SVBP, SVPK) unverändert zu lassen. Das KSK ist mit Absatz 2 einverstanden.

Mit der Einführung des Prinzips in Artikel 35 Absatz 1, dass für den ambulanten Bereich ein Tarifvertrag mit dem Versicherer abzuschliessen ist, um zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassen zu werden, konnten sich nur einige Vernehmlassende (CNG, KSK) einverstanden erklären. FMH und PLS lehnen die Regelung ab. Der Begriff "grundsätzlich zugelassen" in Absatz 1 wurde von Seiten der Kantone (AI, BS, GE, GL, GR, NW, SO, TG, UR, ZH) kritisiert. Zudem fordern sie, dass klar sein muss, dass ein Leistungserbringer auch zugelassen ist, wenn der Tarif behördlich festgesetzt wird.

Die Beschränkung auf den ambulanten Bereich nach Absatz 1bis wird von COSAMA, FMH, SSO und der WEKO abgelehnt, von GL befürwortet. Das KSK ist nur bedingt einverstanden und will mittelfristig eine Aufhebung auch im stationären und teilstationären Bereich. Der Einbezug der Spitalambulatorien wird von AI, GR und UR befürwortet, von GE abgelehnt. VD würde den Vorschlag ablehnen, wenn auch die Pflegeheime betroffen sind. ZH stellt diese Frage auch. H+, LU und SGV fordern, dass auf kantonalen Spitalisten aufgeführte Leistungserbringer für ambulante Behandlungen zwingend unter Vertrag zu nehmen sind. H+ stellt dies unter die Bedingung, dass Notfallversorgung betrieben wird. Einige Vernehmlasser (BE, LU, SH) fordern zudem eine Definition der Begriffe stationär, teilstationär und ambulant. PULSUS und VSAO hinterfragen praktische Auswirkung der Abgrenzung.

Die Auswahlkriterien in Absatz 1ter werden von vielen (AG, ASKIO, BAV, BE, BS, CNG, COSAMA, FMH, FRC, GELIKO, ISP BE, SAEB, SH, SKS, VD, VSAO, ZH) als zu wenig

transparent oder unklar betrachtet. Zu eingeschränkte Listen werden befürchtet. Gefordert wird, dass die Kriterien entweder im Gesetz festzulegen sind oder dass die bundesrätliche Verordnung bereits bei der parlamentarischen Beratung vorliegt. Die AIDS-Hilfe und FMH befürchten eine Machtverschiebung zu den Versicherern, welche die ÄrztInnen mit vielen HIV-positiven Patienten nicht mehr berücksichtigen. Der FRC will eine Selektion bei behandlungsintensiven Patienten und das gleichzeitige Anbieten von Grund- und Zusatzversicherung "freie Arztwahl" verhindern. Der CNG schlägt die Aufnahme des Kriteriums Ärztedichte vor. Die CVP fordert, dass im Gesetz Gewähr geboten wird, dass jeder Versicherte seinen Arzt unter den im Rahmen eines Grundversicherungsvertrages Praktizierenden frei wählen kann und den Versicherern vorgeschrieben wird, mit einem bestimmten Prozentsatz von niedergelassenen ÄrztInnen Verträge zu schliessen. Der SSO hält fest, dass ein Gesuch um Anerkennung als Leistungserbringer nur gestützt auf entsprechende Kriterien abgelehnt werden kann. GE ist mit der Bestimmung einverstanden. Weitere Vernehmlasser (BS, H+, KSK, PULSUS) fordern, dass der zweite Satz in Absatz 1ter, wonach der Bundesrat die Kriterien festlegt, gestrichen wird. Der SAV unterstützt die Festlegung von gemeinsam mit den betroffenen Leistungserbringern erarbeiteten Qualitätskriterien und schlägt dazu eine Änderung von Artikel 40 KVV oder die Unterstützung des Vorschlages von Nationalrätin Meyer-Kälin zu einem neuen Artikel 46bis im Gesetz vor. LU zweifelt am Sinn einer bundesrätlichen Kompetenz. Was die Frage der Versorgungssicherheit angeht, so reklamieren die Kantone (AG, BE, BS, NW, SG, SO, TG) deren Definition für sich. Die Kantone GL und UR finden, dass die Versorgung sichergestellt wird, indem die Leistung überhaupt erbracht wird, und fragen sich, wie der Bundesrat die Wirtschaftlichkeit bei einheitlichen Preisen überhaupt beurteilen will. Der SVBP befürwortet ebenfalls eine Kompetenz der Kantone.

Die Anwendung des Kartellgesetzes nach Artikel 35 Absatz 1quater wird von einigen Vernehmlassenden (CNG, GE, SZ, kf, KSK, PULSUS) begrüsst. Andere (COSAMA, SAV, VD, WEKO, ZH) lehnen die Bestimmung ab. Die WEKO begründet dies mit der lediglich deklaratorischen Bedeutung des Absatzes. Das kf fordert zusätzlich einen Einbezug des Preisüberwachers.

Die Regelung bezüglich der Wahl der Leistungserbringer in Artikel 41 wird kritisch hinterfragt. Vor allem die Bestimmtheit des Leistungserbringers erntet Kritik. Von Seiten der Kantone (AI, BS, GE, GR, SH, SO, SZ, TG, UR, ZH) wird die Frage nach einer Behandlung am Arbeitsort aufgeworfen. Andere Vernehmlassende (AIDS-Hilfe, BAV, BE, PLS, PULSUS, SGAM, TI) bedauern den Wegfall der freien Arztwahl. Der SGB fordert die Anwendung des "tiers payant"-Prinzipes bei vertraglich gebunden Leistungserbringern. Die FMH fragt, was mit den vertraglich vereinbarten Tarifen gemeint sei, da mit dem neuen System keine Verträge mehr auf kantonaler und schweizerischer Ebene mehr ausgehandelt würden. Der Kanton AR will den juristischen Stellenwert von Leistungen kennen, die im Rahmen von Zusatzversicherungen erbracht werden.

Was die Regelung zum Notfall nach Artikel 41 Absatz 2 Buchstabe a anbelangt, so verlangen einige Kantone (AG, AI, AR, BS, GL, GR, SG, SZ, TG, UR, VD, ZH) und weitere Organisationen (COSAMA, PULSUS, SKS, VSAO) eine klarere Definition. Befürchtet wird, dass Streitigkeiten entstehen, weil der Notfall im ambulanten Bereich weniger klar definierbar ist und allenfalls im Nachhinein Behandlungen bei Nicht-Vertragspartnern als Notfall definiert werden. Zusätzlich wird von einigen Vernehmlassern (ASKIO, BS, GELIKO, SAEB) eine klarere Regelung bezüglich dem Tarif gefordert bzw. wer diesen festsetzt. Das KSK will die Finanzierung der Notfallbehandlung in jedem Fall gewährleisten, damit der Patient nicht im Unklaren ist.

Die in Artikel 41a vorgesehene Informationspflicht des Leistungserbringers wird zwar grundsätzlich begrüsst, aber eine Ausdehnung bzw. Präzisierung wird sowohl von Seiten der Kantone (AG, AI, GE, GR, NW, SZ, TG, UR, ZH) wie auch anderer Organisationen

(COSAMA, FRC, SKS) gefordert. Die FRC und das EVG schlagen aus Beweisgründen eine schriftliche Information vor. COSAMA, GE und SKS fordern, dass im Gesetzestext festgehalten wird, dass der Leistungserbringer sein Recht auf Bezahlung verliert, wenn er seiner Pflicht nicht nachkommt. Einige Organisationen der Leistungserbringer (PULSUS, SGAM, SVBP, SVPK, VSAO) lehnen die Bestimmung als zu einseitig oder administrativ zu aufwendig ab. Der SGB schlägt vor, dass der Versicherte seinen Versicherungsausweis vorweisen muss.

Die Sicherung der Versorgung nach Artikel 45 wird von Kantonen (AG, BS, GL, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD) als ihre Sache betrachtet. Einige Kantone (AR, BE, LU, VD, TI) und Organisationen (AIDS-Hilfe, ASKIO, GELIKO, SAEB, SGAM) fordern eine Klärung der Kriterien. ASKIO, GELIKO, SAEB fordern ein Antragsrecht der Versicherten, der Kanton BS lehnt dies ab. Der Kanton BS fragt sich, welcher Tarif für Tarifschutz gilt. Die FMH befürwortet eine Kontrolle durch die Regierungen gegenüber der Willkür der Kassen. PULSUS will die Möglichkeit des Eingreifens der Kantone auf den massiven Ausstand von Leistungserbringern beschränken. Die FRC befürchtet eine Beschwerdeflut und fordert, dass die Verordnung zur Definition der Kriterien in Vernehmlassung gegeben wird. Der SVBP fordert eine Publikation der Kriterien mit der Gesetzesvorlage. Der Kanton GE, die COSAMA und die PLS sind demgegenüber mit der Bestimmung einverstanden. Der VSAO hinterfragt die praktische Durchführbarkeit der Bestimmung. Die SKS will eine Definition der Grundversorgung innerhalb der verschiedenen Sparten. Das KSK schlägt eine Neuordnung der Artikel 45 und 47 vor, wonach sich Artikel 47 nur noch auf den stationären Bereich bezieht, und lehnt die Kompetenz des Bundesrates zur Definition der Versorgung ab.

Bezüglich der Regelung zu den Verbandsverträgen in Artikel 46 Absatz 2 waren die Reaktionen unterschiedlich. Während die FMH die Verbandsverträge als nicht mehr existent betrachtet und die Bestimmung streichen will, will PULSUS diese unter dem Gesichtspunkt des Kartellrechts prüfen lassen. Einig waren sich mehrere Vernehmlasser (AG, AI, AR, COSAMA, GE, GR, PULSUS), dass keine Regelungen zu Lasten Dritter getroffen werden dürfen und die Bestimmung daher zu präzisieren sei. SVERB und SPV schlagen eine Festsetzung des Unkostenbeitrages durch die Behörde vor. Der Kanton SZ ist sowohl mit Absatz 2 wie 5 einverstanden, GE nur mit Absatz 5. Der SVPK will die Vertragsdauer in Absatz 5 auf drei Jahre erhöhen.

Der Vorschlag bezüglich den Folgen bei Fehlen oder Verweigerung eines Tarifvertrages in Artikel 47 wurde von vielen Vernehmlassenden (AG, AR, BS, GE, GL, LU, NW, SG, SH, TI, UR, VD) als mit erheblichen Vollzugsproblemen und hohem administrativen Aufwand behaftet und zu einer Beschwerdeflut führend kritisiert. Der SSO zweifelt an der Fähigkeit der Kantone, diese Aufgabe zu erfüllen. Die FRC fragt nach den Konsequenzen für den Kanton. Die FMH hält die Regelung für durchdacht, ihr fehlt die Klagemöglichkeit für den Versicherten. Der Kanton GR fordert eine Eingriffsmöglichkeit der Kantone bei Überversorgung, der Kanton BE die Festlegung des Rechtsmittels in Absatz 1. Der CNG schlägt vor, den Patientenorganisationen ein Beschwerderecht einzuräumen. SGB, SVERB und SPV bemerken, dass die Kantonsregierung schon vor Ablauf der Vertragsdauer handeln können sollte. Der Kanton GE hält die Regelung in Absatz 1 und 1bis für richtig. PULSUS will die Kompetenzen des Kantons auf den eigentlichen Versorgungsnotstand begrenzen, die SSO demgegenüber die Voraussetzung der ungenügenden medizinischen Versorgung streichen. Die PLS schlägt vor, einen Absatz 1quater anzufügen, wonach der Leistungserbringer gegen eine ungerechtfertigte Nichtberücksichtigung beim Kanton Beschwerde erheben kann.

Die Frage nach der Definition der angemessenen Versorgung in Absatz 1ter wird von der SGAM und der PLS gestellt, die Kantone reklamieren dies zum grössten Teil für sich (AG, AR, GL, NW, UR). Die Kantone AR und ZH halten eine interkantonale Versor-

gungsplanung für nicht machbar. Der CNG fordert eine einheitliche Anwendung der bundesrätlichen Kriterien sowie eine Koordination zwischen den Kantonen.

Die Bestimmung bezüglich der Tariffestlegung durch die Regierung am Standortkanton in Absatz 2 wird von PULSUS begrüsst. Der Kanton GE hat keine Bemerkungen dazu, dem Kanton GR ist die Bedeutung unklar.

Die Streichung von Artikel 48 KVG, der das Institut der Rahmenverträge vorsieht, wird von GE akzeptiert, von Seiten der FMH abgelehnt, da die Begründungen nicht stichhaltig sind. PULSUS regt an, die Verbandsverträge generell unter dem Gesichtspunkt der Vereinbarkeit mit dem Kartellgesetz überprüfen zu lassen.

Zum in Artikel 53 geregelten Beschwerdeverfahren wird von Seiten einiger Vernehmlassenden (CVP, FMH, FRSP, IGN, SVBP, VD) begrüsst, dass der Instanzenzug überprüft wird. Die CVP schlägt den Einbezug der Patienten- und Konsumentenorganisationen für die Umsetzung der Aufhebung des Kontrahierungszwanges vor. Einige Kantone (GL, GR, NW, UR, VD) fragen sich, ob angesichts der Vorgaben in den Artikeln 45, und 47 überhaupt noch rekurriert werden darf oder der Bundesrat in der Lage ist, die Rolle als Schiedsrichter auszufüllen. SH möchte einen Hinweis aufnehmen, dass der Bundesrat die verfassungsmässige Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsvorsorge zu respektieren habe.

Was die Frage der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten angeht, so wurde die Problematik anerkannt. Kantone (AG, BL, BS, VS), Versicherer (KSK, COSAMA), Parteien (CVP, FDP, PLS, SVP), Organisationen der Leistungserbringer (AGB, ASPV, VLSS) und weitere Vernehmlassende (ASIV, ASKIO, AVIVO, GELIKO, Pro Senectute, SAEB, SBV, VSA) stimmten dem Vorschlag von Artikel 61a grundsätzlich zu. Dennoch wurden Forderungen nach einer Präzisierung der Bestimmung erhoben. Der Kanton BS und die COSAMA schlagen vor, die Mahnkosten miteinzubeziehen. Das KSK merkt an, dass viele Kantone Leistungsaufschübe systematisch hinnehmen und nur in grossen Schadenfällen Prämien nachzahlen würden und will daher die Problematik der Zahlungsausstände mit den Bestimmungen über die Prämienverbilligung koppeln. Die PLS will einen neuen Absatz hinzufügen, wonach die Versicherer die den Leistungserbringern geschuldeten Beträge nicht zweckentfremden dürfen.

Von einigen Vernehmlassern (AGB, VLSS, CVP, SGV) wurde als problematisch erkannt, dass den Leistungserbringern keine Bezahlung ihrer Leistungen garantiert ist. Weitere Vernehmlasser (BAV, SAV, SGAM) halten die Risikoverteilung für problematisch, da dem Leistungserbringer der sistierte Versicherungsschutz nicht entgegengehalten werden könne. SKS und SSO schlagen vor, eine Zahlungspflicht der Versicherungen einzuführen. Die GPFI hält das vorgeschlagene Verfahren für unnötig kompliziert und schlägt die Verrechnung mit Leistungen vor. Die FRC führt an, dass mit der Bestimmung die Leistungserbringer das Inkassorisiko hätten, währenddem der FRSP eine grosse Belastung der Versicherer, die sich auf die Administrativkosten auswirkt, befürchtet und vorschlägt, einen Wechsel des Versicherers nur bei vorgängiger Bezahlung der Prämien zu erlauben. Abgelehnt wurde der Vorschlag teilweise von Kantonsseite (AR, GE, JU, LU, NE, TI, GEDE ZH, KKSD) und Organisationen (CP, SGB, SGV, SRK). Begründet wird dies von Seiten der Kantone vor allem mit einer Risikoüberwälzung auf die öffentliche Hand, wodurch die Versicherer keinen Anreiz für ein effizientes Prämieninkasso mehr hätten. Dieser Einwand wird auch von SG und TG geteilt. Die Kantone NE und VD machen im übrigen auf die Probleme im Zusammenhang mit dem Export von Leistungen im Rahmen der Bilateralen Abkommen mit der EU aufmerksam. Das SRK sieht die Bestimmung im Widerspruch zur Bundesverfassung, da in die Sozialhilfe eingegriffen würde. Die Kantone VD und TI führen an, dass die Kantone der Romandie bereits ein Vorgehen vereinbart hätten.

Begrüssst wird das vorgesehene Mahnverfahren (Art. 61a Abs. 2) und der Verzicht auf die Einleitung des Vollstreckungsverfahrens von den Kantonen SO und ZH. Die Kantone BE, BL, GE und NE fordern, dass ein Verlustschein von den Versicherern zu erwirken ist.

Die Benachrichtigung der Sozialhilfebehörden bei einem Zahlungsrückstand nach Artikel 61a Absatz 3 wird von H+ als unverhältnismässig abgelehnt. AR hält fest, dass die zuständigen Sozialhilfebehörden am zivilrechtlichen Wohnsitz zu benachrichtigen sind. Das Kf merkt an, dass die Definition zu "frühzeitig" fehle und der Datenschutzbeauftragte betreffend Umgang mit neuralgischen Personendaten einzubeziehen sei. DVSP/SPO, FR, NE und SGB schlagen vor, dass die ausstehenden Prämien nach Mahnfrist vom zuständigen Gemeinwesen zu übernehmen sind. SO verlangt eine Präzisierung der Bestimmung in diesem Sinne. NE schlägt dazu vor, eine kantonale Instanz einzurichten, die an Stelle der Versicherten tritt, wenn deren Zahlungsunfähigkeit bewiesen ist. Die Kantone SH und ZH kritisieren, dass das Risiko des Versicherers auf die Sozialhilfebehörde verlagert wird. Mehrere Kantone (AR, BE, GE, JU, NE, SG, TI, VD) und Organisationen (VSA, DVSP/SPO, KKSD, SGB, SVPC) sprechen sich explizit gegen die in Absatz 3 vorgesehene Leistungssistierung bei Nichtbezahlung der Prämien aus, da diese kontraproduktiv sei und in einem Obligatorium keinen Platz habe. Das KSK begrüsst die Bestimmung in Absatz 3 demgegenüber ausdrücklich und schlägt zudem den Einbezug der Mahn- und Betreibungskosten in den Absätzen 3 und 4 vor.

Mit dem gesetzlich zu verankernden Rückgriffsrecht der Wohnkantone (Art. 79 Abs. 2bis) zeigte sich eine grosse Mehrheit der Vernehmlassenden einverstanden (AG, AGB, ASIV, ASPV, AVIVO, BFC, COSAMA, CVP, FDP, GE, JU, NE, PLS, PRO SENECTUTE, SBV, SVP, TG, TI, VD, VLSS, VS, VSA). Zusätzlich schlagen AGB, VLSS und SGV vor, die Regelung von Artikel 129 KVV in Artikel 79 KVG aufzunehmen, um die Leistungserbringer auf den Tarifschutz zu verpflichten. Von Kantonsseite wurde von ZH und der GEDE ZH beantragt, dass die Wohnsitzgemeinden ebenfalls einzubeziehen seien, da sie mitfinanzieren würden. Andererseits wurde von den Kantonen GR, SZ und UR festgehalten, dass nicht der Eindruck erweckt werden dürfe, dass die Kantone indirekt Mitversicherer seien. Aus letzterem Grund lehnt der Kanton BS die Regelung ab und will den Leistungserbringern ein Forderungsrecht einräumen. Von Seiten der Privatversicherer (ASA/SVV) und des SGV wird moniert, dass ein Rückgriff auf Subventionen nicht zulässig sei und daher die Bestimmung rundweg abgelehnt wird.

Das EVG schlägt im Hinblick auf die juristische Umsetzung des wettbewerblichen Vertragsmodelles vor, als Vertrauensarzt nach Artikel 57 Absatz 6 KVG nur VertragsärztInnen zuzulassen und im Sinne der Rechtsweggarantie von Artikel 29a BV, die Zuständigkeit des Schiedsgerichtes nach Artikel 59 KVG auf diejenigen Fälle auszudehnen, in denen ein Versicherer den Vertragsabschluss mit einem Leistungserbringenden ablehnt. AR fragt nach den Auswirkungen auf den Risikoausgleich.

3 Die Ergebnisse im einzelnen

Nachstehend werden die Ergebnisse der Vernehmlassung in der Artikelfolge der vorgeschlagenen Änderungen aufgeführt. Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden weder gewichtet noch bewertet.

1 La situation initiale

Le 14 juin 2000, le Conseil fédéral a autorisé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) à soumettre à une procédure de consultation complémentaire le projet de révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Les thèmes sur lesquels porte la révision sont les suivants: suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire, obligations financières des assurés et droit de recours du canton de résidence contre les tiers responsables. Par lettre du 14 juin 2000, le DFI a invité les gouvernements cantonaux, les partis politiques, le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et les organisations et associations intéressées à faire connaître leur position au sujet du projet de révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux jusqu'au 28 juillet 2000.

L'ensemble de la documentation soumise à consultation a été envoyée à 159 destinataires. Cette documentation a également été adressée à un grand nombre d'autres intéressés (35) à leur demande. Tous les cantons, 5 partis, le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et 84 organisations et autres organismes intéressés (117 au total) se sont prononcés sur le projet de révision partielle de la LAMal (voir annexe 1).

2 Les résultats en bref

Les prises de position reçues montrent dans l'ensemble que l'évolution des coûts de l'assurance-maladie est une source de préoccupation et qu'il y a consensus sur la nécessité d'une révision. Par contre, aucune des modifications proposées concernant les objets de la révision n'a fait l'unanimité parmi les participants à la procédure de consultation. Un certain a sur ces points : un transfert de pouvoir trop marqué se dessinerait au profit des assureurs et les critères de sélection présidant au choix des fournisseurs de prestations seraient trop peu clairs. Les cantons n'ont absolument pas voulu d'une définition de la garantie de l'approvisionnement en soins qui soit fixée par la Confédération. On a craint par ailleurs que les dispositions concernant l'information des assurés accroissent les charges administratives et que la possibilité de demander à un gouvernement cantonal l'adhésion à une convention tarifaire n'entraîne une avalanche de recours. Quelques partisans de l'introduction d'un modèle ouvert à la concurrence souhaitaient que celui-ci s'applique aussi dans le domaine hospitalier et semi-hospitalier. Le modèle a par contre été refusé surtout par les fournisseurs de prestations et par quelques organisations d'assurés et de consommateurs. Les critiques de ces derniers ont en particulier porté sur la suppression du droit de choisir librement son médecin et sur l'opacité entourant le choix des fournisseurs de prestations. Quelques participants à la procédure de consultation ont réclamé par ailleurs une uniformisation et un contrôle des normes au niveau fédéral. En résumé, on peut constater que, à l'exception du devoir d'information des assurés imposé aux assureurs - pour autant que l'idée et le modèle aient reçu un accueil favorable - aucun des points proposés n'a été inconditionnellement approuvé. Au contraire, de nombreuses réserves ont été formulées concernant l'application du modèle et son efficacité en matière de coûts.

Une majorité d'intervenants ont approuvé sur le fond les deux autres objets soumis à la discussion, concernant les obligations financières des assurés et le droit de recours du canton de résidence contre les tiers responsables.

L'information par l'assureur prévue à l'art. 7a, concernant les fournisseurs de prestations liés par convention, est saluée par une majorité d'intervenants. Des améliorations et des compléments sont toutefois requis. Quelques participants à la procédure de consultation (ASKIO, BAV, FMH, GE, GELIKO, GL, GR, NW, PULSUS, SAEB, SO, TG, UR, ZH) se plaignent du manque de transparence pour les assurés et réclament un développement

de l'information. Le KSK salue la disposition, mais exige également une extension du devoir d'information; pour lui, l'assuré doit avoir en permanence un droit de regard et doit pouvoir exiger des renseignements. La COSAMA veut par contre fournir l'information au moyen d'une liste négative. D'autres participants à la procédure de consultation (BS, SGB, SGV) veulent aussi qu'une telle mesure soit étudiée. H+ demande que la liste des fournisseurs de prestations admis ne soit valable que dans la région de domicile. AG, BS et le kf veulent une vue d'ensemble régionale. D'autres participants à la procédure (ASKIO, GE, GELIKO, NW, SAEB, SO, TG, UR) réclament une liste de tous les fournisseurs de prestations liés par convention, indépendamment de l'assureur.

Les cantons d'AI, des GR, de TG et d'UR demandent si les fournisseurs de prestations selon l'art. 39 doivent eux aussi être mentionnés et ils veulent savoir comment les listes doivent être structurées. LU aimerait que la manière dont les patients seront informés de la radiation des fournisseurs de prestations des listes fasse l'objet d'une étude. VD voit des problèmes pour les pensionnaires des EMS. Pour PULSUS et le VSAO, des problèmes se posent à propos du choix des médecins aussi longtemps que les assurés n'en ont pas besoin; pour eux, le modèle équivaut à une suppression du libre choix du médecin. Le CVP et la SKS exigent que les assurés reçoivent à temps la liste selon l'al. 1.

La signification des termes "ne peut être restreinte" de l'al. 2 n'est pas claire pour les cantons d'AI, d'AR, de BS, de GE, des GR, de TG et d'UR. Quelques participants à la procédure (AG, BS, TFA, FRC, PULSUS, SG, SGV, SVBP, SVPK) aimeraient garantir que lorsqu'un traitement a été entrepris, il puisse être mené à terme. LE TFA propose par ailleurs d'introduire une disposition transitoire à appliquer lorsqu'il y a une assurance complémentaire; il propose aussi de prévoir une disposition applicable lorsque l'assuré s'adresse à un fournisseur de prestations admis par un autre assureur social. Pour protéger les assurés, on demande que la liste ou la durée de la convention (art. 35, al. 1, let. b) ne soit pas modifiée durant deux ans (CNG, PULSUS) ou trois (SGV, SVBP, SVPK). Le KSK approuve l'al. 2.

Seuls quelques participants à la procédure de consultation (CNG, KSK) ont approuvé l'introduction à l'art. 35, al. 1, du principe stipulant que, dans le domaine ambulatoire, une convention tarifaire devait être conclue avec l'assureur pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La FMH et le PLS refusent cette réglementation. Des cantons (AI, BS, GE, GL, GR, NW, SO, TG, UR, ZH) ont critiqué les termes "en principe admis" figurant à l'al. 1. Ils ont par ailleurs exigé qu'il doit être clair qu'un fournisseur de prestations est aussi admis lorsque le tarif est fixé par les autorités.

La COSAMA, la FMH, la SSO et la WEKO refusent la limitation au domaine ambulatoire de l'al. 1^{bis}, alors que GL l'approuve. Le KSK n'est d'accord que sous réserve et souhaite à moyen terme une suppression de l'obligation de contracter également dans les domaines hospitalier et semi-hospitalier. Le fait que les prestations ambulatoires fournies en milieu hospitalier soient également concernées est approuvé par AI, GR et UR, mais GE s'y oppose. VD refuserait la proposition si les EMS étaient eux aussi concernés. ZH pose lui aussi cette question. H+, LU et le SGV demandent que les fournisseurs de prestations figurant sur les listes cantonales des hôpitaux se voient obligatoirement appliquer une convention pour les traitements ambulatoires. H+ y ajoute une condition : il doit y avoir un service d'urgences. Quelques participants à la procédure (BE, LU, SH) demandent encore que les concepts d'hospitalier, de semi-hospitalier et d'ambulatoire soient définis. PULSUS et le VSAO s'interrogent sur les conséquences pratiques de la limitation.

De nombreux intervenants (AG, ASKIO, BAV, BE, BS, CNG, COSAMA, FMH, FRC, GELIKO, ISP BE, SAEB, SH, SKS, VD, VSAO, ZH) estiment que les critères de choix

formulés à l'al. 1^{er} manquent de transparence ou qu'ils ne sont pas clairs. La crainte a été exprimée que les listes soient trop restreintes et il a été demandé que les critères soient fixés dans la loi ou alors que l'ordonnance fédérale soit déjà disponible lors des débats parlementaires. L'AIDS-Hilfe et la FMH craignent un transfert de pouvoir vers les assureurs, lesquels ne voudront plus des médecins soignant de nombreux patients atteints du sida. La FRC s'oppose à une sélection au détriment des patients qui requièrent beaucoup de soins et veut interdire aux assureurs de proposer simultanément une assurance de base et des assurances complémentaires avec "libre choix du médecin". Le CNG propose d'appliquer le critère de la densité de médecins. Le CVP exige que la loi garantisse que toute personne assurée puisse choisir librement son médecin parmi ceux qui pratiquent et sont partie à une convention dans le cadre de l'assurance de base. Selon lui, la loi doit aussi contraindre les assureurs à conclure des conventions avec un certain pourcentage des médecins établis. Pour la SSO, il ne doit être possible de refuser de reconnaître un fournisseur de prestations que sur la base de critères appropriés. GE approuve la disposition. D'autres participants à la procédure de consultation (BS, H+, KSK, PULSUS) exigent que la 2^e phrase de l'al. 1^{er}, précisant que le Conseil fédéral fixe les critères, soit biffée. Le SAV est favorable à la fixation de critères de qualité élaborés d'un commun accord avec les fournisseurs de prestations concernés et propose dans cette optique de modifier l'art. 40 OAMal ou de soutenir la proposition de la conseillère nationale Meyer-Kälin réclamant l'introduction d'un nouvel art. 46^{bis} dans la loi. LU n'est pas sûr qu'il soit raisonnable d'accorder à la Confédération la compétence de fixer les critères. Pour ce qui est de la garantie de la fourniture de soins, les cantons (AG, BE, BS, NW, SG, SO, TG) veulent pouvoir la définir eux-mêmes. Les cantons de GL et d'UR estiment que la fourniture est assurée lorsque la prestation est effectivement fournie et ils se demandent comment le Conseil fédéral entend juger de l'économicité lorsque les prix sont uniformes. La SVBP souhaite aussi que la compétence soit attribuée aux cantons.

L'application de la loi sur les cartels selon l'art. 35, al. 1^{quater} est saluée par quelques participants à la procédure de consultation (CNG, GE, SZ, kf, KSK, PULSUS). Mais d'autres intervenants (COSAMA, SAV, VD, WEKO, ZH) ne veulent pas de cette disposition. Pour s'opposer à la disposition, la WEKO invoque le fait que l'alinéa n'aurait qu'une signification déclaratoire. Le kf demande que le surveillant des prix soit lui aussi impliqué.

La réglementation concernant le choix des fournisseurs de prestations figurant à l'art. 41 a fait l'objet de critiques. Ces dernières portent essentiellement sur la désignation du fournisseur de prestations. Des cantons (AI, BS, GE, GR, SH, SO, SZ, TG, UR, ZH) s'interrogent sur ce qui se passe en cas de traitement sur le lieu de travail. D'autres participants à la procédure de consultation (AIDS-Hilfe, BAV, BE, PLS, PULSUS, SGAM, TI) regrettent la suppression de la liberté de choisir son médecin. Le SGB demande d'appliquer le principe du tiers payant dans le cas des fournisseurs de prestations liés par convention. La FMH demande ce que signifient des tarifs convenus contractuellement, dans la mesure où, avec le nouveau système, il n'y a plus de conventions qui soient négociées à l'échelle suisse ou à l'échelle cantonale. Le canton d'AR veut connaître la valeur juridique des prestations fournies dans le cadre d'assurances complémentaires.

En ce qui concerne le cas d'urgence selon l'art. 41, al. 2, let. a, quelques cantons (AG, AI, AR, BS, GL, GR, SG, SZ, TG, UR, VD, ZH) et certaines organisations (COSAMA, PULSUS, SKS, VSAO) exigent une définition claire du concept. Ils craignent des litiges, parce que le cas d'urgence ne peut pas être défini très clairement dans le domaine ambulatoire et que des traitements effectués par des fournisseurs de prestations qui ne sont pas partie à une convention peuvent être qualifiés après coup de cas d'urgence. De

plus, quelques participants à la procédure de consultation (ASKIO, BS, GELIKO, SAEB) réclament une réglementation plus claire concernant le tarif, respectivement l'instance qui le fixe. Le KSK veut garantir le financement des traitements d'urgence dans tous les cas, pour que le patient ne soit pas dans l'incertitude.

Le devoir d'information des fournisseurs de prestations prévu à l'art. 41a fait certes l'objet d'une approbation de principe. Toutefois, tant les cantons (AG, AI, GE, GR, NW, SZ, TG, UR, ZH) que des organisations (COSAMA, FRC, SKS) demandent une extension de ce devoir ou que des précisions soient apportées. La FRC et le TFA proposent que l'information se fasse par écrit, de manière à ce qu'il y ait des preuves en cas de litige. La COSAMA, GE et la SKS demandent que le texte de loi précise que le fournisseur de prestations perd son droit à un paiement lorsqu'il ne satisfait pas à son devoir d'information. Quelques organisations de fournisseurs de prestations (PULSUS, SGAM, SVBP, SVPK, VSAO) refusent la disposition parce qu'ils la jugent trop unilatérale ou trop lourde à mettre en œuvre d'un point de vue administratif. Le SGB propose que l'assuré soit tenu de présenter son certificat d'assurance.

Des cantons (AG, BS, GL, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD) considèrent qu'il leur appartient de garantir la fourniture des soins selon l'art. 45. Quelques cantons (AR, BE, LU, VD, TI) et organisation (AIDS-Hilfe, ASKIO, GELIKO, SAEB, SGAM) demandent de clarifier les critères. L'ASKIO, la GELIKO, la SAEB demandent qu'un droit de recours soit accordé aux assurés, mais le canton de BS n'en veut pas. Ce canton se demande quel tarif sert de référence lorsqu'il est question de protection tarifaire. La FMH est favorable à un contrôle par les gouvernements, en guise de protection contre l'arbitraire des caisses. PULSUS veut limiter la possibilité d'intervention des cantons au cas où de très nombreux fournisseurs de prestations se récusent. La FRC craint une avalanche de recours et demande que l'ordonnance dans laquelle seront définis les critères soit soumise à une procédure de consultation. La SVBP réclame que les critères soient publiés en même temps que le projet de loi. Le canton de GE, la COSAMA et le PLS approuvent par contre la disposition. Le VSAO se demande si la disposition est réellement applicable. Le SKS veut une définition de la fourniture des soins de base dans les différentes branches. Le KSK propose de revoir les art. 45 et 47. Selon lui, l'art. 47 ne devrait plus se référer qu'au domaine hospitalier et la compétence de définir la fourniture de soins ne devrait pas être attribuée au Conseil fédéral.

Les réactions à propos du règlement concernant les conventions avec les fédérations dont il est question à l'art. 46, al. 2, ont été variées. Alors que la FMH s'interroge sur la possibilité même de conclure des conventions avec les fédérations dans le nouveau cadre légal et souhaite donc biffer la disposition, PULSUS veut que celle-ci soit examinée du point de vue de droit des cartels. Plusieurs participants à la procédure (AG, AI, AR, COSAMA, GE, GR, PULSUS) sont d'accord sur ce point : aucune réglementation ne doit être arrêtée aux dépens de tiers, c'est pourquoi il faut préciser la disposition. Le SVERB et le SPV proposent que l'autorité fixe la contribution aux frais. Le canton de SZ approuve l'al. 2 tout comme l'al. 5, mais GE n'approuve que l'al. 5. La SVPK souhaite que la durée du contrat figurant à l'al. 5 soit allongée et fixée à trois ans.

De nombreux participants à la procédure de consultation (AG, AR, BS, GE, GL, LU, NW, SG, SH, TI, UR, VD) ont critiqué la proposition figurant à l'art. 47 concernant les conséquences en cas d'absence ou de refus d'une convention tarifaire, en affirmant que des problèmes d'application importants se poseraient, que la charge administrative serait lourde et qu'il y aurait une avalanche de recours. La SSO doute que les cantons soient capables d'effectuer cette tâche. La FRC s'interroge sur les conséquences pour les cantons. La FMH estime que la réglementation est bien conçue, mais qu'il faut donner aux assurés la possibilité de faire recours. Le canton des GR demande que les cantons puissent intervenir en cas de pléthore de l'offre et le canton de BE demande de fixer la

voie de recours à l'al. 1. Le CNG propose d'octroyer un droit de recours aux organisations de patients. Le SGB, le SVERB et le SPV font remarquer que le gouvernement cantonal devrait déjà pouvoir agir avant que le contrat soit échu. Le canton de GE juge appropriée la réglementation des al. 1 et 1^{bis}. PULSUS veut limiter les compétences du canton aux cas où il y a réellement pénurie au niveau de l'offre, alors que la SSO veut biffer la condition (concernant l'insuffisance de la fourniture en soins médicaux). La PLS propose d'ajouter un al. 1^{quater} accordant un droit de recours auprès du gouvernement cantonal au fournisseur de prestations auquel l'adhésion à une convention aurait été refusée pour des raisons jugées injustes.

La SGAM et le PLS s'interrogent sur la définition des "standards modernes en matière de fourniture de soins médicaux" figurant à l'al. 1^{er}; les cantons veulent que cette définition leur revienne en grande partie (AG, AR, GL, NW, UR). Les cantons d'AR et de ZH jugent qu'il n'est pas possible de réaliser une planification intercantonale de la fourniture en soins. Le CNG réclame une application uniforme des critères du Conseil fédéral ainsi qu'une coordination entre les cantons.

PULSUS accueille favorablement la disposition de l'al. 2 concernant la fixation du tarif par le gouvernement du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé. Le canton de GE n'a pas de commentaires à faire à ce sujet, alors que le sens de la disposition n'est pas clair pour le canton des GR.

GE accepte la suppression de l'art. 48 LAMal qui prévoit des tarifs-cadres, mais la FMH y est opposée, car les arguments invoqués ne sont pas valables. PULSUS suggère que la compatibilité des conventions passées avec les fédérations avec la loi sur les cartels soit soumise à un examen.

A propos de la procédure de recours réglée à l'art. 53, quelques participants à la procédure (CVP, FMH, FSP, IGN, SVBP, VD) saluent le fait que l'instance de recours soit examinée. Le CVP propose que les organisations de patients et de consommateurs soient impliquées dans l'application de la suppression de l'obligation de contracter. Quelques cantons (GL, GR, NW, UR, VD) se demandent si, étant donné les directives des art. 45 et 47, il est encore possible de faire recours ou si le Conseil fédéral est en mesure d'assumer son rôle d'arbitre en matière de recours. SH aimerait que la loi mentionne expressément le fait que le Conseil fédéral doit respecter la compétence des cantons en matière d'approvisionnement en soins inscrit dans la constitution.

Pour ce qui est des obligations financières des assurés, l'importance des problèmes a été reconnue. Des cantons (AG, BL, BS, VS), des assureurs (KSK, COSAMA), des partis (CVP, FDP, PLS, SVP), des organisations de fournisseurs de prestations (AGB, ASPV, VLSS) et d'autres participants à la procédure de consultation (ASIV, ASKIO, AVIVO, GELIKO, Pro Senectute, SAEB, SBV, VSA) ont approuvé le principe de la proposition de l'art. 61a. Des voix se sont cependant élevées pour demander que la disposition soit précisée. Le canton de BS et la COSAMA proposent d'inclure les frais de rappel. Le KSK fait remarquer que de nombreux cantons acceptent systématiquement des reports de prestations et ne paieraient des primes qu'en cas de dommages importants; c'est pourquoi il souhaite lier le problème des défauts de paiement aux dispositions concernant la réduction de primes. Le PLS veut ajouter un nouvel alinéa précisant que les assureurs ne peuvent pas utiliser à d'autres fins les contributions dues aux fournisseurs de prestations.

Quelques participants à la procédure de consultation (AGB, VLSS, CVP, SGV) jugent problématique le fait que le paiement des prestations des fournisseurs de prestations n'est aucunement garanti. D'autres intervenants (BAV, SAV, SGAM) jugent problématique la répartition des risques, dans la mesure où le fournisseur de prestations peut faire valoir ses droits même lorsque l'assuré n'a plus de protection d'assurance. La SKS

et la SSO proposent d'introduire une obligation de paiement des assurances. Selon le GPFI, la procédure proposée est inutilement compliquée et on pourrait autoriser la compensation avec d'éventuelles prestations. La FRC fait remarquer que la disposition met le contentieux à la charge des prestataires de soins, alors que la FRSP craint une surcharge des assureurs qui se répercuterait sur les coûts administratifs et propose qu'un changement d'assureur ne soit autorisé que lorsque les anciennes primes ont été payées. La proposition a été refusée en partie par les cantons (AR, GE, JU, LU, NE, TI, GEDE ZH, KKSD) et les organisations (CP, SGB, SGV, SRK). Les cantons justifient leur refus essentiellement en évoquant un transfert du risque à l'Etat supprimant pour les assureurs toute incitation à encaisser efficacement les primes. Les cantons de SG et de TG font la même objection. Les cantons de NE et de VD attirent par ailleurs l'attention sur les problèmes liés à l'exportation de prestations dans le cadre des accords bilatéraux avec l'UE. Pour la SRK, la disposition est contraire à la constitution dans la mesure où il y a empiètement sur le domaine de l'aide sociale. Les cantons de VD et du TI font remarquer que les cantons romands ont déjà convenu d'une procédure.

Les cantons de SO et de ZH saluent la procédure d'avertissement prévue (art. 61a, al. 2) et le fait de renoncer à l'engagement d'une procédure de poursuite. Les cantons de BE, BL, GE et NE exigent que les assureurs engagent les démarches conduisant à la production d'un acte de défaut de biens.

