

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

Bern, 14. Juni 2000

An das
Schweizerische Bundesgericht und
das Eidgenössische Versicherungs-
gericht

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
Ergänzen des Vernehmlassungsverfahrens**

Sehr geehrte Damen und Herren Bundesrichter

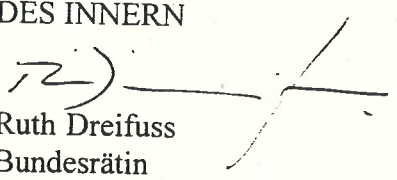
In der Beilage unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, -zur Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern sowie zum Rückgriffsrecht des Wohnkantons. Der Bundesrat kommt damit dem Auftrag des Parlamentes nach, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu prüfen und die entsprechenden Änderungen des KVG in der Vorlage zur Spitalfinanzierung vorzulegen. Der Bundesrat hat allerdings – aus Gründen, die im erläuternden Bericht ausgeführt werden (vgl. Ziffer 21) - entschieden, in der Vernehmlassungsvorlage die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf den ambulanten Bereich zu beschränken. Für den Bundesrat ist es deshalb von besonderem Interesse, wie sich die Vernehmlassungsteilnehmenden zur Frage des Geltungsbereichs einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs stellen.

Da die Spitalfinanzierungsrevision auf den 1. Januar 2002 in Kraft treten soll, sind wir aufgrund der gebotenen Dringlichkeit leider gezwungen, die übliche Vernehmlassungsfrist zu verkürzen, was uns in Anbetracht der Beschränkung auf ein Hauptthema als vertretbar erscheint. Wir hoffen, auf Ihr Verständnis zählen zu können und bitten Sie, den Entwurf zu prüfen und dem Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, Ihre allfällige Stellungnahme zu den Sie interessierenden Punkten bis zum **28. Juli 2000** zukommen zu lassen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT
DES INNERN


Ruth Dreifuss
Bundesrätin

- Beilagen:**
- Entwurf Teilrevision KVG
 - Vernehmlassungsbericht
 - Liste der Vernehmlassungsadressaten

Hinweis

Weitere Exemplare des Vernehmlassungsberichts (in deutscher, französischer oder italienischer Sprache) können beim BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, bezogen werden.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Bern, 14. Juni 2000

An die Kantonsregierungen

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
Ergänzen des Vernehmlassungsverfahrens**

Sehr geehrte Damen Regierungsrätinnen
Sehr geehrte Herren Regierungsräte

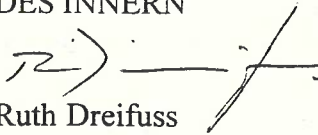
In der Beilage unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, -zur Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern sowie zum Rückgriffsrecht des Wohnkantons. Der Bundesrat kommt damit dem Auftrag des Parlamentes nach, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu prüfen und die entsprechenden Änderungen des KVG in der Vorlage zur Spitalfinanzierung vorzulegen. Der Bundesrat hat allerdings – aus Gründen, die im erläuternden Bericht ausgeführt werden (vgl. Ziffer 21) - entschieden, in der Vernehmlassungsvorlage die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf den ambulanten Bereich zu beschränken. Für den Bundesrat ist es deshalb von besonderem Interesse, wie sich die Vernehmlassungsteilnehmenden zur Frage des Geltungsbereichs einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs stellen.

Da die Spitalfinanzierungsrevision auf den 1. Januar 2002 in Kraft treten soll, sind wir aufgrund der gebotenen Dringlichkeit leider gezwungen, die übliche Vernehmlassungsfrist zu verkürzen, was uns in Anbetracht der Beschränkung auf ein Hauptthema als vertretbar erscheint. Wir hoffen auf Ihr Verständnis zählen zu können und bitten Sie, den Entwurf zu prüfen und dem Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, Ihre allfällige Stellungnahme zu den Sie interessierenden Punkten bis zum **28. Juli 2000** zukommen zu lassen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT
DES INNERN


Ruth Dreifuss
Bundesrätin

- Beilagen:**
- Entwurf Teilrevision KVG
 - Vernehmlassungsbericht
 - Liste der Vernehmlassungsadressaten

Hinweis

Weitere Exemplare des Vernehmlassungsberichts (in deutscher, französischer oder italienischer Sprache) können beim BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, bezogen werden.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

Berne, le 14 juin 2000

Aux gouvernements des cantons

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
Procédure de consultation complémentaire

Mesdames les Conseillères d'Etat,
Messieurs les Conseillers d'Etat,

Nous vous soumettons en annexe un rapport relatif à la suppression de l'obligation des assureurs-maladie et des fournisseurs de prestations de conclure une convention tarifaire, à l'exécution des obligations financières des assurés vis-à-vis des assureurs ainsi qu'au droit de recours du canton de résidence. Le Conseil fédéral se conforme ainsi au mandat que lui a donné le Parlement d'examiner la question de la suppression de l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier ainsi que de présenter les modifications correspondantes de la LAMal dans le cadre du projet sur le financement des hôpitaux. Le Conseil fédéral a toutefois décidé, pour les raisons exposées dans le rapport explicatif, de limiter la suppression de l'obligation de contracter au domaine ambulatoire dans le projet soumis à la procédure de consultation. C'est pourquoi il est particulièrement intéressant pour le Conseil fédéral de savoir comment les participants à la procédure de consultation prennent position sur la question du domaine d'application d'une suppression de l'obligation de contracter.

Etant donné que la révision du financement des hôpitaux doit entrer en vigueur le 1er janvier 2002, nous sommes malheureusement obligés, pour des motifs d'urgence, d'abréger le délai habituel de la consultation, ce qui nous paraît acceptable compte tenu de la limitation thématique à un sujet essentiel. Nous espérons pouvoir compter sur votre compréhension et nous vous saurions gré d'examiner le projet et de faire parvenir à l'Office fédéral des assurances sociales, 3003 Berne, vos éventuelles observations à propos des points qui vous intéressent d'ici **au 28 juillet 2000**.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat, l'assurance de notre haute considération.

DEPARTEMENT
FEDERAL DE L'INTERIEUR

Ruth Dreifuss
Conseillère fédérale

- Annexes:**
- Projet de révision partielle de la LAMal
 - Rapport de procédure de consultation
 - Liste des destinataires

Indication

Des exemplaires supplémentaires du rapport de la procédure de consultation (en allemand, en français ou en italien) peuvent être commandés auprès de l'OFAS, division principale assurance-maladie et accidents, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Berna, 14 giugno 2000

Lodevole
Consiglio di Stato della
Repubblica e Cantone del
Ticino
6500 Bellinzona

**Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie
Procedura di consultazione completa**

Onorevoli Presidente e Consiglieri di Stato,

alla presente compieghiamo un rapporto inerente l'abrogazione dell'obbligo di stipulare convenzioni tariffali tra assicuratori-malattie e fornitori di prestazioni come pure due altri temi. Il Consiglio federale segue in proposito il mandato del Parlamento inteso ad esaminare l'abrogazione del suddetto obbligo nell'ambito ambulatoriale, semiospedaliero ed ospedaliero e a presentare le corrispettive modifiche della LAMal nel disegno sul finanziamento degli ospedali. Il Consiglio federale, per i motivi citati nel rapporto esplicativo (cfr. n. 21), ha tuttavia deciso di limitare la procedura di consultazione all'abrogazione dell'obbligo di contrarre nell'ambito ambulatoriale e ritiene di conseguenza di particolare interesse l'opinione dei destinatari circa il campo d'applicazione dell'abrogazione in questione.