H+ juge disproportionnée et refuse la notification aux services d'aide sociale en cas de retard de paiement selon l'art. 61a, al. 3. AR tient à ce que les services d'aide sociale compétents du domicile au sens du droit civil soient informés. Le kf fait remarquer qu'il n'y a pas de définition du terme "suffisamment tôt" figurant dans le commentaire et que le préposé à la protection des données devaient être impliqué pour ce qui est de la manière de traiter les données personnelles sensibles. Le DVSP/SPO, FR, NE et le SGB proposent qu'après le délai d'avertissement, les primes non payées soient prises en charge par la collectivité publique compétente. SO demande que la disposition soit précisée dans ce sens. NE propose dans ce but d'instituer une instance cantonale qui se substitue aux assurés lorsque l'insolvabilité de ceux-ci est avérée. Les cantons de SH et ZH critiquent le transfert du risque de l'assureur sur les services d'aide sociale. Plusieurs cantons (AR, BE, GE, JU, NE, SG, TI, VD) et organisations (VSA, DVSP/SPO, KKSD, SGB, SVPC) se déclarent explicitement opposés à la suspension des prestations en cas de non-paiement des primes prévue à l'art. 3; cette mesure serait contre-productive et incompatible avec un régime obligatoire. Le KSK salue par contre expressément la disposition de l'al. 3 et propose par ailleurs d'inclure les coûts d'avertissement et de poursuite dans les al. 3 et 4.

Une grande majorité de participants à la procédure de consultation (AG, AGB, ASIV, ASPV, AVIVO, BFC, COSAMA, CVP, FDP, GE, JU, NE, PLS, PRO SENECTUTE, SBV, SVP, TG, TI, VD, VLSS, VS, VSA) se sont déclarés favorable à un ancrage dans la loi du droit de subrogation du canton de résidence (art. 79, al. 2^{bis}). L'AGB, le VLSS et le SGV proposent de plus de reprendre la réglementation de l'art. 129 OAMal dans l'art. 79 LAMal, afin d'obliger les fournisseurs de prestations à respecter la protection tarifaire. Dans les rangs des cantons, ZH et la GEDE ZH ont demandé d'inclure également les communes de domicile, parce qu'elles participeraient au financement. Les cantons de GR, de SZ et d'UR ont d'autre part fait remarquer qu'il ne fallait pas donner l'impression que les cantons étaient indirectement des coassureurs. Pour cette dernière raison, le canton de BS refuse la réglementation et veut octroyer aux fournisseurs de prestations un droit de créance. Des assureurs privés (ASA/SVV) et le SGV soulignent le fait que la possibilité de recours ne serait pas applicable à des subventions, c'est pourquoi ils refusent totalement la disposition.

Le TFA propose, en vue de l'application juridique du modèle de convention ouvert à la concurrence, de n'admettre comme médecins-conseils selon l'art. 57, al. 6, LAMal que des médecins ayant conclu une convention tarifaire. Il propose encore, pour garantir la voie de droit comme cela est prévu à l'art. 29a cst., d'étendre la compétence du tribunal arbitral prévue à l'art. 59 LAMal aux litiges nés du refus d'un assureur de conclure une convention avec un fournisseur de prestations. AR s'interroge sur les conséquences sur la compensation des risques.

3 Les résultats détaillés

L'on trouvera ci-après les résultats de la consultation dans l'ordre des articles selon les modifications proposées. Les avis, suggestions et requêtes émanant des milieux consultés sont reproduits sans commentaires, ni appréciation.

1 Situazione iniziale

Il 14 giugno 2000 il Consiglio federale ha autorizzato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ad avviare la procedura di consultazione complementare sul disegno di revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) concernente i seguenti temi: soppressione dell'obbligo di stipulare contratti, impegni finanziari degli assicurati e diritto di regresso del Cantone di domicilio. Con lettera del 14 giugno 2000 il DFI ha invitato i governi cantonali, i partiti politici, il Tribunale federale, il Tribunale federale delle assicurazioni e le organizzazioni e associazioni interessate a prendere posizione entro il 28 luglio 2000 in merito al disegno summenzionato.

I documenti relativi alla procedura di consultazione sono stati spediti a 159 destinatari e a 35 altri interessati che ne hanno fatto esplicitamente richiesta. Tutti i Cantoni, 5 partiti, il Tribunale federale, il Tribunale federale delle assicurazioni e 84 altri organi e organizzazioni interessati (complessivamente 117) si sono pronunciati in modo dettagliato al riguardo (cfr. allegato 1).

2 Riassunto dei risultati

Riassumendo, sulla base delle prese di posizione inoltrate si può dire che l'evoluzione dei costi nell'assicurazione malattia preoccupa e la necessità di una revisione è indiscussa. Tuttavia, in nessun punto della revisione i destinatari della consultazione si sono espressi unanimemente sulle modifiche proposte. Molti hanno respinto l'introduzione di un modello di convenzione orientato sulla concorrenza in quanto tale. È risultato evidente che molti partecipanti, pur favorevoli in linea di principio ad un rafforzamento del concetto di concorrenza nell'ambito della LAMal e quindi anche ad un'eventuale soppressione dell'obbligo di stipulare contratti, guardano al modello proposto con scetticismo o lo ritengono addirittura inadeguato ed impraticabile. Stando alle principali critiche, lo spostamento di potere a favore degli assicuratori sarebbe eccessivo e i criteri di selezione per la scelta dei fornitori di prestazioni non sarebbero abbastanza chiari. I Cantoni hanno espresso la loro recisa opposizione a una definizione della garanzia di assistenza da parte della Confederazione. Si temono inoltre l'aumento degli oneri amministrativi concernenti l'informazione degli assicurati ed un'ondata di ricorsi dovuta alla possibilità di richiedere al Governo cantonale l'adesione a una convenzione tariffale. Alcuni fautori dell'introduzione di un modello orientato sulla concorrenza intendevano ampliarlo anche all'ambito ospedaliero e semiospedaliero. Il modello è stato respinto soprattutto dai fornitori di prestazioni e da alcune organizzazioni di assicurati e consumatori, che hanno criticato in particolare la soppressione della libera scelta del medico e l'assenza di trasparenza per quanto concerne la scelta dei fornitori di prestazioni. Alcuni destinatari della consultazione hanno inoltre chiesto di uniformare e controllare le norme a livello federale. Riassumendo si può dire che, ad eccezione dell'obbligo di informare degli assicuratori nei confronti degli assicurati, anche laddove il principio e il modello hanno riscosso pareri favorevoli, nessun punto proposto ha ottenuto un'approvazione unanime. Sono al contrario state espresse numerose riserve sull'applicazione del modello e sulla sua efficacia sui costi.

Le proposte inerenti gli altri due punti della discussione, ossia gli obblighi finanziari degli assicurati e il diritto di regresso dei Cantoni di domicilio su terzi responsabili, hanno suscitato l'approvazione di principio della maggioranza dei destinatari della consultazione.

L'obbligo degli assicuratori di informare sui fornitori di prestazioni vincolati da convenzione previsto dall'articolo 7a è stato accolto perlopiù con favore. Vengono però chiesti adeguamenti e aggiunte. Alcuni destinatari (ASKIO, BAV, FMH, GE, GELIKO, GL, GR, NW, PULSUS, SAEB, SO, TG, UR, ZH) deplorano l'assenza di trasparenza per gli assi-

curati e chiedono che vi si ponga rimedio. Il KSK accoglie la proposta, ma chiede, dal canto suo, di estendere l'obbligo di informare concedendo in ogni momento agli assicurati il diritto d'ispezione e la possibilità di chiedere informazioni. Per contro la COSAMA vorrebbe che le informazioni venissero fornite mediante un elenco negativo. Anche altri (BS, SGB, SGV) intendono esaminare tale possibilità. Per quanto riguarda l'ambito della validità dell'elenco dei fornitori di prestazioni, H+ chiede una limitazione alla regione di residenza. AG, BS e kf chiedono una visione d'insieme regionale. Altri ancora (ASKIO, GE, GELIKO, NW, SAEB, SO, TG, UR) chiedono un elenco di tutti i fornitori di prestazioni vincolati da convenzione, indipendentemente dall'assicuratore.

I Cantoni AI, GR, TG e UR chiedono se anche i fornitori di prestazioni secondo l'articolo 39 devono essere riportati e come vengono strutturati gli elenchi. Il Canton LU vorrebbe sapere in che modo la soppressione dagli elenchi viene comunicata ai pazienti. Il Canton VD teme che possano sorgere problemi per quanto riguarda i pazienti delle case di cura. PULSUS e VSAO vedono problemi nella scelta dei medici per gli assicurati che non ne hanno bisogno e considerano soppressa la libera scelta del medico. CVP e SKS chiedono che l'elenco di cui al capoverso 1 venga fornito per tempo agli assicurati.

Stando ai Cantoni AI, AR, BS, GE, GR, TG e UR al capoverso 2 non sarebbe chiaro cosa significhi "non può venir ridotto". Alcuni destinatari (AG, BS, TFA, FRC, PULSUS, SG, SGV, SVBP, SVPK) vorrebbero la garanzia che una cura iniziata venga portata a termine. Il TFA propone, inoltre, di introdurre una disposizione transitoria per il caso in cui entri in gioco un'assicurazione complementare e di prevedere una disposizione per il caso in cui gli assicurati si rivolgano a un fornitore di prestazioni ammesso tramite un altro assicuratore sociale. Per proteggere gli assicurati viene chiesto di non apportare alcuna modifica all'elenco e alla durata del contratto (articolo 35 capoverso 1 lettera b) per due (CNG, PULSUS) o tre anni (SGV, SVBP, SVPK). Il KSK è d'accordo con il capoverso 2.

Solo alcuni destinatari (CNG, KSK) si sono dichiarati d'accordo con l'introduzione, nell'articolo 35 capoverso 1, del principio secondo cui per il settore ambulatoriale si deve concludere una convenzione tariffale con l'assicuratore al fine di essere autorizzati ad esercitare per l'assicurazione malattie. L'FMH e il PLS respingono la regolamentazione. I Cantoni (AI, BS, GE, GL, GR, NW, SO, TG, UR, ZH) hanno criticato la definizione "di massima autorizzati" del capoverso 1. Inoltre chiedono che debba essere chiaro che un fornitore di prestazioni sia autorizzato anche quando la tariffa è fissata dalle autorità.

La limitazione al settore ambulatoriale secondo il capoverso 1bis è respinta dalla COSAMA, dall'FMH, dall'SSO e dalla WEKO, mentre è approvata da GL. Il KSK è d'accordo solo in parte ed auspica, a medio termine, la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti anche nel settore ospedaliero e semiospedaliero. L'inclusione degli ambulatori degli ospedali è approvata da AI, GR e UR, mentre GE la respinge. VD non accetterebbe la proposta se comprendesse anche le case di cura. ZH pone la stessa domanda. H+, LU e SGV chiedono che i fornitori di prestazioni iscritti negli elenchi cantonali degli ospedali debbano obbligatoriamente stipulare una convenzione per poter fornire cure ambulatoriali. In proposito H+ pone la condizione che venga fornito un servizio d'emergenza. Alcuni partecipanti alla procedura di consultazione (BE, LU, SH) vogliono inoltre avere una definizione dei concetti "ospedaliero", "semiospedaliero" e "ambulatoriale". PULSUS e VSAO mettono in dubbio l'incidenza pratica della limitazione.

I criteri di scelta del capoverso 1ter sono considerati da molti (AG, ASKIO, BAV, BE, BS, CNG, COSAMA, FMH, FRC, GELIKO, ISP BE, SAEB, SH, SKS, VD, VSAO, ZH) troppo poco trasparenti o non chiari. Si temono elenchi troppo limitati. Si chiede che i criteri vengano fissati nella legge o che l'ordinanza del Consiglio federale sia già pronta quando vi saranno i dibattiti in Parlamento. FMH ed AIDS-Hilfe temono uno spostamento di

potere verso gli assicuratori che non prendono in considerazione i medici con molti pazienti portatori di HIV. L'FRC vuole impedire la selezione nel caso dei pazienti che necessitano di cure intense e l'offerta contemporanea delle assicurazioni di base e complementare "libera scelta del medico". Il CNG propone di tener conto del criterio della densità territoriale dei medici. La CVP chiede che nella legge sia garantito che ogni assicurato possa scegliere liberamente il suo medico tra quelli che esercitano nell'ambito di una convenzione dell'assicurazione di base e che agli assicuratori venga imposto di stipulare convenzioni con una determinata percentuale di medici titolari di uno studio. L'SSO fa notare che una richiesta di autorizzazione ad esercitare quale fornitore di prestazioni può essere respinta solo in base a criteri adeguati. GE è d'accordo con la disposizione. Altri destinatari (BS, H+, KSK, PULSUS) chiedono la soppressione della seconda frase del capoverso 1ter, conformemente alla quale il Consiglio federale fisserebbe i criteri. Il SAV è del parere che i criteri di qualità debbano essere elaborati assieme ai fornitori di prestazioni interessati e propone una modifica dell'articolo 40 OAMal oppure di sostenere la proposta della consigliera nazionale Meyer-Kälin di integrare la legge con un nuovo articolo 46bis. LU dubita dell'opportunità di una competenza del Consiglio federale. Per quanto riguarda la questione della garanzia dell'assistenza, i Cantoni (AG, BE, BS, NW, SG, SO, TG) ne reclamano la definizione. I Cantoni GL e UR ritengono che garantire l'assistenza significhi fornire la prestazione e si chiedono in che modo il Consiglio federale voglia valutare l'economicità nel caso di prezzi unitari. Anche l'SVBP è favorevole a una competenza dei Cantoni.

Alcuni destinatari (CNG, GE, SZ, kf, KSK, PULSUS) accolgono favorevolmente l'applicazione della legge sui cartelli ai sensi dell'articolo 35 capoverso 1quater. Altri (COSAMA, SAV, VD, WEKO, ZH) non approvano la disposizione. La WEKO motiva la sua decisione con il significato meramente dichiarativo del capoverso. Il kf chiede inoltre il coinvolgimento del sorvegliante dei prezzi.

La regolamentazione della scelta dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 41 non ha convinto. Raccoglie critiche soprattutto la definizione dei fornitori di prestazioni. I Cantoni (AI, BS, GE, GR, SH, SO, SZ, TG, UR, ZH) sollevano la questione delle cure sul posto di lavoro. Altri destinatari (AIDS-Hilfe, BAV, BE, PLS, PULSUS, SGAM, TI) deplorano la soppressione della libera scelta del medico. L'SGB chiede l'applicazione del principio del terzo pagante nel caso di fornitori di prestazioni vincolati da convenzione. L'FMH domanda cosa si intende per tariffe stabilite per convenzione visto che con il nuovo sistema non verrebbero più stipulate convenzioni a livello cantonale e federale. Il Canton AR vuole conoscere l'importanza giuridica delle prestazioni fornite nell'ambito delle assicurazioni complementari.

Per quanto riguarda la regolamentazione sui casi d'emergenza ai sensi dell'articolo 41 capoverso 2 lettera a, alcuni Cantoni (AG, AI, AR, BS, GL, GR, SG, SZ, TG, UR, VD, ZH) e organizzazioni (COSAMA, PULSUS, SKS, VSAO) chiedono una definizione più chiara. Si temono controversie, in quanto il caso d'emergenza nel settore ambulatoriale è più difficile da definire ed è possibile che a posteriori vengano definite come tali cure prestate da parti non contraenti. Inoltre alcuni destinatari (ASKIO, BS, GELIKO, SAEB) chiedono una regolamentazione più chiara nell'ambito delle tariffe e di chi le determina. Il KSK vuole garantire in ogni caso il finanziamento delle cure di pronto soccorso, affinché il paziente non abbia dubbi.

L'obbligo d'informare del fornitore di prestazioni previsto nell'articolo 41a è sì accolto per principio favorevolmente, tuttavia sia i Cantoni (AG, AI, GE, GR, NW, SZ, TG, UR, ZH) che alcune organizzazioni (COSAMA, FRC, SKS) ne chiedono un ampliamento o una precisazione. La FRC e il TFA propongono informazioni scritte che abbiano forza probatoria. La COSAMA, GE e la SKS chiedono che nel testo di legge sia stabilito che il fornitore di prestazioni perda il suo diritto ad essere pagato se dovesse venir meno al suo

obbligo. Alcune organizzazioni di fornitori di prestazioni (PULSUS, SGAM, SVBP, SVPK, VSAO) respingono la disposizione, ritenendola troppo unilaterale o troppo onerosa dal punto di vista amministrativo. L'SGB propone che l'assicurato debba presentare il suo certificato d'assicurazione.

I Cantoni (AG, BS, GL, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD) considerano la garanzia dell'assistenza ai sensi dell'articolo 45 come di loro competenza. Alcuni Cantoni (AR, BE, LU, VD, TI) e organizzazioni (AIDS-Hilfe, ASKIO, GELIKO, SAEB, SGAM) chiedono che i criteri vengano resi chiari. L'ASKIO, la GELIKO e la SAEB chiedono che gli assicurati abbiano diritto di presentare istanze, il Canton BS invece è contrario. Il Canton BS si chiede quale tariffa valga per la protezione tariffaria. L'FMH è favorevole ad un controllo dei Governi sulla discrezionalità delle casse. Il PULSUS vuole limitare la possibilità d'intervento dei Cantoni in caso di ricusa massiccia da parte dei fornitori di prestazioni. L'FRC teme un'ondata di ricorsi e chiede che l'ordinanza sulla definizione dei criteri venga posta in procedura di consultazione. L'SVBP chiede che i criteri siano pubblicati con il disegno di legge. Il Canton GE, la COSAMA e il PLS sono invece d'accordo con la disposizione, mentre il VSAO dubita della sua applicabilità. L'SKS vuole una definizione dell'assistenza di base all'interno dei diversi rami. Il KSK propone un nuovo disciplinamento degli articoli 45 e 47 nel quale l'articolo 47 si riferisca soltanto al settore ospedaliero e respinge la competenza del Consiglio federale per la definizione dell'assistenza.

La regolamentazione delle convenzioni con le federazioni di cui all'articolo 46 capoverso 2 ha suscitato reazioni discordi. L'FMH considera obsolete le convenzioni con le federazioni e vuole stralciare la disposizione, mentre il PULSUS vorrebbe esaminarle alla luce del diritto concernente i cartelli. Molti destinatari (AG, AI, AR, COSAMA, GE, GR, PULSUS) concordano sul fatto che non si debbano stabilire regolamentazioni a carico di terzi e che la disposizione vada perciò precisata. SVERB e SPV propongono che siano le autorità a fissare il contributo alle spese. Il Canton SZ concorda con i capoversi 2 e 5, il Canton GE soltanto con il capoverso 5. L'SVPK vorrebbe estendere a tre anni la durata della convenzione di cui al capoverso 5.

Molti destinatari (AG, AR, BS, GE, GL, LU, NW, SG, SH, TI, UR, VD) criticano la proposta attinente le conseguenze dell'assenza o del rifiuto di una convenzione tariffale di cui all'articolo 47, in quanto implicherebbe considerevoli problemi d'applicazione, rilevanti oneri amministrativi ed un'ondata di ricorsi. L'SSO dubita che i Cantoni siano in grado di eseguire l'incarico. L'FRC s'interroga sulle conseguenze per i Cantoni, mentre l'FMH ritiene la regolamentazione ben congeniata, ma non vi vede contemplata la possibilità di ricorso per gli assicurati. Il Canton GR chiede che i Cantoni abbiano la facoltà d'intervenire in caso di eccesso d'assistenza, il Canton BE che si indichino al capoverso 1 i mezzi d'impugnazione. Il CNG propone di concedere un diritto di ricorso alle organizzazioni dei pazienti. SGB, SVERB e SPV osservano che i Governi cantonali dovrebbero poter agire già prima della scadenza della convenzione. Il Canton GE approva la regolamentazione dei capoversi 1 e 1bis. Il PULSUS vorrebbe limitare le competenze dei Cantoni ai casi di emergenza, mentre l'SSO, al contrario, auspica lo stralcio della condizione dell'insufficienza dell'assistenza medica. Il PLS propone di aggiungere un capoverso 1quater conformemente al quale i fornitori di prestazioni possano ricorrere contro i Cantoni qualora, senza un plausibile motivo, non venissero presi in considerazione.

La SGAM e il PLS pongono la questione della definizione dell'assistenza adeguata di cui al capoverso 1ter, i Cantoni la reclamano in gran parte per sé (AG, AR, GL, NW, UR). I Cantoni AR e ZH non ritengono praticabile una pianificazione intercantonale dell'assistenza. Il CNG richiede un'applicazione unitaria dei criteri del Consiglio federale ed un coordinamento tra i Cantoni.

Il PULSUS approva la disposizione relativa alla determinazione della tariffa da parte del Governo del Cantone di domicilio di cui al capoverso 2. Il Canton GE non ha osservazioni in proposito, per il Canton GR non ne è chiaro il significato.

L'abrogazione dell'articolo 48 LAMal, che prevede l'istituto delle convenzioni quadro, è accolta dal Canton GE, ma respinta dall'FMH, in quanto la motivazione non sarebbe ineccepibile. Il PULSUS propone di esaminare tutte le convenzioni con le federazioni dal punto di vista della loro compatibilità con la legge sui cartelli.

Alcuni destinatari (CVP, FMH, FSP, IGN, SVBP, VD) accolgono con soddisfazione l'esame del corso delle istanze previsto nella regolamentazione del procedimento di ricorso di cui all'articolo 53. La CVP propone di coinvolgere le organizzazioni dei pazienti e dei consumatori nell'applicazione della soppressione dell'obbligo di stipulare contratti. Alcuni Cantoni (GL, GR, NW, UR, VD) si chiedono se, alla luce delle disposizioni degli articoli 45 e 47 sia ancora lecito presentare ricorso o se il Consiglio federale sia in grado di svolgere il ruolo di arbitro. SH vorrebbe che si accennasse espressamente che il Consiglio federale deve rispettare la competenza costituzionale dei Cantoni per l'assistenza sanitaria.

Quanto agli obblighi finanziari degli assicurati, è stata riconosciuta l'esistenza del problema. Cantoni (AG, BL, BS, VS), assicuratori (KSK, COSAMA), partiti (CVP, FDP, PLS, SVP), organizzazioni di fornitori di prestazioni (AGB, ASPV, VLSS) e altri destinatari (ASIV, ASKIO, AVIVO, GELIKO, Pro Senectute, SAEB, SBV, VSA) hanno in linea di principio approvato la proposta di cui all'articolo 61a. Tuttavia è stato chiesto di precisare la disposizione. Il Canton BS e la COSAMA propongono di considerare i costi delle diffide. Il KSK rileva che molti Cantoni accetterebbero sistematicamente rinvii di prestazioni e verserebbero i premi retroattivamente soltanto in caso di danni considerevoli. Per questo motivo intende collegare la problematica dei mancati pagamenti alle disposizioni sulla riduzione dei premi. Il PLS auspica un nuovo capoverso che stabilisca che gli assicuratori non possano destinare ad altro scopo gli importi dovuti ai fornitori di prestazioni.

Alcuni destinatari (AGB, VLSS, CVP, SGV) ritengono discutibile che il pagamento delle prestazioni dei fornitori non sia garantito. Altri (BAV, SAV, SGAM) considerano problematica la distribuzione dei rischi, in quanto ritengono che non si possa opporre al fornitore di prestazioni la sospensione della protezione assicurativa. SKS e SSO propongono di introdurre un obbligo di pagamento per le assicurazioni. Il GPFI ritiene la procedura proposta inutilmente complicata e propone la compensazione mediante prestazioni. L'FRC osserva che la disposizione scaricherebbe il rischio della riscossione sui fornitori di prestazioni, mentre l'FSP teme che i considerevoli oneri che prevede per gli assicuratori si ripercuotano sui costi amministrativi e propone di permettere di cambiare assicuratore soltanto a versamento dei premi avvenuto. La proposta è stata respinta da una parte di Cantoni (AR, GE, JU, LU, NE, TI, GEDE ZH, KKSD) e organizzazioni (CP, SGB, SGV, SRK). I Cantoni motivano il loro no soprattutto adducendo che il rischio verrebbe scaricato sugli enti pubblici, il che toglierebbe agli assicuratori ogni incentivo ad una riscossione efficiente dei premi. Questa riserva è condivisa da SG e TG. NE e VD rendono per altro attenti ai problemi connessi all'esportazione di prestazioni nel quadro degli accordi bilaterali con l'EU. L'SRK considera anticostituzionale la disposizione, in quanto con essa si interverrebbe sull'assistenza sociale. I Cantoni VD e TI osservano che i Cantoni romandi hanno già concordato una procedura.

I Cantoni SO e ZH accolgono con favore la procedura di diffida prevista (articolo 61a capoverso 2) e la rinuncia all'introduzione della procedura di esecuzione. I Cantoni BE, BL, GE e NE chiedono che gli assicuratori siano tenuti a conseguire un attestato di carenza di beni.

L'informazione delle autorità dell'assistenza sociale in caso di mora nei pagamenti secondo l'articolo 61a capoverso 3 è respinta da H+ in quanto ritenuta provvedimento eccessivo. AR ritiene che le competenti autorità dell'assistenza sociale debbano essere informate al loro domicilio civile. Il kf osserva che nel commento l'espressione "per tempo" non è meglio definita e, per quanto attiene alla gestione di dati personali molto riservati, auspica il coinvolgimento dell'incaricato della protezione dei dati. DVSP/SPO, FR, NE e SGB propongono che i premi non ancora versati alla scadenza del termine di diffida debbano essere coperti dal Comune competente. SO chiede una precisazione della disposizione in questo senso. NE propone inoltre di istituire un'istanza cantonale che subentri agli assicurati la cui insolvibilità sia provata. I Cantoni SH e ZH disapprovano che il rischio degli assicuratori passi alle autorità dell'assistenza sociale. Molti tra Cantoni (AR, BE, GE, JU, NE, SG, TI, VD) e organizzazioni (VSA, DVSP/SPO, KKSD, SGB, SVPC) si pronunciano espressamente contro la sospensione delle prestazioni prevista dal capoverso 3 in caso di mancato pagamento dei premi in quanto controproducente ed inconciliabile con un'assicurazione obbligatoria. Il KSK accoglie al contrario con favore la disposizione e propone inoltre di contemplare nei capoversi 3 e 4 i costi di diffide e procedure esecutive.

La grande maggioranza dei destinatari approva che il diritto di regresso del Cantone di domicilio venga fissato per legge (articolo 79 capoverso 2bis) (AG, AGB, ASIV, ASPV, AVIVO, BFC, COSAMA, CVP, FDP, GE, JU, NE, PLS, PRO SENCETUTE, SBV, SVP, TG, TI, VD, VLSS, VS, VSA). Inoltre AGB, VLSS e SGV, al fine di impegnare i fornitori di prestazioni alla protezione tariffaria, propongono di accogliere nell'articolo 79 LAMal la regolamentazione di cui all'articolo 129 OAMal. Il Canton ZH e GEDE ZH hanno richiesto che vengano coinvolti anche i Comuni di domicilio, dal momento che partecipano al finanziamento. D'altra parte i Cantoni GR, SZ e UR ritengono che non si debba dar l'impressione che i Cantoni siano indirettamente dei co-assicuratori. Per questo motivo, il Canton BE respinge la regolamentazione e vorrebbe concedere un diritto di credito ai fornitori di prestazioni. Gli assicuratori privati (ASA/SVV) e l'SGV considerano illecito il regresso sui sussidi e rifiutano recisamente la disposizione.

In vista dell'applicazione giuridica del modello di convenzione orientato sulla concorrenza il TFA propone di autorizzare ad esercitare quali medici di fiducia conformemente l'articolo 57 capoverso 6 LAMal soltanto i medici contemplati dalla convenzione e, ai sensi della garanzia delle vie legali di cui all'art 29a Cost., di estendere la competenza del tribunale arbitrale giusta l'articolo 59 LAMal ai casi in cui un assicuratore rifiuta di stipulare la convenzione con un fornitore di prestazioni. AR pone la questione delle conseguenze sulla compensazione dei rischi.

3 I risultati particolareggiati

Qui di seguito sono enumerati i risultati della procedura di consultazione secondo l'ordine in cui sono state inoltrate le proposte. I pareri, le proposte e le richieste dei partecipanti non sono né ponderati, né valutati.

Allgemeine Bemerkungen**Remarques générales****Osservazioni generali**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Nessuna osservazione. Rinvio alle osservazioni espresse dalle altre organizzazioni che operano in difesa degli interessi delle consumatrici e dei consumatori.	ACSI
Verzicht auf Stellungnahme	BGer, IKS, KKAK, MTK
<p>L'ADEPAS constate l'échec des politiques visant à renforcer les mécanismes de marché et de la concurrence pour limiter l'évolution des coûts du système de santé.</p> <p>L'ADEPAS admet que la limitation de l'offre constitue le principal moyen pour contrôler l'évolution des coûts, mais refuse que cette limitation soit laissée au libre choix des assureurs. Les statistiques des assureurs sont très lacunaires et ils ne possèdent pas les outils nécessaires et adéquats pour pouvoir opérer un choix pertinent entre les médecins à retenir ou à exclure. Les médecins consacrant du temps à l'échange et à l'écoute ou ceux qui s'occupent de cas complexes seront désavantagés. Mise en place d'un système de santé à deux vitesses. Mesures administratives compliquées pour les assureurs et les fournisseurs. Manque de transparence du système pour l'assuré.</p> <p>L'ADEPAS n'est pas opposé à une éventuelle exclusion de certains fournisseurs de prestations, mais les critères appliqués doivent être décidés par le pouvoir politique dans le cadre d'une procédure démocratique.</p> <p>Proposition d'introduire dans la loi l'obligation pour les patients de s'adresser, dans un premier temps, à un médecin de premier recours. Exceptions: cas d'urgence, contrôle gynécologique, pour un suivi de grossesse ou encore pour un contrôle oculaire.</p>	ADEPAS
Die Aufhebung des Vertragszwangs muss zwingend an versorgungspolitische und rechtsstaatlich zu definierende Voraussetzungen geknüpft werden.	AG
Wir fragen uns, ob nicht schon heute mit Art. 59, 56, 58 KVG der Gesetzgeber eine ausreichende Grundlage zum Ausschluss von Leistungserbringern hat. Bei konsequenter Anwendung von Art. 59 in Verbindung mit Art. 65 und 58 KVG wäre die geplante Aufhebung des Kontrahierungszwangs überflüssig.	

<p>Aufhebung des Kontrahierungszwanges:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorlage ist unvollständig, das die Kriterien zur Einschränkung der Vertragspflicht fehlen. Bundesrat ist nicht in nützlicher Frist in der Lage, diese zu erarbeiten. - Beschränkung ist bereits im Rahmen der Ausbildung anzugehen - der seitens der Krankenversicherer vorgeschlagene Wettbewerb jeder gegen jeden lehnen wir im Interesse der betroffenen Patientinnen ab. Wettbewerbliche Grundsätze lassen sich nur bedingt auf das Gesundheitswesen übertragen. Zuviel Wettbewerb führt zu Zweiklassenmedizin. Die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten für alternative Versicherungsmodelle reichen aus. - administrative Folgen; Unklarheiten bezüglich Information - jährliche Einschränkung der Listen ist für die Ärzte inakzeptabel, müssen doch die aus unternehmerischer Sicht notwendigen betriebswirtschaftlichen Entscheidungen für mind. 5 Jahre getroffen werden - Wirtschaftlichkeit: werden die teureren Ärzte ausgeschlossen, so führt dies nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen, erbringen doch diese Leistungserbringer oft Leistungen ambulant, die aus der Sicht des vermeintlich günstigeren Kollegen eine Spitaleinweisung bedingen würden. Höhere Kosten können sich aber auch aus dem Patientengut ergeben. Qualität und kostenbewusstes Handeln lassen sich meist nicht allein anhand von Kostenstatistiken messen. Die vorgesehene Einräumung entsprechender Machtbefugnisse würde den Krankenversicherern indessen die Möglichkeit einräumen, die einfach handhabbaren, damit aber auch willkürlichen Auswahlkriterien gemäss Kostenstatistik gegen den Willen der Ärzteschaft und ausserhalb eines rechtsstaatlichen Verfahrens durchzusetzen. - Von der Anwendbarkeit des Kartellgesetzes lässt sich keine Abwendung der Problematik erwarten - die heutigen rechtlichen Grundlagen im KVG genügen für einen Wettbewerb, wenn Versicherer, Leistungserbringer und Patienten diesen wirklich wollen - mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges kommt es für einzelne Leistungserbringer zu einem Berufsverbot und damit zu einer Verletzung von Art. 27 BV - Kriterien für den Ausschluss von Leistungserbringern; solche konnten bis heute nicht geschaffen werden, da es etwas vom Schwierigsten ist, taugliche Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer zu schaffen - Versicherer werden damit marktbeherrschend; durch die Straffung der Strukturen des KSK wird einem Nachfragemachtmissbrauch Tür und Tor geöffnet. Es darf als sicher gelten, dass der Ausschluss oder die Nichtaufnahme von Leistungserbringern nicht nur von einzelnen Kassen gleich gehandhabt werden wird, und dass es dadurch zweifellos zu unzulässigen Verhaltensweisen von marktbeherrschenden Unternehmen im Sinne von Art. 7 Kartellgesetz kommen dürfte. - ungenügender Rechtsschutz - Aufwand der Versicherer und Leistungserbringer wird massiv ansteigen. - Spitäler werden sich den ambulanten Bereich zu Nutze machen 	AGB, VLSS
<p>Argumente gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die heutigen rechtlichen Grundlagen im KVG genügen für einen Wettbewerb, wenn Versicherer, Leistungserbringer und Patienten diesen wirklich wollen - mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges kommt es für einzelne Leistungserbringer zu einem Berufsverbot und damit zu einer Verletzung von Art. 27 BV - Kriterien für den Ausschluss von Leistungserbringern; solche konnten bis heute nicht geschaffen werden, da es etwas vom Schwierigsten ist, taugliche Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer zu schaffen - Versicherer werden damit marktbeherrschend; durch die Straffung der Strukturen des KSK wird einem Nachfragemachtmissbrauch Tür und Tor geöffnet. Es darf als sicher gelten, dass der Ausschluss oder die Nichtaufnahme von Leistungserbringern nicht nur von einzelnen Kassen gleich gehandhabt werden wird, und dass es dadurch zweifellos zu unzulässigen Verhaltensweisen von marktbeherrschenden Unternehmen im Sinne von Art. 7 Kartellgesetz kommen dürfte. - ungenügender Rechtsschutz - Aufwand der Versicherer und Leistungserbringer wird massiv ansteigen. - Spitäler werden sich den ambulanten Bereich zu Nutze machen 	AGS

<p>Die Vorschläge für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges sind nicht ausgereift und deshalb nicht geeignet das Gesundheitswesen zu verbessern. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges birgt nachhaltige Gefahren für die Versorgung kranker Menschen in der Schweiz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient kann schon heute auf freie Arztwahl verzichten - die ausschliessliche Kompetenz zur Auswahl der Leistungserbringer in der staatlichen Sozialversicherung an die Versicherer entspricht einem Verzicht auf das Ordnungsprimat der Politik im Gesundheitswesen - Auswahl der Leistungserbringer nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit birgt die Gefahr der unethischen Patientenselektion - der Vorschlag kompliziert die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen im Gesundheitswesen - die Vielfalt der Kassen dürfte rasch schrumpfen - eine Plafonierung der Ärztwahl während der Aus- und Weiterbildungszeit ist aus Gründen der Bildungsökonomie widersinnig. - eine sinnvolle und gerechte Auswahl der Leistungserbringer nach wirtschaftlichen Kriterien ist nicht möglich. - eine einseitige Lockerung des Vertragszwanges ausschliesslich im ambulanten Bereich führt grundsätzlich zu unerwünschten Verzerrungen im Wettbewerb zwischen stationärer und ambulanter Medizin. 	AGZ
<p>Grundsätzlich entspricht die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Philosophie des KVG, den Akteuren eine weitest mögliche Vertragsfreiheit einzuräumen. Die einzelnen Gesetzesbestimmungen müssen jedoch im Interesse der Rechtssicherheit sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die Versicherten klar formuliert werden. Die Ständekommission befürwortet die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.</p>	AI
<p>Die Bemühungen die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, dürfen nicht darauf hinauslaufen, dass PatientInnen an diejenigen ÄrztInnen zwangsverwiesen werden, welche den Krankenkassen aus rein ökonomischen Gründen genehm sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn nun Ärztinnen, welche sich auf die Begleitung von HIV-positiven Menschen spezialisiert haben, die für sie notwendige Zeit nicht mehr verrechnen dürfen, würde sich das nachteilig auf die PatientInnen auswirken und würde dazu führen, dass nur noch mit denjenigen ÄrztInnen Tarifverträge abgeschlossen werden, welche der Beratung einen geringen Stellenwert beimessen. - Falls der Bundesrat den Krankenkassen das Recht zugestehen will, nur mit bestimmten ÄrztInnen Tarifverträge abzuschliessen, muss gleichzeitig dafür gesorgt werden, dass dadurch den PatientInnen keine Nachteile erwachsen. Zu diskutieren wäre eine verbesserte Kontrolle von ÄrztInnen. 	AIDS-HILFE
<p>Die persönliche Betreuung durch den behandelten Arzt ist von eminenter Bedeutung. Es wird befürchtet, dass mit der vorgesehenen Änderung, welche die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer stärker gewichten soll, diesem Umstand zu wenig Rechnung getragen wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gefahr, dass die Versicherer Druck aufsetzen - Führt im Endeffekt zu einer Verteuerung des Gesundheitswesens, da die medikamentengestützten Therapien häufig deutlich teurer sind als diejenigen, die persönlich betreut werden. - administrativer Mehraufwand - Verstoss gegen HGF 	alliance F

<p>Projet refusé en totalité.</p> <p>L'AMG affirme qu'il n'est pas convaincant de présenter la fin de l'obligation de contracter pour le secteur ambulatoire privé comme mesure d'économie, alors que le seul secteur visé est celui-là même qui a réussi à stabiliser les coûts qu'il engendre. Le DFI n'apporte aucun argument ni aucune recherche permettant de prouver qu'elle sera l'ampleur des économies réalisables dans ce secteur.</p> <p>Critiques sur la notion de concurrence utilisée dans le rapport explicatif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - illusoire dans un marché administré comme celui par exemple de Genève (absence de convention tarifaire); - malséant s'agissant d'une législation sociale (solidarité, justice sociale); - galvaudé puisque les assurés doivent obligatoirement être assurés et ne peuvent décider en fonction des avantages offerts, le seul choix étant celui d'une caisse-maladie. <p>La concurrence telle que prévue dans le projet n'aurait pour conséquence qu'une incitation à limiter les traitements ou à aiguiller les cas les plus lourds vers les hôpitaux.</p> <p>Liberté du choix du médecin: dénier au patient le choix de son praticien revient à casser la relation thérapeutique et à aggraver la pathologie du patient. Problèmes pour les patients chroniques ou âgés obligés de changer de médecin en cours de traitement.</p> <p>Laisser au seul assureur, sans contrôle et sans voie de recours, la possibilité de sélectionner les médecins, revient à dénaturer les principes de la LAMal et à introduire une médecine à deux vitesses. Le projet proposée légaliserait la sélection de la patientèle et toute solidarité serait balayée.</p> <p>Ambulatoire privé et hospitalier: l'institution d'une pseudo concurrence entre secteurs privé et public, pour les mêmes prestations, n'a aucun effet stabilisateur sur les coûts. La fin de l'obligation de contracter ne s'appliquant pas aux hôpitaux, elle ne concernera vraisemblablement pas le secteur ambulatoire hospitalier.</p>	AMG, GGPSA
<p>Aufhebung des Kontrahierungszwangs:</p> <p>Soll nicht zum vornherein als Mittel der Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen verneint werden. In der vorliegenden Ausgestaltung ist sie jedoch nicht vertretbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - entspricht grundsätzlich der Philosophie des KVG - Mengenausweitung kann im Rahmen gehalten werden - ÄrztInnen und anderen Leistungserbringern, die sich offensichtlich unwirtschaftlich verhalten, soll kein Vertrag mehr angeboten werden - Druck auf ÄrztInnen qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen nimmt zu - die Zulassungskriterien sind für die Kantone von erheblicher Bedeutung; ohne die Leitplanken zu kennen, kann dem Systemwechsel nicht zugestimmt werden. - Zuordnung der Macht an die Kassen - Bestimmungen über die Information der Versicherten sind ungenügend - es wird schwierig sein, Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung zu formulieren - Gesundheitsversorgung ist Sache der Kantone 	AR
<p>Die zunehmende Deregulierung in allen Lebenslagen überfordert die KonsumentInnen. Deshalb sollen die Versicherten darauf vertrauen, dass die Behandlung durch zugelassene freie ÄrztInnen in der Regel übernommen werden. Es ist für behinderte Menschen nicht zumutbar, dass sie sich immer wieder überzeugen müssen, ob ihr Versicherer die von Ihnen benötigten ambulanten Leistungen noch übernimmt. Es wird vermehrt dazu kommen, dass sich Versicherte behandeln lassen ohne Versicherungsschutz. Es wird eine vorübergehende Unterversorgung befürchtet.</p>	ASIV
<p>Rejet du projet.</p> <p>Principales critiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suppression du libre choix du médecin; - détermination par les assureurs de manière unilatérale des fournisseurs admis pour leurs assurés sur la base de critères avant tout économiques; - les critères devraient être établis en associant tous les intéressés (assurés, personnel soignant et du secteur social, ...); - la transmission de listes de fournisseurs par les assureurs à leurs assurés n'est pas suffisante pour garantir un système transparent; - risque d'une médecine à deux vitesses. <p>L'ASPAS demande l'instauration de services de conseil indépendants en matière d'assurance-maladie pour faciliter le conseil et l'aide auprès des assurés.</p>	ASPAS/SBS

<p>Die vom Bundesrat vorgeschlagene Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird als weiterer Schritt in die richtige Richtung begrüsst. Dazu noch einige grundsätzliche Überlegungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - differenziertere Positionierung des Produkts jedes Leistungserbringers - falls ein Krankenversicherer versucht nur noch Billig-Ärzte unter Vertrag zu nehmen, welche die Patienten kurz und schnell, aber nicht sorgfältig behandeln, wird er sich einen Marktnachteil einhandeln, weil die Versicherten dann zu einer anderen Krankenkasse wechseln. - Die Reform im Gesundheitswesen muss radikaler voran getrieben werden. Es sind neben den Ärzten noch weitere Gesundheitsspezialisten in die Grundversicherung zuzulassen, welche für weiteren Wettbewerb sorgen. <p>Um einem allfälligen Missbrauch der Marktmacht der Krankenversicherer vorzubeugen, halten wir es für sinnvoll, wenn der Gesichtspunkt der Qualität gegenüber dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit in den Rahmenseetzungen gestärkt wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärungspflicht der Beteiligten - verhindern von Missbräuchen <p>Aus diesem Grunde fragen wir uns ob es nicht sinnvoll ist, die Verweigerung eines Tarifvertrages statt in die Kompetenz der Kantonsregierung an das BSV zu delegieren.</p>	ASPV
<p>Critiques générales formulées contre le projet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - extension du pouvoir aux assureurs-maladie et abolition de toutes les libertés aux autres parties à la santé; - suppression de la liberté de choix du prestataire de soins et violation de la liberté individuelle, de la Constitution, de la LAMal, de la déclaration des droits de l'homme, ... - étude mal menée et précipitée <p>Définition des critères remise en question. La modification tente d'introduire un système type HMO/réseau de soins, systèmes pour lesquels les assurés n'ont montré que peu d'intérêts.</p> <p>L'extension de la concurrence est malsaine s'agissant de la santé de la population. Conséquences: développement d'une médecine et d'une couverture d'assurance à deux vitesses.</p> <p>Il faudrait prévoir un contrôle accru des assureurs-maladie par un organe indépendant et les cantons.</p>	ASSUAS
<p>Manque de transparence du système pour les assurés encore accru par la proposition soumise à consultation.</p> <p>Coût du transfert des assurés doit être considéré.</p> <p>L'affirmation formulée dans le rapport explicatif selon laquelle l'assuré aura la possibilité d'augmenter sa couverture par les assurances complémentaires est inique, puisqu'elle exclut les personnes âgées. Médecine à deux vitesses.</p> <p>Inopportun de proposer un changement actuellement, alors que le TarMed permettra d'identifier les moutons noirs.</p> <p>Définition des critères d'exclusion sur la base d'une collaboration entre l'OFAS, les assureurs, les prestataires et les associations de défense des assurés.</p> <p>La décision d'exclure un prestataire doit passer par une autorité indépendante (commission paritaire, Tribunal cantonal des assurances) avec possibilité de recours au TFA.</p> <p>L'analyse des comptes des assureurs-maladie doit aussi être soumise à des critères de transparence.</p> <p>Proposition:</p> <p>Introduction d'un carnet de santé obligatoire, afin d'éviter la répétition d'actes médicaux injustifiés.</p>	AVIVO

<p>Wenn die Zahl der Leistungserbringer einzuschränken ist, dann sind nur drei Möglichkeiten diskutabel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verschärfte Zulassungskriterien für Studienanfänger 2. verschärfte Zulassungskriterien betreffend Zulassung der Leistungserbringer, <ul style="list-style-type: none"> - die objektiv und für alle gleichermassen gültig sind - gesetzliche Grundlage haben - von allen Parteien im Gesundheitswesen anerkannt sind - auf Prinzip der notwendigen Qualität zum adäquaten Preis beruhen 3. datengesicherte Wirksamkeitskontrolle betreffend Zulassungsbeschränkung <p>Vorliegende Revision ermöglicht einer einzelnen Partei, den Versicherern, jeweils individuelle, versicherungsspezifische Standards betreffend Zulassung. Derartige einseitige Entscheidungsgewalt ist abzulehnen. Praktischer Berufsverbot für Leistungserbringer ohne Vertrag oder nicht genügend Verträgen mit Versicherern. Zu prüfen, ob materieller Schaden einklagbar. Zu prüfen sind die Rekursmöglichkeiten, die Leistungserbringern bei ungerechtfertigter Nichtberücksichtigung offenstehen. Beurteilung nach WEKO-Kriterien kann Komplexität im Gesundheitswesen nicht gerecht werden. Daher mehr als fraglich, ob vorgeschlagenes Modell, abgesehen von der Praktikabilität, als Mittel zur Kosteneindämmung geeignet ist.</p>	BAV
<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist in der vorliegenden Form mit grundlegenden Mängeln behaftet. Sie höhlt die soziale Grundversicherung aus, und verlagert ein erhebliches Leistungsvolumen in den Bereich der Zusatzversicherung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherer erhalten eine Vormachtstellung; können eigene Interessen auf Kosten der Versicherten und der Kantone verfolgen, indem sie die Liste der Leistungserbringer unattraktiv gestalten und neue Zusatzversicherungspakete anbieten - wichtige Elemente, welche die Versicherer zu beachten haben sind nicht formuliert; Verankerung auf Gesetzesstufe ist unabdingbar - Den Kantonen werden neue umfassende Pflichten auferlegt, namentlich die Planungspflicht für den gesamten ambulanten Bereich, ohne dass dazu irgend welche Parameter vorgegeben wären. - Steigerung des Verwaltungsaufwandes für die Kantone <p>Das bestehende KVG enthält bereits Instrumente, die zur Eindämmung der Kosten geeignet, aber teilweise noch nicht ausgeschöpft oder umgesetzt sind.</p>	BE
<p>Suppression de l'obligation de contracter: opposition au projet.</p> <p>Critiques formulées:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trop de pouvoir donné aux assureurs; - réduction de la liberté de choix du patient; - déléguer le choix de choisir le médecin à l'assureur conduirait à une médecine bon marché, au détriment de la qualité; - le projet va à l'encontre du système libéral; crainte que l'ouverture à la concurrence par le biais de listes ne soit qu'un leurre; - détérioration de la relation patient/médecin. 	BFK
<p>Die vorgeschlagene Änderung berücksichtigt nach unserer Beurteilung recht einseitig die Interessen der Krankenversicherer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eingeständnis, dass Krankenversicherer nicht in der Lage sind mit geeigneten Kontrollinstrumenten Ärzte und Ärztinnen zu massregeln, welche den gesetzlichen Anforderungen nicht genügen. - ambulante Versorgung wird für alle Beteiligten verkompliziert - Gefahr der Zweiklassenmedizin - die ambulante Vor- und Nachbehandlung an Spitälern dürfen nicht vom Kontrahierungszwang ausgenommen werden <p>Auswahl der Leistungserbringer sollte durch Hausarztmodell, HMO erfolgen; Forcieren dieser Modelle durch Aufhebung der bestehenden Beschränkung der Prämienreduktion.</p>	BL

<p>Lehnen den Inhalt der Vorlage zum Kontrahierungszwang ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zweifeln an der Praktikabilität von Erstellung und Mutation des Verzeichnisses der zugelassenen Leistungserbringer - System wird für den Versicherungsnehmer noch viel undurchsichtiger - massiver Systemwechsel mit eingeschränkter Wahlfreiheit wird Standard - nicht verhältnismässig, da jeder Leistungserbringer mit jedem Versicherer einen Vertrag abschliessen müsste - Machtverschiebung zugunsten der Versicherer, da diese bestimmen können, mit wem sie einen Vertrag schliessen wollen - Kriterien für Auswahl der Leistungserbringer sind bereits in der Vorlage bekannt zu geben - untauglicher Versuch als Damm gegenüber ausländischen Ärzten, da auch Nachteile für inländische Ärzte - beachten der Leistungsqualität 	BPV
<p>Die Vorlage zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird grundsätzlich begrüsst. Es wird befürwortet, dass Leistungserbringer nach Art. 39 KVG für stationäre und teilstationäre Leistungen nicht der Vertragsfreiheit unterstellt werden. Zudem wird es für zweckmässig erachtet, den Kontrahierungszwang auch für Polikliniken und Ambulatorien von Spitälern mit signifikanter Lehr- und Forschungstätigkeit beizubehalten. Bei der Umsetzung ist darauf zu achten, dass die Wirkung dieser Vorlage nicht durch eine missbräuchliche Ausdehnung des Leistungsangebotes von Spitalambulatorien neutralisiert wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für die Wahrung der medizinischen Versorgung müssen Kriterien der Versorgungssicherheit angewandt werden und nicht Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung. Zudem wird die Zuständigkeit des Bundes für die Festsetzung dieser Kriterien bestritten. - Kriterien für die Auswahl der Vertragspartner sind konsequenterweise den Parteien zu überlassen. - Vorlage scheint viel zu stark von Befürchtungen vor Versorgungsengpässen geprägt. Zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs gehört auch der Mut, auf staatliche Kontrollen und Eingriffe weitgehend zu verzichten. Kontroll- und Bewilligungsaufgaben der Kantone und des Bundes sind deshalb möglichst eng zu fassen. <p>Aufgrund der Dringlichkeit wird vorgeschlagen, die Vorlage zeitlich vor der Spitalfinanzierungsvorlage frühzeitig in Kraft zu setzen.</p>	BS
<p>Critiques sur le fait que le système proposé correspond au système existant des HMO, mais que de facultatif, il deviendrait obligatoire. Les HMO ne sont pas porteuses d'économies.</p> <p>Perte de la liberté du choix du médecin n'est pas quantifiable. Risque de référendum en cas d'adoption du projet en raison de l'attachement du public à cette liberté fondamentale. Des difficultés concrètes résulteraient de cette perte de liberté. La médecine de qualité deviendrait un luxe qu'il faudrait assurer séparément (assurance complémentaire pour garder la liberté de choix).</p> <p>Le principal défaut du système est de permettre aux assureurs de déterminer de manière unilatérale les fournisseurs admis pour leurs assurés. Les fournisseurs de prestations seront soumis non seulement aux critères fixés dans la loi, mais également à ceux fixés arbitrairement par les assureurs.</p> <p>Une condition sine qua non de la concurrence est que les patients puissent rester juges et conserver leur entière liberté de choix.</p>	CP
<p>Überzeugt, dass Gesundheitswesen grundsätzlicher Reformen bedarf, da Teuerung viel stärker anstieg als die allgemeine Preisentwicklung. Aufgrund des geltenden Finanzierungssystems sind insbesondere Familien mit mehreren Kindern und Personen mit tieferen Einkommen stark belastet.</p> <p>Zusammenhang zwischen Angebot an medizinischen Leistungen und Kostenentwicklung wird von niemandem mehr ernsthaft bestritten, daher Abbau von Überkapazitäten gegen die Mengenausweitung auf Seiten der Leistungserbringer notwendig, aber keine Einschränkung des Grundleistungskataloges.</p> <p>Vorlage wird daher grundsätzlich begrüsst, da Ziel die Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer. Risiken: zunehmende Intransparenz sowie Gefahr der Zweiklassen-Medizin. Problematisch, wenn Wahl einer günstigen Krankenkasse schlechter ausgebildete und wenig erfahrene Ärzte bedeutet.</p> <p>Grösste Herausforderung für die Umsetzung sind die Zulassungskriterien. Einheitliche, gesundheitspolitisch motivierte Richtlinien des Bundesrates sind hier unumgänglich, um Gefahren zu begegnen.</p>	CNG

<p>Das Mengenwachstum hat keine positiven Effekte auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, sondern macht diese lediglich teurer. Tatsächlich liegt eine Überversorgung vor. Mit Blick auf die Zunahme der Zahl der Leistungserbringer und das damit verbundene Mengenwachstum ist der Handlungsbedarf ausgewiesen. Planwirtschaftliche Ansätze (Globalbudget, Bedürfnisklausel) werden wegen des hohen Risikos von kostspieligen Fehlallokationen der Ressourcen für weniger erfolgsversprechend gehalten, daher begrüsst die CVP die Aufhebung des Kontrahierungszwanges und die Einführung eines wettbewerblichen Vertragsmodells als geeignete Massnahme zur Kostenbremsung bei gleichzeitiger Sicherung der Qualität.</p> <p>CVP ist auch mit Beschränkung auf ambulanten Bereich grundsätzlich einverstanden, sofern für die übrigen Bereiche eine Planungspflicht besteht bzw. im teilstationären Bereich eingeführt wird. Mittelfristig wird die Einführung des wettbewerblichen Vertragsmodells für alle Bereiche unterstützt, da die Abgrenzung stationär-ambulant praktisch nicht möglich ist und die Überkapazitäten im stationären Bereich zulasten der Qualität gehen. Wegen der vom Bundesrat im Beschwerdeverfahren angeordneten offenen Spitalliste bleibt die geltende Spitalplanung ohne praktische Wirkung auf die Mengenentwicklung im stationären Bereich. Spitalplanung bleibt aber auch unter dem wettbewerblichen Vertragsmodell von grosser Bedeutung, da die Kantone weiterhin die zentrale Aufgabe haben, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.</p>	CVP
<p>Da es im vorliegenden Entwurf für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs an konstruktiven Lösungsvorschlägen mangelt, ist dieser für PatientInnen kaum akzeptierbar und muss in dieser Form von Patientenvertretern abgelehnt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhältnismässigkeit ist zu stark auf Seiten der Versicherer - Es ist anzunehmen, dass viele Behandlungen, welche heute ambulant üblich sind, wiederum stationär durchgeführt werden. Es kann den PatientInnen nicht zugemutet werden, dass eine ambulante Behandlung in einem vom Wohnort weit entfernten Spital durchgeführt werden müsste, nur weil der lokale Spezialist mit der Krankenkasse des Versicherten keinen Vertrag abgeschlossen hat. - Freizügigkeit ist nicht mehr gewährleistet - das neue System verlangt von einem Arzt, dass er eine Leistung verweigert, wenn die Krankenkasse des Patienten mit ihm keinen Vertrag abgeschlossen hat. Der Arzt weiss aber erst nach einer Untersuchung, ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht. Weist er den Patienten ab, kann dies zu einer Katastrophe führen. - Einführung der Zweiklassenmedizin - Definition des Notfalls unklar - wohin müssen sich Versicherte und Kranke wenden, wenn nach einem Umzug ihre Versicherung mit den Leistungserbringern in der neuen Umgebung keine Verträge abgeschlossen hat <p>Vorschlag: Es müssen Kriterien erarbeitet werden, welche die Ärzte erfüllen müssen, um einen Vertrag mit den Versicherern abzuschliessen. Die Kriterien sollen gemeinsam mit den Politikern, dem Krankenkassenkonkordat, der FMH und den Patientenorganisationen erarbeitet werden.</p> <p>mögliche Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effektivität der Behandlung, Ausbildung, Weiterbildung, Notfallszenarien, Serviceleistungen, Öffnungszeiten der Praxis, Patientenzufriedenheit 	DVSP/SPO
<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges in der vorliegenden Form wird entschieden abgelehnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorlage unausgewogen - Kriterien bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind noch offen - Kriterien der Versorgung offen - Gesetzesformulierungen lassen es zu, ganze Gruppen von Leistungserbringern auszuschliessen - riesiger administrativer Aufwand - freie ÄrztInnen- und TherapeutInnenwahl wird für die Patienten eingeschränkt - Suche nach einem zugänglichen Ergotherapieangebot wird für Patienten und Ärzte erschwert - es wird gefragt, ob die Bestimmungen des heutigen Gesetzes nicht schon genug Möglichkeiten bieten, um die Schwarzen Schafe von der Leistungserbringung ausschliessen zu können 	EVS

<p>Aus dem Text ist nicht klar, ob Laboratorien auch betroffen sind, da für diese ein Amtstarif gilt. Als Vertreterin der Laboratorien hat sich die FAMH generell zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs für Ärzte nicht zu äussern, müsste sich im Fall einer Ausdehnung auf die Laboratorien aus Praktikabilitätsgründen vehement dagegen wehren.</p>	FAMH
<p>Rahmenbedingungen zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klare Kriterien für die Vertragspartner; abzustellen ist auf die im KVG vorgegebenen Begriffe Wirtschaftlichkeit und Qualität; bspw. müsste bei einer teureren, aber effizienteren Behandlung auch der volkswirtschaftliche Nutzen mitberücksichtigt werden. 2. Sicherstellung der Versorgungssicherheit. Der Staat soll nur subsidiär auftreten, aber primär mit geeigneten Massnahmen sicherstellen, dass die privaten oder verselbständigten Spitäler die Grundversorgung gewährleisten. 3. Behandlung der Notfälle nach der vorstehenden Subsidiaritätsregel 4. Gewährleistung in geeigneter Weise, dass die Versicherten sich die nötige Transparenz über die Vertragspartner verschaffen können. 5. rechtsstaatliche Rekursverfahren bei Nicht-Zulassung oder Ausschluss eines Leistungserbringer vom Vertrag <p>Entwurf entspricht nur zum Teil diesen Kriterien.</p>	FDP
<ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen sind durch die ergangenen Pressemitteilungen beunruhigt. Sie sind keineswegs bereit auf die Wahlfreiheit ihres Arztes als auch seiner Therapie zu verzichten - Für die Versicherten werden die Versicherungsbedingungen immer weniger überschaubar. Vorteile kann nur der wahrnehmen, der Kraft und Zeit hat sich damit zu befassen - Nach welchen Kriterien ist der Arzt für seine Kassenzulassung zu beurteilen? Wer legt diese Kriterien fest? Bestehen Rekursmöglichkeiten? - administrativer Aufwand für die Vertragsabschlüsse - sie bringt keine Kosteneinsparungen, jedoch eine unzumutbare Schwächung des bis jetzt in der Eigenossenschaft adäquaten Gesundheitswesens <p>Zur Lösung der anstehenden Probleme im Gesundheitswesen der Schweiz könnte eine maieutische Systemanalyse beitragen. (ein Vorgehen nach dem dialogischen Prinzip der Befragung, um bei den Mitgliedern des Untersuchungsbereiches noch verborgene Kritik im Problemfeld zu aktivieren und für die Zukunftsgestaltung zu nutzen. Das Untersuchungsteam der maieutischen Systemanalyse wird dabei zum Partner der Beteiligten, indem es die Position des Beobachters verlässt und zum Planer wird, der keine vorgefassten Problemvorstellungen mitbringt.</p>	ffg
<p>Fehlen jeglicher Kriterien zur Definition des kontrahierungswürdigen Leistungserbringers: keine Andeutung, Definition und Handhabung solcher Kriterien ausserordentlich schwierig und komplex, Arbeiten sollen aber trotzdem an die Hand genommen werden. Vorlage ist das ideale implizite Rationierungssystem. Bundesrat übergibt den Versicherern das Management des Leistungsvolumens, das scheinbar durch den Pflichtleistungskatalog bestimmt ist, der aber zum grössten Teil nicht definiert ist. Klagen der betroffenen Patienten sind ausgeschlossen.</p> <p>System zu finden, das nachfolgende Zielsetzungen und Randbedingungen erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosten-Nutzenanalyse mit Einbezug der direkten und indirekten Kosten - Aus-, Weiter- und Fortbildung aller KV-Zugelassenen als lebenslanges, mit Sanktionen verbundenes Kontinuum - Definition der Behandlungsprozesse nach medizinischer Evidenz - Qualitätsassessmentsystem, das einen methodisch einwandfreien Vergleich der Qualität erlaubt - Pflichtleistungskatalog als diagnosebezogene Positiv- und Negativliste auszugestalten - Uneingeschränkte Aufnahme in jeden Versicherungsvertrag der Leistungserbringer, die den so definierten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien genügen. 	FMH

<p>Mit den besonderen Versicherungsformen, die bei einem Verzicht auf die freie Arztwahl eine Prämienermässigung gewähren, kennt das geltende Recht bereits ein taugliches Instrument um auch im ambulanten Bereich auf die Kostenentwicklung einzuwirken. Die Begründung für zusätzliche Massnahmen vermögen nicht zu überzeugen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht aufgrund der Ärzte ist eine Kostensteigerung zu beobachten, sondern aufgrund der Spitäler, Aufhebung des Kontrahierungszwanges beruht somit auf einem falschen Ansatz - die Spitalambulatorien sind eines der grössten Probleme und dort werden auch die grössten Kostensteigerungen produziert. - Freizügigkeit würde ausgehöhlt, Patienten hätten praktisch keine freie Wahlmöglichkeit mehr, Konsumenten würden überfordert - schon heute bestehen Modelle zur freiwilligen Einschränkung der Arztwahl mit entsprechenden Prämienrabatten - verstösst gegen die Grundprinzipien des KVG; es wurde immer wieder betont, dass das neue KVG die freie Arztwahl nicht antaste, sondern auch künftig garantiere; diese damals von höchster Stelle abgegebene Garantie über ein grundlegendes Prinzip des neuen KVG kann und darf nicht ohne absolute Not widerrufen werden - bürokratische, kostenverursachende Grundwelle - Versicherer würden billige Ärzte bevorzugen; dies ist aber aus Sicht des Patienten nicht immer das beste. Ein Billigarzt führt unweigerlich zu einer ausgeprägten Zweiklassenmedizin <p>Sollte wider Erwarten der Kontrahierungszwang eingeschränkt oder aufgehoben werden, so nur unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klar definierte Randbedingungen - müsste auch für den freien Praxis- wie für den Spitalbereich Geltung haben - überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ist gegen eine Einschränkung der Arztwahl <p>Vorschlag für den Abbau von Überkapazitäten und Beibehaltung der Versorgungsgarantie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - allfälligen Überkapazitäten von ärztlichen Disziplinen könnte mit regionalen Versorgungseinheiten unter Berücksichtigung der Versorgungsgarantie in adäquater Form begegnet werden. Eine sachgerechte Planung des Ärztebedarf könnte vorgenommen werden, ohne dass die Krankenkassen selektiv ihre Vertragspartner bestimmen könnten. 	FMS
---	-----

<p>Accord avec l'affirmation selon laquelle plus le nombre de fournisseurs de prestations est élevé, plus les actes sont nombreux. Cependant, une juste comparaison devrait analyser, à spécialité égale, le nombre d'actes fournis par le praticien et la provenance des patients (par ex. dans le cas des fournisseurs de prestations hautement spécialisées concentrés dans des localités où le bassin de patients est suffisant).</p> <p>Obligation de contracter pose des problèmes concrets pour les assurés liés à la liste des fournisseurs établie par l'assureur: mobilité des patients en cas de changement de liste n'est pas immédiate, problème pour les patients lors de traitements de longue durée (par ex. psychiatrie, ...).</p> <p>Critère du coût moyen articulé par des assureurs (plus d'obligation de contracter si le coût est x % supérieur à la moyenne). Problèmes liés à la définition de ce coût moyen, qui devrait également tenir compte de l'âge des patients, des pathologies rencontrées. Il faut éviter de pénaliser des praticiens dont la clientèle est majoritairement âgée. Risque de minimisation de l'état de santé des patients, voire refus de prise en charge des cas potentiellement lourds.</p> <p>Absence de fixation de critères d'admission et de qualité clairs au niveau légal, pour l'heure déléguée au Conseil fédéral.</p> <p>Le projet devrait prévoir une voie de droit spécifique ou du moins en préciser une pour les assurés qui leur permette de contester rapidement une liste de fournisseurs conventionnés. Remarque identique pour les fournisseurs de prestations évincés de la liste des fournisseurs conventionnés. Les procédures dans lesquelles les cantons devraient intervenir ne sont pas non plus réglées dans le projet. La mise en œuvre du projet est compromise déjà au niveau de l'accumulation des procédures de recours possible à l'encontre de la liste des fournisseurs conventionnés. Le système pourrait être complètement paralysé par le jeu des effets suspensifs, des délais de recours, ... Dans l'hypothèse où un assuré est l'origine de la procédure, l'effet suspensif et le jugement sur recours devraient également s'étendre à tous les assurés pour une application uniforme de la liste, avec pour conséquence une situation ingérable pour les assureurs comme pour les cantons.</p> <p>La brièveté de l'intervalle prévu entre la communication de la liste et son entrée en vigueur est à cet égard irréaliste et facteur d'insécurité juridique.</p> <p>Le projet n'est pas clair s'agissant de la mise en œuvre de la concurrence et devrait prévoir la répartition des compétences en la matière et les critères d'intervention des cantons.</p> <p>Charges supplémentaires pour les cantons (contrôle, surveillance) qui ne disposent ni des compétences, ni des moyens nécessaires pour intervenir.</p> <p>Retrait du projet, car les effets escomptés sur la maîtrise des coûts sont aléatoires et les inconvénients liés au projet en terme de garantie des droits des assurés/patients et d'organisation du système de soins sont importants.</p> <p>Proposition: Les mesures déjà prévues dans la LAMal devraient être mieux exploitées, en particulier l'introduction d'un budget global pour les soins ambulatoires. Autre solution proposée: limitation de l'accès direct aux spécialistes et aux soins hospitaliers par l'instauration d'un système de passage obligatoire par les médecins de premiers recours. Toute mesure de limitation au marché devrait être précédée par l'introduction d'un numerus clausus pour les études de médecine. Restriction du droit de pratique au-delà de 65 ans.</p> <p>Proposition d'un système dans lequel le volume des prestations fournies par un praticien à un patient (en fonction de la nature et de l'état de santé du patient) serait calculé et tout dépassement par rapport à une moyenne, à définir, serait évalué par un autre médecin. Permettrait de rationaliser la production de soins en agissant à la source de la surconsommation éventuelle (patient ou praticien).</p>	FR
---	----

<p>Opposition totale à la suppression de l'obligation de contracter.</p> <p>Cette mesure donne un pouvoir discrétionnaire et intolérable aux assureurs. Les assureurs seraient seuls à juger de la qualité et de l'économicité de la prestation fournie selon des critères fixés en grande partie par eux-mêmes.</p> <p>La proposition est dangereuse pour les assurés et compromet la qualité des soins (continuité de la prise en charge compromise, sélection des médecins sur la seule base de critères économiques).</p> <p>Renforcement du secteur des assurances complémentaires rémunératrices par les assureurs au lieu de chercher à améliorer la qualité de l'assurance de base.</p> <p>La suppression de l'obligation de contracter empêchera les assurés en traitement de changer d'assureurs. Entrave à la mobilité des assurés. Forte augmentation des frais administratifs et répercussion sur les primes.</p>	FRC
<p>La FRSP est favorable au maintien, voire au développement, de mesures susceptibles de responsabiliser l'assuré, qu'il s'agisse des franchises à option ou des rabais octroyés en contrepartie d'une limitation du choix du patient (HMO, réseaux de santé). La modification proposée remet en cause le système LAMal et porte atteinte à la conception libérale de notre système de santé. Elle confère aux assureurs un pouvoir trop étendu.</p> <p>Les dispositions 7a, 35, 41 et 41a posent le principe de la mise en place de listes de fournisseurs de prestations conventionnés et ne sont pas acceptable car:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suppression du principe du libre choix du médecin; l'assuré ne peut consulter qu'un médecin figurant sur la liste et pratiquant de surcroît dans son canton; - compétence exagéré conférée aux assurés et critères abstraits; - assuré placé dans une situation critique, car absence de prévisibilité de l'évolution des listes et incapacité d'évaluer la qualité des soins des fournisseurs de soins retenus par l'assureur; - contrairement aux HMO/réseaux de santé, la modification proposée ne se traduira pas par une diminution des primes et entraînera la disparition de l'incitation pour l'assuré à limiter volontairement son choix ; - des assurances complémentaires pourront offrir un choix plus étendu (médecine à deux vitesses). 	FRSP
<p>Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ohne Kriterien des BSV bzw. der Versicherer schwierig und für die Kantone politisch nicht durchführbar sei.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausreichende Versorgung der Bevölkerung und die Frage einer genügenden oder optimalen Versorgungsdichte und des Abbaus von Überkapazitäten zeigen die Grenzen einer Kontrahierungs-Politik mit rein quantitativen bzw. rein kantonalen Leistungskriterien auf. Bezieht sich die ausreichende Versorgung auf den Wohnort, Arbeitsort oder auf die Region? Bezieht sich der Abbau von Überkapazitäten auf nachgefragte oder auf angebotene Leistungen? - Kriterien im Sinne von rein quantitativen und kantonalen Quoten sind nicht nur politisch und föderalistisch fragwürdig und kaum durchführbar, sondern sie können auch falsche Signale setzen. Es kann nicht der Sinn der Aufhebung des Kontrahierungszwanges sein, dass betagte Leistungserbringer mit veralteten Apparaturen und ohne Kenntnisse des aktuellen Wissenstandes im entsprechenden Fachgebiet auf Kosten deutlich besser qualifizierten KollegInnen zu Lasten der Grundversicherung abrechnen. - zentrale, für das jeweilige Fachgebiet einheitliche Wirksamkeits-, Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitskriterien sind unbedingt notwendig um den Kontrahierungszwang aufzuheben oder zu lockern. Die Qualität muss von unabhängigen Fachleuten nach standardisierten Kriterien jederzeit evaluiert werden können. - teilweise entscheiden heute unzeitgemässe Kriterien statt Qualität und Markt über die Abrechnung über die Grundversicherung. Bei der Psychotherapie ist der Ort der Leistungserbringung, die Arztpraxis, das einzige entscheidende Kriterium. Daraus resultieren teilweise qualitativ völlig unzureichende Psychotherapien 	FSP
<p>Réserves formulées contre le projet de suppression de l'obligation de contracter, car jugé préjudiciable aux intérêts des assurés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disparition du libre choix du fournisseur de prestations; - les assureurs pourront déterminer d'une manière unilatérale quels sont les fournisseurs de prestations admis pour l'assurance de base de leurs assurés. <p>Exigence de primes calculées en fonction du revenu. Demande de création d'une caisse-maladie unique.</p>	FSR

<p>Le Conseil d'Etat pourrait soutenir la proposition de suppression de l'obligation de contracter dans l'ambulatoire, car le projet s'attaque à l'une des causes fondamentales de l'explosion des coûts de la santé: l'augmentation incontrôlée du nombre des fournisseurs de prestations, et singulièrement des médecins.</p> <p>En revanche, il critique la possibilité de laisser aux assureurs la possibilité de déterminer unilatéralement quels sont les fournisseurs de prestations admis pour leurs assurés, les assureurs étant incapables de présenter des statistiques complètes et précises sur les coûts par canton des différents prestataires de soins.</p> <p>Compte tenu du succès mitigé des HMO et de la concurrence entre assureurs, il faut s'attendre à ce que ces derniers concluent des conventions avec le plus grand nombre possible de praticiens. L'absence de critères est regrettable.</p> <p>Le statut des prestations qui seront fournies par les praticiens admis au seul titre des assurances complémentaires devrait être précisé. Incertitude quant à l'impact du projet sur la compensation des risques et sur le concept de neutralité des coûts au moment même de l'introduction de TarMed. Dans l'immédiat, l'introduction d'une limite d'âge à 65 ans pour les fournisseurs de prestations en exercice aurait été plus efficace.</p>	GE
<p>Die Vorlage lässt nicht klar erkennen, welches Ziel eigentlich angestrebt werden soll. Geht es nur darum, die schwarzen Schafe der Leistungserbringer auszuschneiden, oder geht es darum, die Zahl der Anbieter grundsätzlich zu regulieren? Ersteres ist heute bereits mit Art. 56-59 KVG möglich. Letzteres bedeutet einen Freipass an die Versicherer, ein ungeeigneter und unakzeptabler Weg, da es um die grundlegende öffentliche Aufgabe der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung geht und die kann nicht an Institutionen des Privatrechts übertragen werden. Dies kann nur über die hoheitliche Zulassungsbeschränkung erreicht werden.</p> <p>Gesetzestechisch ist die Vorlage ungenügend. Die für die Anwendung massgeblichen Kriterien müssen im Gesetz selbst verankert werden. Es ist dem Gesetz nicht zu entnehmen, ob es der Lust und Laune der Versicherer überlassen ist, ob sie überhaupt und mit welchen Leistungserbringern sie inskünftig Verträge abschliessen. Während für die Versicherten die Versicherungs- und Prämienzahlungspflicht integral aufrechterhalten wird, wird die Leistungspflicht der Versicherer in einem nicht näher diffamierten Ausmass relativiert.</p> <p>Vollzugsmässig erscheint die Vorlage als kaum durchdacht. Der Abschluss zahlloser Verträge zwischen einigen 10 000 Leistungserbringern mit je 100 Krankenversicherern ist nicht praktikabel. Probleme ergeben sich aber vor allem für die Versicherten, so im Zusammenhang mit dem Medikamentenbezug in Apotheken, die mit andern Versicherern verbunden sind als der eigene Hausarzt, aber auch bei der Überweisung an den Spezialisten.</p> <p>Vollends unzumutbar ist der Umstand, dass die finanziellen Auswirkungen der Gesetzesrevision völlig unklar sind.</p> <p>Es wird beantragt, dass auf Bestimmungen über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs generell verzichtet wird.</p> <p>Kann diesem Antrag nicht entsprochen werden, beantragen wir folgende Änderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufrechterhaltung des Kontrahierungszwangs für alle Leistungen von Einrichtungen nach Art. 39 KVG, sowie für öffentliche Spitex (Art. 51 KVV) und für Transport- und Rettungsunternehmen (Art. 56 KVV) 2. Jeder Versicherer ist zu verpflichten, mit mind. 80% jeder Kategorie der gesundheitspolizeilich zugelassenen Leistungserbringer zu kontrahieren 3. Jedem Versicherten ist vom Gesetz her die Möglichkeit zu geben, rückwirkend auf 20 Tage zu jedem beliebigen Zeitpunkt die Kasse zu wechseln 4. Laufende Behandlungen über den Jahreswechsel sind von den Versicherern auch dann zu vergüten, wenn der Vertrag mit dem Arzt auf Jahresende ausläuft und nicht verlängert wird. 	GEDE ZH

<p>Es ist die Politik unserer Gesundheitskommission, im Einvernehmen mit unserer Regierung die Alternativmodelle wie HMO und Hausarztmodelle zu fördern. Aufgrund des Vernehmlassungstextes ist davon auszugehen, dass bei einer Aufhebung des Vertragszwanges die Versicherer kaum mehr Anreize haben werden, solche Alternativmodelle im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG zu fördern. Anzeichen diesbezüglich sind bereits heute schon festzustellen. Bei einem Systemwechsel mit Aufhebung des Vertragszwangs werden sich alle Anstrengungen der Versicherer auf dieses neue Grundmodell mit Einschränkungen der Leistungserbringer konzentrieren.</p> <p>Durch das neue Grundmodell werden für Leistungserbringer Anreize geschaffen hohe Risiken und teure Abklärungen oder Behandlungen abzulehnen oder an andere Leistungserbringer zu delegieren. Auch heute haben die Versicherer immer noch starke Anreize eine Risikoselektion vorzunehmen. Eine Risikoselektion wird nicht nur bei Billigkassen durch Abschiebung bestimmter Versichertengruppen, durch Verzögerung der Versicherungsleistungen und anderen Methoden betrieben. Mit dem vorliegenden Modell wird dies weitergehen. Das wird eine Entsolidarisierung in der Krankengrundversicherung zur Folge haben.</p> <p>Die Entwicklung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien ist enorm schwierig. Im Zusammenhang mit den Alternativmodellen befasst sich die Kommission schon seit Jahren mit diesen Fragen. Mit der PatientInnenzufriedenheitsbefragung wird auch das Anspruchsverhalten der PatientInnen unterstützt.</p>	Ges.Komm. BS
<p>Vorlage muss als ganzes, da wenig ausgereift, zurückgewiesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlust an Transparenz und grosser Informationsaufwand - ungeheuerliche Bürokratie; Ärzte müssen mit vielen Versicherern einen Vertrag abschliessen - Festlegung der Versorgungskriterien durch den Bund ist ein schwerer Eingriff in die Autonomie der Kantone - Leistungskatalog der Grundversicherung wird ausgehöhlt, da Versicherte nicht mehr frei wählen kann - die Wirkungen der Abschaffung des Kontrahierungszwangs sind unklar 	GL
<p>Critiques principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - restrictions apportées par le projet à l'actuelle loi, introduction d'un droit médical plus restrictif que celui qu'instituait la LAMA; - rétablissement de l'effet des conventions excluant le droit aux prestations (cf. art. 16 LAMA); - restrictions apportées au choix du médecin; - mise en place d'un système excessivement compliqué, en chargeant de surcroît les gouvernements cantonaux, voire le Conseil fédéral lui-même de nouvelles tâches dont l'exécution serait loin d'être aisée et pourrait même entraîner des disparités entre les cantons; - le projet porte atteinte à la qualité de la médecine sous prétexte de favoriser la concurrence en mettant en péril l'existence de nombreux acteurs de la scène de la santé, en mettant en place un régime qui consacrerait même un sérieux recul par rapport aux dispositions de la LAMA; - compensation des risques; doute quant au fonctionnement de la péréquation si les fournisseurs de soins autorisés ne sont pas les mêmes pour tous les assureurs. 	GPFI
<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist grundsätzlich zu bejahen, in der vorliegenden Ausgestaltung jedoch nicht vertretbar. Der ausgearbeitete Entwurf dient primär als Heimatschutz, dem Druck der kleinen Kassen zur Fusion und zum Wiederaufbau des Zusatzversicherungsbereichs der Kassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kostensenkung mittels Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist fragwürdig - Markt kann im Gesundheitswesen nicht spielen - Nichts gesagt wird zur Finanzierung der Personen mit Zusatzversicherung - werden sämtliche ambulante Arztkosten aus dem Zusatzversicherungsbereich bezahlt - gibt der Zweiklassenmedizin die Legitimation - Transparenz für die Versicherten nimmt deutlich ab; Wohnortsprinzip steht im Widerspruch mit der Möglichkeit für die Versicherer überregionale Verträge zu schliessen. - Administration wird erheblich zunehmen <p>Vorschlag: Ein interdisziplinäres Gremium ist mit der Ausarbeitung der Kriterien für Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit zu betrauen</p>	GR

<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird grundsätzlich begrüsst. Sie stösst dort auf Grenzen, wo sie die einwandfreie Qualität der Leistungserbringung für die Patienten beeinträchtigt und wo sie im Konflikt mit dem Aufnahmewang der Leistungserbringer steht.</p>	H+
<p>Aus volkswirtschaftlichen Gründen und in Anbetracht der zu erwartenden Auswirkungen, die sich aus dem Vollzug der bilateralen Verträge mit der Europäischen Union ergeben werden, ist die vorgeschlagene Teilrevision des KVG grundsätzlich zu befürworten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information gegenüber der betagten Bevölkerung ist Beachtung zu schenken - angesichts der in Pflegeheimen häufig vorkommende Hausarzt-Systeme der Heimbewohnerinnen und -bewohner dürften die Heime mit Umsetzungsproblemen konfrontiert werden. - Unübersichtlichkeit im ambulanten Gesundheitsbereich 	HVS
<p>Il est problématique de faire appel à la concurrence entre les médecins et les autres praticiens si les critères de qualité des prestations, leur caractère scientifique et économique, les critères d'accès ou d'exclusion des conventions tarifaires ne sont pas précisés.</p> <p>Avec la suppression de l'obligation de contracter, il y a risque de transfert de charges si les critères précités ne sont pas développés. La diminution du volume des prestations du fait de la diminution du nombre des médecins conventionnés est mise en doute.</p> <p>Risque de l'établissement d'une médecine à deux vitesses. Complications bureaucratiques nuisibles avant tout aux assurés-patients (relation malade-soignant).</p> <p>Il est faux d'affirmer que chaque assuré pourra choisir son assureur sur la base de la combinaison optimale à ses yeux entre la prime à payer et l'offre souhaitée car il y a asymétrie d'informations entre le médecin et le patient, ce dernier étant rarement à même de juger objectivement de la compétence du médecin et de la qualité des prestations. Les assureurs n'ont pas les compétences de juger objectivement des capacités des médecins et de la qualité de leurs actes.</p> <p>Nécessité et urgence de mettre en place des instruments d'analyse (tarif médical unique, comptabilité analytique, ...) pour une meilleure information sur le fonctionnement et l'adéquation du système de santé.</p> <p>Proposition:</p> <p>Des sanctions doivent être prévues et prises envers les praticiens qui abusent sur le plan des prestations ou qui n'en respectent pas les critères de qualité. Les assureurs ne pouvant décider de ce qui est abusif, il y a nécessité d'un examen qualitatif par les pairs.</p> <p>Fixation d'un plafond annuel aux revenus des médecins.</p>	IES/ISE
<p>Die Veränderung der Machtverhältnisse zugunsten der Krankenversicherer werden abgelehnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit den Ausschluss von Verträgen mit den Versicherern können jene Therapierenden bestraft werden, die sich Zeit nehmen für die umfassende Behandlung ihrer PatientInnen. - willkürliche Einschränkung der von der Verfassung garantierten Freiheit der PatientInnen auf freie Wahl der Therapierenden - Einbusse der Transparenz - Echte freie Wahl der Leistungserbringer wird nur noch über die Zusatzversicherung möglich sein. Beitrag zur Zweiklassenmedizin. - Administrative Kosten werden ansteigen <p>Schon heute steht den Versicherern gemäss Art. 56 Abs. 2 KVG das Recht zu, Leistungen zu verweigern, wenn sie über das Mass hinaus gehen, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.</p>	IGN

<p>La suppression de l'obligation de contracter affecte la liberté des patients de choisir leur fournisseur de prestations et leur assureur, introduit une insécurité juridique, renforce le pouvoir des assureurs en matière de planification, augmente la bureaucratie (assureurs/cantons).</p> <p>Critique sur le fait qu'avec la proposition du Conseil fédéral, les assureurs privés pourront offrir à leurs assurés la liberté de choix du médecin moyennant un supplément de cotisation.</p> <p>Insécurité juridique liée aux modifications dans la liste des fournisseurs particulièrement dans le cas d'affections nécessitant un traitement de longue durée.</p> <p>Poids très important donné aux assureurs en matière de planification de l'offre: doute quant à leur capacité de gérer de manière adéquate et équitable la desserte en soins de la population du canton et à fortiori de celle de l'ensemble de la confédération.</p> <p>En cas de récusation de fournisseur de prestations ou d'absence de convention tarifaires: charges supplémentaires pour les administrations cantonales, nombreux recours.</p> <p>Nécessité d'informer les assurés entraînera une augmentation des travaux administratifs et de la bureaucratie.</p> <p>Risque pas exclu d'assister à une extension de l'art. 41, al. 3, LAMal à l'ambulatoire.</p> <p>Le gouvernement jurassien n'entre pas en matière sur les propositions liées à l'introduction du modèle de convention tarifaire ouvert à la concurrence, jugé inadéquat.</p> <p>Proposition d'introduire par exemple le budget global pour le secteur ambulatoire.</p>	JU
<p>Aufhebung des Kontrahierungszwangs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ist nicht notwendig, da Vertragsfreiheit schon besteht und Ausschlussmöglichkeit schon durch Art. 59 KVG geregelt ist, zudem kann auf sparsamere Versorgung hingewirkt werden (Art. 56 und 58 in Verbindung mit Art. 59) - ist nicht ausgegoren, da Konzepte und Richtlinien fehlen - zusätzliche Kosten durch die Ausarbeitung der Listen, was passiert mit HMO, den Hausarztmodellen und welches sind die Kriterien der Vertragsverweigerung - ist weder praktikabel noch effizient, praktische Umsetzung schlicht nicht vorstellbar. - ohne Nutzen für die PatientInnen; dafür Nachteile hinsichtlich Verlust der Wahlfreiheit, Verlust an Selbstbestimmung, Verlust an Transparenz und Abhängigkeit von den Launen der Versicherer - eine Gefährdung der Sicherstellung und Qualität der Gesundheitsversorgung - Tendenz zur Verstaatlichung - undemokratisch da Versicherer rein aus der Optik der pekuniären Optimierungen ihrer eigenen Kassen agieren, die Krankenversicherer haben im staatlichen Gefüge weder eine Versorgungs- noch eine Finanzierungsverantwortung und somit darf ihnen auf keinen Fall eine derart zentrale und für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung entscheidende Funktion übertragen werden. - hat keinen Platz in unserem Gesundheitswesen, verletzt die Interessen der Bevölkerung 	K3