Giacché questa revisione parziale deve entrare in vigore il 1° gennaio 2002, siamo purtroppo costretti per ragioni d'urgenza ad abbreviare l'abituale termine di consultazione, cosa per altro a nostro parere proponibile vista la limitazione ad un solo tema principale. Fidando nella Vostra comprensione Vi preghiamo cortesemente di esaminare il disegno e di comunicare all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, **entro il 28 luglio 2000**, eventuali osservazioni in merito ai punti che vi interessano.

Vi ringraziamo sin d'ora della collaborazione e vi presentiamo, onorevoli Presidente e Consiglieri di Stato, i migliori saluti.

DIPARTIMENTO
FEDERALE DELL'INTERNO

Ruth Dreifuss
Consigliera federale

Allegati:

- Disegno di revisione parziale della LAMal
- Rapporto della procedura di consultazione
- Elenco dei destinatari

Indicazione

Ulteriori esemplari del rapporto sulla procedura di consultazione (in italiano, tedesco o francese) sono ottenibili presso UFAS, Divisione principale assicurazione malattie e infortuni, Effingerstrasse 20, 3003 Berna



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Bern, 14. Juni 2000

**An die politischen Parteien
und interessierten Organisationen**

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
Ergänzen des Vernehmlassungsverfahrens**

Sehr geehrte Damen und Herren

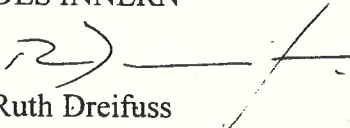
In der Beilage unterbreiten wir Ihnen einen Bericht zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, -zur Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern sowie zum Rückgriffsrecht des Wohnkantons. Der Bundesrat kommt damit dem Auftrag des Parlamentes nach, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu prüfen und die entsprechenden Änderungen des KVG in der Vorlage zur Spitalfinanzierung vorzulegen. Der Bundesrat hat allerdings – aus Gründen, die im erläuternden Bericht ausgeführt werden (vgl. Ziffer 21) - entschieden, in der Vernehmlassungsvorlage die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf den ambulanten Bereich zu beschränken. Für den Bundesrat ist es deshalb von besonderem Interesse, wie sich die Vernehmlassungsteilnehmenden zur Frage des Geltungsbereichs einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs stellen.

Da die Spitalfinanzierungsrevision auf den 1. Januar 2002 in Kraft treten soll, sind wir aufgrund der gebotenen Dringlichkeit leider gezwungen, die übliche Vernehmlassungsfrist zu verkürzen, was uns in Anbetracht der Beschränkung auf ein Hauptthema als vertretbar erscheint. Wir hoffen auf Ihr Verständnis zählen zu können und bitten Sie, den Entwurf zu prüfen und dem Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, Ihre allfällige Stellungnahme zu den Sie interessierenden Punkten bis zum **28. Juli 2000** zukommen zu lassen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT
DES INNERN


Ruth Dreifuss
Bundesrätin

- Beilagen:**
- Entwurf Teilrevision KVG
 - Vernehmlassungsbericht
 - Liste der Vernehmlassungsadressaten

Hinweis

Weitere Exemplare des Vernehmlassungsberichts (in deutscher, französischer oder italienischer Sprache) können beim BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, bezogen werden.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

Berne, le 14 juin 2000

**Aux partis et organisations
intéressés**

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
Procédure de consultation complémentaire**

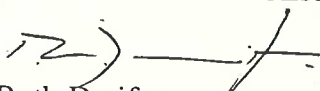
Mesdames, Messieurs,

Nous vous soumettons en annexe un rapport relatif à la suppression de l'obligation des assureurs-maladie et des fournisseurs de prestations de conclure une convention tarifaire, à l'exécution des obligations financières des assurés vis-à-vis des assureurs ainsi qu'au droit de recours du canton de résidence. Le Conseil fédéral se conforme ainsi au mandat que lui a donné le Parlement d'examiner la question de la suppression de l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier ainsi que de présenter les modifications correspondantes de la LAMal dans le cadre du projet sur le financement des hôpitaux. Le Conseil fédéral a toutefois décidé, pour les raisons exposées dans le rapport explicatif, de limiter la suppression de l'obligation de contracter au domaine ambulatoire dans le projet soumis à la procédure de consultation. C'est pourquoi il est particulièrement intéressant pour le Conseil fédéral de savoir comment les participants à la procédure de consultation prennent position sur la question du domaine d'application d'une suppression de l'obligation de contracter.

Etant donné que la révision du financement des hôpitaux doit entrer en vigueur le 1er janvier 2002, nous sommes malheureusement obligés, pour des motifs d'urgence, d'abréger le délai habituel de la consultation, ce qui nous paraît acceptable compte tenu du fait qu'elle est limitée à un sujet principal. Nous espérons pouvoir compter sur votre compréhension et nous vous saurions gré d'examiner le projet et de faire parvenir à l'Office fédéral des assurances sociales, 3003 Berne, vos éventuelles observations à propos des points qui vous intéressent d'ici **au 28 juillet 2000**.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

DEPARTEMENT
FEDERAL DE L'INTERIEUR


Ruth Dreifuss
Conseillère fédérale

- Annexes:**
- Projet de révision partielle de la LAMal
 - Rapport de procédure de consultation
 - Liste des destinataires

Indication

Des exemplaires supplémentaires du rapport de la procédure de consultation (en allemand, en français ou en italien) peuvent être commandés auprès de l'OFAS, division principale assurance-maladie et accidents, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.



EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN
DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
DIPARTIMENTO FEDERALE DELL'INTERNO
DEPARTAMENT FEDERAL DA L'INTERN

3003 Berna, 14 giugno 2000

**Ai partiti politici
e alle organizzazioni interessate**

**Revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie:
Procedura di consultazione completa**

Gentili signore, egregi signori,

alla presente compieghiamo un rapporto inerente l'abrogazione dell'obbligo di stipulare convenzioni tariffali tra assicuratori-malattie e fornitori di prestazioni come pure due altri temi. Il Consiglio federale segue in proposito il mandato del Parlamento inteso ad esaminare l'abrogazione del suddetto obbligo nell'ambito ambulatoriale, semiospedaliero ed ospedaliero e a presentare le corrispettive modifiche della LAMal nel disegno sul finanziamento degli ospedali. Il Consiglio federale, per i motivi citati nel rapporto esplicativo (cfr. n. 21), ha tuttavia deciso di limitare la procedura di consultazione all'abrogazione dell'obbligo di contrarre nell'ambito ambulatoriale e ritiene di conseguenza di particolare interesse l'opinione dei destinatari circa il campo d'applicazione dell'abrogazione in questione.