<p>begrüssst die Vorlage grundsätzlich unter der Voraussetzung, dass Forderungen im Interesse der Konsumentenschaft angemessen berücksichtigt werden.</p> <p>Anerkannt wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beitrag zur Kosteneindämmung - Steigerung des Wettbewerbes unter den Leistungserbringern - Ausschluss von "schwarzen Schafen" unter den Leistungserbringern - staatliche Regeldichte nicht weiter ausgebaut <p>Förderung Eigenverantwortung und Eigeninitiative der Konsumenten medizinischer Leistungen</p> <p>Informationspflicht von Seiten der Versicherer wie der Leistungserbringer zu gewährleisten</p> <p>Vermisst wird Konsequenz im Umdenkungsprozess, vor allem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - besondere Stellung Konsument als Auftraggeber der Dienstleistung - Information als Grundlage der Entscheidungskriterien; z.B. Standardanforderungen der Stiftung EQUAM oder das Qualidoc-Programm von SwissPEP <p>Standards sind in Zusammenarbeit von Konsumenten- und Patientenorganisationen, Kantonen, Versicherern und der Ärzteschaft, der Preisüberwachers und des Eidg. Datenschutzbeauftragten zu erarbeiten und kommunizieren.</p> <p>Forderung nach klarer und eindeutiger Information der Konsumenten medizinischer Leistungen (Kunden) über das Bewertungssystem der Krankenkassen für ihre Vertragspartner (Orientierungshilfe) in seinem Einzugsgebiet.</p> <p>Wendet sich gegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konzentration der Bewertung auf Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung, welche in der Behandlungsqualität den gleichen Stellenwert haben - starke Einschränkung der freien Arztwahl - Implementierung des Modells, wenn nicht Forderungen hinsichtlich Transparenz und Konsumentenbedürfnisse erfüllt werden 	kf
<p>Ausweitung des Leistungsangebotes durch ständig wachsende Zahl der Leistungserbringer, die in den nächsten Jahren infolge der Studentenzahlen und der Öffnung der Grenzen infolge der bilateralen Verträge mit der EU nicht abflachen dürfte. Zunahme der Arztpraxen zu erwarten, pro Arztpraxis Kosten von rund 440'000 Franken zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Prämienschub ist daher absehbar. De facto automatischer Anspruch der Leistungserbringer auf Honorierung durch die Krankenversicherung muss daher aufgehoben werden.</p> <p>Vorlage wird daher grundsätzlich begrüsst, da das KSK diese für ein wichtiges Mittel gegen die ständige Leistungsausweitung und den damit verbundenen Kosten- und Prämienanstieg hält. KSK hält den fehlenden Wettbewerb für einen Hauptgrund, wieso die Instrumente des KVG zur Kostendämpfung zu wenig wirksam waren, da keine Massnahmen gegen unwirtschaftliches Handeln ergriffen werden konnten. Versicherer sind überzeugt, dass sich ohne Vertragszwang Modelle mit Sparanreizen (HMO-Praxen, Hausarztmodelle, integrierte Versorgungsnetze) nicht auf breiter Ebene durchsetzen können.</p> <p>Schrankenlose Deregulierung und Willkür der Versicherer ist nicht beabsichtigt, weshalb die Absicht des Bundesrates, Schutzbestimmungen für Patienten und Leistungserbringer zu schaffen, unterstützt wird. Für die Versicherten soll weiterhin eine qualitativ gute medizinische Versorgung und das Recht auf freie Arztwahl gewährleistet sein, was der Vorschlag durch die freie Wahl des Versicherers und der beim Versicherer unter Vertrag stehenden Leistungserbringern sowie die umfassende Information garantiert.</p> <p>Vorschläge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KSK setzt sich dafür ein, dass Patientenschutz und -beratung für Personen, denen es schwer fällt ihre Interessen zu wahren, ausgebaut wird, und ist bereit, - allenfalls gemeinsam mit Patientenschutzorganisationen - ein Projekt für einen die Vertragsfreiheit flankierenden Patientenschutz zu entwickeln. 2. Höchste Priorität für die Aufhebung des Vertragszwanges; daher sollen die beiden Vorlagen zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges und zur Spitalkostenfinanzierung getrennt dem Parlament vorgelegt werden. Vorlage zum Kontrahierungszwang ist vorzuziehen, da aufgrund des Widerstandes der Kantone eine schwierige und langwierige Debatte zur Spitalkostenfinanzierung zu erwarten ist. 	KSK

<p>Ein Instrumentarium zur Einschränkung der Ärztedichte ist dringend erforderlich. Primär müssen Massnahmen bei der Ausbildung getroffen werden. Wir begrünnen zudem grundsätzlich die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. In der vom EDI vorgeschlagenen Form müssen wir die Abschaffung des Kontrahierungszwangs aber ablehnen, da zum vornherein klar geregelt werden muss, wann kein Anspruch auf einen Vertragsschluss besteht. Man kann nicht gleichzeitig eine Beschränkung der Ärztedichte fordern und die Garantie abgeben, dass alle ÄrztInnen zur sozialen Krankenversicherung zugelassen sind, wenn sie die fachlichen Voraussetzungen erfüllen.</p>	LU
<p>Der MediX Verband unterstützt bis auf einige Änderungsanträge den Entwurf des Bundesrates. Grundsätzlich würden wir auch den Spitalbereich vom Kontrahierungszwang befreien, weil wir überzeugt sind, dass marktwirtschaftliche Selektionsverfahren kundengerechter erfolgen, als planwirtschaftliche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Qualität der medizinischen Versorgung wird von der Aufhebung des Kontrahierungszwanges profitieren - begrünnen, dass der Bundesrat die Kriterien für eine qualitativ hochstehende sowie zweckmässige, gesundheitliche Versorgung festlegt. Die Anwendung weitergehender Beurteilungsmaßstäbe sollte den Vertragspartnern überlassen werden. Einheitliche Selektionskriterien werden abgelehnt. - Einheitliche Beurteilungsmaßstäbe sollten eigentlich von den Konsumenten oder Patientenorganisationen vorgenommen werden. <p>Einige Gedanken zur Qualität: Siehe hierzu mehrere Aufsätze</p> <p>Die Reaktionen auf dieses neue Vertragsmodell von Seiten der FMH und der Patientenorganisationen sind ablehnend und sofort mit einem Referendumsdrohung belegt worden. Es wird argumentiert, dass es keine variablen Kriterien für die Kassen gäbe, nach denen sie die Ärzte auswählen können. Gerade dieser Mangel stellt aber eine von vielen Seiten erwartete Chance dar, mit der Qualitätskontrolle und dem Nachweis der Kosteneffizienz auch in der Medizin Ernst zu machen. Von einem Qualitätsvertrag, wie ihn das KVG für alle Leistungserbringer vorsieht, ist die FMH im Gegensatz zu anderen Berufsverbänden noch weit entfernt.</p> <p>Bereits heute gibt es in Teilbereichen der Medizin vielversprechende Ansätze zur Qualitätsverbesserung und -kontrolle. Die Stiftung für unabhängige Qualitätskontrolle in Managed Care (Equam) hat bereits 1999 die ersten drei HMO in der Schweiz gemäss strengem Standard zertifiziert. Damit erhielten erstmals in der Schweiz Ärztegruppen ein Qualitätszertifikat.</p> <p>Noch einen Schritt weiter geht der Medix-Ärzteverbund, der ein neues Qualitätslabel für Ärztegruppen umsetzt.</p> <p>Die Ärzteschaft hätte also durchaus die Möglichkeit, den Krankenversicherern entwicklungsfähige Kriterien zur Beurteilung ihrer Dienstleistungsqualität zur Verfügung zu stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Vorsehen von Verträgen mit Verbänden sehen wir einen Widerspruch mit dem Kartellgesetz, da Verbände meist Monopolstellungen haben. Wir würden an dieser Stelle vorschlagen, dass Tarifverträge mit Leistungserbringergruppen erfolgen, die jedoch den Anforderungen der Wettbewerbskommission genügen müssen. - Leistungserbringer, die auf Kosten der Sozialversicherungen abrechnen wollen, müssen sich einem Leistungserbringernetz anschliessen, das einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherer abgeschlossen hat. Vorteile: Kommunizierbarkeit ist für den Leistungserbringer wesentlich einfacher Budgetverantwortung könnte einem Ärztenetz übertragen werden -Aufnahme- und Abschlussprozedere einzelner Ärzte könnten den Ärztenetzen delegiert werden. 	mediX

<p>Refus de la proposition de suppression de contracter, car inacceptable tant pour des raisons politiques qu'au niveau de ses conséquences pratiques pour les assurés.</p> <p>Choix de contracter ou non également dans les EMS (selon le texte français) ou erreur? Récusation de fournisseurs de prestations et/ou l'absence de conventions tarifaires entraîneraient l'intervention des gouvernements cantonaux au travers de la fixation unilatérale des tarifs, suivie de très nombreux recours.</p> <p>Divergences importantes des versions françaises et allemandes du projet, puisqu'on ne peut assimiler les secteurs hospitaliers et semi-hospitaliers exemptés du texte par la version française, aux secteurs stationnaires et semi-stationnaires exemptés par la version allemande.</p> <p>Manque probable de critères à disposition des gouvernements cantonaux pour l'accomplissement de leurs tâches. Elaboration des critères destinés à assurer une couverture adéquate des besoins en soins par le Conseil fédéral: question posée d'une potentielle violation de la Constitution par rapport à la compétence cantonale en matière sanitaire.</p> <p>Liant le domaine ambulatoire dans sa dimension "libre pratique" au domaine de l'ambulatoire hospitalier, le projet désarticule implicitement les actuelles planifications hospitalières cantonales (art. 39 LAMal), lesquelles ne peuvent ignorer l'appendice interactif ambulatoire dont disposent en général les établissements de soins stationnaires.</p> <p>Appréciation ou définition du "cas d'urgence ou de nécessité médicale": source de litiges dans un système où l'assuré pourrait invoquer un cas d'urgence pour consulter son médecin qui ne se trouverait pas sur une liste.</p> <p>Risque de boycott de la part des fournisseurs de prestations et difficulté d'imaginer les moyens dont pourrait disposer un gouvernement cantonal pour "réquisitionner" les praticiens nécessaires à la couverture des besoins.</p> <p>Le projet représente une atteinte à la liberté de choix de l'assureur par l'assuré en assujettissant ce dernier à des obstacles quasi-insurmontables (comparaison entre les listes, difficultés particulièrement pour les personnes âgées). Naissance d'un régime de soins "à deux vitesses": libre choix et stabilité de prise en charge par le praticien habituel seulement par le biais de l'assurance complémentaire.</p> <p>Proposition: S'agissant de la recherche d'une maîtrise des coûts et de l'évolution des primes, proposition d'introduire un budget global ambulatoire et d'appliquer le système du passage préalable et obligatoire auprès d'un praticien généraliste ("gate-keeper").</p>	NE
<p>Grundsätzlich befürworten wir die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, wenngleich gewisse Gefahren und Unsicherheiten damit verbunden sind. Wir halten jedoch daran fest, dass Kriterien für den Vollzug festgelegt und zusätzliche Begleitmassnahmen eingeführt werden müssen. Die Federführung zur Festlegung von Kriterien sollte bei der SDK liegen.</p>	NW
<p>Wir befürworten eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Grundsatz, jedoch nur in Kenntnis der Massnahmen und Vorgaben des Bundes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - es müssen klare Voraussetzungen eingehalten werden - der unterbreitete Vorschlag lässt viele Fragen offen - erhöhte Gefahr der Versichertenselektion - Versicherer können jährlich ihre Vertragsärzte wechseln, was für den Versicherten unter Umständen bedeutet, dass eine Behandlungskontinuität durch seinen langjährigen Hausarzt nicht mehr gewährleistet ist. - spricht gegen eine umfassende Vertragsfreiheit 	OW

<p>Rejet du projet de suppression de l'obligation de contracter. La consultation sur la suppression de l'obligation de contracter porte sur une disposition rejetée lors du débat parlementaire il y a moins de six mois. Arguments qui ont permis d'abandonner cette disposition: a) atteinte grave à la qualité de prise en charge des malades et à la relation médecin-malade; b) limitation du droit de pratiquer, voire interdiction pour certains. La suppression de l'obligation de contracter constitue un numerus clausus après coup et est contraire à la liberté du commerce; c) limitation arbitraire du droit à l'existence économique de certains prestataires de soins. Absence de critères crédibles indiquant le rapport coût/résultat; d) déséquilibre complet entre les partenaires de santé; e) complexité administrative du système proposé et impossibilité pour l'assuré de comparer les offres; f) négation des expériences effectuées dans les pays qui nous entourent. Evolution vers une médecine d'Etat.</p>	PLS
<p>Position der Versicherer wird durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu Lasten der Leistungserbringer und der Versicherten verstärkt. Die Versicherten haben kaum Einfluss auf die Geschäftspolitik. Notwendige Zugangs- und Mengenregelungen auf dem Gesundheitsmarkt müssen im Entscheidungsbereich des Staates bleiben. Der Trend zur Dreiminutenmedizin wird durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs noch verstärkt.</p>	Pro Senectute
<p>Einführung einer eingeschränkten Kontrahierungsfreiheit mit dem Ziel schwarze Schafe unter den Leistungserbringern aus dem KVG-System auszuschliessen. In der vorgeschlagenen Form führt die Aufhebung des Kontrahierungszwangs jedoch zu einer grundlegenden Umgestaltung des Systems, welche u.a. in eine Zweiklassenmedizin mündet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je schlechter oder minimalistischer daher das Angebot der Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Grundversicherung ist, desto besser werden die Ertragsaussichten im Zusatzversicherungsgeschäft, da in diesem Bereich die Versicherer Gewinne erwirtschaften dürfen. Versicherer sind daran interessiert, bei der Grundversicherung ein Minimum zu leisten, um gleichzeitig möglichst viele neue ambulante Zusatzversicherungen verkaufen zu können. Resultat wäre eine Zweiklassenmedizin. - Können die Versicherer unter den Leistungserbringern frei auswählen, ist auch in jedem Kanton mit einer Vielzahl unterschiedlicher Taxpunktwerte pro Leistungserbringerkategorie zu rechnen und damit mit einem Tarifschub. TarMed würde umgehend wieder zunichte gemacht und gleichzeitig die ganze staatliche Tarifkontrolle ad absurdum geführt. - Das Kartellgesetz ist für die hier vorgesehene Aufgabe nicht das geeignete Instrument. Die Instanzen im öffentlichen Kartellrecht sind die WEKO, die REKO-EVD, das Bundesgericht und der Bundesrat. Einmal abgesehen davon, dass es dem Gesundheitswesen nicht an Entscheidungsinstanzen mangelt, ist dies deshalb problematisch, weil im KG vom 6. Oktober 1995 eine strikte Trennung zwischen wettbewerblichen und anderen Argumenten eingeführt wurde. Es kommen also mit der Anwendbarkeit des KG im KVG-Bereich nicht nur neue Beurteilungselemente hinzu, die gegen gesundheitspolitische abgewogen werden müssten, vielmehr müssen die KG-anwendenden Instanzen - ausser dem Bundesrat - die gesundheitspolitischen Argumente - selbst jene die im KVG verankert sind - schlicht ausblenden. Eine Partei, die mit dem rein wettbewerbsrechtlichen begründeten Entscheid der Vorinstanz nicht einverstanden ist und sich auf ein gesundheitspolitisches Argument stützen will, müsste also zwingend an den Bundesrat gelangen. <p>Die Einführung eines eingeschränkten Kontrahierungszwangs wird empfohlen: Die Krankenversicherer sollten nicht mehr gezwungen sein, mit schwarzen Schafen einen teuren Vertrag abzuschliessen. Die Ausschlusskriterien wären durch den Bundesrat zu definieren (z.B. Ausschluss, sofern die Kosten eines Leistungserbringers den Durchschnitt oder die Benchmark der entsprechenden Leistungserbringerkategorie um einen bestimmten Prozentsatz übersteigen) und die Beschwerdefälle durch spezialisierte Rekursinstanzen auf kantonaler und/oder Bundesebene in einem einfachen und kostengünstigen Verfahren zu beurteilen. Zur prüfen sind, soweit weitere Angebotsbeschränkungen notwendig erscheinen, der Numerus clausus, eine verstärkte Selektion in der Ausbildung sowie richtige Anreize wie beispielsweise verminderte Einkommenserwartungen durch tiefere Tarife für Bereiche mit zu hohem Angebot.</p>	PÜ

<p>Hinweise zur Vorlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - es wird nur auf den Kontrahierungszwang eingegangen - Ausführungen beschränken sich auf den ambulanten Bereich - die Behauptung, dass das Kostenwachstum im Spitalbereich tiefer als im ambulanten Bereich ausgewiesen werde, muss in dieser absoluten Form angezweifelt werden, da bekannt ist, dass die ambulanten Leistungen im Spitalbereich ein überdurchschnittliches Wachstum aufgewiesen haben, währenddem die Kosten in den privaten Arztpraxen sich weniger als der Lebenskostenindex entwickelt haben - die Kostendämmung, im Gesundheitswesen durch das Zusammenspiel von wettbewerblichen und regulierenden Massnahmen zu erreichen, ist grundsätzlich der richtige Weg. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diesem Grundsatz nachgelebt wird; siehe Erweiterung der Pflichtleistungen - ein Risikoausgleich unter den Versicherern, unlimitiert zu institutionalisieren, ist abzulehnen - die freie Arztwahl wird aufgehoben und so auch die bisher dominante Beziehung, das Vertrauensverhältnis, zwischen Patienten und den behandelnden Ärzten. Diese dominante Beziehung wird jetzt ersetzt durch das Vertrauensverhältnis der Kasse zu den von ihr allein ausgewählten Leistungserbringern, und dem von den Kassen allein zu definierenden numerus clausus der Leistungserbringer - der vom Bundesrat propagierte Wettbewerb wird vollends ausgeschaltet, wenn es weiterhin zulässig sein sollte, dass die Versicherer eigene Arztpraxen führen. - Versicherer können einzelne Leistungserbringer von ihrem Markt ausschliessen; auf der anderen Seite sollte es den Leistungserbringern aber wieder möglich sein, Patienten nach Privatvereinbarungen zu behandeln - eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers ist ein ungenügender Ansatz zur Verringerung der Krankenversicherungskosten; zwingend ist gleichzeitig eine Reduktion der Pflichtleistungen für die Grundversicherung - es erscheint fragwürdig, mit der vorgesehenen Revision des KVG den Wettbewerb zu betonen und gleichzeitig den Kantonsregierungen die Möglichkeit zu geben, auf das Tarifgeschehen einzuwirken. Es erscheint als nicht zulässig, dass solche Tarifverträge der Überprüfung einer Behörde unterstellt werden. - die Einflussnahme der Kantone ist darauf zu beschränken, die medizinische Versorgung sicherzustellen für den Fall, dass die Vertragspartner aus irgendwelchen Gründen eine solche Versorgung nicht mehr realisieren würden. - es ist zu befürchten, dass die Qualität der ärztlichen Leistungen mit kostengünstigen Leistungen gleichgesetzt wird. 	PULSUS
<p>Es wird befürchtet, dass mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf dem Rücken der PatientInnen gespart wird. Zudem führt die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu einer Einschränkung der Patientenrechte und bringt eine erhöhte Administration für die Versicherten mit sich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantie der Behandlung bestünde nur während eines Kalenderjahres - Freie Arztwahl würde nur noch für die Zusatzversicherung gelten - erarbeiten einheitlicher Kriterien für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung 	SAA
<p>Was als neues System vorgeschlagen wird, scheint erhebliche Risiken für eine Entsolidarisierung im Bereich der Prämien zu bringen. Zudem muss mit sporadischen Unterversorgungssituationen gerechnet werden. Gefahr, dass sich die soziale Krankenversicherung in Richtung Privatversicherung entwickelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - etliche Versicherer werden sich darauf beschränken nur mit einer minimalen Anzahl von Leistungserbringern Verträge abzuschliessen, so dass diese Versicherungen billig werden. Behinderten und chronischkranken Menschen werden diese günstigen Versicherungen jedoch kaum offenstehen, da sie befürchten müssen, dass ihr mannigfacher medizinischer Bedarf bei diesen Versicherern nicht genügend abgedeckt sind. - Würde der Bundesrat Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung erarbeiten, so liesse sich über einen Modellwechsel diskutieren. - völlig unbefriedigend ist, dass den Versicherten als Betroffene keine Rechtsmittel gegeben werden 	SAEB, GELIKO, ASKIO

<p>Unterstützt werden alle Massnahmen, die effizient zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen und das Individualprämiensystem festigen.</p> <p>Aufhebung des Kontrahierungszwanges kann aus marktwirtschaftlicher Sicht grundsätzlich unterstützt werden, wenn effektiv kostensenkende Wirkung herbeigeführt wird. Bedingungen für Unterstützung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - praktikabel und direkt kostensenkend, kein Nachweis in Unterlagen - Beschränkung auf ambulanten Bereich, da im stationären Bereich andere Voraussetzungen gelten - hat national einheitlichen Regeln zu folgen und muss justiziabel sein, sonst können Beschwerden die Massnahmen lahmlegen 	SAGV
<p>Die Apothekerschaft kann das Revisionspaket nicht unterstützen und beantragt Überarbeitung.</p> <p>Erfüllung folgender Voraussetzungen ist unabdingbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die anvisierten finanziellen Einsparungen dürfen nicht durch einen unübersichtlichen administrativen Mehraufwand aufgehoben werden - Lösungen müssen transparent sein - Einschränkung der zugelassenen Leistungserbringer müssen nach den Kriterien einer sachgerechten und klar definierten Qualität zu adäquaten Kosten erfolgen. - eine sachgerechte flächendeckende Versorgung muss sichergestellt sein - Qualitätsstandards müssen klar festgelegt sein <p>Dem vermag der Entwurf nicht zu genügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unverantwortbarer administrativer Mehraufwand - grundlegender Systemwechsel: eingeschränkte Wahlfreiheit; das heutige Gesetz macht dies heute schon möglich - unbegrenzte Macht der Krankenversicherer <p>die einseitige Auswahl der Leistungserbringer einzig nach kurzfristigen finanziellen Einsparungen zu beurteilen sind Tür und Tor geöffnet, was nicht im Interesse der öffentlichen Gesundheit liegt</p>	SAV
<p>Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird abgelehnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorlage trifft alle Leistungserbringer, Krankenschwestern wären davon im besonderen Mass betroffen, da sie zu den nach wie vor subventionierten Spitexdiensten im Wettbewerb stehen. - Vorlage schränkt freie Wahl der Leistungserbringer ein und erschwert damit den Zugang der Patienten zur Gesundheitsvorsorge. Überweisung von Arzt an Krankenschwester wird erschwert - Delegation der Einschränkung an die Versicherer erscheint fragwürdig - wenn die Anzahl der Ärzte reduziert werden soll, dann wäre es unseres Erachtens ehrlicher, für die verschiedenen Spezialitäten entsprechende Quoten festzulegen <p>SBK würde es unterstützen, wenn die Zulassungsbedingungen für sämtliche Leistungserbringer um klare qualitative und wirtschaftliche Kriterien ergänzt würden bzw. gesetzlich gefordert würde, dass solche Kriterien Bestandteil der Tarifverträge sein müssen. In jedem Fall wird die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für jene Leistungserbringer abgelehnt, die ohnehin nur auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, da im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Ärztezahle und Anzahl der verordneten Leistungen gemäss Unterlagen des KSK bei weniger Ärzten auch weniger Aufträge erfolgen und sich somit eine Aufhebung erübrigt.</p> <p>Forderung nach mehr Wettbewerb im Sinne, dass jeder Leistungserbringer nur noch Leistungen erbringen darf, für die er ausgebildet ist (z.B. Arzt keine pflegerischen Leistungen mehr). Zudem nicht einsichtig, dass pflegerische Leistungen nur auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden dürfen.</p>	SBK
<p>positiv gegenüber der Abschaffung des Kontrahierungszwanges, weil es sich dabei um ein Mittel handelt, die überproportionale Teuerung im Gesundheitswesen zu dämpfen. Begrüsst werden die in der Vorlage vorgesehenen Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der Grundversorgung.</p> <p>Hoffnung, dass er so geschaffene Markt von den Vertragspartner sinnvoll genutzt wird. Insbesondere ist zu vermeiden, dass qualifizierte junge Ärzte nicht zur Kassenpraxis zugelassen werden, derweil eingesessene Ärzte ungeachtet der Qualität weiter im Vertrag bleiben. Das Alter kann aber nicht allein als Kriterium für die Messung der Qualität der angebotenen Dienstleistungen dienen</p>	SBV

<p>Mit dem Kontrahierungszwang rückt das Grundverhältnis Arzt-Patient in den Hintergrund und die Kassen dominieren immer mehr.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wer ist berechtigt den Chiropraktiker auszusuchen, Patient oder Kasse; dass der Patient nicht mehr frei wählen kann, ist ein klarer Rückschritt - wie soll der Chiropraktiker dem Patient erklären, dass er sowohl für die Kasse A aber nicht mehr für die Kasse B arbeiten kann - nach welchen Kriterien kann ein Chiropraktiker die Gunst der Kassen erwerben, Begriffe wie Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind völlig offen und nicht berechenbar und kaum anfechtbar - was ist ein guter Arzt - widerspricht die Aufhebung des Vertragszwangs nicht Treu und Glauben - wo findet ein Wettbewerb statt - den Kantonen wird zuviel zugemutet - der Glaube an die staatliche Allmacht feiert wieder Urstände - was kostet die Bürokratie <p>Die Aufhebung des Vertragszwanges entwürdigt die Patienten, verunsichert die Ärzte und steigert die Bürokratie.</p>	SCG
<p>Können sich mit dem Entwurf im Grundsatz einverstanden erklären. Doch die Umsetzung der neuen Bestimmungen sind mit einem grossen und kostenintensiven administrativen Aufwand und mit Rechtsunsicherheiten verbunden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delegation der den Kantonen übertragenen Zuständigkeit für das Gesundheitswesen im ambulanten Bereich an die Krankenversicherer (Vertragsschluss der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern) - Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung werden unterschiedlich ausgelegt. - Beschwerdeflut - Kantone müssen die Tarifverträge prüfen; Flut von Vertragsgenehmigungen - Förderung des Kassentourismus - Nach 46 Abs. 2 KVG muss ein Arzt, der verschiedenen Verbandsverträgen beitrifft auch zu verschiedenen Tarifen arbeiten. Dies wird hinsichtlich der Kostenneutralität während der Einführungsphase des TarMed zu grossen Problemen führen. - Vorschub leisten einer Zweiklassenmedizin <p>Vermissten Massnahmen, die besser geeignet erscheinen, die Gesundheitskosten einzudämmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - altersmässige Beschränkung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung - Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium - ausschöpfen der Massnahmen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nach Art. 56 bis 58 KVG 	SG
<p>Der Vorschlag wird nicht als geeignet erachtet, die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen zu lösen. Forderung nach einer gemeinsamen Erarbeitung der Grundlagen für die anstehende Gesetzesreform.</p> <p>Ihres Erachtens finden sich im vorliegenden Entwurf nirgends explizite Zielvorstellungen, welche mit dieser Gesetzesreform erreicht werden sollen. Diese müssten in einem ersten Schritt erarbeitet werden und würden eine Grundlage für Art. 45 darstellen, gemäss dieser der Bundesrat Kriterien für eine angemessene Versorgung überhaupt erst festlegen kann. Kriterien diesbezüglich können nicht gefunden werden, wie Vorgaben bezüglich der Dichte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beziehungsaspekt Arzt/Patient wird völlig ausser acht gelassen; damit wird eine Teuerungswelle inszeniert - Erhöhung des administrativen Aufwandes - die vorgesehene kurze Vertragsdauer von einem Jahr wird keine neuen Praxiseröffnungen mehr zulassen; dies ist eine Diskriminierung der Jung-Ärzte - uneingeschränkte Wahlfreiheit könnte den Konkurs für einen Arzt bedeuten - Versicherer sollten sich über die säumigen Zahler informieren - Arzt bleibt ohne zivilrechtliches Honorar, wenn er es versäumt den Patienten nicht zu informieren 	SGAM

<p>Effiziente Massnahmen zur Kostensenkung tun not; die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist deshalb eine prüfenswerte Massnahme. Es fragt sich aber, ob damit die Erwartungen zu erfüllen sind, da gemäss öffentlichen Verlautbarungen der Krankenkassen nicht viel mehr als Signaleffekt erwartet wird und dies keine nachhaltige Kostendämpfung bewirken dürfte. Auch ist nicht zu erwarten, dass sich die hohe Zahl der Leistungserbringer reduziert, dafür wird aber die Wahlfreiheit der Versicherten massiv beschnitten. Versicherungsformen mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer sind nicht besonders erfolgreich, weshalb der SGB beträchtliche Zweifel an der Verhältnismässigkeit und der Eignung der Massnahme hat. Stattdessen sollten staatliche Regulierungsinstrumente verstärkt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorschlag befriedigt nicht, da Zulassung der Vertragspartner den Krankenkassen überlassen wird - Gefahr eines Auseinanderdriftens von Grund- und Zusatzversicherung und einer ausgesprochenen Zwei-Klassen-Medizin, da die Kassen vor allem ihre gewinnbringenden Zusatzversicherungen ausbauen werden, was in Kombination mit der sozialpolitischen Sünde des KVG (Ermächtigung der Kassen, gleichzeitig zur Grundversicherung auch Zusatzversicherungen anbieten zu können) den Bock zum Gärtner macht. - Gefahr einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung durch Risikoselektion; Kompetenzen der Kantonsregierung (Art. 45 und 47) lösen Problem nicht. <p>Vorentwurf ist in Kenntnis der bundesrätlichen "Leitplanken" (Art. 35 Abs. 1ter) wie folgt zu beurteilen: diese müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> - verhindern, dass Selektionierung auf Kosten betreuungsintensiver Patienten erfolgt - verhindern, dass Kassen auf Kosten der Versicherten ihre Zusatzversicherungen ausbauen (paralleles Anbieten von Zusatzversicherung "freie Arztwahl" verbieten) - sicherstellen, dass Auswahl der Leistungserbringer nach nachvollziehbaren, sachlich begründeten und nicht-diskriminierenden Kriterien erfolgt (auf Basis KSK-Kostenindex) - den Versicherern vorschreiben, Kriterien zu publizieren - den Leistungserbringern, den Versichertenorganisationen und den Aufsichtsbehörden nach KVG ein Beschwerderecht einräumen - Versicherer verpflichten, Modelle mit positiven Anreizen für den Versicherten (Prämienreduktion) anzubieten (wie Gatekeeper oder andere vernetzende Modelle) <p>Bei Spitzenmedizin und kleinen Fachrichtungen mit relativ wenigen Leistungserbringern sind stärkere staatliche Vorgaben für Preis und Menge notwendig.</p> <p>Flankierend zu einer Aufhebung muss der Risikoausgleich um mind. 10 Jahre verlängert werden. Dieser ist mit einem staatlich subventionierten Hochrisikopool zu ergänzen. Voraussetzung ist zudem das Inkrafttreten des TarMed, notfalls mit Bundesratsbeschluss und niedrigem Taxpunktwert.</p> <p>Alternative zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges</p> <p>1. Variante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rückforderung des überschüssenden Betrages bei Leistungserbringern mit einem Kostenindex über 120% in einem vereinfachten Verfahren, vorweg Verwarnung mit Anpassungsfrist (ausser in extremen Fällen) - Zusammensetzung des Patientengutes ist bei Berechnung des Kostenindexes mitzuberechnen - Beweispflicht für Rechtfertigung höherer Kosten liegt beim Leistungserbringer, wobei an Beweis höhere Anforderungen zu stellen sind <p>2. Variante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungserbringern mit einem Kostenindex über 120% wird auf Antrag eines Leistungserbringers vom BSV automatisch die Zulassung zur Tätigkeit für die Krankenversicherung entzogen (vereinfachtes Verfahren mit Umkehr der Beweislast, nach Verwarnung mit Anpassungsfrist), ev. kombiniert mit Rückforderungssanktion - stärkere staatliche Vorgaben für Preis und Menge bei Spitzenmedizin und kleinen Fachrichtungen mit relativ wenigen Leistungserbringern <p>In beiden Varianten ist durch adäquate Massnahmen sicherzustellen, dass die Leistungserbringer das durchschnittliche Kostenniveau nicht "hochschaukeln".</p>	SGB
--	-----

<p>Die Ziele des Bundesrates, der Bevölkerung eine qualitativ hochstehende und kostengünstige medizinische Versorgung zu ermöglichen, kann mit der vorliegenden Teilrevision nicht erreicht werden. In dieser Form kann die SGIM der vorgeschlagenen Teilrevision nicht zustimmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kosteneindämmung kann durch eine vorübergehende Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern nicht erreicht werden. - verstösst gegen den Grundsatz der Gewerbefreiheit - freie Arztwahl wird eingeschränkt oder gar unterbunden; ernsthafte Gefährdung der Arzt/Patient/Beziehung; wettbewerbliche Vertragsmodelle sind auf die medizinische Tätigkeit nicht direkt übertragbar, sie führen auch zu einem Verlust an Transparenz - unabdingbar ist der freie Zugang zu den modernen, zum Teil aufwendigen Leistungen der Diagnostik und Therapie - Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ist sehr schwierig, da die Kosten pro Fall wegen unterschiedlicher Zusatzkrankungen der Patienten stark variieren können. 	SGIM
<p>SGV unterstützt angesichts der negativen Auswirkungen des Kostenwachstums im Gesundheitswesen alle Massnahmen, die geeignet sind, dieses wirkungsvoll einzudämmen. Vorschläge haben im Kreis der Mitgliedsverbände kontroverse Reaktionen ausgelöst. Einerseits vorbehaltlose Unterstützung, andererseits folgende Kritik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zustimmung erst, wenn Kriterien für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung bekannt sind - Verschiebung von ambulanten Behandlungen in stationären Bereich oder auf anderes Versicherungswerk wird (z.B. IV) befürchtet - grosse Verunsicherung der Patienten, infolge Informationspflicht; nicht unbedeutender administrativer Mehraufwand mit entsprechenden Kostenfolgen - Probleme bei Überweisung von Patienten von einem Leistungserbringer zu einem anderen mit administrativem Mehraufwand bezüglich den zugelassenen Leistungserbringern; enges Zusammenarbeitsverhältnis zwischen Leistungserbringern gestört - Zweifel, ob administrativer Mehraufwand durch Einsparungen zu rechtfertigen ist; Befürchtung, dass durch Umlagerungen verursachte Mehrkosten Einsparungen übertreffen - Mindestdauer von einem Jahr für Verträge zu kurz; aus betriebswirtschaftlicher Sicht mind. drei Jahre <p>Trotz dieser Bedenken, stimmt SGV der Aufhebung des Kontrahierungszwanges grundsätzlich zu, verlangt aber Überarbeitung in folgenden Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zusammen mit Botschaft ist Verordnungsentwurf bezüglich der Kriterien für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung zu verabschieden; das Erarbeiten dieser Kriterien hat in Zusammenarbeit mit Versicherern und Leistungserbringern zu erfolgen. - durch geeignete Massnahmen ist Verschiebung in stationären Bereich oder auf andere Versicherungsträger zu verhindern - minimale Vertragsdauer ist auf drei Jahre zu verlängern - Ausdrückliche Zustimmung zur Absicht, Geltungsbereich des neuen Modelles auf den ambulanten Bereich zu beschränken. 	SGV
<p>Eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die obligatorische Krankenversicherung zum heutigen Zeitpunkt würde - sofern die neu vorgesehene Möglichkeit durch die Versicherer tatsächlich in einem namhaften Ausmass genutzt würde - erhebliche Nachteile und kaum lösbare Vollzugsprobleme schaffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - befriedigende Transparenz wäre kaum noch zu erreichen - das zu erwartende Nebeneinander von Zusatzversicherungen, welche eine uneingeschränkte Wahlfreiheit der Versicherten weiterhin garantieren würde, sowie nachvollziehbare Prämienkalkulationen, welche den Solidaritätsanforderungen des KVG gerecht werden, werden praktisch verunmöglicht - Kriterien für den Ausschluss von Leistungserbringern sind schwer beizubringen 	SH

<p>La SHIV soutient la suppression de l'obligation de contracter, mais assortit ce soutien d'une série de conditions correspondant à des questions restées en partie sans réponse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - engager une révision de la LAMal dans le cadre d'un concept général: le milieu stationnaire devrait être pris en compte dans les réflexions; - apporter la preuve de la faisabilité de la réforme en lien avec une baisse des coûts; possible atteinte à la liberté des patients et sécurité de l'approvisionnement en soins en question; - définir des critères clairs pour les partenaires contractuels afin d'éviter des problèmes d'appréciation: caractère économique, garantie de la qualité, définition du cas d'urgence, fourniture appropriée; - limiter l'intervention de l'Etat: pas opportun de donner au Conseil fédéral la compétence de définir des critères relatifs au caractère économique et à la garantie de la qualité; ces critères doivent être élaborés en concertation par les professionnels et les assureurs; - garantir le fonctionnement d'une concurrence efficace: garantir la plus grande transparence possible des conditions offertes, examiner si la loi sur les cartels est à même de garantir une concurrence efficace ou s'il est nécessaire de prévoir une réglementation spécifique, prévoir des voies de recours suffisantes en cas de non-admission ou d'exclusion d'un fournisseur de prestations. 	SHIV
<p>Trotz Unterstützung der Bestrebungen des Bundesrates die Kostenspirale zu bremsen, wird der vorliegende Vorschlag abgelehnt, da die Massnahmen vor allem neue Leistungserbringerinnen und -erbringer treffen, so dass bestehende und teure Strukturen zementiert würden.</p>	SHV
<p>Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist ein taugliches Mittel, um überhöhte Profite von Ärztinnen und Ärzten auf Kosten der Sozialversicherung zu verhindern. Die Einführung der Vertragsfreiheit muss aber dazu benutzt werden, die im KVG vorgesehene Einführung der Qualitätsförderung und -kontrolle endlich voranzutreiben. Zudem wird eine gesetzliche Altersbeschränkung für Leistungserbringer in der Grundversicherung erwartet, so dass Leistungserbringer im AHV-Alter nicht mehr abrechnen können.</p> <p>Voraussetzungen für eine versicherten- und patientenfreundliche Einführung der Vertragsfreiheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherung der Grundversorgung in allen Regionen nach verbindlichen Kriterien - Sicherung der Grundversorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen (Psychiatrie, Spitex etc.) - Transparenz und Veröffentlichung der Kriterien der Versicherer für die Auswahl der Leistungserbringer - Anspruch der Leistungserbringer auf ein rechtsstaatliches Verfahren bei einer nationalen Beschwerdeinstanz im Falle des Ausschlusses - Verbandsbeschwerderecht für Patienten- und Konsumentenorganisationen zur Durchsetzung der Patienten- und Versicherteninteressen - Verstärkung der Rechtsstellung von Patienten und Versicherten <p>Argument, dass die freie Arztwahl aufgehoben würde, ist nicht stichhaltig und dient vor allem der Besitzstandwahrung der Ärzteschaft. Versicherte und PatientInnen profitieren bedeutend mehr von einer nach strengen und transparenten Kriterien geführten Qualitätskontrolle der medizinischen Leistungserbringern. Qualitätsbewusstsein der Versicherten ist unbedingt zu fördern. Im Interesse der Versicherten und PatientInnen liegt auch die verstärkte Zusammenarbeit der Leistungserbringer in den verschiedenen Sparten, um Behandlungsabläufe zu koordinieren und umfassende Betreuung zu gewährleisten.</p> <p>In den erwähnten Bereichen werden vom BSV dringende Schritte erwartet. Stellungnahme wird von Patientenstelle Basel mitgetragen.</p>	SKS