Giacché questa revisione parziale deve entrare in vigore il 1° gennaio 2002, siamo purtroppo costretti per ragioni d'urgenza ad abbreviare l'abituale termine di consultazione, cosa per altro a nostro parere proponibile vista la limitazione ad un solo tema principale. Fidando nella Vostra comprensione Vi preghiamo cortesemente di esaminare il disegno e di comunicare all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, **entro il 28 luglio 2000**, eventuali osservazioni in merito ai punti che vi interessano.

Vi ringraziamo sin d'ora della collaborazione e vi presentiamo i migliori saluti.

DIPARTIMENTO
FEDERALE DELL'INTERNO

Ruth Dreifuss
Consigliera federale

- Allegati:**
- Progetto di revisione parziale LAMal
 - Rapporto della procedura di consultazione
 - Elenco dei destinatari

Indicazione

Ulteriori esemplari del rapporto sulla procedura di consultazione (in italiano, tedesco o francese) sono ottenibili presso UFAS, Divisione principale assicurazione malattie e infortuni, Effingerstrasse 20, 3003 Berna

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung
(KVG)**

Änderung vom ...

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom ¹⁾,

beschliesst:

I

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung² wird wie folgt geändert:

Art. 7a (neu) Liste der vertraglich gebundenen Leistungserbringer

¹Der Versicherer muss seinen Versicherten mit der Mitteilung der neuen Prämie eine Liste der vertraglich gebundenen Leistungserbringer zukommen lassen, welche für den Versicherer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind.

²Diese Liste darf während eines Kalenderjahres nicht eingeschränkt werden.

¹BBl 2000 ...

²SR 832.10

Art. 35 Abs. 1, 1bis, 1ter sowie 1quater (neu)

¹Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind grundsätzlich diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:

- a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 - 40 erfüllen;
- b. einen Tarifvertrag mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherer abgeschlossen haben, der mindestens für ein Kalenderjahr gilt.

^{1bis} Leistungserbringer im Sinne von Artikel 39 haben für stationäre und teilstationäre Behandlungen die Voraussetzung von Absatz 1 Buchstabe b nicht zu erfüllen.

^{1ter} Die Leistungserbringer und die Versicherer sind, unter Wahrung der medizinischen Versorgung, frei in der Wahl der Vertragspartner. Der Bundesrat setzt die Kriterien für die Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung (Art. 56 und 58) fest, die für die Zulassung der Leistungserbringer massgebend sind.

^{1quater} Im Anwendungsbereich dieses Gesetzes gilt das Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995³ über Kartelle und andere Wettbewerbsbeschränkungen (Kartellgesetz).

Art. 41 Sachüberschrift sowie Abs. 1 und 2 Bst. a

Grundsatz

¹Die Versicherten können unter den für sie zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung übernimmt der Versicherer die vertraglich vereinbarten Tarife. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, die im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

³SR 251

²Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung durch einen vertraglich gebundenen Leistungserbringer;

Art. 41a (neu) Aufklärungspflicht der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, für welche Versicherer sie zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Leistungen erbringen dürfen.

Art. 45

Ist wegen des 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. Der Bundesrat legt die Kriterien für eine angemessene Versorgung fest.

Art. 46 Abs. 2 und 5

²Verträge mit Verbänden sind nur für diejenigen Leistungserbringer oder Versicherer verbindlich, die dem Vertrag beigetreten und bei Verträgen für die ambulante Behandlung auch aufgenommen worden sind. Der Vertrag regelt sowohl für Mitglieder wie auch für Nichtmitglieder der Verbände die Art und Weise des Beitritts, der Aufnahme sowie der Rücktrittserklärung. Der Vertrag kann vorsehen, dass Nichtmitglieder eines Verbandes einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen.

⁵Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate. Die Kündigung eines Tarifvertrages für die ambulante Behandlung darf nur auf Ende eines Kalenderjahres erfolgen.

Art. 47 Sachüberschrift sowie Abs. 1, 1bis (neu), 1ter (neu) und 2

Fehlen oder Verweigerung eines Tarifvertrages

¹Kommt zwischen Leistungserbringer und Versicherer kein Tarifvertrag zustande und wird von einem oder beiden geltend gemacht, dass ohne Vertrag für ambulante Behandlungen die medizinische Versorgung unzureichend sei, so bezeichnet die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten die Leistungserbringer und setzt den Tarif fest. Sie bringt dabei die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung zur Anwendung, wie sie vom Bundesrat nach Artikel 35 Absatz 1ter festgesetzt werden.

^{1bis}Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Vertragsbeitritt verweigert und wird von einem oder beiden geltend gemacht, dass für ambulante Behandlungen die medizinische Versorgung ohne Vertragsbeitritt unzureichend sei, so kann der betroffene Leistungserbringer oder der betroffene Versicherer bei der Kantonsregierung den Beitritt verlangen.

^{1ter}Die Kantonsregierung berücksichtigt bei der Beurteilung der medizinischen Versorgung die zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards und die vom Bundesrat nach Artikel 45 festgelegten Kriterien. Das Angebot ausserhalb des Kantons ist ebenfalls einzubeziehen.

²Besteht für die stationäre oder teilstationäre Behandlung der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

Art. 48 Tarifverträge mit Ärzteverbänden
aufgehoben

Art. 52 Abs. 3

³Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach Artikel 46 festgesetzt werden kann.

Art. 53 Abs. 1

¹Gegen die Beschlüsse der Kantonsregierung nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 49 Absatz 7, 51, 54 und 55 kann Beschwerde an den Bundesrat erhoben werden.

Art. 61a (neu) *Prämienzahlungspflicht und Verzugsfolgen*

¹Die Versicherten sind zur Bezahlung der Prämien verpflichtet.

²Werden fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, hat der Versicherer die versicherte Person schriftlich zu mahnen und räumt ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen ein. Der Versicherer weist auf die weiteren Folgen des Zahlungsverzuges hin.

³Hat 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 oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die zuständige Sozialhilfebehörde am Wohnort der versicherten Person über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften, namentlich solche, welche eine vorhergehende Meldung an die für die Prämienverbilligung zuständige Behörde vorsehen.

⁴Sind die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.

⁵Wechseln säumige Versicherte den Versicherer, orientiert der bisherige Versicherer den neuen Versicherer über allfällige Mahnungen oder Betreibungen. Vom bisherigen Versicherer gemahnte oder betriebene Forderungen haben auch beim neuen Versicherer einen Leistungsaufschub zur Folge. Der bisherige Versicherer informiert den neuen Versicherer, sobald die bei ihm ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.

⁶Der Bundesrat regelt das Prämieninkasso, das Mahnverfahren und die Folgen des Zahlungsverzugs näher.

Art. 79 Abs. 2bis (neu)

^{2bis}Die Absätze 1 und 2 gelten analog für den Wohnkanton, sofern er Beiträge nach Artikel 41 Absatz 3 und 49 Absatz 1 und 2 geleistet hat.

II

¹Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

²Es tritt am ... in Kraft.

Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung

Ergänzende Vernehmlassung zu folgenden Themen:

- **Aufhebung des Kontrahierungszwanges**
 - **Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern**
 - **Rückgriffsrecht des Wohnkantons**
-

Erläuternder Bericht

1 Ausgangslage

Im Rahmen der ersten Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) wurde im Parlament eingehend die Frage der Kosteneindämmung diskutiert. Dabei trat das Parlament auf den Vorschlag des Bundesrates in seiner Botschaft vom 21. September 1998 (BBl 1999 793), auch im ambulanten Bereich die Kompetenz zur Festsetzung eines Globalbudgets für die Kantonsregierungen einzuführen, nicht ein. Vom Nationalrat angenommen wurde indessen ein Einzelantrag von Nationalrat Raggenbass, der eine bessere Kostensteuerung und eine Begrenzung der Mengenausweitung anstrebte. Der Bundesrat sollte neu bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen Kriterien festlegen, denen Leistungserbringer genügen müssen, um einem Tarifvertrag beitreten zu können. In der Differenzbereinigung scheiterte der vom Nationalrat überwiesene Antrag am Ständerat. Schlussendlich wurde aber von beiden Räten am 24. März 2000 eine Bestimmung verabschiedet, wonach der Bundesrat ermächtigt wird, die Zulassung von Leistungserbringern für eine befristete Zeit einem Bedürfnisnachweis zu unterstellen (Art. 55a KVG; BBl 2000 2176). Damit soll nicht zuletzt eine kurzfristig umsetzbare Massnahme, um einem allfälligen Kostenanstieg infolge des Inkrafttretens der bilateralen Abkommen mit der Europäischen Gemeinschaft zu begegnen, eingeführt werden.

Zudem überwies die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit eine Motion (00.3003) an den Bundesrat, worin dieser aufgefordert wird, im Sinne eines mittelfristig wirksamen Instrumentes der Kosteneindämmung die Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu prüfen und die entsprechenden Änderungen des KVG in der Vorlage zur Spitalfinanzierung vorzulegen. Damit bildet die Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwangs ebenfalls Gegenstand der zweiten Teilrevision.

Diese zweite Teilrevision sollte wie erwähnt schwergewichtig der Frage der Spitalfinanzierung gewidmet sein. Dieser Teil wurde im Frühjahr 1999 bereits einer Vernehmlassung unterzogen. Die Ergebnisse der Vernehmlassung waren indessen kontrovers, so dass der Bundesrat die Vorschläge vor Erarbeitung der Botschaft nochmals eingehend prüfen liess. In diesem Sinne bilden die vorliegend aufgenommenen Punkte eine Ergänzung der bisherigen Vorlage, die in diesem Vernehmlassungsverfahren aber nicht mehr zur Diskussion steht. Die Vorschläge lehnen sich bezüglich Leistungsfinanzierung sowie der Zuordnung des teilstationären Bereiches zum stationären Bereich an die erste Vorlage an. Der Bundesrat nimmt ferner die Gelegenheit wahr, zwei weitere Punkte aufzunehmen, deren Regelung sich aufdrängt. Der Grund liegt darin, dass höchstrichterliche Urteile vorliegen, wonach es einer Verordnungsbestimmung an der gesetzlichen Grundlage fehlt und deren Schaffung erforderlich ist.

2 Grundzüge der Vorlage

21 Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich

Im Allgemeinen

Der Bundesrat ist grundsätzlich der Auffassung, dass mit den besonderen Versicherungsformen, die bei einem Verzicht auf die freie Wahl der Leistungserbringer (wie HMO oder Hausarztmodelle) eine Prämienermässigung gewähren und zunehmend an Bedeutung gewinnen, das bereits geltende Recht ein taugliches Instrument kennt, um auch im ambulanten Bereich auf die Kostenentwicklung einzuwirken. Der Bundesrat hat dennoch, in Erfüllung des Parlamentsauftrages, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs geprüft und stellt mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf das vom Parlament geforderte wettbewerbliche Vertragsmodell zur Diskussion. Mag mit dem vorliegenden Revisionsentwurf die Frage nach einer rechtlichen Konkretisierung beantwortet werden, so bleiben für den Bundesrat verschiedene grundsätzliche Fragen unbeantwortet, die vor einer Antragstellung an das Parlament zwingend einer Lösung zugeführt werden müssen. Dies gilt namentlich für die Frage der Eignung des Modells, um das unbestrittene Ziel der Kosteneindämmung zu erreichen, aber auch für die Praktikabilität und nicht zuletzt für die Verhältnismässigkeit des Vorschlags in Anbetracht der durch das Modell eingeschränkten Möglichkeiten der Patienten und Patientinnen.

Aufgrund der folgenden Erwägungen soll die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Rahmen dieser Teilrevision auf den ambulanten Bereich beschränkt werden:

Im stationären Bereich stellt das geltende Recht bereits verschiedene Instrumente (kantonale Kompetenz zur Einführung eines Globalbudgets, Spital- und Pflegeheimplanung) zur Mengenregulierung und Kosteneindämmung zur Verfügung. Die Einführung der Spitalplanung als regulierendes Element, das zudem die Verantwortung der Kantone für die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung aufnimmt (vgl. dazu VPB 48.79), hatte bereits spürbare Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich und es zeigt sich, dass die in den letzten Jahren unternommenen Anstrengungen zu greifen beginnen. Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für den Spitalbereich sind letztmals im Zeitraum 1994/1995 überdurchschnittlich angestiegen; in den nachfolgenden Jahren war das Kostenwachstum im Spitalbereich jeweils tiefer als jenes im ambulanten Bereich (Bundesamt für Sozialversicherung: Statistik über die Krankenversicherung 1998, Bern 1999, S. 47). Der Bundesrat ist deshalb weiterhin vom Instrument der Spitalplanung überzeugt. Wird an der Spitalplanung als kosteneindämmendes Instrument festgehalten und geht man davon aus, dass dieses Instrument insbesondere auch nach den Präzisierungen zu Artikel 39 KVG, welche Teil der Spitalfinanzierungsvorlage sind, zu einem bedarfsgerechten Leistungsangebot im stationären Bereich führt, ist davon auszugehen, dass eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich keine Wirkung auf das Leistungsvolumen ausüben kann. Allenfalls würde das Leistungsvolumen anders auf die Spitäler verteilt. Dass die Spitalplanung tatsächlich zu einem bedarfsgerechteren Leistungsangebot führt oder führen wird, kann umso eher

angenommen werden, als die Spitalfinanzierungsrevision weitere Präzisierungen zu Artikel 39 KVG vorschlägt, um dieses Ziel zu erreichen.

Hingegen wird der *ambulante* Spitalbereich – der Bereich, der in den letzten Jahren die markanteste relative Kostenzunahme aufgewiesen hat – explizit in den vorliegenden Regelungsvorschlag aufgenommen. Denn damit es im Zusammenhang mit der Abgrenzung zwischen stationärem und ambulantem Bereich zu keiner Benachteiligung der freipraktizierenden Leistungserbringer gegenüber den Spitälern kommt, wird in der Vorlage vorgesehen, dass die Spitäler nur für den Bereich der stationären und teilstationären Leistungen davon befreit sind, über einen Tarifvertrag mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern zu verfügen, damit sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen können. Der ambulante Spitalbereich hingegen unterliegt den Regelungen über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Im Gegensatz zu den vom Bundesrat im Rahmen der ersten Teilrevision bisher vorgeschlagenen Massnahmen zur Kosteneindämmung im ambulanten Bereich wird bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs grundsätzlich auf eine staatliche Regulierung verzichtet. Mit der Abschaffung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich wird eine neue Wettbewerbsslage zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern geschaffen. Diese neue Wettbewerbsslage darf jedoch nicht dazu führen, dass auf Grund fehlender Tarifverträge die medizinische Versorgung von Versicherten gefährdet wird. Deshalb sollen die Kantone genügend Möglichkeiten haben, im Falle einer ungenügenden Versorgung zur Sicherstellung der Versorgung entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Der Bundesrat erachtet es weiterhin als sinnvoll, in einem Versicherungssystem wie dem KVG, in dem jede in der Schweiz wohnhafte Person dem Versicherungsobligatorium unterliegt, die Kosteneindämmung durch das Zusammenspiel von wettbewerblichen und regulierenden Massnahmen zu erreichen.

Freizügigkeit

Auch bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist die Freizügigkeit beim Wechsel des Versicherers gewährleistet. Das heisst, dass die Versicherten weiterhin die Möglichkeit haben, in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung den Versicherer auf Ende des Kalendersemesters zu wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Die Versicherer sind weiterhin verpflichtet, im Rahmen des Obligatoriums die Beitrittswilligen ohne Vorbehalt aufzunehmen. Damit die Folgen einer allfälligen Konzentration von Bevölkerungsgruppen bei bestimmten Versicherern korrigiert werden können, ist allenfalls die Weiterführung des Risikoausgleichs auf jetzt noch nicht bestimmbare Zeit erforderlich.

Eingeschränkt ist hingegen die Wahlmöglichkeit der Versicherten: Sie können ihren Versicherer nicht mehr allein aufgrund der Prämienhöhe und evtl. der angebotenen Serviceleistungen auswählen, sondern ein entscheidender Faktor werden die Leistungserbringer darstellen, mit welchen der jeweils in Frage stehende Versicherer in einem Vertragsverhältnis steht. Damit der Versicherte sei-

nen Versicherer aufgrund der für ihn optimalen Kombination zwischen Prämie und gewünschtem Angebot wählen kann, benötigt er ausreichende Informationen. Einerseits kann dies als Erschwernis für die Versicherten betrachtet werden, die allenfalls genötigt sein können, den Versicherer zu wechseln, wenn sie den bisherigen Hausarzt oder die Hausärztin weiterhin aufsuchen möchten. Andererseits sind die Versicherten gehalten, Qualität und Kosten der verschiedenen Angebote zu vergleichen, was ihrer Entwicklung zu immer besser informierten Konsumentinnen und Konsumenten nur zuträglich sein kann.

Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges hat keine Einschränkung der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Folge. Alle anerkannten Versicherer sind nach wie vor zur Vergütung aller gesetzlichen Leistungen verpflichtet. Für die Versicherten hat das wettbewerbliche Vertragsmodell jedoch zur Folge, dass an Stelle der heutigen ordentlichen Grundversicherung eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Grundmodell eingeführt wird. Die freie Wahl des Leistungserbringers wird in dem Sinn aufgehoben, dass die Versicherten im ambulanten Bereich nur noch die Wahl unter denjenigen Leistungserbringern haben, mit welchen ihr Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen hat. Die Versicherer können damit, unter Einhaltung bestimmter Kriterien, einseitig bestimmen, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für ihre Versicherten zugelassen sind. Für die Versicherten bedeutet dies, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung an Transparenz verliert. Damit die Versicherten auch im wettbewerblichen Vertragsmodell ihre Wahl des Leistungserbringers wahrnehmen können, sollen die Versicherer verpflichtet werden, die Versicherten genauestens über die jeweils aktuelle Liste der für sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer zu informieren. Damit für die versicherte Person dennoch eine gewisse Stabilität bezüglich des Versicherers besteht, sind die Versicherer verpflichtet, die Liste der zugelassenen Leistungserbringer während eines Kalenderjahres nicht einzuschränken. Damit die Versicherten im wettbewerblichen Vertragsmodell jederzeit davon ausgehen können, dass ihr Versicherer die von einem Leistungserbringer erbrachten Leistungen auch tatsächlich vergütet, sollen auch die Leistungserbringer verpflichtet werden, die Versicherten darüber aufzuklären, für welchen Versicherer sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen dürfen. Eine weitergehende Wahlmöglichkeit des ambulanten Leistungserbringers wäre durch eine den Regeln des Privatversicherungsrechts unterworfenen Zusatzversicherung abzudecken.

Wie der Bundesrat bereits in seiner Botschaft zur ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes festgehalten hat, erachtet er die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, aber auch die Bonusversicherung und die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise als wirksame Instrumente, die zu einer Verringerung der Krankenversicherungskosten beitragen (BBl 1999 797). Der Bundesrat geht deshalb davon aus, dass die Versicherer auch nach der Aufhebung des Kontrahierungszwanges die besonderen

Versicherungsformen im Sinne von Artikel 41 Absatz 4 KVG anbieten werden. Dies nicht zuletzt auf Grund der Annahme, dass auch in einem wettbewerblichen Vertragsmodell bei den Versicherten nach wie vor ein Bedürfnis nach solchen Versicherungsformen besteht. Zudem ist auch anzunehmen, dass in Folge der neuen Wettbewerbslage unter den Leistungserbringern, aber auch unter den Versicherern die Bereitschaft steigt, attraktive Versicherungsmodelle mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer anzubieten.

Kostenübernahme in Notfällen

Die Kostenübernahme in Notfällen soll sich weiterhin nach Artikel 41 Absatz 2 KVG richten. Damit ist auch im wettbewerblichen Vertragsmodell sichergestellt, dass die Versicherten die Kosten im Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung von ihrem Versicherer rückerstattet erhalten, auch wenn der behandelnde Leistungserbringer über keinen Tarifvertrag mit dem Versicherer verfügt.

Tarifverträge

Im Unterschied zum heutigen System soll die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen (u.a. personelle und infrastrukturelle Voraussetzungen) für sich allein keinen Anspruch auf den Zugang zum Krankenversicherungssystem einräumen. Vielmehr können nur diejenigen Leistungserbringer, die einen Tarifvertrag mit einem Versicherer abgeschlossen haben, ihre Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen. Dabei sind weiterhin Einzel- wie Verbandsverträge denkbar. Zentral ist dabei, dass für die Zulassung der Leistungserbringer Kriterien wie Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in den Verträgen konkretisiert werden müssen. Auch wenn die Vertragsautonomie mit dem wettbewerblichen Vertragsmodell stärker in den Vordergrund gerückt wird, soll das Institut der Genehmigung durch die jeweils zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) nicht verändert werden. Nur so kann die zumeist zuständige Kantonsregierung auf das Tarifgeschehen einwirken und die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit prüfen sowie einen den Verhältnissen und der Kostenentwicklung nicht angemessenen Tarif verhindern. Auch wird so ein Auseinanderfallen der Kompetenzen bezüglich Genehmigung von Tarifverträgen im ambulanten und stationären wie teilstationären Bereich verhindert und die Kantonsregierungen befähigt, Notwendigkeit und Tragweite von Massnahmen nach Artikel 45 und 47 KVG zu beurteilen.