<p>Rejet du projet qui doit faire l'objet de corrections et d'adjonctions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suppression de l'obligation de contracter. <p>Pouvoir exorbitant conféré aux assureurs quant au choix des prestataires de soins. Il est impératif d'imposer par la loi ou par une loi d'application:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) les modalités de choix des médecins déjà pratiquant b) les modalités de prise en charge des nouveaux cabinets médicaux c) les besoins d'une population <p>Indispensable de créer un organe de surveillance ou paritaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exécution des obligations financières des assurés vis-à-vis des assureurs. - La compensation des primes sur les honoraires de médecins devrait être traitée dans cette révision. 	SMV
<p>Prämien müssen langfristig sinken, dazu sind die Kosten im Gesundheitswesen zu stabilisieren und mittelfristig zu senken. Preistreibend sind folgende Faktoren: Zahl der ÄrztInnen, Menge und Preise der Therapien/Medikamente, Verhalten der PatientInnen. Mögliches Instrument zur Mengengrenzung bei der Zahl der ÄrztInnen ist die Lockerung des Kontrahierungszwanges, bei der Menge der Therapien das Einholen einer Zweitmeinung und das Hausarztmodell, bei den Medikamentenpreisen die Zulassung von Parallelimporten sowie Anreize für den Verkauf günstigerer Medikamente, die Förderung des Empowerments der PatientInnen mit Unterstützung der Bundes.</p> <p>Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird als eine Möglichkeit, die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, erachtet, da nur wenn die Kosten von erwiesenermassen teuer oder schlecht arbeitenden Leistungserbringer nicht mehr übernommen werden, marktwirtschaftliche Elemente zum Tragen kommen. PatientInnen werden dann entweder den Arzt /die Ärztin wechseln oder Druck ausüben, damit dieser/diese den Kriterien entspricht.</p> <p>Diese Kriterien sind vom Bund vorzugeben, müssen einheitlich sein und kontrolliert werden. Der Leistungserbringer muss die Möglichkeit haben, bei einer neutralen Instanz gegen den Entscheid zu rekurrieren. Die Kriterien müssen folgende Ziel haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine überhöhten Tarife durch ÄrztInnen - transparente und nachvollziehbare Rechnungen der ÄrztInnen - Erfüllung gewisser Qualitätskriterien durch die ÄrztInnen wie regelmässige Weiterbildung, Wartung der Instrumente, Ernstnehmen der PatientInnen - Beschränkung der praktizierenden ÄrztInnen darf die jungen, auf den aktuellen Bildungsstand der Medizin ausgebildeten ÄrztInnen nicht einfach vom Markt fernhalten. Zu diskutieren ist über die Zulassung älterer ÄrztInnen - Gewährleistung der Grundversorgung in allen Regionen und Ärztesparten. <p>Ablehnung eines Systems, in dem die Krankenkassen nach Gutdünken Verträge kündigen oder aufrechterhalten können.</p> <p>Vorschläge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Für die Aufrechterhaltung der Grundversorgung im Rahmen der Grundversicherung muss der Bundesrat zuständig sein. 2. Über die Zulassung oder den Ausschluss von der Grundversicherung durch Verfügung des Versicherers entscheidet eine fachspezifische Rekurskommission auf Bundesebene im Beschwerdeverfahren. 3. PatientInnenorganisationen müssen sich zur Verteidigung ihrer Interessen, insbesondere hinsichtlich einer ausreichenden Grundversorgung, auch verfahrensrechtlich durchsetzen können. Den anerkannten Patientenorganisationen ist deshalb das Verbandsbeschwerderecht einzuräumen. 	SP-Frauen
<p>Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird nicht befürwortet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verzerrungen zwischen ambulanten und stationären Bereich verschärfen sich - Begünstigung der Krankenversicherer, Aufhebung oder Lockerung des Vertragszwanges ist an Einführung klarer Qualitätsstandards zu binden. - Modell wendet sich gegen die grosse Zahl der ÄrztInnen, alle anderen sind aber auch betroffen - Folgen für alle Leistungserbringer sind unabsehbar; das vorgeschlagene Modell funktioniert nur, wenn für die Spitex- oder die Physiotherapieleistungen auf die Voraussetzung des Vorliegens einer ärztlichen Verordnung verzichtet wird. - nicht patienten- und damit nicht versichertenfreundlich 	Spitex

<p>Einschränkung des Vertragszwanges erscheint als grundsätzlich taugliches Mittel der Kostenlenkung, insbesondere mit Blick auf die ungebremste Mengenentwicklung, die keine entsprechende Verbesserung der medizinischen Qualität, aber die Erbringung von unnötigen medizinischen Leistungen mit sich bringt. Die Massnahme ist zudem europatauglich, weil die meisten EU-Staaten die gesundheitspolizeiliche Praxisbewilligung nicht automatisch mit der Zulassung zur sozialen Krankenversicherung verbinden. Die Einschränkung des Vertragszwanges kann im übrigen mit dazu beitragen, eine ausgewogenere Grundversorgung in allen Leistungsbereichen und Regionen sicherzustellen.</p> <p>Rahmenbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundversorgung mit medizinischen Leistungen muss in allen Leistungssparten und Regionen sichergestellt werden. - gezielte Begrenzung der Ärztezahl in besonders kostenintensiven Bereichen notwendig, aber zuerst sollen die bisherigen Instrumente der Kostenlenkung im KVG sowie zusätzlich das Globalbudget im ambulanten Bereich ausgeschöpft werden; zusätzlich neue Modelle von Managed-Care und die Einschränkung unnötiger Leistungen, ev. Verlängerung der Befristung der Bedürfnisklausel - kein Oligopol der Versicherer; Bund muss die massgebenden Kriterien der Zulassung zur Grundversicherung bestimmen, kein weiterer Föderalismus mehr. - Zu prüfen, ob in Kantonen, in denen die Tarifparteien einvernehmliche Lösungen zur Einschränkung der Leistungsangebote wie z.B. Hausarztmodelle mit Verlustbeteiligung der Leistungserbringer gefunden haben, nicht auf die Einschränkung des Vertragszwanges verzichtet werden kann. - Richtig ist, diese Massnahmen nur im ambulanten Bereich vorzusehen, da sonst das kostenwirksame Instrument der Spitalplanung ausgehebelt würde. <p>Vorlage muss deutlich angepasst werden, sonst keine Unterstützung.</p> <p>Vorschläge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zur Sicherstellung der Versorgung muss der Bundesrat Kriterien entwickeln, die auf Grund von verschiedenen Parametern (Region, Sparte, Alter der Bevölkerung, Morbidität etc.) das Ausrechnen einer minimalen Bedürfnisdichte erlauben, und diese auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe festlegen. Bestehen Versorgungslücken, kann das BSV weitere kantonal anerkannte Leistungserbringer zur Abrechnung über die Grundversicherung zulassen oder allenfalls den Beitritt zum Tarifvertrag anordnen oder einen Ersatztarif festlegen. 2. Formulierung der Zulassungsbedingungen ist Sache des Staates. Der Bundesrat formuliert deshalb Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien, die auch die Basis für alle Beschwerdeverfahren bilden. 3. Ausschluss der Leistungserbringer nur in einem rechtsstaatlich haltbaren Verfahren; fachspezifische Rekurskommission ist auf Bundesebene einzurichten, welche die gesamtschweizerische Koordination sicherstellt, mit den üblichen Verfahrensrechten ausgestattet ist und innerhalb von sechs Monaten entscheidet. 4. Beschwerdegründe gegen einen Ausschluss aus der Grundversicherung sind weiter als mit nur wettbewerblichen Kriterien auszugestalten: <ul style="list-style-type: none"> - Gewährleistung der Grundversorgung im Rahmen entsprechender Bedürfniszahlen und zur Sicherstellung der Pflichtleistungen in allen Regionen: - Verletzung elementarer Grundsätze des KVG, insbesondere Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung, die Abgeltung effektiver Kosten, die Preistransparenz und der Tarifschutz; - Verstoss gegen das Kartellgesetz, das Binnenmarktgesetz, das Bundesgesetz gegen unlauteren Wettbewerb, die verfassungsrechtlichen Grundsätze der Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden, der Wettbewerbsfreiheit und des sozialen Grundrechts auf Zugang zu existentiellen medizinischen Leistungen. 5. Zu erwägen ist, mit Einschränkung des Vertragszwanges im ambulanten Bereich, das Planungsinstrument der kantonalen Spitalliste wirksamer auszugestalten, d.h. diese müssen regional und für die Spitzenmedizin national koordiniert werden. Zu erwägen ist, ob die kantonalen Spitalisten nicht vom BSV zu genehmigen sind, dessen Entscheid bei der Rekurskommission auf Bundesebene angefochten werden kann. 6. Versicherte und PatientInnen sind in ihrer Rechtsstellung zu stärken. Den anerkannten Patientenorganisationen ist deshalb das Verbandbeschwerderecht einzuräumen. 	SPS
--	-----

<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird abgelehnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - müssten andere Massnahmen für die Kantone auslösen wie Bedarfsabklärung bezüglich notwendiger med. Versorgung, Evaluation und Unterscheidung der angefallenen Kosten, Definition einer Balance zwischen Bedarf und Kosten - dem Krankenversicherer wird die alleinige Macht über Kriterien und Auswahl überlassen - Rahmenbedingungen für Kriterien eines Vertragszuganges für Leistungserbringer sind in keiner Weise formuliert - das Wegfallen von Kollektivverträgen wird ein Chaos auslösen - Markt der Freipraktizierenden wird durch die Spitäler eingeschränkt - administrativer Aufwand - Unterversorgung kann nicht genügend schnell erfasst werden <p>Vorschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - für die Zulassung bedarf es einer Meisterprüfung - minimale Gesundheit muss weiterhin gewährleistet sein - einheimische Leistungserbringer haben Vorrang - Differenzierung zwischen Grundversicherung und Wellness muss viel strenger gehandhabt werden - strenger numerus clausus - Unterstützung der Prophylaxe 	SPV BS/BL
<p>Sind der Meinung, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs eine Kostensteigerung zur Folge haben wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensverhältnis Arzt-Patient spielt eine zentrale Rolle, ein Ausschluss führt so zum Misserfolg der Behandlung - Interessen der Versicherten sind nicht berücksichtigt - Kündigungsrecht für den Versicherten wird nicht behandelt - u.U. müssen zwei Grundversicherungen abgeschlossen werden, damit das Gesundheitsrisiko abgedeckt werden kann - führt zu grösseren Abgrenzungsproblemen und damit zu vermehrten Beschwerdeverfahren <p>Bewusst, dass Kosteneindämmung erklärtes Ziel ist, aber Versicherer verfügen über die meisten Informationen über die kostentreibenden Faktoren. Grundlagen werden absolut ungenügend ausgewertet, weil jede Versicherung primär dem Unternehmenswachstum verschrieben ist. Bund müsste Führungsrolle bezüglich Information der Versicherten über die Kostenentwicklung, - verursacher und - einsparungen übernehmen.</p>	SRK
<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges geht aus unserer Sicht nur unter der Voraussetzung, dass ebenfalls das Versicherungsobligatorium aufgehoben wird. Das Gesundheitswesen im Rahmen des sozialen Krankenversicherungssystems der Schweiz ist ein reguliertes System. Marktwirtschaftliche Elemente können deshalb nicht einfach in das System hineingebaut werden. Will man ein Wettbewerbsvertragsmodell einführen, müsste man auch andere Elemente des Wettbewerbs konsequenterweise deregulieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherer haben grössere Marktmacht - zwei ungleiche Partner werden in ein marktwirtschaftliches System eingebaut - es kann nicht angehen, dass der Krankenversicherer als Vertragspartner und als Leistungserbringer auftritt - Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung müssen bekannt sein, bevor das Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen ist <p>Vorschlag: Neu: Art. 12 Abs. 5 Es ist festzulegen, dass die Krankenkassen im Rahmen der Leistungserbringung weder direkt noch indirekt als Leistungserbringer tätig werden dürfen (Art. 35)</p>	SSO

<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird entschieden abgelehnt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorlage trifft alle Leistungserbringer - Berufsgruppen, die nur auf Anordnung des Arztes Leistungen erbringen können, wären davon besonders betroffen - es wird befürchtet, dass zuerst bei den weniger medienwirksamen Leistungserbringern gespart wird - freie Wahl wird eingeschränkt - für Patienten nicht einfach einen zugelassenen Leistungserbringer zu finden, speziell schwierig für alte Menschen etc. - Zunahme des administrativen Aufwandes - Festlegung von Quoten wäre der sichere und transparentere Weg 	SVBG
<ul style="list-style-type: none"> - Unter dem Titel Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird die freie Arzt- und Spitalwahl abgeschafft, dem nicht zugestimmt werden kann. - Wenn das Argument eines verstärkten Wettbewerbs für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges geltend gemacht wird, so sind wir zwar generell Anhänger eines freien Wettbewerbs. Dies bedingt jedoch, dass der Wettbewerb insgesamt lanciert wird und nicht nur einseitig auf die Leistungserbringer beschränkt bleibt. Auch der Wettbewerb unter den Versicherern sollte ermöglicht sein. - Es ist völlig inakzeptabel, dass der Bundesrat in einer später folgenden Verordnung die Rahmenbedingungen für die Selektion von Leistungserbringern definieren will. - vorgeschlagene Lösung ist nicht konsumfreundlich und nicht transparent, Patient muss vor medizinischen Konsultationen umfassende Abklärungen über den Versicherungsschutz vornehmen. - Wahlmöglichkeit durch die Zusatzversicherung muss ermöglicht werden - Krankenversicherer müssten veranlasst werden, ein umfassendes Verzeichnis der Vertragsleistungserbringer zuhanden der Versicherten und der potentiellen Versicherungsnehmer zur Verfügung zu stellen. 	SVPB
<p>Der SVERB lehnt die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gemäss vorgeschlagener Gesetzesrevision mit Entschiedenheit ab. Diese einseitige Massnahme ist ein absolut untaugliches Instrument zur Kosteneindämmung.</p> <p>Zudem wird die konkrete Umsetzung eines staatlichen Gesetzes an privatrechtliche Organisationen übertragen, welches dem schweizerischen Staatsverständnis in krasser Art und Weise widerspricht. Die Versuchung zu einer Verlagerung in die Zusatzversicherung ist gross und führt zu einer Zweiklassenmedizin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sind einseitig zu Gunsten der Versicherer ausgelegt - Problematik der vagen Definition der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung - einseitige Interpretation der Wirtschaftlichkeit im Hinblick auf die Kosten - Verschiebung der Kosten in die Administration 	SVERB, SPV
<p>Le projet constitue un frein à la collaboration actuelle entre prestataires de soins.</p> <p>Le projet signifie la fin du partenariat sur lequel est fondé le système de santé suisse: accroissement du pouvoir des assureurs et multiplication des régimes de conventions ou d'accords obtenus sous la contrainte. Une conséquence pourrait être de rendre opérante certaines mesures d'accompagnement de l'introduction du TarMed, notamment le contrôle et la neutralité des coûts. Effets inattendus possible du système proposé, liés au fait que les prestataires sont également libres de choisir leur partenaire contractuel.</p> <p>Accroissement des inégalités et risque supplémentaire pour les patients coûteux. Instauration dans l'ambulatoire d'un régime social côtoyant un régime libéralisé (assurance complémentaire pour le libre choix du prestataire). Les patients présentant des pathologies dont le traitement est onéreux pourraient se voir renvoyer d'un intervenant à l'autre.</p> <p>Le projet risque d'exposer du jour au lendemain un certain nombre de médecins à de graves difficultés économiques sur des bases particulièrement arbitraires. Le projet ne prévoit aucune mesure transitoire.</p>	SVM

<p>Begrüssst die Bestrebungen den Kontrahierungszwang abzuschaffen, weist aber das vorgeschlagene Modell aus folgenden Gründen als untauglich zurück und verlangt vollständige Überarbeitung der Vorlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die sehr weitgehenden Kompetenzen der Krankenversicherer bei der Auswahl ihrer Vertragspartnern könnte dazu führen, dass nur die billigsten Leistungserbringer einen Vertrag angeboten erhalten, was zu einer Gefährdung der Qualität führen könnte. - Beschränkung auf den ambulanten Bereich nicht ersichtlich. Auch wenn im stationären und teilstationären Bereich staatliche Kontrollmechanismen vorhanden sind, schliesst dies nicht aus, dass auch dort vermehrt Markt zur Geltung gebracht wird. Zudem besteht die Gefahr, dass sich die ambulanten Leistungserbringer im Spitalbereich durch Quersubventionierungen einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil verschaffen. - Kantone könnten mit ihrer Aufgabe als Schlichtungsinstanz überfordert sein, wodurch die Versorgung der Bevölkerung leiden würde. <p>Problematisch ist ebenfalls die Patientenfreundlichkeit, da einerseits umfangreiche Listen der Leistungserbringer zu veröffentlichen wären und andererseits die Frage zu regeln ist, was mit Patienten in langdauernder Behandlung geschieht, wenn deren Leistungserbringer von der Liste gestrichen wird.</p> <p>SVP verlangt weiter die rasche Umsetzung weiterer Massnahmen wie die Überarbeitung des Grundleistungskataloges, die Neuordnung der Spitalfinanzierung, Massnahmen auf der Ebene der Ärzteausbildung oder die Neuordnung der Unfallversicherung.</p> <p>Vorschläge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Für eine konstruktive Zukunft des Gesundheitswesens ist es von grosser Bedeutung, wenn die verschiedenen Parteien dazu gebracht werden, sich zusammzusetzen und miteinander eine praxistaugliche und breit abgestützte Lösung zu erarbeiten. Daher ist eine paritätische Kommission aus Leistungserbringern, Versicherern und Versicherten einzusetzen, die eine konsensfähige Lösung erarbeiten soll. Erst wenn keine Einigung erzielt würde, müsste der Gesetzgeber anderweitig tätig werden. 2. Der Kontrahierungszwang muss in allen Bereichen des Gesundheitswesens fallen, damit alle Leistungserbringer dem freien Markt ausgesetzt sind. 3. Als Schlichtungsstelle bei Streitigkeiten oder bei einer nicht mehr gewährleisteten Versorgung muss der Bund verantwortlich sein, da die Vorgaben auch auf Bundesebene erfolgen. 	SVP
<p>Der Vertragszwang ist ein singuläres Recht von Patient und Arzt. Er darf und kann nicht isoliert betrachtet werden. Dem Obligatorium des Patienten eine Versicherung abzuschliessen, dem er nicht entrichten kann, muss die Freiheit gegenüberstehen, den Arzt nach seinem Belieben auszusuchen mit der Sicherheit, dass dieser von der Kasse bezahlt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es geht nur um Kostenreduktion, um nichts anderes. Ein gewaltiger Rückschritt, wenn wir mit der Propaganda vergleichen, mit der das KVG hochgejubelt und schmackhaft gemacht wurde. - Der Patient will seinen Arzt. <p>Der Bundesrat will die Entwicklung der Patienten zu immer besser informierten Konsumenten fördern. Woher nimmt er den Auftrag? Muss in der Schweiz die Regierung den Bürger erziehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weltfremd ist die Annahme, dass der Patient wünscht, das Versicherungsangebot laufend prüfen zu wollen. - Den Kantonen werden zu viele Aufgaben zugemutet. Es ist erschütternd, dass noch immer ein derart riesiger Glaube an die staatliche Allmacht besteht. - Was ist eine genügende Versorgung? - Der Arzt kann dem Patienten kaum glaubhaft erklären, warum er von der einen Kasse aber nicht von der andern akzeptiert wird. - Mit welchen Kosten werden für die Bürokratie gerechnet. 	SVPC

<p>Allgemeines zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recht auf freie Arztwahl wird als überaus berechtigtes Anliegen betrachtet - im geltenden KVG ist der Kontrahierungszwang bereits relativiert, indem die Krankenversicherer bei freiwilliger Zustimmung der Versicherten die Wahl der Leistungserbringer bei gleichzeitiger Prämienreduktion einschränken können. Bis dahin wurde davon nur im bescheidenen Ausmass Gebrauch gemacht. - Bedenken hinsichtlich der praktischen Umsetzung; Verunsicherung des Patienten hinsichtlich der Wahl des Leistungserbringers, damit die Leistungen aus der Grundversicherung übernommen werden <p>Einverständnis kann nur gegeben werden sofern folgende Voraussetzungen eingehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - auch Versicherer müssten unter wettbewerblichen Druck gestellt werden - es entfällt das eingespielte Netz von Zuweisungen eines Patienten vom Hausarzt an den Spezialisten - Kriterien für Auswahl der Leistungserbringer müssen mit Gesetzesvorlage bekannt sein - Kantone sind befugt, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen - Grundsatz der Qualitätsforderung wird ausdrücklich vor die Absicht finanzieller Spareffekte gestellt - umfassende Wahlmöglichkeit kann durch Zusatzversicherung abgedeckt werden 	SVPK
<p>Der Regierungsrat des Kanton Schwyz geht davon aus, dass spürbare Kostenentlastungen nur eintreten würden, wenn mind. 20-30 % der ÄrztInnen ausgeschlossen werden. Auf diesem Hintergrund dürfte es nicht realistisch sein, Kostensenkungen verbunden mit Prämienreduktionen von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu erwarten.</p> <p>Problematisch ist für uns der Vorschlag in der vorliegenden Form. Wir vermissen einerseits klare, aussagekräftige Kriterien zur Selektion der Leistungserbringer, andererseits werden die mit dem Vollzug verbundenen Probleme den Kantonen aufgebürdet.</p>	SZ
<p>Obwohl eine neue Wettbewerbssituation durchaus als eine Chance im Kampf gegen die steigenden Kosten im Gesundheitswesen angesehen werden kann, ist die vom Bundesrat vorgeschlagene Ausgestaltung der Aufhebung des Vertragszwangs in mehrfacher Hinsicht ungenügend. Im Rahmen dieser Teilrevison bestehen noch zu viele Unsicherheiten und Risiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einschränkung der Wahlmöglichkeit ist mit einem Transparenzverlust verbunden - Regelung bezüglich Information ist ungenügend - Gefahr der Aushöhlung der Grundversicherung - Bevor die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nicht in den Grundzügen feststehen, kann einem Systemwechsel nicht zugestimmt werden. - Kantone sind für Gesundheitsvorsorge zuständig - enormer administrativer Aufwand - Gefahr, dass Versicherer ihre Machtstellung ausnützen 	TG

<p>Il Consiglio di Stato é d'accordo sul principio ma non sulle modalit�.</p> <p>Il Consiglio di Stato � d'accordo sul principio che il numero di fornitori di prestazioni ambulatoriali che opera a carico della LAMal deve essere definito a priori e che non sar� pi� ammissibile che il solo conseguimento del titolo di studio determini automaticamente l'accesso tra i fornitori di prestazioni LAMAI.</p> <p>Il Consiglio di Stato non � d'accordo sulle modalit�, poich�, cos� come proposto, gli effetti negativi superano gli ipotetici benefici:</p> <p>La proposta di sopprimere l'obbligo di stipulare contratti � un'opportunit� per contenere l'aumento del numero di fornitori di prestazioni. Per evitare le conseguenze negative esposte riguardo agli articoli 41, 45 e 47, questo contenimento deve essere fatto partendo da criteri precisi, definiti in modo uniforme dal Consiglio federale, validi sul piano nazionale e vincolanti per tutti gli assicuratori malattie autorizzati alla pratica dell'assicurazione di base.</p> <p>Si suggerisce che da parte del Consiglio federale si determinino i criteri di ammissione alla pratica LAMal (prestazioni ambulatoriali: medici e altri fornitori) validi sul piano nazionale e vincolanti per tutti gli assicuratori malattie autorizzati: criteri di fabbisogno (forchette di densit�) in rapporto alla popolazione (urbana, rurale), tenuto conto in particolare dell'et� della popolazione e della morbilit� generale.</p> <p>Sono da definire i criteri per valutare la qualit� delle cure e per determinare l'economicit� delle prestazioni (in questo senso TarMed potr� costituire uno strumento utile e importante) e altre e pi� specifiche condizioni riguardanti l'ammissibilit� dei fornitori di prestazioni (formazione, pratica, aggiornamento, et� di pensionamento, ecc.).</p> <p>Il criterio unico di riferimento � il fabbisogno sanitario dei cittadini (criteri di densit�). I fornitori che non rientrano in questo contingente non potranno esercitare a carico degli (tutti) assicuratori ammessi (come gli stabilimenti che non rientrano nella pianificazione). Si tratterebbe di determinare una sorta di continuité all'articolo 55, ma su basi pi� ponderate.</p>	TI
<p>Opposition au projet, jugé dangereux pour la paix sociale.</p> <p>Le projet implique la disparition du libre de choix du thérapeute, alors qu'il faut constater l'échec des HMO et d'autres réseaux de soins (insatisfaction des patients dans des systèmes où prime la rentabilité plutôt que la qualité des soins).</p> <p>Critiques sur l'effet négatif des moyens proposés sur la qualité des soins et sur la relation patient/soignant.</p> <p>Position dominante et pouvoir arbitraire exorbitant confiés aux assureurs, sans preuve de baisse des primes.</p> <p>Les modifications proposées ne garantissent aucune économicité, tout en induisant un nivellement de la concurrence et une atteinte au droit de la santé.</p>	UPM
<p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs kann ein mögliches Instrument darstellen, um die Zahl der Leistungserbringer in der Schweiz auf einem bedarfsgerechtem Niveau zu begrenzen. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen sind jedoch weitgehend praxisfremd und bringen eine Vielzahl von Verzugsproblemen mit sich. Für die Versicherten geht die Transparenz vollständig verloren und es entsteht eine erhebliche Rechtsunsicherheit, die auch bei umfassender Information nicht beseitigt werden kann.</p>	UR
<p>Critiques quant à l'absence d'indications des lignes directrices de la réglementation d'application concernant la suppression de l'obligation de contracter et les obligations des assurés par rapport aux assureurs.</p> <p>Optimisation du choix de l'assureur-maladie sur la base du meilleur rapport primes/prestations sera théorique particulièrement pour les personnes âgées et les personnes à revenu modeste. Risque de sélection accrue des "bons" patients par les fournisseurs.</p> <p>Extension du domaine des assurances complémentaires et médecine à deux vitesses. Impacts possibles sur les subsides pour réduction des primes et sur le mécanisme de compensation des risques ?</p> <p>Sur quels critères l'OFAS évaluera-t-il les primes ?</p> <p>Augmentation massive des recours.</p> <p>Proposition: Les formes alternatives d'assurance ont été insuffisamment utilisés et développés. Les systèmes s'apparentant aux réseaux de santé (type "médecins de premier recours") devraient être favorisés.</p>	VD

<p>La proposition de suppression de l'obligation de contracter affecte dans une mesure très importante le droit du patient de choisir librement son thérapeute (modalités d'application complexes et dissuasives pour nombre d'assurés).</p> <p>La proposition de révision présente l'inconvénient de confier aux seuls assureurs le soin de contrôler le caractère efficace et économique des prestations fournies, les pouvoirs publics se contentant d'approuver les conventions tarifaires. Risque que les choix des assureurs soient à l'avenir dictés principalement par des motivations économiques, alors qu'il a accord sur le fait que la maîtrise des coûts devrait être atteinte sans que la qualité des soins, ni leur approvisionnement ne soient affectés.</p>	VS
<p>Aufhebung zwar theoretisch attraktiv, da Mittel und Wege gefunden werden müssen, um den Kostendruck aufzufangen. An der Überprüfung der Anreizstrukturen führt hier kein Weg vorbei. Aufhebung des Kontrahierungszwanges erscheint als prüfenswerte Massnahme, da die kostengünstigen Leistungserbringer gewählt werden könnten. Zudem ist die Beschränkung auf den ambulanten Bereich richtig.</p> <p>Dennoch skeptische Haltung bzw. Ablehnung, da der Wettbewerb zwingend Kriterien für die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit voraussetzt, die nicht vorliegen. Der Hinweis auf die Verordnung genügt nicht, da die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu einem Zwei-Klassen-Modell führen könnte. Klare Vorgaben im Gesetz an Versicherer und Leistungserbringer sind notwendig oder sind zumindest vor Beratung im Parlament bekanntzugeben. Bezweifelt wird, dass Kompetenzen der Kantone zur Sicherstellung der Versorgung ausreichen. Risikoausgleich ist zusätzlich auf längere Zeit beizubehalten.</p> <p>Zum anderen besteht die Gefahr, dass sich die Versicherer weniger auf die Ermittlung von kostengünstigen Leistungserbringern konzentrieren, als darauf, die freie Arztwahl nunmehr durch - dem Privatversicherungsbereich unterstellte und damit gewinnbringende - Zusatzversicherungen zu ermöglichen. Gefahr einer Zweiklassen-Medizin besteht. Sicherzustellen ist, dass die Krankenversicherer ihre Vertragspartner nach einheitlichen, nachvollziehbaren und nicht-diskriminierenden Kriterien auswählen. Kriterien sind öffentlich bekannt; Leistungserbringer, Versichertenorganisationen, Aufsichtsbehörden müssen ein Beschwerderecht haben.</p> <p>Zweifel an kostendämpfender Wirkung des Modells (erzwungene Arztwechsel, Anonymisierung der "Leistungsketten") Alternativen: - Erleichterte Ausschlussmöglichkeit für zu teure oder qualitativ ungenügende Leistungserbringer aus einem Tarifvertrag, wenn diese die Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nicht erfüllen. Möglich ist Kombination mit Rückforderung der Mittel, die einen bestimmten, oberen Grenzwert des Kostenindex - z.B. 120 % - überschreiten. Rekursmöglichkeit ist zu wahren, aber Beweispflicht für höhere Kosten muss den Betroffenen überantwortet werden. - Verbesserung der Rahmenbedingungen für Hausarztmodelle oder HMO. Entscheid liegt hier allein beim Versicherten und nicht beim Versicherer. Diese Modelle ermöglichen radikale Änderungen der Anreizstruktur: durch Verzicht auf Einzelleistungstarifstruktur "verdient" der Arzt am gesunden, nicht kranken Menschen.</p>	VSA

<p>Aus ordnungspolitischen sowie gesundheitspolitischen Gründen wird die unterbreitete Gesetzesvorlage in inhaltlicher Hinsicht entschieden abgelehnt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges würde einen bedeutenden Systemwechsel im aktuellen KVG darstellen, der einen Wechsel vom heute gültigen Grundmodell einer patientenorientierten und gut ausgebauten Grundversicherung zu einem primär eingeschränkten Grundmodell bedeutet. Der Systemwechsel würde den heutigen Mix von Wettbewerb und staatlicher Regulierung einseitig Richtung Markt verschieben und zusammen mit dem System der Zusatzversicherungen rasch eine Mehrklassenmedizin etablieren - diese Massnahme stellt einen bedeutenden und nicht zu verantwortenden Eingriff in die Beziehung von ÄrztInnen zu ihren PatientInnen dar - führt zu einer einseitigen Machtkonzentration bei den Krankenkassen - es wird bezweifelt, dass damit eine Kostendämmung im ambulanten Bereich erreicht werden kann, insbesondere aufgrund der aufwendigen administrativen Massnahmen, dem enormen Verlust der Transparenz - eine zusätzliche und starke Verunsicherung der Bevölkerung wird befürchtet und ein Unmut bei der Ärzteschaft - eine einseitige Benachteiligung junger Ärzte wird befürchtet - Staat verabschiedet sich damit aus der Regulierung des Gesundheitswesens. <p>Lockerung des Kontrahierungszwanges nur falls:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massnahme muss durch alle Beteiligten konkretisiert werden - ausarbeiten von Qualitätskriterien ist Sache der Berufsverbände - bei Nichtaufnahme müsste eine paritätische Kommission angerufen werden können - Leistungen im ambulanten Bereich sind zuerst zu definieren - es herrscht primärer Kontrahierungszwang, welcher der Arzt verliert, falls die Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nicht erbracht werden können. - Altersbeschränkung der Leistungserbringer 	VSAO
<p>WEKO möchte im Interesse eines funktionierenden Wettbewerbs sämtliche Bestimmungen des KVG, die eine Markt- und Preisordnung begründen, aufheben, verzichtet aber vorliegend darauf, da solche tiefgreifenden Änderungen derzeit nicht in Erwägung gezogen werden.</p> <p>WEKO ist für eine generelle Aufhebung des Kontrahierungszwangs, d.h. auch für den stationären und teilstationären Bereich, womit eine Verschiebung der bestehenden Anreize der Leistungserbringer von Produktinnovationen zu effizienteren Prozessinnovationen begünstigt würde. Spitalplanung verhindert den Preiswettbewerb, so dass insbesondere die öffentlichen Krankenhäuser starke Anreize haben, den Produktwettbewerb zu fördern oder Mengenausweitung zu betreiben.</p> <p>Aufhebung des Kontrahierungszwangs sollte möglichst unter Verzicht auf die Einführung neuer Bestimmungen verwirklicht werden. Der den Akteuren eingeräumte Handlungsspielraum darf nicht durch vereinheitlichende Bestimmungen wie der Informationspflicht reduziert werden.</p> <p>Vorschlag: Ausdehnung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf den stationären und teilstationären Bereich</p>	WEKO
<p>Da die Krankenkassen als Mega-Kassen auftreten, bedarf es angesichts allfälliger ungerechtfertigter Verweigerungen eines ausgleichenden Regelmechanismus.</p> <p>Für das Erarbeiten von allgemein gültigen Kriterien regen wir an, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Beteiligung der SDK einzusetzen. Zustimmung wird von einer solchen Verständigungslösung abhängig gemacht.</p>	ZG

<p>Kosteneindämmung durch Kontrahierungszwang wird begrüsst. Revisionsvorschlag ist für eine seriöse Umsetzung jedoch untauglich. Unterstützt wird nur eine in der Anwendung einfache, wirksame Einschränkung des Kontrahierungszwanges.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versorgungssicherheit wird durch nicht genügende bzw. nicht rechtzeitige Tarifbeschlüsse gefährdet; Versorgungsbedarf müssten für die verschiedenen ambulanten Bereiche periodisch ermittelt werden; eine diesbezügliche Verpflichtung der Versicherer fehlt. - die erwartenden Versorgungsengpässe werden zu vermehrten Abschlüssen von Zusatzversicherungsmodulen führen, welches das Gesundheitswesen zusätzlich verteuern und ein undurchschaubares Tarifchaos sowie Beschwerdeflut hervorrufen wird - Für Kantone erhöhter Verwaltungsaufwand - Fehlen von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien auf Gesetzesstufe. Eingriff in HGF erfordert Regelung auf Gesetzesstufe; der geplante Ausschluss von Leistungserbringern wird bei fehlenden Rahmenbedingungen nicht durchsetzbar sein. - Fehlen von detaillierten Angaben zur sozial- gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite - zu beachten sind die Instrumente der Kosteneindämmung, die im KVG vorgesehen sind: 58 Abs. 3 lit b, 59, 55a, 41 Abs. 4 KVG <p>Alternative Systeme zur Beschränkung des ambulanten Angebots wären zu prüfen. Weiter zu verfolgen wäre der von Nationalrätin Thérèse Meyer-Kaelin eingereichte Vorschlag zur Art. 46bis KVG, wonach in Tarifverträgen das Beitrittsrecht von Leistungserbringern davon abhängig gemacht werden kann, dass Qualität, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sichergestellt sind.</p>	ZH
<p>Vertritt aufgrund der diametral gegenüberstehenden Meinungen weder eine befürwortende noch ablehnende Haltung.</p> <p>Markt leidet unter der unkontrollierten Mengenausweitung der zugelassenen Ärzte; kann aber auch frei nicht spielen, da durch staatliche Regulierungen die medizinische Grundversorgung sicherzustellen ist. Zudem Kostensteigerung infolge wenig kostenbewusstem Verhalten vieler Patienten.</p> <p>Vorlage setzt deshalb im ambulanten Bereich am richtigen Ort den Hebel an. Diskutiert werden könnte auch eine verschärfte Handhabung von Praxisverboten bei "schwarzen Schafen " und Alterslimiten für Ärzte im AHV-Alter.</p> <p>Vorteile der Aufhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenausweitung beschränkt - keine Verträge mehr für teure Ärzte - Instrumente für Bund und Kantone, um Qualität und flächendeckende Versorgung sicherzustellen, was KK daran hindert, Leistungserbringer allein nach ökonomischen Kriterien abzuhandeln - Umfassende Darstellung der Qualität ihrer Leistungen durch die Ärzte, was vielleicht zu Verbesserung der Behandlungsqualität führt. <p>Nachteile der Aufhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswahl der Vertragsärzte durch Krankenkassen unklar, Gefahr der Willkür infolge fehlendem Datenmaterial bei einer Wahl nach Qualität und Wirtschaftlichkeit. - gewaltiger, nicht abschätzbarer administrativer Aufwand im Kontrollbereich und bei den Kassen - keine freie Arztwahl mehr, ausser bei Kassenwechsel - Gefahr, dass flächendeckende Versorgung gefährdet ist, weil Kassen Zahl der Leistungserbringer aus ökonomischen Gründen zu stark einschränken - grosse Streitigkeiten bei Zulassung vorprogrammiert. Kantone als Schiedsrichter sind schon heute stark gefordert. <p>ZV befürchtet Zweiklassenmedizin, Qualitätsabbau, Druck, auch im stationären und teilstationären Bereich Kontrahierungszwang aufzuheben, womit Zweiklassenmedizin etabliert wäre und zweifelt daher an der gewählten Methode. Er befürchtet, dass die neue Freiheit bei den Kassen eine Eigendynamik auslöst, die nicht in gewünschtem Sinn verläuft und ausser Kontrolle gerät und sieht sich durch die Stellungnahme des KSK bestätigt.</p>	ZV

Artikel 7a (neu)**Article 7a (nouveau)****Articolo 7a (nuovo)**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
7a	Dieser Artikel impliziert, dass die Liste der zugelassenen Leistungserbringer pro Versicherung sich jährlich verändern kann. Dieser Umstand bedeutet eine unzumutbare Verunsicherung der PatientInnen.	BAV
7a	Die Information über die Liste der vertraglich gebundenen Leistungserbringer erzeugt Bürokratie, Rechtsunsicherheiten bei den Versicherten und verursacht wegen der jährlichen Erneuerung der Listen ein Informationschaos. Die Formulierung "darf nicht eingeschränkt werden" ist zu präzisieren.	GL
7a	Die Liste der vertraglich gebundenen Leistungserbringer kann sich aus pragmatischen Überlegungen auf die Wohnregion des Versicherten beschränken	H+
7a	Informationspflicht ist auszubauen, da die Versicherten jederzeit ein Einsichtsrecht in die Liste aller Leistungserbringer haben sollen und darüber Auskünfte verlangen können. Zudem sind alle Änderungen so rechtzeitig mitzuteilen, dass der Versicherte allenfalls die Möglichkeit hat, in Ruhe Angebote anderer Versicherer zu prüfen. Entsprechend dem umfassenden Informationsauftrag ist auch der Titel des Artikels zu ändern. Titel: Information der Versicherten 1 Der Versicherer muss seinen Versicherten rechtzeitig und umfassend darüber informieren, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenversicherung bei ihm unter Vertrag stehen. Insbesondere sind die Versicherten über jede Änderung der Liste zu informieren, spätestens mit der Mitteilung der neuen Prämie. Im übrigen haben die Versicherten jederzeit das Recht, in die Liste der Leistungserbringer Einsicht zu nehmen. 2 Diese Liste darf während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden.	KSK
7a	Transparenz muss eingehalten werden. Es wäre zu überlegen, wie bei der Streichung von der Liste den bisherigen PatientInnen mitgeteilt werden könnte, welche Alternativen ihnen offenstehen.	LU
7a	Information an die Versicherten ist eine unerlässliche Voraussetzung für das vorgeschlagene neue System. Pflicht zur Information nicht nur gegenüber den bisherigen Versicherten, sondern auch gegenüber allen Personen, die sich konkret für einen Beitritt interessieren. Antrag auf entsprechende Ergänzung des Textes	SAEB, GELIKO, ASKIO
7a	Es muss sichergestellt werden, dass eine begonnene Behandlung auch nach Ausscheiden eines Leistungserbringers aus einem Tarifvertrag abgeschlossen werden kann. Vorsehen einer Übergangsfrist.	SG
7a	Die Bestimmungen über die Information der Versicherten werden als nicht hinreichend erachtet. - Versicherte wird nur über die für ihn zugelassenen Leistungserbringer informiert - Versicherte hat keine Kenntnisse darüber, mit welchen Versicherungen seine Ärzte Verträge abgeschlossen haben	SO

7a	<p>Le TFA entend se prononcer uniquement sur des aspects juridiques.</p> <p>Cette disposition ne règle pas la question du traitement médical en cours à l'expiration d'une année civile. Il serait utile d'énoncer une règle explicite dans la loi (cf. par ex. l'art. 103 LAMal) ou de déléguer au Conseil fédéral la compétence de réglementer cette question.</p> <p>Si, comme indiqué dans le rapport explicatif, il appartiendra à une assurance complémentaire d'offrir un choix plus large de fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, il conviendrait de prévoir une règle de droit transitoire, afin d'éviter, si possible, la répétition des difficultés engendrées par l'interprétation de l'art. 102 LAMal et notamment de son al. 2, tant au niveau procédural (ATF 123 V 324 et 124 III 44) que sur le fond (ATF 124 III 229 et 434). Il faudrait préserver par une réglementation simple les droits acquis des assurés qui souhaitent conserver le même fournisseur de prestations sans pour autant changer d'assureurs et désirent, dans ce but, conclure une assurance complémentaire ou étendre une assurance existante.</p> <p>Une réglementation adéquate devrait également être prévue pour les situations où un assuré s'adressera à un fournisseur de prestations admis par un autre assureur social (AA, AM, AI), mais non par son assureur-maladie. Une telle situation n'est envisagée ni dans la loi (art. 78), ni dans l'OAMal (art. 110 et ss).</p>	EVG
7a	<p>Complexité des listes; question de savoir si les assurés vont vraiment changer d'assureur en raison de la liste édictée. Question quant aux conséquences sur le fonds de compensation et pour l'établissement des primes et la constitution des réserves, ...</p> <p>Problèmes liés aux listes, dans le cas des pensionnaires d'un même EMS pour lesquels des prestations sont fournies par des fournisseurs de soins extérieurs à l'établissement.</p>	VD
7a.1	<p>Informationspflicht wird begrüsst; die Versicherten benötigen diese jedoch auf für die Nachbarkantone. Beantragt wird eine regionale Gesamtübersichtsliste.</p>	AG
7a.1	<p>Die Auswahlkriterien der Versicherer müssen, wie die Resultate der Auswahl, den Versicherten dringend mitgeteilt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - enthält Liste auch die Einrichtungen nach Art. 39 KVG - gibt es pro Kanton und pro Versicherung eine Liste - müssen die Versicherungen mit jedem einzelnen Arzt einen Vertrag abschliessen oder werden im Vorhinein alle Leistungserbringer zugelassen, welche den Voraussetzungen nach den Artikeln 36-40 KVG nicht entsprechen 	AI
7a.1	<p>Widerspruch zwischen Erläuterungen Seite 9 und Gesetzestext, indem im Gesetz von allen Leistungserbringern die Rede ist, in den Erläuterungen diese Pflicht aber auf die im Wohnkanton praktizierenden Leistungserbringer beschränkt ist. Diese Beschränkung widerspricht der Logik, wonach im ambulanten Bereich eine Kostenübernahmepflicht nach Artikel 41 Abs. 1 nicht mehr auf den Wohn- oder Arbeitsort, sondern nur noch auf das Vorhandensein eines Vertrages mit dem Versicherer abstellt.</p> <p>Es wird eine offenere Formulierung für die jährliche Liste beantragt, damit bspw. auch eine Negativliste zulässig wäre. Zu ergänzen ist, dass nur eine Liste für den ambulanten Bereich zuzusenden ist.</p>	BS
7a.1	<p>Avec le nouveau système (choix limité de l'assuré) l'assurance-maladie va perdre de sa transparence pour l'assuré. Les assurés doivent être en mesure de connaître les fournisseurs de prestations qui ont conclu une convention tarifaire avec leur assureur. La COSAMA propose d'établir une liste négative plutôt que positive des fournisseurs de prestations, car une liste négative serait moins coûteuse sur le plan administratif.</p> <p>Proposition de modifier le titre par : "Liste des fournisseurs de prestations non conventionnés".</p> <p>1 Lors de la communication de la nouvelle prime, les assureurs doivent faire parvenir à leurs assurés une liste des fournisseurs de prestations avec qui ils n'ont pas passé une convention dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.</p>	COSAMA