Vertragsloser Zustand

Im Fall der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich können sich die Regelungen des KVG über den vertragslosen Zustand nur noch auf den stationären und teilstationären Bereich beziehen. Weil im ambulanten Bereich das Bestehen eines Tarifvertrags zwischen Versicherer und Leistungserbringer eine Voraussetzung bildet, damit der letztere zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein kann, ist die Kantonsregierung nur dann zum Eingreifen verpflichtet, wenn im ambulanten Bereich die Versorgung nicht sichergestellt ist (Art. 45 KVG) oder wenn ein Leistungserbringer oder ein

Versicherer aus Versorgungsgründen die Bezeichnung eines zugelassenen Leistungserbringers und die Festsetzung eines Tarifes beantragen (Art. 47 Abs. 1 KVG).

Sicherstellung des Wettbewerbs

Die neue Wettbewerbslage darf nicht dazu führen, dass Leistungserbringer oder Versicherer durch unzulässige Wettbewerbsbeschränkungen vom Markt verdrängt werden.

Exkurs: Zulassung und Vergütung der Ärztinnen und Ärzte im Krankenversicherungssystem Deutschlands und Frankreichs

Praktisch alle westeuropäischen Länder sehen sich in Bezug auf die Zunahme der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der gleichen Situation gegenübergestellt. Nach folgend sollen die Zulassungsmodalitäten in zwei Ländern, in welchen kein staatlicher Gesundheitsdienst, sondern ein Versicherungssystem besteht, kurz dargestellt werden.

Der Zugang der Ärzte und Ärztinnen zum französischen System der "Sécurité sociale" ist liberal ausgestaltet. Ein Arzt oder eine Ärztin haben sich vorab bei der Ärztesgesellschaft anzumelden, die die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt, nachdem sie die berufliche Qualifikation geprüft hat. Anschliessend haben sich die Betroffenen bei der "Sécurité sociale" anzumelden, damit ihre Leistungen von der Versicherung übernommen werden. Weitere Bedingungen werden keine gestellt. Ein Arzt kann von der "Sécurité sociale" nicht abgewiesen werden, muss sich aber selbstverständlich den vertraglichen Regelungen bezüglich Rechnungsstellung und Auskunftserteilung unterziehen. Die Vergütung der Leistungen durch die "Sécurité sociale" richtet sich nach dem nationalen Vertragstarif. Es ist erlaubt, zu Lasten der Zusatzversicherung der Patienten und Patientinnen einen höheren Tarif in Rechnung zu stellen. Fast alle praktizierenden Ärzte und Ärztinnen in Frankreich gelten als Vertragsärzte der "Sécurité sociale".

Das System der kassenärztlichen Vergütung in Deutschland wurde in mehreren Etappen reformiert. Der Grundsatz besteht zwar nach wie vor in der Einzelleistungsvergütung; die Einzelleistungen sind im "einheitlichen Bewertungsmassstab", der Tarifstruktur, festgelegt. Das Honorar der Kassenärzte wird in einem zweistufigen Verfahren ermittelt. In einem ersten Schritt vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenversicherer und der Kassenärzte jährlich die Höhe der Gesamtvergütung. Die weitere Verteilung liegt in der Kompetenz der kassenärztlichen Vereinigung, welche in einem zweiten Schritt die Gesamtsumme auf die einzelnen Kassenärzte verteilt. Die Verteilung auf die Kassenärzte ist gesetzlich geregelt; die einzelnen Volumina hängen davon ab, welcher Fachgruppe der jeweilige Arzt resp. die Ärztin angehört und welche Zusatzqualifikationen er oder sie aufweist. Durch die Budgetdeckelung sind die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung festgeschrieben, eine nachträgliche Anpassung ist nicht vorgesehen. Mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 wurden die Versuche zur

Kosteneindämmung verstärkt. Die Gesamtvergütung der Kassen im ambulanten ärztlichen Bereich darf nur noch im gleichen Verhältnis wie die Gesamtlohnsumme steigen. Die bisherigen Zulassungsbeschränkungen wurden verschärft und die Bedarfsplanung enger gefasst, so dass sich weniger Ärzte niederlassen konnten. Eine Praxisbewilligung wird durch die kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes nur erteilt, sofern ein Praxiskontingent zur Verfügung steht. Mit dem "Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000" (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), das am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, hat der Deutsche Bundestag eine Änderung des § 102 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V; Bedarfszulassung) beschlossen. Danach erfolgt ab dem 1. Januar 2003 die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Haus- und Fachärzten (§ 102 Abs. 1 Satz 2 SGB).

22 Gesetzliche Grundlage für die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern

Die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber dem Versicherer (Prämien gemäss Art. 61 ff. KVG und Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG) sowie die Folgen der Nichterfüllung sind im geltenden Recht weder formellgesetzlich geregelt noch beauftragt das Gesetz den Bundesrat, hierzu und zum Wechsel des Versicherers nähere Bestimmungen zu erlassen. Nach Artikel 96 KVG ist der Bundesrat aber mit dem Gesetzesvollzug beauftragt; er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

Im Rahmen dieser Teilrevision soll eine formellgesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht und die Verzugsfolgen geschaffen werden, denn die Erfüllung der Prämienzahlungs- und der Kostenbeteiligungspflicht durch die Versicherten ist für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung sowie den Gesetzesvollzug unentbehrlich. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist auch deshalb angebracht, weil aufgrund der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) zu Artikel 9 Absatz 3 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) ein Wechsel des Versicherers mangels einer formellgesetzlichen Grundlage ungeachtet von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zulässig ist (vgl. BGE 125 V 266ff).

23 Gesetzliche Grundlage für das Rückgriffsrecht des Wohnkantons

Der Wohnkanton leistet heute Beiträge sowohl bei einem innerkantonalen Spitalaufenthalt (Art. 49 KVG) wie bei einer stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons (Art. 41 Abs. 3 KVG). Während die Beiträge nach Artikel 49 KVG indirekt durch die Subventionierung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler geleistet werden, wird die Differenzzahlungspflicht nach Artikel 41 Absatz 3 KVG des Wohnkantons auch nach der Rechtsprechung des EVG

als der Kostenübernahmepflicht der Versicherer gleichartige, sozialversicherungsrechtliche Verpflichtung behandelt (BGE 123 V 290ff; 310ff.). Daher sollen beide Leistungen dem Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte unterliegen. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist deshalb angebracht, weil nach einem am 18. Oktober 1999 ergangenen Grundsatzurteil des Schweizerischen Bundesgerichtes Artikel 126 KW keine genügende formellgesetzliche Grundlage aufweist und somit ein auf diesen Artikel gestütztes Rückgriffsrecht für unzulässig erachtet wird (vgl. BGE 126 III 36ff.).