7a.1	Es ist sicherzustellen, dass die Liste der vertraglich gebundenen Leistungserbringer den Versicherten frühzeitig zukommt.	CVP
7a.1	Auf die Problematik der Information von Versicherten wurde hingewiesen. Diese Diskussion in differenzierter Form zu führen ist angesichts dieses Textes in der Tat ebenso nutz- wie gegenstandslos	FMH
7a.1	Remarques de détail au cas où le Parlement accepterait le projet. Dans le cas où un assuré est en traitement chez un prestataire de soins exclu, le délai prévu de 30 jours est trop court.	FRC
7a.1	En relation avec une transparence moindre pour l'assuré, le devoir d'information imposé aux fournisseurs de prestations paraît insuffisant (art. 41a). Seul l'établissement d'une liste globale des fournisseurs de prestations conventionnés exerçant dans le canton offrirait la transparence nécessaire pour les assurés, mais également pour les cantons (art. 45 et 47).	GE
7a.1	Bestimmungen über die Information der Versicherten werden als nicht hinreichend erachtet. Sie haben keine Kenntnisse darüber, mit welchen Versicherungen ihre ÄrztInnen Verträge abgeschlossen haben. - wie werden die Versicherten bei Vertragsabschlüssen unter dem Jahr informiert? - Auswahlkriterien der Versicherer müssen mitgeteilt werden - erhebliche Rechtsunsicherheit wird geschaffen - gehören auf die Liste auch die Einrichtungen nach Art. 39 KVG - gibt es pro Kanton oder pro Versicherer eine Liste, oder erstellen die grossen Versicherungen eine Liste für die ganze Schweiz - Vertrag mit jedem einzelnen Leistungserbringer?	GR
7a.1	Zeitpunkt der Mitteilung ist zu spät. Wohnkanton genügt nicht, da Versorgungssicherheit auch weiter greifen kann.	kf
7a.1	Die Bestimmungen über die Information der Versicherten betrachten wir als nicht hinreichend. Der Versicherte wird nicht darüber informiert, mit welchen Versicherungen seine ÄrztInnen Verträge abgeschlossen haben. Beantragt wird die Erstellung einer Gesamtübersichtsliste.	NW, UR
7a.1	Suppression	PLS
7a.1	Die Abschaffung der freien Arztwahl ist von grosser, einschneidender und qualitätsmindernder Bedeutung. Die Tatsache, dass entgegen dem genauen Gesetzeswortlaut offenbar nicht generell alle Leistungserbringer der Kasse zur Auswahl stehen, sondern nur die im Wohnkanton zugelassenen Leistungserbringer der Kasse, schränkt die freie Arztwahl vor allem in Randgebieten und in ländlichen Gebieten zusätzlich ganz erheblich ein. Aus diesem Grunde müsste klar kommuniziert werden, dass mit der Grundversicherung auch nur eingeschränkte und absolut notwendige Leistungen erbracht werden sollen. Weitergehende Leistungen wie die freie Arztwahl müssten über eine Zusatzversicherung gedeckt werden. Grundsätzlich würden wir eine weitergehende Revision des KVG begrüssen, die auch die Frage der Pflichtleistungen umfasst.	PULSUS
7a.1	Diese Anforderung soll auch mit einer Negativliste erfüllt werden.	SGB
7a.1	Liste könnte sehr lang sein, zu prüfen, ob nicht Information in Form einer Negativliste erfolgen könnte, da Versicherte doppelt geschützt ist (Art. 41a)	SGV
7a.1	Bestimmungen über Information sind nicht ausreichend.	SZ
7a.1	Information der Versicherten ist unzureichend. Der Versicherte hat keine Kenntnis darüber, mit welchen Versicherungen andere Leistungserbringer Verträge abgeschlossen haben. Unklar ob die Liste auch die Einrichtungen nach Art. 39 KVG enthält.	TG
7a.1	Der Versicherte kann als Gesunder nicht beurteilen, welche Ärzte er im Krankheitsfall benötigt.	VSAO

7a.1	Die Bestimmungen über die Information der Versicherten sind ungenügend. Die Versicherten sollen nach dem Revisionsvorschlag lediglich über die für sie konkret zugelassenen Leistungserbringer informiert werden. - mangels Transparenz werden Versicherte nicht mehr in der Lage sein, die Unterscheidung der verschiedenen Angebote zu prüfen. - werden nicht mehr in der Lage sein, einen Versicherten zu finden, der mit allen ihren bisherigen ambulanten Leistungserbringern (Ärzte, Spitex etc.) Verträge abgeschlossen hat Auswahlkriterien bez. Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen transparent gemacht werden.	ZH
7a.2	Der Begriff "nicht eingeschränkt" ist unklar. Für die Versicherten wird eine erhebliche Rechtsunsicherheit geschaffen.	AI
7a.2	Was passiert mit Mutationen?	AR
7a.2	Möglichkeit der willkürlichen jährlichen Anpassung der Versicherer bedeutet für die Versicherten, dass eine Behandlung bei demselben Leistungserbringer über das Jahresende hinaus nicht gewährleistet ist.	BE
7a.2	Präzisierung der Wendung "nicht eingeschränkt werden". Wird Praxis unter dem Jahr durch einen Leistungserbringer übernommen, der nicht auf der Liste figuriert, so muss sichergestellt werden, dass der neue Leistungserbringer mind. bis zur nächsten Änderungsmöglichkeit als Leistungserbringer gilt. Einzufügen wäre, "ausser für den Fall einer Praxis- bzw. Geschäftsübernahme durch einen Nicht-Listen-Leistungserbringer".	BS
7a.2	Zur Sicherstellung der Stabilität soll Versicherer die Liste nur alle zwei Jahre einschränken können.	CNG
7a.2	Modification: Cette liste ne peut être modifiée en cours d'année. Seule une restriction de la liste des fournisseurs en cours d'année est interdite. La question se pose de savoir s'il est sous-entendu que la liste des éventuels nouveaux fournisseurs conventionnés, admis en cours d'année civile, doit être communiquée à tous les assurés (conséquences sur le plan des coûts administratifs).	COSAMA
7a.2	L'expression "ne peut être restreinte" doit être clarifiée: les praticiens qui figurent sur cette liste ne pourront pas être radiés ou est-ce que la liste devra toujours contenir le même nombre de praticiens ?	GE
7a.2	Die Bedeutung des Begriffs "nicht eingeschränkt" ist unklar. Ist der Austausch innerhalb eines Kalenderjahres gestattet?	GR, TG
7a.2	Zustimmung	KSK
7a.2	Le cas échéant introduire la réciproque pour les prestataires de soins vis-à-vis des assureurs.	PLS
7a.2	Es nützt dem Versicherten wenig, wenn die Kasse die Liste der Leistungserbringer nur jährlich einschränken und der Versicherte alle Semester die Kasse wechseln darf, wenn er aber im Vorfeld und in gesunden Tagen nicht in der Lage ist, die Liste der Leistungserbringer auch richtig zu beurteilen. Es ist deshalb eine Art Kündigungsfrist einzuführen, damit laufende Behandlungen abgeschlossen und der Versicherungswechsel in geordneten Bahnen auch möglich sein wird. Diese Frist müsste mindst. 2 Jahre betragen.	PULSUS
7a.2	Wichtig: - Keine Einschränkung während des Kalenderjahres - Liste für nächstes Kalenderjahr frühzeitig erhältlich	SKS
7a.2	Es wird beantragt, - die vertragliche Bindung zwischen Kassen und Leistungserbringer auf mind. 3 Jahre auszudehnen, um die Rechtssicherheit zu erhöhen. - dass der Versicherungsschutz einer begonnenen ärztlichen Behandlung unter Kostendeckung weitergeführt wird.	SVBP
7a.2	Vertragliche Bindung muss mind. für die Dauer von 3 Jahren Geltung haben; zudem muss eine unter Versicherungsschutz begonnene medizinische Behandlung unter Kostenübernahme weitergeführt werden können.	SVPK
7a.2	Die Bedeutung des Begriffs "nicht eingeschränkt" ist unklar. Enthält die Liste auch die Einrichtungen gemäss Art. 39 KVG?	UR

Artikel 35 Absätze 1, 1bis, 1ter sowie 1 quater (neu)**Article 35 alinéas 1, 1bis, 1ter et 1 quater (nouveaux)****Articolo 35 capoverso 1bis, 1tere 1 quater (nuovi)**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
35.1	Die Weiterführung einer bereits begonnenen Behandlung bei einem Ausschluss des Leistungserbringers ist jedoch zwingend zu erklären	AG, BS
35.1	Die Bedeutung des Begriffs "grundsätzlich zugelassen" ist unklar. Falls keine weiteren Kriterien, ist der Begriff zu streichen. Zumindest im erläuternden Text muss enthalten sein, dass die Zulassung auch gilt, wenn im vertragslosen Zustand ein Tarifvertrag durch die Kantonsbehörde festgesetzt wird.	AI, BS, GE, GL, GR, NW, SO, TG, UR, ZH
35.1	Finanzierung der Personen mit Zusatzversicherung?	AR
35.1	Es bestehen keine gesetzlichen Auflagen über die Auswahlkriterien. Der eventuellen Willkür wird demzufolge nichts entgegengesetzt.	BAV
35.1	Eine gesetzliche Definition der Begriffe stationär, teilstationär und ambulant ist unerlässlich. Richtig ist, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwanges nicht auch für den teilstationären und stationären Bereich vorgesehen ist.	BE
35.1	Das Placet eines Krankenversicherers in Form eines Vertrages kann nicht Zulassungskriterium zur Sozialversicherung sein, gegebenfalls ist es ein Zahlungskriterium.	FMH
35.1	Es ist unklar, ob ein durch die Kantons- oder Bundesbehörden festgelegter Tarifvertrag für die Zulassung gilt. Was passiert in der Zeit zwischen Vertragskündigung und der unter Umständen Jahre dauernden behördlichen hoheitlichen Festsetzung?	GL, ZH
35.1	Zustimmung	KSK
35.1	Suppression de l'art. 35, al. 1. Les fournisseurs de prestations doivent accepter les conventions que les assureurs leur imposent. Le PLS s'étonne que les regroupements d'assureurs ne soient pas désignés comme objet d'enquête et de surveillance pour la Commission de la concurrence au même titre que les groupements de fournisseurs.	PLS
35.1	Mit der Abschaffung der freien Arztwahl wird die Zweiklassenmedizin offenkundig eingeführt. Es ist nicht zu übersehen, dass sehr gut ausgebildete und qualitativ hochstehende Ärzte wohl kaum auf Kassenpatienten angewiesen sein werden. Diese Tatsache ist genügend zu kommunizieren, damit die Versicherten auch realisieren, welche immensen Nachteile für sie die Abschaffung der freien Arztwahl mit sich bringen wird. Unter Hinweis auf die Problematik, ob der Kassenarzt im ambulanten Bereich auch private Vereinbarungen für die Behandlung treffen darf oder nicht, ist analog zur Vertragsfreiheit der Versicherer auch zugunsten der Vertragsfreiheit der Leistungserbringer und Patienten zu entscheiden.	PULSUS
35.1	Minimale Vertragsdauer ist auf drei Jahre zu verlängern, wobei zwingende Gründe für eine vorzeitige oder gar fristlose Vertragsauflösung vorbehalten bleiben könnten. Zudem ist Kostenübernahme für eine unter dem Versicherungsschutz begonnene medizinische Behandlung über den Zeitpunkt einer allfälligen Kündigung des Vertrages hinaus weiterzuführen. Um Versicherte nicht zu verwirren, sind auf kantonalen Spitalisten aufgeführte Leistungserbringer zwingend für ambulante Behandlungen unter Vertrag zu nehmen, damit keine Verlagerungen in stationären Bereich stattfinden.	SGV

35.1,1bis, 1ter	<p>Die Erläuterungen halten fest, dass es Sache der Tarifpartner sei, diese Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung zu konkretisieren. Der Bundesrat definiere dazu auf Verordnungsstufe bestimmte Leitplanken. Nur diese garantiere eine Auswahl der Leistungserbringer nach objektiven Kriterien. Damit bleibt jedoch der Entwurf zu ungenau. Zudem ist der Begriff "unter Wahrung der medizinischen Versorgung" unklar, zumindest unglücklich formuliert. Es kommt dabei auf den Grad der medizinischen Versorgung an. Die Grenzen dessen, was notwendig ist, lassen sich nur willkürlich ziehen, z. B. durch die Festlegung einer minimalen Ärztedichte. Es geht nicht an, dass die Grenzen einseitig von den Krankenversicherern festgelegt werden. Unpraktikabel ist im weiteren, dass auf den verschiedenen Stufen des Verfahrens unterschiedliche Kriterien genannt werden. Bereits das Gesetz muss klarere Leitplanken zur Ausarbeitung von Standards setzen, und vor der Beratung in den Räten müssen die Entwürfe zu den Bundesratsverordnungen vorliegen. Es wird vorgeschlagen, dass die Krankenversicherer zu verpflichten sind, die Kriterien so anzusetzen, dass ein quantitativ genügend medizinische Versorgung, nach zeitgemässen medizinischen Qualitätsstandards, gewährleistet ist. Artikel 35 Abs. 1ter KVG könnte dann lauten:</p> <p>Die Leistungserbringer und die Versicherer sind, unter Wahrung der folgenden Kriterien, frei in der Wahl der Vertragspartner.</p> <p>Die Versicherer haben bei der Ablehnung einzelner Leistungserbringer die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, der Qualitätssicherung, der Versorgungssicherheit und der zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards zu berücksichtigen.</p> <p>Der Bundesrat setzt die Kriterien für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung fest, die für die Zulassung der Leistungserbringer massgebend sind.</p> <p>Der Bundesrat legt die Kriterien für eine angemessene Versorgung für Patienten aller Schweregrade fest.</p> <p>Eine andere Möglichkeit wäre, die Tarifpartner zur Ausarbeitung der Kriterien zu verpflichten. Dies Verpflichtung wäre im Gesetz festzulegen.</p>	ISP BE
35.1.b	<p>Modification de l'article.</p> <p>1 Sont en principe admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui:</p> <p>b. ont conclu une convention tarifaire pendant une année civile au moins avec un ou plusieurs assureurs-maladie.</p>	COSAMA
35.1bis	<p>Die Gefahr einer selektiven Nicht-Kontrahierung der Versicherer mit Spitalambulatorien, um die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Versorgungsbereich abzublocken, muss im Auge behalten werden.</p>	AI
35.1bis	<p>Einverstanden</p> <p>Ausdehnung auf stationären Bereich würde zu einer unerwünschter Korrelation mit der Spitalplanung führen.</p>	CNG
35.1bis	<p>Suppression de l'article et remplacement par le texte suivant :</p> <p>La suppression de conclure une convention tarifaire doit être également supprimée pour les traitements en milieu hospitaliers et semi-hospitaliers, car les surcapacités dans le domaine hospitalier ne peuvent être résolues rapidement que par ce biais.</p>	COSAMA
35.1bis	<p>Die Beschränkung auf den ambulanten Bereich ist abzulehnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine einheitliche Definition für ambulant, stationär - nicht nachvollziehbar, wenn Leistungserbringern im stationären Bereich bezahlt werden, im ambulanten aber nicht. - Umgehung dadurch, dass Leistungen unter dem Schutzmantel einer stationären Institution erbracht werden könnten 	FMH
35.1bis	<p>L'inclusion du secteur ambulatoire des hôpitaux dans la nouvelle réglementation est problématique si, comme c'est le cas à Genève, lui seul bénéficie d'un régime conventionnel. Les assureurs sont davantage enclins à contracter avec les services ambulatoires des hôpitaux publics, dont les tarifs sont souvent plus avantageux, qu'avec les services ambulatoires privés. Le secteur ambulatoire des hôpitaux publics ne devrait pas être visé par la nouvelle réglementation.</p>	GE
35.1bis	Zustimmung	GL

35.1bis	Der Einbezug von Spitalambulatorien ist korrekt. Die Gefahr einer selektiven Nicht-Kontrahierung der Versicherer mit Spitalambulatorien, um die Verlagerungen vom stationären zum ambulanten Versorgungsbereich abzublocken, ist jedoch im Auge zu behalten. Französischer Text betreffend milieu hospitalier und milieu semi-hospitalier ist anzupassen; stimmen nicht mit den deutschen Wörtern stationär und teilstationär überein.	GR
35.1bis	Spitäler mit kantonal anerkanntem Notfall erfüllen ausserhalb der regulären Arbeitszeiten zunehmend die Funktion der regionalen Notfallversorgung. Wenn jedes Mal erst abzuklären ist, ob ein Vertrag vorliegt, führt dies zu administrativen Problemen. zu ergänzen: Leistungserbringer im Sinne von Art. 39 haben für die stationäre und teilstationäre Behandlung die Voraussetzung von Abs. 1 lit. b nicht zu erfüllen. Dieselbe Ausnahme gilt für Leistungserbringer, welche eine kantonal anerkannte 24 Stunden-Notfallversorgung betreiben.	H+
35.1bis	Bedingte Zustimmung Mittelfristig muss der Vertragszwang auch im stationären und teilstationären Bereich aufgehoben werden. Einverstanden damit, dass in einem ersten Schritt der Vertragszwang nur im ambulanten Bereich wegfällt und im stationären Sektor die Revision der Spitalfinanzierung abgewartet wird. KSK ist jedoch überzeugt, dass der notwendige Abbau der Überkapazitäten im stationären Sektor ohne Vertragszwang rascher zu erreichen ist und tritt zudem für eine einheitliche Regelung des Vertragswesens in beiden Sektoren ein, um die verzerrende und prämienerhöhende Anreizstruktur zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wirksam und nachhaltig zu korrigieren. Wichtig ist jedoch, dass der Bundesrat die Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten Spitalbereich vorsieht, denn gerade dort stellen die Krankenversicherer sehr hohe Kostensteigerungen fest, die teilweise auf unnötige Mengenausweitungen zurückzuführen sind.	KSK
35.1bis	Unbefriedigend ist, dass der Begriff teilstationär immer noch nicht genügend definiert ist. Genaue Kriterien zwischen ambulant und teilstationär sind festzulegen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs für den ambulanten Bereich in den Spitälern ist mit grossen Problemen behaftet. - Ärzte haben keine Verträge mit den Versicherern - bei jeder Personalmutation müssten die Verträge angepasst werden - ambulante Behandlungen werden auch von ÄrztInnen in Ausbildung vorgenommen - Abgrenzungsprobleme zwischen privaten, nicht privaten, teilstationärer und ambulanter Behandlung Kontrahierungszwang sollte für jene Spitälern beibehalten werden, welche bisher für die gesamten ambulanten Leistungen Vertragspartner waren und in denen die PatientInnen nur auf Zuweisung behandelt werden.	LU
35.1bis	Die Frage, wie der teilstationäre Bereich hier praktisch gehandhabt werden soll, ist mit dem vorgeschlagenen Gesetzestext nicht beantwortet. Es ist nicht zu übersehen, dass die Versuchung für die Spitälern gross sein wird, grundsätzlich ambulante Leistungen in den teilstationären Bereich zu verschieben um mit den Kassen lukrativer abrechnen zu können.	PULSUS
35.1bis	Abgrenzung zwischen teilstationär und ambulant ist nicht klar.	SH
35.1bis	Bestimmung ist zu streichen Es wird dafür gehalten, dass der Kontrahierungszwang konsequenterweise auch für die Leistungserbringer nach Art. 39 für die stationären und teilstationären Behandlungen auszudehnen ist.	SSO
35.1bis	Die Gefahr einer selektiven Nichtkontrahierung der Versicherer mit Spitalambulatorien, um so Verlagerungen vom stationären zum ambulanten Bereich abzublocken, ist im Auge zu behalten.	UR
35.1bis	Si les EMS sont également visés par la suppression de l'obligation de contracter, alors rejete catégorique de la proposition.	VD
35.1bis	Mit der Abgrenzung zu stationärer und teilstationärer Behandlung ergibt sich bei letzterem ein Systembruch, wo Markt und Globalbudget im stationären Bereich aufeinandertreffen würden.	VSAO
35.1bis	gilt dies auch für Pflegeheime?	ZH

35.1ter	<p>Der neue Tarif TarMed legt Taxpunktzahl und Taxpunktwert für einzelne Leistungen verbindlich fest. Nach welchen zusätzlichen Gesichtspunkten soll nunmehr die Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen festgelegt werden?</p> <p>Das Erarbeiten der Kriterien für die Versorgungssicherheit ist Sache der Kantone.</p>	AG
35.1ter	<p>Die Versicherer sind gegenüber den ÄrztInnen in einer stärkeren Position, da die Versicherer unter Tausenden von ÄrztInnen aussuchen können, während für den Arzt nur eine begrenzte Anzahl von Versicherern als Vertragspartner in Frage kommt und er auf den Vertragsschluss viel stärker angewiesen ist als die Versicherung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherer werden ihre starke Verhandlungsposition einsetzen - Versicherer werden vor allem mit ÄrztInnen Verträge abschliessen, welche einerseits durch kurze Behandlungszeiten tiefe Arztkosten versprechen und welche andererseits in ihrem Kundenstamm Patienten haben, die billig sind. Somit wird es für ÄrztInnen mit vielen HIV-positiven Patienten schwierig sein einen Tarifvertrag abzuschliessen zu können. Daran ändert auch das Instrument des Risikoausgleichs nichts, da dieses nur aufgrund des Alters und Geschlechts funktioniert. Alles spricht dafür, dass ein Krankenversicherer, bei freier Wahl, ÄrztInnen mit vielen HIV-positiven Patienten nicht mehr berücksichtigen wird. 	AIDS-Hilfe
35.1ter	<p>Die Parameter einer hinreichenden medizinischen Versorgung sowie die Kriterien für die Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind auf Gesetzesstufe festzulegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wahlfreiheit darf nicht zu einem faktischen Berufsverbot für junge ÄrztInnen führen. - zu verhindern sind unattraktive Listen der Leistungserbringer um damit, die mit die Wahlfreiheit garantierenden Paketen, die Zusatzversicherung zu fördern - vorsehen von Rechtsmitteln bei Verweigerung des Vertragsschlusses - Festlegung der Kriterien für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung auf Gesetzesstufe. 	BE
35.1ter	<p>Wenn die Frage der Wirtschaftlichkeit bereits vom Bundesrat für die Zulassung vorweggenommen wird, fragt sich, nach welchen Kriterien die Versicherer dann noch ihre Vertragspartner aussuchen sollen. Stellen die Kriterien des Bundesrates lediglich Minimalanforderungen an die Wirtschaftlichkeit dar und sollen folglich die Versicherer unter den Wirtschaftlichen die Wirtschaftlichsten aussuchen?</p> <p>Die Frage der Wirtschaftlichkeit wird in Artikel 56 KVG konkretisiert. Art. 56 KVG regelt jedoch nur die Wirtschaftlichkeit der Leistungen und nicht der Leistungserbringer. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wird nur insofern definiert, als dass sich diese in den Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das im Interesses der Versicherten liegt und erforderlich ist. Dies kann jedoch kein Zulassungskriterium für Leistungserbringer sein, sondern höchstens ein Mittel für den Ausschluss aus der Kassenpraxis. Als Zulassungskriterium ist es untauglich, weil bei neuen Leistungserbringern überhaupt erst nach einer gewissen Zeit der Kassenpraxis festgestellt werden kann, ob diese wirtschaftlich arbeiten. Es stellt sich deshalb die Frage, wie bei neuen ambulanten Anbietern die Wirtschaftlichkeit geprüft werden kann.</p> <p>Zweiter Satz von Art. 35 Abs. 1 ter ist zu streichen.</p>	BS
35.1ter	<p>Notwendig sind klare und transparente Kriterien. Versicherer haben sich zudem an Ärztedichte bzw. Zahl der medizinischen Leistungserbringer zu orientieren. In der Verordnung soll ein entsprechendes zusätzliches Kriterium aufgenommen werden.</p> <p>Begrüssst wird ein striktes Festhalten an Qualitätsanforderungen. Wer diese nicht erfüllt, soll auch nicht zu Dumpingpreisen für die Krankenversicherung tätig sein.</p>	CNG

35.1ter	<p>Cette disposition doit être lue avec les art. 45 et 47 LAMal. Le gouvernement cantonal est chargé de veiller à ce que les assurés disposent des soins nécessaires.</p> <p>Critiques liés au fait que les critères ne figurent pas dans la loi et qu'il y a à nouveau délégation au Conseil fédéral.</p> <p>Critères relatifs au caractère économique et à la garantie de la qualité à fixer de manière précise par le Conseil fédéral (cf. Daniele CATTANEO, Il controllo dell'economicità delle cure prestate del medico, in Recueil LAMal-KVG, IRAL, Lausanne 1997, p. 413 et ss., en particulier 451).</p> <p>La possibilité d'exclure un fournisseur "récalcitrant" après une instruction simple et rapide pourrait avoir un effet plus dissuasif que la procédure actuelle (art. 59 LAMal).</p>	COSAMA
35.1ter	<p>Sicherstellung der Versorgungssicherheit durch die Kantone richtig, aber nicht ausreichend. Gesetz muss Gewähr bieten, dass in der Grundversicherung jeder Versicherte unter allen Ärzten, die im Rahmen eines Grundversicherungsvertrages praktizieren, seinen Arzt frei wählen kann.</p> <p>Inhalt des Leistungspaketes der Grundversicherung muss weiterhin verbindlich bleiben und vom Bundesrat festgesetzt werden.</p> <p>Den einzelnen Versicherern ist ausserdem vorzuschreiben, dass sie mit einem bestimmten Prozentsatz (z.B. 80%) aller niedergelassenen Ärzte Grundversicherungsverträge abschliessen müssen, damit den Versicherten unabhängig von ihrer Versicherungsdeckung eine grosse Auswahl an Leistungserbringern garantiert ist.</p>	CVP
35.1ter	<p>Remarques de détail au cas où le Parlement accepterait le projet.</p> <p>Les critères des articles 56 et 58 ne sont pas suffisants. Ils doivent inclure les critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de sélection au détriment des patients qui requièrent beaucoup de soins - interdiction aux assureurs de proposer simultanément l'assurance de base et des assurances complémentaires "libre choix du médecin" - choix des fournisseurs de prestations sur la base de critères transparents et non discriminatoires, et obligation pour les assureurs de les publier. 	FRC
35.1ter	accepté, pas de commentaires.	GE
35.1ter	<p>Die medizinische Versorgung wird in erster Linie dadurch gesichert, dass die nachgefragte Leistung überhaupt erbracht wird und nicht durch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien. Es ist bedenklich, dass sich der Bund zutraut, die Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers bei einheitlichen Preisen beurteilen zu können. Es kann doch gleichgültig sein, ob ein Leistungserbringer für eine Leistung x zu einem Preis y eine halbe oder eine ganze Stunde benötigt.</p>	GL
35.1ter	<p>Für den Abschluss der Tarifverträge sind Versicherer und Leistungserbringer verantwortlich. Sie müssen dies unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität tun. Die Überwachung der Einhaltung dieser Auflagen ist durch die notwendige Genehmigung der Verträge und die fakultative Kompetenz des Bundesrates zum Erlass von Grundsätzen und zur Anordnung von Kontrollen hinreichend sichergestellt. Es ist nicht einzusehen, weshalb diese Zuteilung der Verantwortlichkeiten und das Procedere nun abweichend geregelt werden sollen</p> <p>Zweiter Satz von 1ter ist zu streichen</p>	H+

35.1ter	<p>Wegfall des Vertragszwanges führt dazu, dass Versicherer wie Leistungserbringer in der Wahl ihrer Vertragspartner frei sind. Dies steht im Widerspruch zu einer Festlegung der Regeln für den Vertragsabschluss durch den Bundesrat. Einverstanden, dass diese Kriterien bei Vertragsabschlüssen zur Anwendung kommen. Es entspricht aber der Logik des Systems, dass die Vertragspartner diese Kriterien selbst konkretisieren und in ihren Verträgen festlegen.</p> <p>Zweck ist nicht, Ärzte in grosser Zahl auszuschliessen, sondern Anreize für wirtschaftliches Handeln zu setzen und die Voraussetzungen für Qualitätssicherung und -förderung zu optimieren. In der Praxis dürfte sich daher folgendes schrittweises Vorgehen ergeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abschluss von Verträgen der meisten Versicherer mit allen zugelassenen Leistungserbringern (junge Ärzte, die eine Praxis eröffnen, ausdrücklich eingeschlossen); Einzelfallprüfung vieler Versicherer bei denjenigen Leistungserbringern, die sich in der Vergangenheit offensichtlich unwirtschaftlich verhalten haben, mit der Folge, dass entweder kein Vertrag abgeschlossen wird oder differenzierte Verträge mit verhaltensändernden Anreizen angeboten werden. 2. Abschluss von differenzierten Verträgen mit Ärzten/Ärztegruppen, die zur Zusammenarbeit bereit sind, um wirtschaftliches Handeln zu belohnen und Voraussetzungen für gute Qualität zu optimieren. Ansätze zur Qualitätsverbesserung und -kontrolle wie Zertifizierung durch Stiftung für unabhängige, externe Qualitätskontrolle in Managed Care, QualiDoc-Programm der Firma SwissPEP oder Qualitätslabel für Ärztegruppen des MediX-Ärzteverbundes auf der Basis von strukturierten und protokollierten wöchentlichen Qualitätszirkeln. 3. Möglichkeit, zukunftsgerichtete Versorgungsmodelle zu fördern, indem mit medizinischen Versorgungsnetzen Verträge ausgehandelt werden. <p>2. Satz ist wie folgt zu ändern: Für die Festsetzung der Kriterien zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind die Artikel 56 und 58 KVG massgebend.</p>	KSK
35.1ter	<p>Unklar ist welche Bedeutung die vom Bundesrat festzulegenden Kriterien haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hat derjenige, der sie erfüllt Anspruch auf Zulassung - oder kann nur derjenige zugelassen werden, der sie erfüllt - oder spielen die Kriterien nur bei der Tariffestsetzung eine Rolle <p>Ob es sinnvoll, notwendig und richtig ist, dass der Bundesrat Kriterien zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung festlegt, muss zumindest bezweifelt werden.</p>	LU
35.1ter	<p>Ablehnung</p> <p>Für die Wahrung der medizinischen Versorgung müssen Kriterien der Versorgungssicherheit angewandt werden. Dieser Absatz ist insbesondere im Zusammenhang mit Art. 45 und 47 KVG problematisch. Der Vollzug dieser Bestimmung dürfte an massiven Praktikabilitätsproblemen hängen bleiben.</p>	NW
35.1ter	<p>Dem Bundesrat ist die Kompetenz abzusprechen, Kriterien für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung festzulegen. Da dies eine für ihn nicht lösbare Aufgabe ist. Einerseits fehlt dem Bundesrat die nötige fachliche und auf dem neuesten Stand stehende Kompetenz, andererseits streiten sich auch bestens ausgebildete Fachleute darüber, was nun wirtschaftlich und oder die richtige Behandlung ist. Der Vorschlag ist mehr vom Wunschenken, als von einer guten, praktikablen Lösung geprägt.</p>	PULSUS
35.1ter	<p>Bestimmung ist unklar bzw. widersprüchlich.</p>	SAEB, GELIKO, ASKIO

35.1ter	<p>Der Apothekerverband unterstützt die Festlegung von gemeinsam mit den betroffenen Leistungserbringern festgelegten Qualitätskriterien.</p> <p>- Änderung in Artikel 40 KVV ApothekerInnen haben sich über eine minimal zweijährige, durch strukturierte Weiterbildung begleitete praktische Tätigkeit in einer Apotheke auszuweisen. Ein paritätisches Organ zwischen dem BSV und dem Berufsverband der Schweizer Apotheker erlässt Kriterien für die Akkreditierung der Weiterbildung und der für die praktische Tätigkeit geeigneten Apotheken. Das BSV kann auf gemeinsamen Antrag der nationalen Verbände der Krankenversicherer und der Apotheker wohl Weiter- und Fortbildungsanforderungen, als auch permanente Qualitätssicherungsprogramme als minimale Bedingung für die Zulassung als Leistungserbringer gemäss Art. 37 Abs. 1 KVG festlegen.</p> <p>- oder in Art. 46 bis neu Antrag von Meyer-Kaelin 1. In Verbandsverträgen (Verträgen zwischen einem Verband von Leistungserbringern und einem Verband von Versicherern) können die Tarifpartner das Beitrittsrecht des Leistungserbringers und sein Recht, weiterhin dem Tarifvertrag anzugehören, davon abhängig machen, dass er: a.) Für die im Verbandsvertrag tarifierten Leistungen die gesetzlichen und vertraglichen Zulassungsvoraussetzungen gemäss Art. 45- 40, Art. 43 Abs. 2 lit. d und Art. 58 erfüllt; b.) bei der Tätigkeit im Rahmen der Leistungen nach diesem Gesetz die gesetzlichen und verbandsvertraglichen Anforderungen an Qualität, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sicherstellt. 2. Die eidgenössischen Dachverbände der Leistungserbringer sowie der Versicherer konkretisieren die Kriterien gemäss Abs. 1 Bst. b. Können sie sich nicht einigen, ist der Bundesrat dafür zuständig. 3. Bestreitet ein Versicherer, dass ein Leistungserbringer die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 erfüllt bzw. noch erfüllt für seine Beteiligung am Tarifvertrag, entscheidet eine paritätische Kommission der beiden Vertragsverbände spätestens innert drei Monaten. Gegen deren Entscheid kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Schiedsgericht gemäss Art. 89 erhoben werden. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die paritätische Kommission nicht innert längstens drei Monaten entscheidet.</p>	SAV
35.1ter	<p>Sicherstellung der Gesundheitsvorsorge ist Sache der Kantone. Hier stellt sich die Frage, ob die medizinische Versorgungssicherheit der bei der Kasse X versicherten Person schwerer wiegt als das kostengünstigste Angebot eines ambulanten Leistungserbringers in dieser Region? Steht ebenfalls in einem Widerspruch zu Art. 45 KVG.</p>	SG
35.1ter	<p>Von der Wirksamkeit der erbrachten Leistung ist nicht die Rede, welche oftmals über die Kosten entscheiden. Beziehung zwischen Arzt/Patient wird völlig ausser acht gelassen. Einseitige Möglichkeit der Versicherer, Leistungserbringer auszuschliessen bedeutet in einem System des Versicherungsobligatoriums ein Berufsverbot für den Ausgeschlossenen.</p>	SGAM
35.1ter	<p>Unklar was, unter der "Wahrung der medizinischen Versorgung" zu verstehen ist. Unklar sind auch die Kriterien betreffend Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung.</p>	SH
35.1ter	<p>Bundesrat soll Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung festsetzen, Konkretisierung der objektiven Kriterien kann den Versicherern überlassen werden, unter der Bedingung, dass deren Kriterien nachvollziehbar und überprüfbar sind sowie veröffentlicht werden.</p>	SKS
35.1ter	<p>Für Wahrung der medizinischen Versorgung müssen Kriterien der Versorgungssicherheit und nicht Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien zum Zuge kommen. Für die Versorgungskriterien sind die Kantone zuständig, für die anderen sind zwischen den Vertragsparteien auszuhandeln. Die vorgeschlagenen Regelung ist zudem auch verfassungsmässig bedenklich.</p>	SO
35.1ter	<p>Es ist festzuhalten, dass ein Gesuch um Anerkennung als Leistungserbringer nur gestützt auf entsprechende Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung abgelehnt werden kann.</p>	SSO

35.1ter	Die Kantone sind gehalten, eine flächendeckende, qualitativ genügende Versorgung sicherzustellen. Eine entsprechende Rechtskompetenz ist im Gesetz vorzusehen.	SVBP
35.1ter	Kriterien für die Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind durch die Kantone zu definieren. Es müssen Kriterien der Versorgungssicherheit angewandt werden.	TG
35.1ter	Für Wahrung der medizinischen Versorgung müssen Kriterien der Versorgungssicherheit und nicht Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien angewendet werden. Es ist befremdend, wenn der Bundesrat die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer an Hand der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Leistungen ermitteln will. Nachdem innerhalb eines Kantons für alle Leistungen der gleiche Preis gilt, ist dies ökonomisch schlicht unmöglich.	UR
35.1ter	La connaissance des critères par les cantons est déterminante. Les nomenclatures fédérales (TarMed, physiothérapeutes, ...) devront-elles s'imposer aux assureurs qui négocieraient la seule valeur du point ?	VD
35.1ter	Die Konkretisierung und die Definition was ein qualitativ guter und wirtschaftlicher Leistungserbringer ist, würde den Krankenkassen überlassen, welche ja Möglichkeit hätten Leistungserbringer von den Tarifverträgen auszuschliessen.	VSAO
35.1ter	Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien müssen auf Gesetzesstufe festgelegt sein; Kriterien für Versorgungssicherheit müssen festgelegt werden; letzteres ist zu ergänzen.	ZH
35.1ter, 1quater	Eine der zentralen Randbedingungen für ein wettbewerbliches Kontrahierungsmodell sind Chancengleichheit der Beteiligten. Dies soll als Grundsatz dieser Artikel garantieren, der in der Sache eine leeres Lippenbekenntnis ist: - Kantone werden mit einer carte blanche versehen (Art. 45) - Vertragsparteien verfügen nicht über die gleichen Mittel, Konflikte durchzustehen - Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, die der Bundesrat wohl per Verordnung festlegen soll, sind weder hinsichtlich Zielrichtung noch bezüglich Inhalt in Andeutungen erkennbar. Kontrolle durch kantonale Regierungen und Bundesrat bedeutet, dass diese in eigener Sache entscheiden können. Dies ist gesundheitspolitisch und staatsrechtlich in hohem Masse bedenklich.	FMH
35.1quater	wird ausdrücklich begrüsst, keine kartellistische Absprachen mehr.	CNG
35.1quater	Suppression de cet article. La Commission de la concurrence est un nouvel interlocuteur, qui poursuit des objectifs pas forcément conciliables avec ceux d'une vision globale de la santé.	COSAMA
35.1quater	Zustimmung	GE, SZ
35.1quater	Zustimmung, aber Preisüberwacher ist in Abläufe auch zu involvieren.	kf
35.1quater	Zustimmung zum ausdrücklichen Bezug auf das Kartellgesetz mit den entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten, um fairen Wettbewerb zu garantieren, Absprachen zu verbieten und einen konzentrierten Ausschluss von Leistungserbringern oder Versicherern aus dem System zu verhindern.	KSK
35.1quater	Die Unterstellung unter das Kartellgesetz erscheint richtig.	PULSUS
35.1quater	Zu streichen, KVG enthält die notwendigen Wettbewerbselemente	SAV
35.1quater	Disposition déjà contredite par le commentaire de l'art. 41, al. 2, let. a qui expose que les "assureurs peuvent éviter ces tarifs différenciés en cherchant à uniformiser le plus possible leurs convention tarifaires".	VD
35.1quater	Art. 35 Abs. 1 quater soll gestrichen werden. Dieser neuen Bestimmung kommt im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung nur deklaratorische Wirkung zu und wird deshalb den Anwendungsbereich des Kartellgesetzes auch nach Aufhebung des Kontrahierungszwangs nicht erweitern. Das KVG enthält weiterhin Normen, die eine staatliche Markt- und Preisordnung begründen. Solche Vorschriften bleiben gestützt auf Art. 3 Abs. 1 KG weiterhin vorbehalten.	WEKO
35.1quater	Diese Bestimmung macht in einem regulierten Markt mit regionalen Versorgungs- und Versicherungsoligopolen wenig Sinn. KVG ist auf nivellierte Preise ausgerichtet. Eine weitere Instanz löst nur Doppelspurigkeiten sowie rechtsdogmatische Widersprüche aus.	ZH

Artikel 41 Sachüberschrift sowie Absätze 1 und 2 Buchstabe a**Article 41 titre marginal ainsi que alinéas 1 et 2 lettre a****Articolo 41 titolo marginale e capoversi 1 e 2 lettera a**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
41	Bei vertraglich gebundenen Leistungserbringern ist zwingend das System des "tiers payant" anzuwenden, damit der Versicherte nicht unter einem Tarifstreit leidet. Bei nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern kann das System des "tiers garant" angewendet werden.	SGB
41.1	Der Artikel regelt nicht, dass die Versicherten sowohl am Wohn- wie auch am Arbeitsort den Zugang zu Leistungserbringern haben müssen. Der Begriff "für sie zugelassen" ist zu wenig präzise.	AI
41.1	Versicherte mit HIV/Aids müssen aufgrund der im Art. 35 Abs. 1 ter KVG genannten Gründen befürchten, dass ihr langjähriger Arzt nicht mehr unter den zugelassenen ÄrztInnen figuriert, weshalb sie entweder den Krankenversicherer oder aber den Arzt wechseln müssen.	AIDS-Hilfe
41.1	Juristischer Stellenwert von Leistungen, die von ÄrztInnen im Rahmen von Zusatzversicherungen mit freier Wahl erbracht werden?	AR
41.1	Der Artikel weicht von den Prinzipien des KVG ab - freie Wahl des Leistungserbringers - gleiche und umfassende medizinische Versorgung für alle	BAV
41.1	Wahlfreiheit der Versicherten wird zur Farce.	BE
41.1	Regelung für die Behandlung am Arbeitsort fehlt. Nach der neuen Regelung wäre für die Behandlung am Arbeitsort eine allfällige Tariffdifferenz von den Versicherten selber zu tragen, was klar abgelehnt wird.	BS
41.1	Modification de cet article. L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis par son assureur et aptes à traiter sa maladie.	COSAMA
41.1	Was ist mit vertraglich vereinbarten Tarifen gemeint? Sollte der Bundesrat in völliger Verkennung der durch diese Vorlage ausgelösten Entwicklungen davon ausgehen, dass zwischen den Gremien der Leistungserbringer und der Versicherer auf kantonaler und schweizerischer Ebene noch Tarifverträge ausgehandelt würden, so würde er die selbst gewählte Maxime eines wettbewerblichen bzw. marktorientierten Gesundheitswesens selber ad absurdum führen. Wie sollte dann eines der wichtigsten Markt-Instrumente zur Differenzierung der Leistungserbringer, der Preis der Leistung, funktionieren können, wenn dieser vorgängig obrigkeitlich fixiert würde?	FMH
41.1	Il n'est plus tenu compte du lieu de travail de l'assuré, ce qui porte préjudice aux pendulaires qui doivent pouvoir se faire soigner tant à leur lieu de résidence qu'à leur lieu de travail. Il faudrait reformuler cette disposition et définir la portée territoriale des conventions passées entre fournisseurs de prestations et assureurs.	GE
41.1	Ein Glarner, der bei der Dorfkrankenkasse in Elm versichert ist, kann an seinem Arbeitsort in Zürich nur dann zum Arzt gehen, wenn dieser mit seiner Versicherung bereits im Jahr vor der Behandlung einen Vertrag abgeschlossen hat. Da bleibt nur noch zu hoffen, dass der Arzt in Zürich zu rechten Zeit mit der Dorfkrankenkasse einen Vertrag abschliessen konnte.	GL

41.1	Das "für sie zugelassen " ist zu schwammig. Wenn keine spezielle Arbeitsort-Regel aufgestellt wird, bedeutet das, dass alle ausserkantonalen Leistungserbringer zugelassen sind oder keine? Wie steht es mit der Übernahme allfälliger Tariffdifferenzen?	GR
41.1	Der Begriff "für sie zugelassen" ist zuwenig bestimmt.	NW
41.1	Cet article consacre le principe du "réseau de soins" et fait de l'exception d'aujourd'hui la règle de demain, alors que rien ne démontre que le fonctionnement en réseau de santé soit moins coûteux ou que le rapport qualité/coût de la prise en charge soit amélioré à moyen terme.	PLS
41.1	Abschaffung der freien Arztwahl hat nachteilige Folgen; siehe allgemeine Bemerkungen	PULSUS
41.1	suggeriert weiterhin freie Arztwahl; vorab die jungen Kolleginnen werden daran gehindert überhaupt eine Praxis zu eröffnen	SGAM
41.1	Artikel regelt nicht mehr, dass die Versicherten sowohl am Wohn- wie auch am Arbeitsort Zugang zu Leistungserbringern haben müssen. Was heisst dies? Wie steht es mit der Übernahme allfälliger Tariffdifferenzen? Angesichts der heutigen Mobilität ist naheliegend, dass ambulante Behandlungen im Gebiet des Arbeitsortes möglich bleiben sollten.	SH, SO, SZ, TG, UR, ZH
41.1	Non sarà evidente per i cittadini cambiare assicuratore per seguire il medico di sua fiducia. Il libero passaggio non esiste nelle assicurazioni complementari, ciò che condiziona il principio del libero passaggio integrale nella LAMal.	TI
41.2	Die Notfalldefinition muss auf jeden Fall mit einer zumutbaren Distanzregelung verbunden werden.	AG
41.2	Notfall-Dispositiv ist nicht befriedigend. Im ambulanten Bereich ist der Besuch des Leistungserbringers im Notfall wesentlich weniger klar definierbar, als im stationären Bereich.	AI, SZ, TG, ZH
41.2	Was bedeutet, "wenn die erforderliche Leistung nicht angeboten wird"? Müssen die Versicherten zwingend zu derjenigen Versicherung wechseln, mit der eben dieser eine Arzt (nur ein Arzt in Randregion tätig) einen Vertrag abschliessen konnte oder können alle Versicherer verpflichtet werden, mit diesem Arzt einen Vertrag abzuschliessen? Definition des Notfalls ist nicht zufriedenstellend.	AR
41.2	Daran ändert auch Abs. 2 nichts, da viele Behandlungen am Arbeitsort nicht dringlich sind. - Notfall-Dispositiv ist nicht befriedigend - Im ambulanten Bereich ist der Besuch des Leistungserbringers im Notfall wesentlich weniger klar definierbar, als im stationären Bereich. - Die vorgeschlagene Formulierung "nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt" ist bei fehlendem Kontrahierungszwang unklar. In Art. 41 Abs. 2 ist ausdrücklich festzuhalten, dass die Kantone für Behandlungen die aus medizinischen Gründen bei Nicht-Vertragspartnern stattfinden, einen Tarif festsetzen müssen.	BS
41.2	Qu'en est-il de l'assuré qui consulte un médecin à son lieu de travail, hors de son canton de résidence sans raisons médicales ? Si des conventions interrégionales doivent être possibles (p. 14 rapport explic.), la liste des fournisseurs de prestations de l'art. 7, al. 1 pourrait donc s'étendre à des prestataires domiciliés hors du canton de l'assuré (p. 9 rapport explic.).	COSAMA
41.2	Die im Begleittext zu diesem Artikel vorgebrachten Argumente sind nur teilweise richtig und überdies lückenhaft. Denkbar, dass seltene Leistungen und Notfalldienste von nicht genehmen Leistungserbringern erbracht werden. Der von der Regierung für diese festgelegte Tarif würde im Rekursfall vom Bundesrat geschützt. Regelung ist in keiner Weise mit dem UVG abgestimmt.	FMH
41.2	Formulierung "wenn die erforderliche Leistung nicht angeboten wird" ist zu schwammig; unklar ist auch wann, im ambulanten Bereich ein Notfall vorliegt.	GL
41.2	Die Regelung ist für PendlerInnen nicht ausreichend. Notfall-Dispositiv ist unbefriedigend. Im ambulanten Bereich ist der Besuch des Leistungserbringers im Notfall wesentlich weniger klar definierbar, als im stationären Bereich.	GR, UR
41.2	Harmonisierung der Tarifverträge ist unverzichtbar hinsichtlich Transparenz und Glaubwürdigkeit.	kf

41.2	Finanzierung der Notfallbehandlung ist in jedem Fall zu gewährleisten, damit Patient nicht unter Unklarheit leidet. Verweis auf Art. 89 Abs. 3 KVG	KSK
41.2	Eine spezielle Notfallregelung erscheint dringend geboten. Falls die freie Arztwahl tatsächlich abgeschafft werden soll, ist die vorgeschlagene Regelung nötig und richtig.	PULSUS
41.2	Begriff "Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt" ist unklar. Erläuterungen des Kommentars müssen in Gesetzestext einfließen	SAEB, GELIKO, ASKIO
41.2	Die Auslegung der Begriffe "Notfall" oder "wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden" wird gerade im ambulanten Bereich, da nirgends definiert, Anlass zu Streitigkeiten mit entsprechenden Auswirkungen auf Verwaltungsaufwand und Rechtsverfahren geben. Gefahr, dass Behandlungen, die von einem nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer durchgeführt werden, im Nachhinein als Notfall abgerechnet werden.	SG
41.2	Kostenübernahme durch andere Leistungserbringer ist bei medizinischer Indikation zwingend zu gewährleisten. Vorschlag ist allerdings zu unklar in bezug auf die Frage, wer entscheidet, ob bestimmte Leistungen nicht angeboten werden und damit Krankenversicherung zur Kostenübernahme zwingt.	SKS
41.2	L'application de cet article va générer de très nombreux recours; en particulier la question de savoir si le recours à un fournisseurs de soins qui n'est pas lié à l'assureur répondait ou pas à une indication médicale.	VD
41.2	Diese Bestimmung würde auch im ambulanten Bereich eine Flut administrativer Arbeit auslösen.	VSAO

Artikel 41a (neu)**Article 41a (nouveau)****Articolo 41a (nuovo)**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Informationspflicht muss weiter präzisiert werden.	AG
Regelungen über die Informationspflicht ist nicht befriedigend.	AI, TG, UR
Afin d'éviter certains litiges, cette disposition devrait aller plus loin et stipuler que les fournisseurs de prestations doivent prévenir leurs patients qu'un traitement prévu ne sera pas forcément pris en charge pas l'assurance obligatoire.	COSAMA
Remarques de détail au cas où le Parlement accepterait le projet. L'information, avant le traitement, doit être donnée par écrit (nom des assureurs avec lesquels le fournisseur a signé une convention). Seule preuve pour l'assuré en cas de litige.	FRC
Le rapport indique que le fournisseur de prestations qui omet d'informer l'assuré perd sa créance contre lui. Cette conséquence devrait figurer dans le texte même de la disposition.	GE
Die Regelungen über die Informationspflicht befriedigen nicht. - Information im Notfall sowie Information bei Ausschluss eines Leistungserbringers unklar - Gefahr der Informationslawine	GR, NW, SZ, ZH
Diese Regelung wird als heikel betrachtet. Für Notfallsituationen ist die Lösung strikte abzulehnen. Es muss im Notfall dem pflichtgemässen Ermessen des Arztes anheimgestellt sein, welche Massnahmen er trifft. Eine allgemeine Information, weitergehende Leistungen seien privatrechtlich zu bezahlen, müsste genügen.	PULSUS

Informationspflicht bringt einen riesigen administrativen Aufwand, die ärztlichen Konsultationen werden massiv verlängert	SGAM
Damit völlige Klarheit über Ausmass der Versicherungsdeckung herrscht, sollen Versicherte ihren Versicherungsausweis vorweisen müssen, dies kann auch durch ein elektronisches System erfolgen.	SGB
Vorschrift zu ungenau, was heisst "vor" der Behandlung? Noch zu regeln. Beweislast für die Erfüllung der Informationspflicht muss zudem beim Leistungserbringer liegen. Folgen der nichterfolgten Information auch zu regeln.	SKS
Die Aufklärungspflicht betreffend Versicherungsleistungen kann nicht dem Leistungserbringer obliegen. Vielmehr ist es Aufgabe der Versicherung, ihren Versicherten die Leistungen und die zulasten der sozialen Krankenversicherung bestimmten Leistungserbringer zu nennen. Leistungserbringer ist von der Informationspflicht zu entbinden.	SVBP
ist praxisfremd; diese Informationspflicht ist ausschliesslich dem Versicherer aufzuerlegen	SVPK
Le TFA entend se prononcer uniquement sur des aspects juridiques. Difficulté d'application de cette règle en ce qui concerne le fardeau de la preuve. Proposition de prévoir dans les disposition d'exécution qu'il soit exigé du fournisseur de prestations, notamment s'il s'agit d'un médecin, qu'il remette à ses patients, avant le début du traitement, une liste écrite des assureurs avec lesquels il a passé une convention.	EVG
Diese Bestimmung ist einseitig und setzt voraus, dass die Versicherten zumindest ihren Versicherer bekannt geben können, was nicht immer vor der Behandlung der Fall ist.	VSAO

Artikel 45**Article 45****Articolo 45**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Sicherstellung ist Sache der Kantone.	AG, SG, TG, UR
Kriterien, welche der Bundesrat ausarbeitet, müssen sich von denjenigen der Versicherer unterscheiden. Während die Versicherer die ÄrztInnen vor allem nach ökonomischen Kriterien aussuchen werden, muss der Bundesrat zwingend auch andere Faktoren berücksichtigen.	AIDS-Hilfe
Versorgung bei Vertragsaufhebung in Regionen mit geringer Ärztedichte? Wie sehen die Kriterien des Bundes aus? Wie greift der Bund in die Kantonshoheit ein?	AR
Kriterien für eine angemessene Versorgung liegen nicht vor. - Eckpfeiler sind auf Gesetzesstufe zu verankern. - Die Frage, nach welchen Kriterien die Versicherer gezwungen werden, Tarifverträge mit Leistungserbringern abzuschliessen, bleibt unbeantwortet. Kriterien auf Gesetzesstufe festlegen	BE
Diese Bestimmung ist, soweit sie die Bundeskompetenz zur Festlegung der Kriterien für eine angemessene Versorgung betrifft, verfassungswidrig. Gesundheitsversorgung ist Sache der Kantone, somit auch der Entscheid darüber, welches Ausmass an Versorgung angemessen ist. - Die den Tarifschutz betreffende Formulierung lässt, da neu kein Rahmentarif mehr festgesetzt wird, offen, an welchem Tarif sich der Tarifschutz orientiert. - Auf ein Antragsrecht seitens des Leistungserbringers oder des Versicherers ist hingegen zu verzichten. - Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist zu hinterfragen, sofern auf die Wirksamkeit der Marktkräfte tatsächlich vertraut wird.	BS

Accord. A côté des critères d'économie et de qualité du traitement, le Conseil fédéral doit énumérer dans une ordonnance, les critères permettant de savoir si une fourniture de soins est appropriée.	COSAMA
Die Kontrolle der kantonalen Regierung dürfte sich nicht nur auf die Sicherstellung der Behandlung beschränken. Sie müsste ebenso den Schutz des einzelnen Leistungserbringers vor der Willkür der Kassen und ihrer Funktionäre umfassen. Es ist diesem Zusammenhang keineswegs zwingend, dass die Kasse ein Interesse hätte, mit möglichst vielen Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen.	FMH
Remarques de détail au cas où le Parlement accepterait le projet. Crainte que cette disposition soit très souvent appliquée par les fournisseurs de soins, avec pour conséquence de très nombreux recours. S'agissant de la disposition selon laquelle le Conseil fédéral fixera par voie d'ordonnance les critères déterminants pour savoir si la fourniture en soins peut être considérée comme appropriée, la FRC demande que dite ordonnance soit soumise à consultation.	FRC
Les articles 45, 46 et 47 confèrent des compétences aux autorités cantonales dont pourraient découler des inégalités de traitement en fonction du canton de résidence (critères différents retenus selon le canton). Multiplication des procédures de recours qui paralysera le fonctionnement du système au détriment des assurés.	FRSP
Accord. Pas de commentaires.	GE
Sicherstellung ist Sache der Kantone. Bestimmung ist verfassungswidrig.	GL, NW
Analog Art. 7a Absatz 1 auch hier Regelung für Einzugsgebiet zu treffen (Art. 47 Abs. 1ter).	kf
Neuordnung der Artikel 45 und 47 des Entwurfes. Artikel 47 soll sich nur auf den stationären Bereich beziehen, währenddem Artikel 45 die neuen Ausgangslage durch Wegfall des Vertragszwanges im ambulanten Bereich berücksichtigt. Die Absätze 1bis und 1ter von Artikel 47 werden zu Absätzen 2 und 3 von Artikel 45. Gestrichen werden soll die Kompetenz des Bundesrates, die Kriterien für eine angemessene Versorgung festzulegen. Die Sicherstellung der Versorgung soll Sache der Kantone bleiben, Verpflichtung auf zeitgemässe Versorgungsstandards genügt. Absatz 2 ist gegenüber der bundesrätlichen Fassung in Art. 47 Abs. 1bis so zu formulieren, dass keine Beschwerdeflut der Leistungserbringer entsteht, da die Geltendmachung der unzureichenden Versorgung nicht genügt, sondern der Nachweis zu erbringen ist. Vorschlag: Art. 45 Ausstand von Leistungserbringern oder fehlende Tarifverträge 1 Ist wegen Ausstandes von Leistungserbringern oder fehlender Tarifverträge die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, so sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch in diesem Fall. 2 Weist ein Versicherer oder ein Leistungserbringer nach, dass für ambulante Behandlungen die medizinische Versorgung ohne Vertragsbeitritt unzureichend wäre, so kann der betroffene Versicherer oder der betroffene Leistungserbringer bei der Kantonsregierung den Beitritt verlangen. 3 Die Kantonsregierung berücksichtigt bei der Beurteilung der medizinischen Versorgung die zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards. Das Angebot ausserhalb des Kantons ist ebenfalls einzubeziehen.	KSK
Unklar ist, wie die Kantone für die Sicherstellung einer genügenden Versorgung sorgen sollen. Bezweifelt wird, dass der Bundesrat Kriterien für eine angemessene Versorgung festlegen kann.	LU
Le PLS affirme se féliciter de cet article, car la rupture avec l'état de droit actuel et l'arbitraire auquel les fournisseurs de soins seront soumis le rendront indispensable.	PLS
Die eingeschränkte Wahlfreiheit darf nicht dazu führen, dass die Kantone den Notstand erklären, zur ultima ratio greifen und in die Vertragsfreiheit der Partner eingreifen können. Die Möglichkeit des Eingreifens der Kantone muss auf den massiven Ausstand von Leistungserbringern beschränkt werden.	PULSUS

Wir befürchten, dass es kaum möglich sein wird, griffige Kriterien für die Definition "angemessene Versorgung" zu umschreiben. - keine Überblick, wer mit wem einen Vertrag abgeschlossen hat Versicherte müssen die Möglichkeit haben, auf Versorgungsmängel aufmerksam zu machen.	SAEB, GELIKO, ASKIO
Wer definiert die angemessene Versorgung, wenn nirgends im Gesetz die Qualität der medizinischen Versorgung definiert ist?	SGAM
Artikel missachtet in schwerwiegender Weise die verfassungsmässige Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung. Es kann nicht angehen, dass in einem Gesetz, welches die Krankenversicherung regelt, die Aufgabe zugewiesen wird, die Kriterien für eine angemessene Gesundheitsversorgung zu definieren.	SH
nicht nur räumliche, sondern auch von Grundversorgung innerhalb der verschiedenen medizinischen Sparten	SKS
Sicherung der Gesundheitsversorgung ist Sache der Kantone. Bestimmung ist verfassungsmässig bedenklich.	SO, SZ
Die festzulegenden Kriterien für eine angemessene Versorgung sind von den Kantonen selber zu definieren. Werden sie jedoch vom Bundesrat bestimmt, sind sie gleichzeitig mit der Gesetzesvorlage zu publizieren.	SVBP
I Cantoni potranno solo vegliare che le cure minime ai sensi di legge siano garantite: situazione più declamatoria e di sicurezza che non una possibilità vera di interazione attiva.	TI
Etant donné le fait que les "critères permettant une fourniture appropriée" ne sont pas encore définis, tout accord sur cette disposition est exclu. Le Conseil fédéral voudrait s'arroger de nouvelles compétences que la Constitution fédérale attribue aux cantons.	VD
Diese Bestimmung ist ohne fundierte und längerfristige Untersuchungen zu den Themen Ärztedichte und medizinische Überversorgung nicht durchführbar. Die heute in Kreisen der Politik verbreitete Meinung, dass die Gesundheitskosten vorrangig mit der Zunahme der Ärztedichte proportional steigen, ist sehr undifferenziert und sollte unseres Erachtens intensiver hinterfragt werden. - junge Ärzte arbeiten weniger - Teilzeitarbeit ist steigend - Rezession, Umweltverschmutzung, Lärm, zunehmender Stress am Arbeitsplatz führen zu mehr gesundheitlichen Problemen und ärztlichen Konsultationen - medizinische Forschung geht immer weiter - PatientInnen sind durch zunehmende Information zur Gesundheit sensibilisiert, kennen viel mehr Risiken als früher.	VSAO

Artikel 46 Absätze 2 und 5

Article 46 alinéas 2 et 5

Articolo 46 capoversi 2 e 5

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
46.2	Zustimmung, doch redaktionelle Überarbeitung, da im Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherern keine Regelungen zu Lasten Dritter getroffen werden können.	AG
46.2	Die Formulierung, dass der Vertrag mit einem Verband Regelungen sowohl für Mitglieder wie auch für Nichtmitglieder enthält, ist missverständlich. Es muss klar sein, dass für beide die gleichen Regelungen gelten und für Nichtmitglieder lediglich Beitrittsgebühren erhoben werden.	AI

46.2	Dieser Artikel impliziert, dass ein Arzt, der verschiedenen Verbandsverträgen beiträgt, zu verschiedenen Tarifen praktiziert. Grosse Probleme mit Kostenneutralität. Es stellt sich generell die Frage des Beibehaltens von Tarifvereinbarungen zwischen Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer.	AR
46.2	Modification de la première phrase de l'article. Les conventions avec les fédérations ne lient que les fournisseurs de prestations et les assureurs qui ont adhéré à la convention et qui sont admis dans les conventions pour les traitements ambulatoires.	COSAMA
46.2	Disposition wirkt belustigend. Wer sollte denn um Gottes Willen in dieser völlig veränderten Vertragslandschaft noch ein Interesse und die Möglichkeit haben, Verbandsverträge abzuschliessen? Artikel ersatzlos zu streichen.	FMH
46.2	Cette disposition devrait être clarifiée, car la suppression de l'obligation de contracter devrait entraîner par nature une certaine exclusivité.	GE
46.2	Die Formulierung, dass der Vertrag mit einem Verband Regelungen sowohl für Mitglieder wie auch für Nichtmitglieder enthält, ist missverständlich.	GR
46.2	Die Frage, ob Verbandsverträge geschlossen werden können, ist unter dem Gesichtspunkt des Kartellgesetzes zu prüfen. Die Möglichkeit, dass Nichtmitglieder eines Verbandes zur Kostentragung von Vertragsabschlüssen wie auch deren Durchführung herangezogen werden können, bewirkt eine indirekte Zwangsmitgliedschaft. Dies ist abzulehnen. In Absatz 2 ist der letzte Satz zu streichen	PULSUS
46.2	Auch die kantonal auszuhandelnde Vereinbarung über den Taxpunktwert, ist mit Kosten verbunden. Insofern weist das Gesetz eine Lücke auf. Legt der Bundesrat nämlich einen Taxpunktwert hoheitlich fest, so fehlt die Vereinbarung, welche Grundlage eines Unkostenbeitrages bilden könnte. Ergänzung: Fehlt ein solcher Vertrag, legt die Behörde auf Antrag der Tarifpartner hoheitlich einen Beitrag fest.	SVERB, SPV
46.2	Einverstanden	SZ
46.2	La rédaction de cette disposition est confuse et insatisfaisante. La marge de manoeuvre laissée aux assureurs est exorbitante.	VD
46.5	Il faut corriger la 2eme phrase en remplaçant : "La dénonciation ... ne peut intervenir qu'à la fin d'une année civile." par "La dénonciation ... ne peut intervenir que pour la fin d'une année civile."	VD
46.5	Accepté/einverstanden	GE, SZ
46.5	Vertragsdauer von mind. 3 Jahren beachten	SVPK

Artikel 47 Sachüberschrift sowie Absätze 1, 1bis (neu), 1ter (neu) und 2
Article 47 titre marginal ainsi que alinéas 1, 1bis (nouveau), 1ter (nouveau) et 2
Articolo 47 titolo marginale e capoversi 1, 1bis (nuovo), 1ter (nuovo) et 2

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
47	Es muss sichergestellt werden, dass nicht jeder einzelne Leistungserbringer bei Ausschluss aus einer Krankenversicherung das Feststellungsverfahren zur unzureichenden med. Versorgung auslösen kann.	AG
47	Führt zu erheblichen Vollzugsproblemen. Der Kanton muss die vom Bundesrat aufgestellten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien anwenden, obwohl es in der Kompetenz der Kantone liegen sollte, wie er die medizinische Versorgung sicherstellt.	AR
47	Formal und systematisch in allen Aspekten durchdachte Regelung. Aber wichtiger: Der einzige, der nicht auf unzureichende Versorgung klagen dürfte, wäre der Versicherte.	FMH

47	Dieser Artikel ist wohl die grösste Fehlkonstruktion der ganzen Vorlage. Beschwerdeflut ist unumgänglich. Kantone sind für medizinische Versorgung verantwortlich.	GL
47	Bei Nichtaufnahme wird jeder Leistungserbringer den medizinischen Notstand ausrufen und an die Kantonsregierung gelangen. Sind die Kantone schon für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zuständig, dann sollen sie nicht nur die Eingriffskompetenzen bei einer Unterversorgung, sondern auch bei einer Überversorgung haben.	GR
47	Neuordnung der Artikel 45 und 47 des Entwurfes. Artikel 47 beschränkt sich auf den stationären Bereich, da Bestimmungen über das Nichtzustandekommen der Verträge nach Wegfall des Vertragszwanges keinen Sinn mehr machen. Fehlen der Tarifverträge im ambulanten Bereich wird in Art. 45 geregelt. Vorschlag: Art. 47 Fehlen eines Tarifvertrages im stationären und teilstationären Bereich 1 Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern im stationären und teilstationären Bereich kein Vertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. 2 Besteht für die stationäre und teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringer liegt, den Tarif fest. 3 Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.	KSK
47	Führt zu einer Fülle unnötiger Beschwerden.	LU
47	Artikel ist problematisch, da jeder Leistungserbringer bei Nichtaufnahme den medizinischen Notstand ausrufen und an die Kantonsregierung gelangen wird. Zudem ist es äusserst problematisch, dass der Kanton die vom Bundesrat aufgestellten Kriterien anwenden muss.	NW
47	Dieser Artikel wird zu erheblichen Vollzugsproblemen führen, denn jeder Leistungserbringer wird bei einem Vertragsausschluss den medizinischen Notstand erklären und an die Kantonsregierungen gelangen. Sicherstellung der Gesundheitsvorsorge ist Sache der Kantone. Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung vermögen in diesem Zusammenhang nicht zu überzeugen.	SG
47	Es wird daran erinnert, dass bereits in verschiedenen Kantonen seit Jahren vertragslose Zustände bestehen. Wer definiert die angemessene Versorgung?	SGAM
47	Die Passagen sind im hohen Masse bedenklich und zeigen überdies die Vollzugsproblematik auf. Die zu erwartende Rekursbürokratie könnte rasch groteske Züge annehmen.	SH
47	Es ist schon jetzt absehbar, dass jeder Leistungserbringer bei Nichtaufnahme unter Geltendmachung des medizinischen Notstandes an die Kantonsregierung gelangen wird; eine unakzeptable Belastung.	SO
47	Es wird daran gezweifelt, dass die Kantonsregierungen überhaupt in der Lage sind, die hier geforderten Aufgaben wahr zu nehmen.	SSO
47	Le modalità di intervento previste in assenza di accordi tariffali appaiono farraginose tanto da rendere difficile mettere in atto le norme indicate. I rischi di mancanza di trasparenza presso gli assicurati o di decadimento della qualità della medicina di base sono importanti.	TI
47	Absatz 1 wird als Fehlkonstruktion erachtet, da jeder Leistungserbringer bei Nichtaufnahme gleichsam den medizinischen Notstand ausrufen und an die Kantonsregierung gelangen wird. Dies ist für die Kantone unzumutbar. Ist Sache der Kantone, wie sie die medizinische Versorgung auf ihrem Hoheitsgebiet sicherstellen.	UR

47	Le système proposé n'a vraisemblablement pas fait l'objet de scénarios d'application. Il démultiplie les décisions cantonales et les recours contre elles. Critères déterminés par le Conseil fédéral sur des bases à ce jour inconnues. Les cantons devront assumer l'essentiel des charges administratives et les inconvénients découlant du système. La prise en considération des fournisseurs de soins ambulatoires à l'extérieur du canton est irréaliste. Les procédures proposées par l'art. 47 sont confuses et s'avèreront vite ingérables.	VD
47.1	Festlegung des Rechtsmittels ist zu fordern.	BE
47.1	Als Fehlen eines Tarifvertrages kann keinesfalls der Ausschluss einzelner Leistungserbringer aus einem Vertrag bezeichnet werden. Entsprechend wird auch ein Beschwerderecht einzelner aus einem Vertrag ausgeschlossener Anbieter für völlig verfehlt gehalten. Diese haben die Möglichkeit sich mit anderen Vertragspartnern zu einigen. Es kann jedenfalls nicht sein, dass das blosses Behaupten der medizinischen Unterversorgung durch einen Leistungserbringer zwingend zur Folge hat, dass die Kantonsregierung die Leistungserbringer und den Tarif festsetzen muss. Separate Bestimmungen für das Fehlen eines Tarifvertrages ist im ambulanten Bereich nicht erforderlich, da diesbezüglich auf die Grundlage von Art. 45 zurückgegriffen werden kann.	BS
47.1	Cette disposition est indispensable et c'est à juste titre qu'elle donne aux gouvernements cantonaux la possibilité d'intervenir afin de garantir la fourniture de soins médicaux aux assurés.	GE
47.1	Kompetenzen sind auf den eigentlichen Versorgungsnotstand zu begrenzen	PULSUS
47.1	Kantonsregierung muss schon vor Ablauf der Vertragsdauer handeln können, damit Leistungserbringer nicht einfach den von ihnen geforderten Tarif anwenden.	SGB
47.1	Bei der hoheitlichen Festlegung eines Tarifvertrages sind zwingend Fristen festzulegen, innerhalb derer die entsprechende Behörde zu entscheiden hat.	SVERB, SPV
47.1, 1bis	Es liegt nahe, dass ein ambulanter Leistungserbringer eine medizinische Unterversorgung anrufen wird, wenn mit bestimmten Versicherern kein Tarifvertrag zu Stande kommt. Unklar der Begriff der unzureichenden medizinischen Versorgung.	SG
47.1bis	Cette disposition est nécessaire pour les cas où des assureurs importants exerçant dans le canton seraient exclus de toute convention.	GE
47.1bis	Die Versicherten sollen auch ihre Interessen wahrnehmen und an Kantonsregierungen gelangen können. Den Patientenorganisationen ist ein entsprechendes Recht einzuräumen.	CNG
47.1bis	Vorschlag ist systemwidrig und behindert die angestrebte Kostendämpfung. Bei Unterversorgung soll die Kantonsregierung Tarifentscheide fällen und nicht neue Leistungserbringer zulassen.	SGB
47.1bis	Die Voraussetzung, dass eine ungenügend medizinische, ambulante Versorgung notwendig ist, ist aus diesem Artikel zu streichen. Formulierung hat zu lauten: Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Vertragsbeitritt verweigert, kann der betroffene Leistungserbringer oder der betroffene Versicherer bei der Kantonsregierung den Beitritt verlangen	SSO
47.1quater	Proposition d'adjonction: Lorsqu'un fournisseur de prestations se voit refuser l'adhésion à une convention pour des raisons qu'il juge irrecevables, il a possibilité de recourir auprès du gouvernement cantonal ... etc.	PLS
47.1ter	Ist Sache der Kantone	AG, UR
47.1ter	Bund verlangt von den Kantonen eine integrale Versorgungsplanung im ambulanten Bereich. Verbindliche Kriterien fehlen.	AR
47.1ter	Nicht akzeptierbar, wenn Kantone medizinische Versorgungsstandards unterschiedlich festsetzen. Einheitliche Anwendung der bundesrätlichen Kriterien sowie Koordination zwischen den Kantonen ist zu gewährleisten.	CNG
47.1ter	Remarques de détail au cas où le Parlement accepterait le projet. Quelles sont les sanctions prévues si les cantons ne répondent pas à l'obligation de prise en considération de l'offre à l'extérieur du canton ?	FRC

47.1ter	La notion de "standards modernes en matière de fournitures en soins médicaux" est imprécise. Interprétation problématique. La prise en compte de l'offre à l'extérieur du canton est surprenante tant il est difficile d'imaginer qu'un canton, en pénurie de fournisseurs de prestations conventionnés, adresse sa population au canton voisin.	GE
47.1ter	So nicht!	GL
47.1ter	Es widerspricht dem KVG sowie dem Gefüge der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, dass für die Festsetzung eines Tarifs plötzlich der Bundesrat die massgebende Instanz bei wesentlichen Fragen der Gesundheitsvorsorge sein soll. Will der Bund hier eine grundlegende Praxisänderung, so wäre zumindest die Bundesverfassung zu ändern.	NW
47.1ter	Le PLS se pose la question de savoir comment définir les "standards modernes en matière de fourniture de soins médicaux" et qui possède les compétences pour le faire.	PLS
47.1ter	Mit Abschaffung der freien Arztwahl kann der Versicherte nur aus der Liste der Leistungserbringer seines Wohnkantons auswählen. Dies ist eine massive Einschränkung in Randgebieten und in ländlichen Gegenden und eine Benachteiligung der Landbevölkerung gegenüber der Stadtbevölkerung. Es ist deshalb zu prüfen, ob die Versicherten nicht generell die Vertragspartner ihres Versicherers konsultieren dürfen.	PULSUS
47.1ter	Integrale Versorgungsplanung im ambulanten Bereich, die auch das interkantonale Angebot mit einbeziehen soll, ist nicht machbar.	ZH
47.2	Pas de commentaires.	GE
47.2	Bedeutung ist unklar.	GR
47.2	Sollte man die freie Arztwahl abschaffen, so ist es tatsächlich nicht mehr notwendig, dass die Kantonsregierung am Standort des Leistungserbringers für die ambulante Behandlung einen Tarif festsetzt. Es wird angeregt, dass diese Verträge nicht mehr durch die Behörden zu genehmigen sind. Der Tarifvertrag ist der Privatautonomie zwischen den Vertragspartnern zu unterstellen.	PULSUS

Artikel 48**Article 48****Articolo 48**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Das Institut des Rahmenvertrages hat sich bewährt und wurde deshalb auch im Gesetz belassen. Die Begründungen, dieses Institut nun ersatzlos zu streichen, sind nicht stichhaltig und bestätigen Einschätzung zu Art. 46 Abs. 2.	FMH
Accepté, pas de commentaires.	GE
Anregung, die Verbandsverträge generell unter dem Gesichtspunkt der Vereinbarkeit mit dem Kartellgesetz zu überprüfen	PULSUS

Artikel 52 Absatz 3**Article 52 alinéa 3****Articolo 52 capoverso 3**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Pas de commentaires.	GE
Accord, sans commentaire.	NE

Artikel 53 Absatz 1**Article 53 alinéa 1****Articolo 53 capoverso 1**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Begrüssst, dass das Beschwerdeverfahren generell überprüft wird. Bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges muss der heutige Instanzenzug auf jeden Fall geändert werden. Dort wo Kantone Spitalträger sind, können wegen der Interessenkollision die Kantonsregierungen nicht als Beschwerdeinstanzen betreffend Spitaltaxen und Spitalplanung eingesetzt werden. Frage, unter welchen Voraussetzungen die Versicherer bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges noch mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abschliessen müssen, kann aber nicht mehr politischen Behörden übertragen werden. Sonst besteht die Gefahr, dass eine staatliche Bedarfsplanung eingeführt wird.	CVP
Einbezug der Patienten- und Konsumentenorganisationen in Umsetzung einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges durch Einräumung eines Beschwerderechtes vor (gerichtlichen) Instanzen	
Hier darf man nur hoffen, dass der Bundesrat noch zu einer anderen Einschätzung komme. Es ist und bleibt nicht einsichtig, weshalb für den allgemeinen Ausschluss nicht gemäss Art. 59 das Schiedsgericht und das EVG zuständig sein sollen, um Garantie des unabhängigen Richters nach EMRK 6 nicht zu verletzen. Beantragt wird die Zuständigkeit von Schiedsgericht und EVG.	FMH
Lenteur du traitement des recours par le Conseil fédéral relevée. La redéfinition des voies de recours dont fait état le commentaire de l'article 53 devrait être assortie d'une conception claire de l'octroi de l'effet suspensif jusqu'à droit connu.	FRSP
Pas de commentaires.	GE
Es stellt sich die Frage, ob der Bund, der den Kantonen die Vorgaben gibt, auch gleich noch selbst als Schiedsrichter amten soll.	GL
Mit Blick auf die fragwürdigen Artikel 45 und 47, in denen der Bund den Kantonen praktisch keine Freiheit lassen will, fragt es sich, ob noch rekuriert werden darf.	GR, NW, UR
Massnahmen, die zu einer Entflechtung zwischen Administration und Judikative führen, werden begrüsst.	IGN
Die Funktionsprinzipien eines föderalistischen Staatsaufbaus werden hier im Übermass strapaziert. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, an dieser Stelle einen ausdrücklichen Hinweis ins Gesetz aufzunehmen, dass der Bundesrat bei seinen Beschwerdeentscheiden die verfassungsmässige Zuständigkeit der Kantone für die Ausgestaltung der Gesundheitsvorsorge zu respektieren habe.	SH
Das Beschwerderecht beinhaltet den gleichen Konstruktionsfehler wie jenes der Spitalisten, dass nämlich Beschwerdeinstanz gegen Entscheide der Kantonsregierungen der Bundesrat ist. Diese Lösung ist ein Widerspruch zur Bestimmung der Europäischen Menschenrechtskonvention.	SVBP

Eu égard aux critiques formulées sur les art. 35, 45 et 47 relatives aux nouvelles compétences que s'octroie le Conseil fédéral et les expériences accumulées depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le Conseil d'état vaudois estime que le Conseil fédéral ne peut plus assumer le rôle d'autorité de recours garantissant l'impartialité et que dite autorité doit être le Tribunal fédéral.	VD
--	----

Artikel 61a (neu)**Article 61a (nouveau)****Articolo 61a (nuovo)**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
61a	Einverstanden. Die Detailbestimmung sind jedoch präziser im Sinne einer stärkeren Inpflichtnahme der säumigen Versicherer auszuformulieren.	AG
61a	Die Ärztesgesellschaft begrüsst die vorgesehene Schliessung der gesetzlichen Lücke. Ergänzend sollte der behandelnde Arzt deshalb berechtigt sein, trotz Mahnung und Betreibung nicht bezahlte Arztrechnungen beim Krankenversicherer einzureichen.	AGB, VLSS
61a	Das vorgeschlagene Verfahren bei ausstehenden Prämien und Kostenanteilen befriedigt nicht. - Prinzip der Leistungsassistierung bei Zahlungsverzug ist sehr fraglich - Versicherer sind mit der Möglichkeit eines Leistungsaufschub an einer konsequenten Bewirtschaftung von ausstehenden Forderungen zuwenig motiviert - es besteht ein klares Versicherungsobligatorium, es kann somit nicht einfach auf die Zahlung von Leistungen verzichtet werden. Es wird beantragt am bisherigen Verfahren festzuhalten.	AR
61a	Einverstanden/accepté	ASIV, ASKIO, ASPV, AVIVO, BFC, FDP, GELIKO, Pro Senectute, SAEB, SBV, SVP
61a	Erachten es als unabdingbar, dass die Krankenkassen bei Nichtbezahlung der Prämien zuerst den Rechtsweg beschreiten und einen Verlustschein erwirken müssen.	BE
61a	Regierungsrat spricht sich entschieden gegen den Vorschlag aus, dass die Sozialhilfebehörden nur noch auf Grund einer Mahnung zur Übernahme der ausstehenden Prämien von Versicherten im Zahlungsverzug angehalten werden können. - Mahnung sagt nichts darüber aus ob eine Person zahlungsunfähig oder nur zahlungsunwillig ist. - erst mit Verlustschein wird dokumentiert, dass eine Schuld besteht - Personen, die über ein ausreichendes Auskommen verfügen, aber trotzdem ihrer Pflicht der Zahlung der Prämien nicht nachkommen können nur über einen Verlustschein in die Pflicht genommen werden. - es ist nicht Aufgabe der Sozialhilfebehörde sich mit nicht zahlungswilligen Personen zu befassen	BL

61a	<p>Diese Bestimmung wird begrüsst. Die vorgeschlagene Regelung verhindert die ungerechte Ausnutzungsmöglichkeit der sozialen Krankenversicherung, indem bei der heute geltenden Bundesgerichtspraxis der Versicherer jeweils gewechselt werden kann, sobald bei Vorliegen eines Verlustscheines die Leistungen sistiert worden sind.</p> <p>Begrüssenswert wäre die Aufnahme der Mahnkosten, welche vollständig entrichtet werden müssten. Mit der Aufnahme der Mahnkosten wäre auch dafür gesorgt, das die Leitungssistierungen nicht regelmässig aufrechterhalten werden, obwohl die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen von der Sozialhilfebehörde übernommen wurden.</p>	BS
61a	<p>Projet rejeté.</p> <p>Le projet prévoit une protection en faveur des assureurs contre les mauvais payeurs, mais ne prévoit rien pour le prestataire de soins qui n'est pas payé pendant la suspension du paiement.</p>	CP
61a	<p>Zustimmung, aber es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Regelung problematisch ist, wenn Leistungserbringer in Erwartung der Kostendeckung bereits Leistungen erbracht haben, auf deren Bezahlung sie dann lange warten müssen.</p>	CVP
61a	<p>Remarques de détail au cas où le Parlement accepterait le projet.</p> <p>Avec cette disposition ce sont les prestataires de soins qui auront la charge du contentieux et mettront les assurés aux poursuites. La FRC exige des chiffres sur l'économie réalisable en la matière, économie qui doit être impérativement rétrocédée aux assurés.</p>	FRC
61a	<p>Les nouvelles procédures vont générer des charges importantes pour les assureurs, tant pour celui qui enregistre les impayés que pour le nouvel assureur, charges qui vont peser sur les frais administratifs et donc sur les primes.</p> <p>Proposition de subordonner le changement d'assureur au paiement préalable des arriérés.</p>	FRSP
61a	<p>Mesures proposées refusées. La suppression de l'exigence de l'acte de défaut de biens, actuellement inscrite à l'art. 9 OAMal aboutira à renforcer l'exclusion de fait d'un certain nombre d'assurés du système de protection sociale. Conséquences du projet: report sur les cantons de la totalité du traitement du contentieux.</p> <p>Regrets formulés quant au fait que les assureurs ne sont astreints à aucun délai pour le remboursement des prestations aux assurés.</p> <p>Proposition faite que le système de la récupération des primes par les assureurs moyennant poursuite jusqu'à l'obtention d'un acte de défaut de biens soit maintenu. La suspension des prestations et la compensation avec arriérés de primes devraient également être exclues d'une assurance-maladie sociale.</p>	GE
61a	<p>Risiken der Marktteilnehmer werden einseitig auf den Staat abgewälzt, wobei der Bund selber sich davon ausnimmt und die Schuldentragung den Kantonen und Gemeinden überlässt. Mit der Möglichkeit, nach nur einmaliger Mahnung einen Leistungsstopp zu verfügen, und ein Ausweichen auf eine Konkurrenten durch Übertragung des Leistungsstopps auf weitere Versicherer zu verhindern, entfällt für die Versicherer jede Motivation für ein effizientes Prämieninkasso.</p> <p>Es wird beantragt, auf den Erlass dieser Bestimmung zu verzichten</p>	GEDE ZH
61a	<p>L'article 61a tend à donner une base légale aux règles de l'OAMal aujourd'hui contraires à la loi, qui instituent une procédure inutilement compliquée. Il serait beaucoup plus simple d'interdire la suspension du droit aux prestations en cas de retard dans le paiement des primes et participations, en autorisant la compensation avec d'éventuelles prestations, en autorisant sans restrictions l'encaissement par voie de poursuite et en mettant en place un régime de prise en charge par le canton des cotisations irrécouvrables par exemple.</p>	GPFI
61a	<p>Refus de l'art. 61a nouveau, LAMal, car il placerait les assurés hors de l'assurance, alors que la LAMal a institué le principe de l'assurance-maladie sociale obligatoire.</p>	JU