3 Besonderer Teil **Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen**

Artikel 7a Absatz 1 (neu)

Das mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs verbundene wettbewerbliche Vertragsmodell hat für die Versicherten zur Folge, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezüglich zugelassener Leistungserbringer an Transparenz verliert. Im Hinblick auf einen Wechsel des Versicherers sind für die Versicherten nicht mehr nur die Prämie und allfällige Serviceleistungen des Versicherers massgebende Kriterien, sondern auch die Liste der zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer. Da der Versicherer im Fall der Aufhebung des Kontrahierungszwangs bestimmen kann, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für seine Versicherten zugelassen sind, muss den Versicherten die Möglichkeit geboten werden, bei einer Einschränkung der zugelassenen Leistungserbringer den Versicherer zu wechseln. Sofern der Leistungserbringer noch mit anderen Versicherern einen Tarifvertrag abgeschlossen hat, ermöglicht der Wechsel des Versicherers einer versicherten Person, die Behandlung bei einem Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortzusetzen. Damit die Versicherten über ausreichende Informationen verfügen, um darüber zu entscheiden, ob sie den Versicherer wechseln wollen, wird in diesem Absatz vorgesehen, dass der Versicherer seinen Versicherten mit der Mitteilung der neuen Prämien auch eine Liste mit denjenigen Leistungserbringern im Wohnkanton zukommen lassen muss, welche aufgrund eines Tarifvertrages für den Versicherer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind. Die Einführung dieser Verpflichtung ist mit Blick auf das Versicherungsobligatorium notwendig, um den Versicherten einen Vergleich der Angebote zu ermöglichen.

Artikel 7a Absatz 2 (neu)

Im Rahmen des wettbewerblichen Vertragsmodells bestimmt der Versicherer, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für seine Versicherten zugelassen sind. Schränkt ein Versicherer die Liste seiner bisher für seine Versicherten zugelassenen Leistungserbringer ein, so muss er seinen Versicherten mitteilen, ab welchem Zeitpunkt gewisse Leistungserbringer nicht mehr auf seiner Liste der zugelassenen Leistungserbringer sind, und damit nicht mehr zu Lasten der sozialen Krankenversicherung für

seine Versicherten tätig sind. Grundsätzlich ist jedoch festgesetzt, dass der Versicherer seine Liste während eines Kalenderjahres nicht einschränken darf.

Artikel 35 Absatz 1

Unter Buchstabe a dieses Absatzes werden die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Zulassung von Leistungserbringern zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegt. Wie unter dem bisherigen Recht haben die Leistungserbringer die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 bis 40 zu erfüllen.

Eines der Ziele der Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist es, dass die Versicherer - abgesehen von Notfallbehandlungen - nur noch die Leistungen derjenigen Leistungserbringer zu vergüten haben, mit denen sie einen Tarifvertrag abgeschlossen haben. Deshalb wird unter Buchstabe b dieses Absatzes festgehalten, dass das Vorliegen eines gültigen Tarifvertrages eine unabdingbare Voraussetzung ist, damit ein Leistungserbringer Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Versicherte eines oder mehrerer anerkannter Krankenversicherer erbringen kann. Verfügt ein Leistungserbringer nicht über einen Tarifvertrag mit einem Versicherer, so muss dieser die vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergüten.

Artikel 35 Absatz 1bis (neu)

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs soll nur im ambulanten Bereich zur Anwendung gelangen, nicht aber im stationären und teilstationären Bereich, wo bereits verschiedene Massnahmen zur Mengenregulierung und Kosteneindämmung zur Verfügung stehen (z.B. Globalbudget, Spitalplanung). Die Leistungserbringer nach Artikel 39 KVG sollen jedoch nur für die Erbringung von stationären und teilstationären Leistungen davon befreit werden, über einen Tarifvertrag mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern zu verfügen. Dies, weil der Wettbewerb zwischen im Spital und in freier Praxis erbrachten ambulanten Leistungen nicht verzerrt werden soll.

Artikel 35 Absatz 1ter (neu)

In einem wettbewerblichen Vertragsmodell sollen die Leistungserbringer und die Versicherer grundsätzlich frei in der Wahl ihrer Vertragspartner sein. Die einzige Einschränkung in der freien Wahl der Vertragspartner ist aber sowohl für die Versicherer wie auch für die Leistungserbringer die Garantie der medizinischen Versorgung der Versicherten. Muss diese - gestützt auf Kriterien, die vom Bundesrat auf Verordnungsebene definiert werden - auf Grund gekündigter oder fehlender Tarifverträge für die Versicherten als gefährdet betrachtet werden, so kann entweder der Versicherer oder der Leistungserbringer an den Kanton gelangen (Art. 47 KVG) oder dieser kann von sich aus entsprechende Massnahmen ergreifen (Art. 45 KVG).

Artikel 43 Absatz 6 KVG sieht ferner vor, dass die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten

erreicht wird. Mit der Umsetzung eines wettbewerblichen Vertragsmodells sind jedoch die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität, wie sie auch in den Artikeln 56 und 58 KVG konkretisiert werden, verstärkt zur Anwendung zu bringen. Nur die Konkretisierung und Anwendung derartiger Kriterien in den Tarifverträgen garantiert eine Auswahl der Leistungserbringer nach objektiven Kriterien. Um der steten Entwicklung Raum zu geben, soll es jedoch – innerhalb bestimmter Leitplanken, die vom Bundesrat auf Verordnungsebene zu definieren sein werden – grundsätzlich Sache der Tarifpartner sein, diese Kriterien zu konkretisieren. Damit folgt der Bundesrat grundsätzlich dem Konzept, das er bei der Umsetzung von Artikel 58 KVG zur Anwendung gebracht hat (Umsetzung der Qualitätssicherung durch die Tarifpartner), und verstärkt den notwendigen Zusammenhang zwischen Tarif- und Qualitätssicherungsverträgen. Dabei muss eines der Ziele sein, dass nur ein den Qualitätsanforderungen entsprechender und Massnahmen der Qualitätssicherung erfolgreich umsetzender Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen erbringen darf. Wer diese Anforderungen nicht erfüllt, soll auch nicht zu einem reduzierten Tarif tätig werden dürfen.

Artikel 35 Absatz 1quater (neu)

Da nach Artikel 3 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 1995 über Kartelle und andere Wettbewerbsbeschränkungen (Kartellgesetz, KG; SR 251) Vorschriften vorbehalten sind, die eine staatliche Markt- oder Preisordnung begründen, wie dies mit dem KVG der Fall ist, ist es notwendig, die Zuständigkeit der Wettbewerbskommission zu regeln. Die Wettbewerbskommission kann daher unzulässige Wettbewerbsbeschränkungen und Unternehmenszusammenschlüssen aufgrund von Beschwerden von allfällig betroffenen Leistungserbringern oder Versicherern gemäss dem Kartellgesetz behandeln.