61a	<p>Neuregelung des Inkassoverfahrens wird ausdrücklich begrüsst. Allerdings vermag der Entwurf nicht vollständig zu befriedigen, da eine Verpflichtung der Sozialhilfebehörden, nicht bezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen zu übernehmen, fehlt. Praxis zeigt, dass viele Kantone Leistungsaufschübe systematisch hinnehmen und nur in grossen Schadenfällen Prämien nachzahlen. Dies wird auch weiterhin zu grossen Verlusten der Versicherer führen.</p> <p>In einer obligatorischen Versicherung sollte der öffentlichen Hand eine Zahlungsverpflichtung auferlegt werden. Problematik der Zahlungsausstände sollte daher mit den Bestimmungen über die Prämienverbilligung (Art. 65f KVG) gekoppelt werden.</p> <p>Verknüpfung der Revision des Inkassoverfahrens mit der Aufhebung der Kontrahierungszwanges ist unglücklich, da ersteres politisch von wesentlich geringerer Brisanz ist und ein Scheitern der gesamten Vorlage längerfristig eine Neuregelung des Prämieninkassos verunmöglicht. Die Vorlagen sind daher zu entkoppeln.</p>	KSK
61a	<p>Refus de la proposition relative à l'obligation de payer les primes et les conséquences en cas de retard car elle ne s'harmonise pas avec la qualité de sécurité sociale visée par la LAMal.</p> <p>La loi ne doit pas permettre aux assureurs d'abandonner la gestion de leur contentieux.</p> <p>Le but poursuivi par le projet n'est pas recevable dans la mesure où il mettrait en place un mécanisme légal d'exclusion du droit aux prestations et de l'accès aux soins, incompatible avec la notion de sécurité sociale.</p> <p>Le projet permettrait de différer sans conséquence le paiement des primes (si l'assuré n'a pas besoin de soins), de capitaliser les montants équivalents aux primes (intérêts actifs) et de ne reprendre le versement des primes qu'à partir de l'instant où des soins seraient fournis.</p> <p>Relation avec les Accords bilatéraux: exportation de l'exclusion du droit aux prestations. Il est prévu que les primes, y compris celles de la famille domiciliée dans un Etat de la CE, sont perçues auprès de la personne exerçant une activité lucrative en Suisse. Si les assureurs, en cas de retard, devraient être autorisés à adresser à ce type d'assurés un simple avertissement avant de suspendre les prestations, la suspension toucherait également les membres de la famille à l'étranger. En cas d'hospitalisation et compte tenu du fait qu'il faudra parfois entre 3 et 5 ans avant l'échange de facturation entre pays, d'importants problèmes surgiront lorsque les fournisseurs de prestations étrangers seront confrontés à la suspension des prestations signifiée par un assureur.</p> <p>S'agissant de l'obligation de payer des primes et des conséquences en cas de retard, proposition d'inscrire dans la loi les 3 principes suivants: 1) obligation de payer les primes; 2) obligation de l'assureur de poursuivre l'assuré, sans compensation préalable entre prestations dues et échues, le cas échéant jusqu'à l'acte de défaut de biens au travers d'une procédure diligente; 3) obligation des cantons de rembourser aux assureurs les arriérés de primes et de participations, constatées par actes de défaut de biens délivrés au terme d'une procédure menée avec diligence.</p>	NE
61a	<p>Accepté, avec proposition de compléter l'article.</p> <p>Adjonction d'un nouvel alinéa précisant que les assureurs ne peuvent utiliser les montants dus à des prestataires de soins pour diminuer artificiellement le contentieux de leurs assurés.</p>	PLS

61a	<p>Delcredere-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Rahmen der Grundversicherung ist diese Risikoverteilung problematisch, wenn der Leistungserbringer nicht nur den entgangenen Gewinn, sondern auch einen echten Verlust ausweisen muss. In solchen Fällen ist die Risikoverteilung nicht gerechtfertigt. - im System des Tiers payant ist es nicht sachgerecht, wenn dem Leistungserbringer die Einrede des sistierten Versicherungsschutzes entgegengehalten werden kann - in gewissen Fällen sollte es möglich sein, die Abgabe eines Arzneimittels durch den Apotheker zu verweigern, bis feststeht, dass nicht nur der grundsätzliche Versicherungsschutz besteht, sondern auch die erbrachten Leistungen tatsächlich übernommen werden. <p>Beantragt wird Präzisierung der Bestimmung.</p>	SAV
61a	<p>Die Neuerung dürfte dazu verleiten, dass Versicherte ihrer Prämienzahlungspflicht nur nachkommen, sofern sie Leistungen beanspruchen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahn- und Beteiligungsverfahren wird durch die Krankenversicherer sehr nachlässig gehandhabt. - Ein Leistungsstopp hat an sich in einem Zwangsversicherungssystem keinen Platz. - Führt dazu, dass die Sozialhilfebehörden die Ausstände übernehmen, um im Krankheitsfall der obligatorisch versicherten Person nicht selbst leistungspflichtig zu werden. - Inkassorisiko wird so vom Versicherer an die öffentliche Hand delegiert. - Die Versicherer sollten zudem zu einem zügigen Mahnverfahren verpflichtet werden. 	SG
61a	<p>Auch Klagen der Versicherten hinsichtlich verzögerten Zahlungen der Versicherungen. Im Bereich der Zahlungspflicht der Versicherungen ist daher eine klarere und verschärfte Regelung mit vorgegeben Zahlungsfristen einzuführen.</p>	SKS
61a	<p>Dieser Artikel löst den Zahlungsverzug nicht und steht im Widerspruch zur Bundesverfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Sozialhilfe ist primär Sache der Kantone Art. 115 BV. Nach Art. 3 Abs. 2 b ZUG gelten die von einem Gemeinwesen anstelle von Versicherten geleisteten Prämien für die obligatorische Versicherung nicht als Unterstützungen. Aufgrund dessen darf in Art. 61 a KVG die Sozialhilfebehörde nicht einmal erwähnt werden, weil diese bei fehlender gesetzlicher Grundlage eigentlich nicht einmal zur Zahlung weder von ausstehenden noch von laufenden Krankenkassenprämien ermächtigt wäre. Frage der Verhältnismässigkeit bezüglich Meldung; Sozialhilfe wird zudem nicht von Amtes wegen, sondern auf Gesuch hin erbracht. - ist BV-OR-SchKG und ZUG-konform zu überarbeiten 	SRK
61a	<p>Es ist festzustellen, dass die Krankenversicherer ihrer Zahlungspflicht gegenüber dem Versicherten in vielen Fällen äusserst zögernd nachkommen. In der Revision wäre auch eine gesetzliche Regelung darüber mit einzubeziehen, dass der Versicherer dem Berechtigten die Leistungen innerhalb von 30 Tagen seit Eingang der Rechnung zu vergüten hat. Andernfalls ist ein Verzugszins zu verrechnen</p>	SSO
61a	<p>Durch den Wegfall des Vollstreckungsverfahrens muss die Sozialhilfe tendenziell bereits früher Unterstützungsaufgaben wahrnehmen. Führt zu Privilegierung der Versicherer und zur stärkeren Belastung des Gemeinwesens.</p> <p>Den Versicherern sind strengere Vorschriften mit Bezug auf die Einleitung von Beteiligungen zu machen, bevor sie ausstehende Prämienzahlungen bei den Sozialhilfebehörden geltend machen können. Die Prämien sollten jeweils von demjenigen Gemeinwesen übernommen werden, in welchem die Person in der betreffenden Zeit ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte.</p>	TG

61a	<p>La proposta é respinta.</p> <p>Negativa é la privazione del diritto al rimborso delle cure per chi non é in grado di corrispondere il premio (principio eticamente insostenibile), con il rischio di riversare gli oneri su altri enti o istituti.</p> <p>Conseguenza é l'esclusione dal diritto delle prestazioni di base del sistema sanitario come pure l'introduzione del deposito di garanzia (perché anche i fornitori di prestazioni, come gli assicuratori, vengano protetti dal profilo della garanzia delle entrate).</p> <p>Vanificazione del "Protocole d'harmonisation en matière de contentieux dans l'assurance-maladie" (BE/TI/VD/VS/NE/GE/JU), approvata dalla CRASS il 5 giugno 2000, che prevede che l'ente pubblico paghi i premi e le partecipazioni quando c'è una procedura esecutiva che sfocia in una carenza beni del cittadino. I Cantoni della CRASS garantiscono le entrate finanziarie per gli assicuratori malattie in cambio della messa al bando della trattenuta di prestazioni e della sospensione delle prestazioni.</p> <p>La norma proposta spalancherebbe la porta al principio di liceità a non pagare il premio - intanto ci pensa il Cantone - e costituirebbe una scappatoia legale per chi intende sottrarsi deliberatamente all'obbligo d'assicurazione. Ogni sospensione delle prestazioni di base deve essere dichiarata illegale.</p> <p>La procedura esecutiva in caso di mora del cittadino si é dimostrata un deterrente efficace. La garanzia dei Cantoni verso gli assicurati é il mezzo più adatto (CRASS).</p>	TI
61a	Acceptation de la modification relative aux obligations financières des assurés par rapport aux assureurs, car comble une lacune de la loi signalée par les tribunaux.	VS
61a	<p>Neuregelung wird als sinnvoll betrachtet. Zweifel, ob die in Absatz 3 vorgesehene Verweigerung der Leistungsübernahme im Verzugsfall sinnvoll ist. Zeitweiser Ausschluss der Versorgung kann sich als kostenmässig zweischneidig erweisen.</p> <p>Richtig ist Information der Sozialhilfebehörden bei Zahlungsverzug.</p>	VSA
61a	keine Bemerkungen	WEKO
61a.1	<p>Modification du titre et de l'article.</p> <p>Titre:</p> <p>Obligation de payer les primes et les participations aux coûts; conséquences en cas de retard.</p> <p>1 Les assurés sont tenus de payer les primes, les participations aux coûts et les frais de rappel et de poursuite.</p>	COSAMA
61a.1	Accord avec la proposition selon laquelle les assurés sont tenus de payer leurs primes.	VD
61a.2	<p>Modification.</p> <p>2 Si les primes, les participations aux coûts ou les frais de rappel et de poursuite ne sont pas payées à l'échéance, l'assureur doit avertir l'assuré par écrit et lui impartir un délai supplémentaire de 30 jours pour le faire. L'assureur attire l'attention de l'assuré sur les conséquences d'un retard dans le paiement de ses primes, des participations aux coûts et des frais de rappel et de poursuite.</p>	COSAMA
61a.2	Der Verzicht auf die Einleitung des Vollstreckungsverfahrens ist begrüssenswert. Dies wird jedoch zu einer massiven Zunahme von Leistungsaufschüben führen.	SO
61a.2	Das vorgesehene Mahnverfahren ist zu begrüßen.	ZH
61a.2, 3	Die Folge der neuen Regelung besteht darin, dass der Aufwand von den Versicherern zu den Sozialhilfebehörden der Gemeinden verlagert wird, welche ihrerseits für die Durchsetzung des Versicherungsobligatoriums und damit für die Bezahlung der Prämien bzw. die Einforderung der Ausstände von zahlungsunfähigen Personen sorgen müssen. Es stellt keinen unzumutbaren Anspruch an den Versicherer dar, einen gewissen Inkassoauftrag selbst zu leisten, bevor er die Aufgabe an eine aussenstehende Instanz weitergeben kann.	SH

61a.3	Die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sollten jeweils von demjenigen Gemeinwesen übernommen werden, in der die Person in der betreffenden Zeit ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hatte. Dies lässt sich zur Zeit über die Kantonsgrenzen hinweg nicht durchsetzen. Benachrichtigung der zuständigen Sozialhilfebehörde am zivilrechtlichen Wohnort der versicherten Person.	AR
61a.3	Das beschriebene Verfahren bei Zahlungsausständen der Versicherten bringt eine inakzeptable Verschiebung des Delcredere-Risikos auf den Leistungserbringer im System des Tiers payant. Im System des Tiers payant gilt die Kostenübernahmegarantie mittels Versicherungsausweis so lange, als der Leistungserbringer nicht im Besitze einer Meldung des Versicherers ist, dass ein Zahlungsaufschub besteht.	BAV
61a.3	Lehnt die Lösung der Verrechnung ausstehender Prämien mit Leistungen nach Art. 42 KVG durch die Versicherer ab. Widerspruch zum Grundrecht auf angemessene medizinische Versorgung	BE
61a.3	Modification: 3 Si, malgré l'avertissement, aucun paiement n'intervient à l'expiration du délai supplémentaire, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes, les participations aux coûts ou les frais de rappel et de poursuite encore dues soient entièrement payées. Il informe en même temps les services d'aide sociale compétents du lieu de résidence de l'assuré du report des prestations. Les dispositions cantonales prévoyant une annonce préalable à l'autorité compétente en matière de réduction des primes sont réservées.	COSAMA
61a.3	Es darf nicht vorkommen, dass gegen alte und arme Menschen, allein erziehende Mütter und kinderreiche Familien, welche in Zahlungsrückstand gekommen sind, eine Leistungssperre errichtet wird. Die Kantone sollen die Gemeinden beauftragen, die ausstehenden Prämien den Krankenkassen zu bezahlen und bei den Schuldner einzutreiben.	DVSP/SPO
61a.3	La modification proposée qui autoriserait l'assureur, sur la base d'un non-paiement à reporter la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou participations aux coûts encore dues soient entièrement payées est considérée comme inacceptable. Les assurés en difficultés financières pourraient ne plus pouvoir bénéficier des prestations auxquelles l'assurance obligatoire leur donne droit. Proposition d'inscrire dans la loi une obligation d'instituer au niveau cantonal un système de substitution de l'assuré par une instance cantonale (ou communale) liés aux services sociaux qui serait chargées de rembourser les primes et les participations impayées aux assureurs. Ce système ne devrait intervenir qu'après l'aboutissement d'une procédure menée avec diligence ayant permis de constater l'insolvabilité de l'assuré (acte de défaut de biens).	FR
61a.3	Die Benachrichtigung der Sozialhilfebehörden durch den Versicherer am Wohnort der versicherten Person ist völlig unverhältnismässig. So wie der Versicherer die Rückvergütung von Leistungen an den Versicherten bei ausstehenden Prämienzahlungen aufschieben kann, kann auch der Versicherte Prämienzahlungen zurückbehalten, wenn die Versicherung gesetzlich oder vertraglich geschuldete Leistungen nicht korrekt und fristgerecht rückvergütet.	H+
61a.3	Definition zu "frühzeitig" fehlt. Zahlungsrückstand von 2 bis 3 Monaten ist noch kein Hinweis auf Zahlungsunfähigkeit oder mangelnden Zahlungswillen. - zudem ist der Datenschutzbeauftragte hinsichtlich Umgang mit - Personendaten beizuziehen. - Vermisst wird Datenmaterial über Betriebskosten in Relation zum Prämienaufkommen.	kf

61a.3	<p>Diese Massnahme wird auch Menschen in schwierigen Lebenslagen treffen und deren soziale Ausgrenzung verstärken. Das sozialpolitische Grundanliegen des Versicherungsobligatorium im KVG ist es aber erklärtermassen, den Versicherungsschutz aller Bevölkerungskreise zu sichern und zu verbessern.</p> <p>Zudem würde die vorgeschlagene Lösung die Belastung des Prämieninkassos bei säumigen Versicherten in unzulässiger Weise von den zuständigen Krankenkassen auf die Kantone übertragen.</p>	KKSD
61a.3	<p>Die Regelung, wonach ein mehrfaches Mahnverfahren die Einleitung des Vollstreckungsverfahrens ersetzen soll, ist abzulehnen. Problem kann nicht auf die Sozialhilfebehörde abgeschoben werden, indem diese die nicht bezahlten Prämien nach dem Mahnverfahren übernehmen</p>	LU
61a.3	<p>Wie ist es möglich, dass bei einem Versicherungsobligatorium die Leistungspflicht sistiert werden kann? Der Artikel regelt die Informationspflicht zwischen den Versicherern; nirgends ist aber die Rede von der Information der betroffenen Ärzte.</p>	SGAM
61a.3	<p>Zeigt Verständnis dafür, dass eine Verbesserung der heutigen Regelung angestrebt wird.</p> <p>Vorgeschlagene Neuerung mit Verweigerung der Leistungsübernahme wird aber dazu führen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Versicherten mit finanziellen Problemen von der medizinischen Behandlung ausgeschlossen wird, was nebst der Verletzung des Grundrechts auf medizinische Behandlung verhängnisvolle Auswirkungen auf die Volksgesundheit hat. Die Neuerung wird deshalb abgelehnt.</p> <p>Da es nicht Sache der Krankenversicherer ist, Folgen eines unsozialen Prämiensystems auszubaden, sollen ausstehende Prämienzahlungen nach Mahnfrist vom zuständigen Gemeinwesen bevorschusst werden. Dieses soll die bevorschussten Zahlungen nachher unter Mitwirkung der Sozialhilfestellen bei den Versicherten geltend machen.</p>	SGB
61a.3	<p>SGV unterstützt Bestrebungen, die geeignet sind die Zahlungsmoral der Versicherten zu verbessern, lehnt aber Bestimmungen ab, die nur dazu dienen, das Delkrede-Risiko von einer Ebene auf eine anderen zu verlagern, ohne gesamthaft betrachtet zu einer Verbesserung zu führen.</p> <p>Dies könnte hier der Fall sein, weshalb der SGV die Verlagerung des Risikos vom Versicherer zum Leistungserbringer entschieden ablehnt. Der Artikel ist so zu präzisieren, dass die Rechte der Leistungserbringer auf Verrechnung ihrer Leistungen im bisherigen Umfang erhalten bleiben.</p>	SGV
61a.3	<p>Eine Benachrichtigung macht nur dann Sinn, wenn vom Gemeinwesen auch eine Reaktion erwartet wird. Es kann aber kaum die Meinung sein, dass die Sozialhilfebehörden der Gemeinden die ausstehenden Prämien zu übernehmen haben. Aufgrund des kantonalen Rechts würde diese bedeuten, dass die Gemeinden selber für die Eintreibung der Forderung zu sorgen hätten. Diese Regelung ist somit zu präzisieren.</p>	SO
61a.3	<p>Was soll die Meldung an das Sozialamt? Gemeint ist wohl das direkte Zustellen eines Einzahlungsscheines. Darum geht es doch. Das Sozialamt soll die Lücke überbrücken und sich um das Geldeintreiben scheren. Warum aber nicht die Unkosten dort anfallen lassen wo sie entstehen?</p> <p>Es geht nicht an, dass die Kasse die Leistungen einstellen kann, ohne Prüfung des Grundes für einen Zahlungsverzug.</p>	SVPC

61a.3	<p>Refus de la nouvelle procédure proposée pour les raisons suivantes:</p> <p>1) toutes les assurances sociales prévoient que les assureurs exigent et obtiennent le paiement des primes et poursuivent, si nécessaire, jusqu'à l'acte de défaut de biens;</p> <p>2) les assureurs doivent se comporter comme les acteurs d'une assurance sociale;</p> <p>3) il n'est pas admissible qu'une partie des assurés puissent ne plus être en mesure de recevoir des soins;</p> <p>La nouvelle procédure reporterait sur les cantons la totalité du contentieux exercé aujourd'hui par les assureurs.</p> <p>L'art. 79, al.1 de la loi fédérale sur les poursuites fixe que les assureurs-maladie sont habilités à prononcer des décisions administratives qui, une fois entrée en force, lèvent formellement l'opposition d'un assuré à un commandement de payer: les cantons n'ont pas ce statut et devraient entrer chaque fois dans une procédure de main levée d'opposition.</p> <p>Le privilège de 2e classe de l'art. 219, al. 4, LP en faveur des assureurs-maladie ne profitera vraisemblablement pas aux organes cantonaux chargés de la réduction des primes.</p> <p>Subrogation: le projet ne règle pas la question de la représentation des parties en procédure de poursuite (l'organe cantonal pourra-t-il représenter l'assureur-maladie ?).</p> <p>Possibilité avec le système proposé qu'un assuré en bonne santé ne paie pas ses primes et cherche à réaliser un placement avec l'argent correspondant à ces primes.</p> <p>Exportation de la suppression de la couverture des soins dans les pays de l'UE pour leurs ressortissants obligatoirement assurés en Suisse.</p> <p>Proposition:</p> <p>Les assureurs-maladie effectuent la récupération des primes en allant jusqu'à l'acte de défaut de biens;</p> <p>Les assureurs transmettent aux cantons les dossiers ayant abouti à un acte de défaut de biens et les cantons doivent leur rembourser les frais de poursuites y relatifs si les assureurs ont agi avec diligence.</p> <p>La suspension des prestations ou la compensation pour arriéré de primes sont exclues de l'assurance-maladie obligatoire des soins.</p> <p>(le Protocole d'harmonisation en matière de contentieux dans l'assurance-maladie pris par les cantons latins représente une solution efficace).</p>	VD
61a.3	<p>Durch Abs. 3 Satz 2, wonach die Mitteilung an die Sozialhilfebehörde bereits nach der ersten Mahnung erfolgen soll, wird der säumige Versicherte von den Verzugsfolgen wieder geschützt und die öffentliche Hand vermehrt zur Prämienzahlung herangezogen. Absatz 2 wird dadurch wieder in Frage gestellt.</p>	ZH

61a.3, 4	<p>Bestimmung wird ausdrücklich begrüsst, da sie die heutigen Praktiken bei der Umgehung der Zahlungspflicht (Wechsel des Versicherers bei Leistungssistierung z.B.) verhindern kann. Insbesondere wird der Leistungsaufschub auch beim neuen Versicherer begrüsst.</p> <p>Da bei Zahlungsausständen jeweils Mahnkosten und im Falle der Betreibungen auch Betreibungskosten anfallen, soll die Sistierung der Leistungen erst dann aufgehoben werden, wenn alle Zahlungsausstände beglichen sind, damit die Versichertengemeinschaft nicht für durch säumige Versicherte verursachte Kosten aufkommen muss. Absatz 3 und 4 sind daher anzupassen.</p> <p>Änderung in Absatz 3 wie folgt: Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, schiebt der Versicherer nach Ablauf der Nachfrist die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen sowie Mahn- und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind.</p> <p>Änderung in Absatz 4 wie folgt: Sind die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen sowie Mahn- und Betreibungskosten vollständig bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.</p> <p>Zusätzlich in Absatz 3: Begriff "an die für die Prämienverbilligung zuständige Behörde" zu ersetzen durch "zuständige Sozialhilfebehörden", da es Kantone gibt, welche die Information an die nicht für Prämienverbilligung zuständige Fürsorgebehörden vorsehen.</p>	KSK
61a.4	<p>Modification: 4 Si les primes, les participations aux coûts ou les frais de rappel et de poursuite encore dues sont entièrement payées, l'assureur doit prendre en charge les coûts des prestations fournies pendant la suspension.</p>	COSAMA
61a.5	<p>Modification: 5 Lorsque des assurés défaillants changent d'assureur, l'ancien assureur avise le nouvel assureur des éventuels avertissements ou poursuites. Les créances ayant donné lieu à un rappel ou à des poursuites entraînent également la suspension des prestations pour le nouvel assureur. Dès que les primes, les participations aux coûts ou les frais de rappel et de poursuite encore dues lui sont entièrement payées, l'ancien assureur en informe le nouveau.</p>	COSAMA
61a.6	<p>Modification: 6 Le Conseil fédéral règle de manière plus détaillée l'encaissement, la procédure d'avertissement et les conséquences du retard dans le paiement des primes, des participations aux coûts ou les frais de rappel et de poursuite.</p> <p>Points à définir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - est-il possible de prévoir une obligation de prise en charge par les cantons des primes, des participations aux coûts et des frais de rappel et de poursuite, dès que l'insolvabilité de l'assuré est démontrée ? - la procédure d'avertissement et les conséquences du retard dans le paiement des primes devrait être réglée de manière précise, afin d'éviter les grandes divergences entre les cantons que les assureurs doivent actuellement gérer. 	COSAMA

Artikel 79 Absatz 2bis (neu)**Article 79 alinéa 2bis (nouveau)****Articolo 79 capoverso 2bis (nuovo)**

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
Einverstanden/accepté	AG, ASIV, ASPV, AVIVO, BFC, COSAMA, CVP, FDP, GE, JU, NE, PLS, Pro Senectute, SBV, SVP, TG, VD, VSA
Rückgriffsrecht des Wohnkantons ist zu bejahen. Die Leistungserbringer können nicht verpflichtet werden, gegenüber den Haftpflichtigen den Tarifschutz einzuhalten. Vorschlag, den bisherigen Artikel 126 KVV in den Art. 79 KVG zu übernehmen	AGB, VLSS
Bestimmung ist zu streichen. Entgegen den Ausführungen im Begleitbericht geht es hier um einen Anspruch der öffentlichen Hand in Haftpflichtfällen für die geleisteten kantonalen Subventionen an Spitäler. Die Subventionierung ist eine staatliche Aufgabe, die durch öffentliche Abgaben finanziert wird. Diese öffentliche Aufgabe soll der Haftpflichtige nun teilweise übernehmen, wodurch das Legalitätsprinzip (BV 9) auch hinsichtlich der Bestimmbarkeit der Norm verletzt wird. Rechtsgleichheit (BV 8) wird ebenfalls verletzt, da für dieselben Leistungen des Spitals unterschiedliche Beträge geschuldet werden. Zudem kennt das schweizerische Schadenersatzrecht keine Haftung für Subventionen. Reine Vermögensschädigungen sind nur bei Widerrechtlichkeit zu ersetzen. Zudem handelt es sich, da Subventionen Eigentumsrechte von Dritten sind, um einen nicht ersatzfähigen Reflexschaden. Schliesslich fehlt ein adäquater Kausalzusammenhang, da die Subventionen unabhängig vom schädigenden Ereignis geleistet werden. Da Subventionen folglich keinen Schadensposten bilden, der einen Anspruch rechtfertigt, sind sie auch keinem Regress zugänglich, denn der Regressberechtigte tritt in die Rechte des Geschädigten ein. Art. 123 KVV enthält diesen Grundsatz der Kongruenz. Eintritt in Haftpflichtansprüche nur, wenn diese dem Geschädigten tatsächlich und rechtlich zustehen. Leistungen haben zudem gleichartig zu sein, bzw. gleiche Funktion zu erfüllen. Dies ist bei Subventionen nicht der Fall. Bestimmung entbehrt folglich sowohl in öffentlich-rechtlicher wie in privatrechtlicher Hinsicht jeglicher Grundlagen und ist zudem bezüglich Praktikabilität fraglich, da in jedem Einzelfall die Berechnung der Beteiligung der öffentlichen Hand erfolgen müsste, wovon noch der durch den Haftpflichtigen als Steuerzahler geleistet Beitrag zu subtrahieren wäre. Zu erwähnen ist noch, dass ca. 20% der Schweizer Bevölkerung keine Haftpflichtversicherung oder eine Deckungsbeschränkung in ihrer Policen haben, was die Vorlage auch sozialpolitisch höchst problematisch macht.	ASA/SVV
Eine Konstruktion, nach der dem subventionierenden Kanton ein Regressrecht auf den haftpflichtigen Dritten eingeräumt wird, lehnen wir ab. Dies würde nämlich bedeuten, dass die Kantone ihre Spitalsubventionen nach den Regeln des Krankenversicherungsrecht zurückfordern können, genau so und nach denselben Regeln, wie diese die Versicherer für ihre Leistungen gemäss KVG auch tun können. Die Spitalsubventionen würden so in die Nähe von KVG-Versicherungsleistungen gerückt, und die Kantone könnten erneut als Quasi-Krankenversicherer dargestellt werden. Aufgrund Art. 49 Abs. 1 und 2 gilt es darum nicht den Kantonen, sondern vielmehr den Leistungserbringern, also den Spitälern, die Rechtsgrundlage für ein Forderungsrecht gegenüber den haftpflichtigen Dritten zu schaffen.	BS

Sinnvoller Vorschlag Erweiterung des Textes " gelten analog für den Wohnkanton und die Wohnsitzgemein- de sofern diese Beiträge".....	GEDE ZH
Einverstanden, dadurch darf aber nicht der Eindruck erweckt werden, dass die Kantone indirekt Mitversicherer sind.	GR, SZ, UR
Botschaft ist klarer als der Gesetzestext	LU
schliessen sich der Meinung des SVV an, das kein direkter Zusammenhang zwischen dem Haftpflichtigen und der staatlichen Subvention besteht.	SAGV
Ausdehnung des Rückgriffsrechts wird begrüsst. Gegenüber dem Haftpflichtigen ist volle Geltendmachung des Schadens über den KVG-Tarif hinaus nicht ausgeschlos- sen. Die Leistungserbringer können nicht verpflichtet werden, gegenüber dem Haft- pflichtigen den Tarifschutz einzuhalten. Beantragt wird daher eine Übernahme des bisherigen Art. 126 KVV in Art. 79 KVG.	SGV
La proposta é accolta Conferire ai Cantoni la possibilità di usufruire di questa forma di regresso nei confronti di terzi responsabili é logica e risponde al bisogno di colmare una lacuna di legge.	TI
Acceptation de la modification relative au droit de recours du canton de résidence, car comble une lacune de la loi signalée par les tribunaux.	VS
keine Bemerkungen	WEKO
Die Einräumung des Regressrechts für den Kanton wird begrüsst. Das Regressrecht sollte jedoch auch auf die Gemeinden ausgedehnt werden: Im Bereiche der nichtspezi- alisierten Versorgung werden Steuergelder zur Finanzierung von Leistungen der Kran- kenversicherung verwendet. Besserstellung derjenigen Kantone, welche die Beiträge nach Artikel 49 Abs. 1 und 2 ausschliesslich selbst tragen gegenüber denjenigen, die sich die Finanzierung der Spi- täter mit den Gemeinden teilen.	ZH

Diverse Artikel

Divers articles

Diversi articoli

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringen- de
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
57.6	Le TFA entend se prononcer uniquement sur des aspects juridiques. Il paraît souhaitable de compléter la 3e phrase de l'art. 57, al. 6 par les mots "... pour autant qu'il s'agisse d'un médecin ayant conclu une conven- tion tarifaire avec la caisse". En effet, c'est souvent le caractère écono- mique du traitement médical (art. 56 LAMal) qui est à l'origine du litige né- cessitant l'intervention du médecin-conseil de la caisse. Or, si le médecin choisi par l'assuré pour procéder à l'examen en lieu et place de ce dernier n'est lui-même pas admis par la caisse comme fournisseur de prestations, le litige risque de s'envenimer et de finir devant le tribunal arbitral, comme le prévoit la dernière phrase de cet alinéa, ce qu'il faudrait si possible évi- ter.	EVG
59	Le projet ne prévoit aucune voie de droit pour le fournisseur de prestations avec lequel un assureur-maladie refuse de passer une convention. Cela paraît difficilement compatible avec la garantie prévue à l'art. 29a, 1ère phrase, Cst. et cela d'autant plus que le refus d'un assureur de conclure une convention tarifaire avec un fournisseur de prestations pourrait entraî- ner des conséquences graves pour ce dernier. Proposition d'étendre la compétence du tribunal arbitral prévue à l'art. 59 LAMal aux litiges nés du refus d'un assureur de contracter, en vertu de l'art. 35, al. 1er nouveau.	EVG
105	Welche Auswirkungen hat die Gesetzesrevision auf den Risikoausgleich?	AR

Verzeichnis der Abkürzungen der Vernehmlassenden

Liste des abréviations des milieux ayant pris position

Indice delle abbreviazioni dei partecipanti alla procedura di consultazione

Abkürzung	Absender	begrüssst
Abréviation	Expéditeur	consulté
Abbreviazioni	Mittenti	consultati
ACSI	Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana	Ja/oui/si
ADEPAS	Association de défense des patients et des assurés	Nein/non/no
AG	Kanton Aargau	Ja/oui/si
AGB	Aerztegesellschaft des Kantons Bern	Nein/non/no
AGSO	Ärztegesellschaft des Kantons Solothurn	Nein/non/no
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	Nein/non/no
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden	Ja/oui/si
Aids-Hilfe	Aids-Hilfe Schweiz	Ja/oui/si
Alliance F	Bund Schweizerischer Frauenorganisationen	Ja/oui/si
AMG	Association des médecins du canton de Genève	Nein/non/no
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden	Ja/oui/si
ASA/SVV	Schweizerischer Versicherungsverband	Ja/oui/si
ASIV	Schweizerischer Invalidenverband	Ja/oui/si
ASPAS	Association suisse des professionnels de l'action sociale	Ja/oui/si
ASPV	Schweizerischer Psychotherapeuten Verband SPV	Ja/oui/si
ASKIO	Behinderten-Selbsthilfe Schweiz	Ja/oui/si
ASSUAS	Association Suisse des Assurés	Ja/oui/si
AVIVO	Vereinigung zur Verteidigung der RentnerInnen	Ja/oui/si
BAV	Baselstädtischer Apothekerverband	Nein/non/no
BE	Kanton Bern	Ja/oui/si
BfK	Büro für Konsumentenfragen	Ja/oui/si
BGer	Bundesgericht	Ja/oui/si
BL	Kanton Basel-Landschaft	Ja/oui/si
BS	Kanton Basel-Stadt	Ja/oui/si
BPV	Basler Privatspitäler Vereinigung	Nein/non/no
CP	Centre patronal	Ja/oui/si
CNG	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz	Ja/oui/si
COSAMA	Vereinigung schweizerischer Kranken- und Unfallversicherung	Nein/non/no
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz	Ja/oui/si
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen	Ja/oui/si
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht	Ja/oui/si

EVS	Ergotherapeutinnen-Verband	Ja/oui/si
FAMH	Schweizerischer Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien	Ja/oui/si
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz	Ja/oui/si
ffg	Forum für Ganzheitsmedizin	Ja/oui/si
FMH	Verbindung der Schweizer Aerzte	Ja/oui/si
FMS	Vereinigung der invasiv und operativ tätigen Ärzteschaft	Nein/non/no
FR	Canton de Fribourg	Ja/oui/si
FRC	Fédération romande des consommateurs	Ja/oui/si
FRSP	Fédération Romande des Syndicats Patronaux	Ja/oui/si
FSP	Föderation der Schweizer Psychologen und Psychologinnen	Nein/non/no
FSR	Fédération suisse des retraités	Ja/oui/si
GE	Canton de Genève	Ja/oui/si
GEDE ZH	Gesundheits- und Umweltdepartement des Kt. ZH	Nein/non/no
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen Konferenz	Ja/oui/si
Ges.kom.BS	Gesundheitskommission des Grossen Rates	Nein/non/no
GGPSA	Groupement Genevois des Professionnels de la santé et des Assurés	Nein/non/no
GL	Kanton Glarus	Ja/oui/si
GPFI	Groupement pour la participation de la famille aux informations sur les assurances sociales	Ja/oui/si
GR	Kanton Graubünden	Ja/oui/si
H+	Die Spitäler der Schweiz H+	Ja/oui/si
HVS	Heimverband Schweiz	Ja/oui/si
IES/ISE	Institut für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes	Nein/non/no
IGN	IG Naturheilkunde Schweiz	Nein/non/no
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel	Ja/oui/si
ISP BE	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern	Nein/non/no
JU	Canton du Jura	Ja/oui/si
K3	Konferenz Kantonale Krankenhaus Verbände	Ja/oui/si
kf	Konsumentenforum Schweiz	Ja/oui/si
KKAK	Konferenz der Kantonalen Ausgleichskassen	Ja/oui/si
KKSD	Konferenz der Kantonalen Sozialdirektoren	Ja/oui/si
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer	Ja/oui/si
LU	Kanton Luzern	Ja/oui/si
mediX	MediX Verband	Nein/non/no
MTK	Medizinaltarifkommission UVG	Ja/oui/si
NE	Canton de Neuchâtel	Ja/oui/si
NW	Kanton Nidwalden	Ja/oui/si
OW	Kanton Obwalden	Ja/oui/si
PLS	Parti libéral Suisse	Ja/oui/si

Pro Senectute	Pro Senectute	Ja/oui/si
PÜ	Preisüberwacher	Nein/non/no
PULSUS	PULSUS für eine freie und soziale verantwortbare Medizin	Ja/oui/si
SAEB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter	Ja/oui/si
SAA	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Aphasie	Nein/non/no
SAGV	Schweizerischer Arbeitgeberverband	Ja/oui/si
SAV	Schweizerischer Apothekerverband	Ja/oui/si
SBK	Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern	Ja/oui/si
SBV	Schweizerischer Bauernverband	Ja/oui/si
SCG	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft	Ja/oui/si
SG	Kanton St. Gallen	Ja/oui/si
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin	Nein/non/no
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund	Ja/oui/si
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin	Nein/non/no
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband	Ja/oui/si
SH	Kanton Schaffhausen	Ja/oui/si
SHIV	Union Suisse du commerce et de l'industrie (Vorort)	Ja/oui/si
SHV	Schweizerischer Hebammenverband	Ja/oui/si
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz	Ja/oui/si
SMV	Société médicale du Valais	Nein/non/no
SO	Kanton Solothurn	Ja/oui/si
Spitex	Spitex-Verband Schweiz	Ja/oui/si
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz	Ja/oui/si
SP-Frauen	Sozialdemokratische Frauen	Nein/non/no
SPV	Schweizerischer Pysiotherapeuten-Verband	Ja/oui/si
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz	Ja/oui/si
SSO	Schweizerische Zahnärztesgesellschaft	Ja/oui/si
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen	Ja/oui/si
SVBP	Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken	Ja/oui/si
SVERB	Schweizerischer Verband diplomierter ErnährungsberaterInnen	Ja/oui/si
SVM	Société vaudoise de médecine	Nein/non/no
SVP	Schweizerische Volkspartei	Ja/oui/si
SVPC	Schweizerische Vereinigung für Chiropraktik	Nein/non/no
SVPK	Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken	Ja/oui/si
SZ	Kanton Schwyz	Ja/oui/si
TG	Kanton Thurgau	Ja/oui/si
TI	Canton Ticino	Ja/oui/si
UPM	Union Patients-Médecins	Nein/non/no
UR	Kanton Uri	Ja/oui/si
VD	Canton de Vaud	Ja/oui/si

VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz	Ja/oui/si
VS	Canton du Valais	Ja/oui/si
VSA	Vereinigung schweizerischer Angestelltenverbände	Ja/oui/si
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen	Ja/oui/si
WEKO	Wettbewerbskommission	Ja/oui/si
ZV	Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz	Ja/oui/si
ZG	Kanton Zug	Ja/oui/si
ZH	Kanton Zürich	Ja/oui/si

Verzeichnis der Abkürzungen

Liste des abréviations

Indice delle abbreviazioni

BGer	Schweizerisches Bundesgericht	
BR	Bundesrat	
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung	
DFI	Département fédéral de l'intérieur	
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern	
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht	
KV	Krankenversicherung	
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung	
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung	
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie Legge federale sull'assicurazione malattie	
OAMAL	Ordonnance sur l'assurance-maladie Ordinanza sull'assicurazione malattie	
OFAS	Office fédéral des assurances sociales	
TFA	Tribunal fédéral des assurances Tribunale federale delle assicurazioni	

Statistische Uebersicht

Begrüsste Vernehmlassungs-Adressatinnen und -Adressaten	Versandt nach Verteilerliste	Eingegangene Stellungnahmen
Kantone	26	26
Eidgenössische Gerichte	2	2
Parteien	16	5
Organisationen der Wirtschaft	22	14
Uebrige Organisationen und interessierte Kreise	93	44
Total	159	91
Zusätzlich sind eingegangen:		
- Parteien		1
- Organisationen, Verbände, Firmen etc.		25
- Private		0
 Gesamtzahl der eingegangenen Stellungnahmen		117

Aperçu statistique

Destinataires de la consultation	Envois selon la liste des destinataires	Prise des positions reçues
Cantons	26	26
Tribunaux fédéraux	2	2
Partis	16	5
Organisations de l' économie	22	14
Autres organisations et milieux intéressés	93	44
Total	159	91
Prise de positions reçues en plus:		
- Partis		1
- Organisations, associations, entreprises etc.		25
- Particuliers		0
Nombre total des prises de positions reçues		117

Panoramica statistica

Destinatari della procedura di consultazione	Invii secondo l'elenco dei destinatari	Prese di posizione ricevute
Cantoni	26	26
Tribunali federali	2	2
Partiti	16	5
Organizzazioni economiche	22	14
Altre organizzazioni e cerchie interessate	93	44
Totale	159	91
Ulteriori prese di posizione:		
- partiti		1
- organizzazioni, associazioni, imprese ecc.		25
- privati		0
Totale delle prese di posizione ricevute		117