Artikel 41 Absatz 1

Um deutlich zu machen, dass das Wahlrecht der Versicherten im ambulanten Bereich abhängig ist vom Versicherer, soll Absatz 1 von Artikel 41 über die Wahl des Leistungserbringers ergänzt werden. Im Wahlrecht des Versicherten stehen jene ambulanten Leistungserbringer, mit denen der Versicherer in einem Vertragsverhältnis steht. Demzufolge steht nach Satz 1 den Versicherten die Wahl unter den für sie zugelassenen Leistungserbringern offen. Satz 2 bestimmt, dass bei ambulanter Behandlung der Versicherer den vertraglich vereinbarten Tarif übernimmt, so dass die versicherte Person grundsätzlich volle Kostendeckung geniesst.

Artikel 41 Absatz 2 Buchstabe a

Auch bei einer genügend hohen Anzahl von Leistungserbringern, die mit dem Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen haben, ist es in Notfällen (z.B. am Ferienort) oder bei seltenen medizinischen Indikationen nicht ausgeschlossen, dass kein vertraglich mit dem Versicherer gebundener Leistungserbringer zur Verfügung steht. Daher wird in Artikel 41 Absatz 2 festgelegt, dass, sofern in diesen Fällen ein anderer Leistungserbringer aufgesucht werden muss, der Versi-

cherer den für diesen geltenden Tarif zu übernehmen hat. Da wir uns in einem in sich geschlossenen System bewegen, kommt als anderer Leistungserbringer nur ein die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 35 KVG erfüllender Leistungserbringer, der mit einem oder mehreren anderen anerkannten Versicherern einen Tarifvertrag abgeschlossen hat, in Frage. Als Tarif wird daher ebenfalls der dort vereinbarte Tarif zur Anwendung gelangen. Sollten mehrere Tarife für diesen einen Leistungserbringer zur Verfügung stehen, so kann der Leistungserbringer den Tarif seiner Wahl in Rechnung stellen, da es sich ja in jedem Fall um genehmigte Tarife handelt. Die Versicherer können diese umgehen, indem sie möglichst flächendeckende Tarifverträge abschliessen. Kommt die Einzelleistungstarifizierung zur Anwendung, so wird sich die Differenz infolge der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur einzig auf die Höhe des Taxpunktwertes beziehen.

Artikel 41a (neu)

Da die Versicherer im Rahmen des wettbewerblichen Vertragsmodells grundsätzlich nur noch dazu verpflichtet sind, Leistungen von Leistungserbringern zu vergüten, mit denen sie einen Tarifvertrag abgeschlossen haben, bedarf es einer umfassenden Information der Versicherten. Diese Information muss einerseits durch die Versicherer (vgl. Art. 7a) andererseits aber auch durch die Leistungserbringer erfolgen. Wie dies bereits heute in Artikel 44 Absatz 2 KVG bei sich in Ausstand befindlichen Leistungserbringern vorgesehen ist, sollen nun generell alle zu Lasten der sozialen Krankenversicherer tätigen Leistungserbringer die Versicherten vor der Behandlung darüber informieren, für welche Versicherer sie zu Lasten der sozialen Krankenversicherer Leistungen erbringen dürfen. Unterlässt der Leistungserbringer die Information, so hat er einerseits keinen Anspruch auf Vergütung der Leistung nach KVG und andererseits infolge Nichterfüllung der auftragsrechtlichen Nebenpflichten der wirtschaftlichen Aufklärung grundsätzlich keinen zivilrechtlichen Honoraranspruch.

Artikel 45

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer daran interessiert sind, mit der sozialen Krankenversicherung zusammenzuarbeiten, bietet sie ihnen doch erfahrungsgemäss eine zuverlässige und gute Existenzgrundlage. Somit werden die Versicherer, insbesondere in Anbetracht der in der Schweiz relativ hohen Dichte an Leistungserbringern, mit genügend vielen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abschliessen können und wollen, damit sie auch ihren Versicherten die medizinische Grundversorgung und damit die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung garantieren können. Sollte es nun aber auf Grund ausserordentlicher Umstände dazu kommen, dass zwischen den Tarifpartnern (Leistungserbringern und Versicherern) keine Tarifverträge zu Stande kommen und damit die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz in einem oder mehreren Leistungssektoren oder in bestimmten Fachspezialitäten nicht mehr gewährleistet ist, so müsste die Kantonsregierung, nach Anhören der Leistungserbringer und Versicherer, befristete Massnahmen ergreifen, um die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz unter Einhaltung des Tarifschutzes trotzdem sicherzustellen. Es ist dies

eine Art ultima ratio, in der Annahme und mit dem Ziel, den Normalzustand so schnell wie möglich wiederherzustellen. Diese Aufgabe der Notstandsbewältigung gehört in den angestammten Kompetenzbereich der Kantone im Gesundheitswesen.

Diese Möglichkeit zur Sicherung der medizinischen Versorgung für die Kantone ist im KVG bereits für die Folgen eines allfällig massiven Ausstandes von Leistungserbringern vorgesehen (vgl. dazu BBl 1992 I 177). Da im Falle fehlender Tarifverträge die gleichen Probleme für die Versicherten auftreten können, soll deshalb den Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges dieselbe Möglichkeit zur Verfügung stehen, in Extremfällen dafür zu sorgen, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung trotzdem sichergestellt ist. Die Kriterien, welche massgebend sind, damit die Versorgung als angemessen betrachtet werden kann, werden vom Bundesrat auf Verordnungsebene festgelegt.

Artikel 46 Absatz 2

In Artikel 46 Absatz 2 KVG wird für Verbandsverträge festgelegt, dass diese nur dann zur Anwendung kommen, wenn Verbands- und auch Nichtverbandsmitglieder explizit beitreten. Neu soll hinzukommen, dass kein automatisches Beitrittsrecht mehr besteht, da auch Verbandsverträge als Zulassungsmittel für die Leistungserbringer dienen. Daher muss es auch bei Verbandsverträgen den Versicherern möglich sein, für die ambulanten Behandlungen die Leistungserbringer auszuwählen.

Artikel 46 Absatz 5

Da nach Artikel 7a Absatz 2 festgesetzt werden soll, dass die Liste des Versicherers für ein Kalenderjahr zu gelten hat, ist in Absatz 5 von Artikel 46 die Kündigungsfrist für Tarifverträge entsprechend anzupassen. So sollen die Tarifverträge für die ambulanten Behandlungen nur auf Ende des Kalenderjahres kündbar sein.

Artikel 47 Absatz 1

Die bisherige Kompetenz der Kantonsregierung, im vertragslosen Zustand einen Tarif festzusetzen, soll weiterhin für die stationäre und teilstationäre Behandlung gelten. Zu ergänzen ist eine Pflicht, bei einer ungenügenden Versorgung einen oder mehrere Leistungserbringer zu bezeichnen und einen Tarif festzusetzen. Geltend machen können die unzureichende Versorgung sowohl Leistungserbringer wie Versicherer. Um auch in derartigen Fällen die vom Bundesrat vorgegebenen Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung zur Anwendung zu bringen, soll die Kantonsregierung die Regelungen von bestehenden Verträgen heranziehen können. Mit dieser Kompetenz soll die Kantonsregierung vorab verhindern können, dass ein Versorgungsnotstand eintritt. Entsteht dennoch eine flächendeckende Unterversorgung, so kommt die Regelung nach Artikel 45 KVG zum Tragen. In beiden Fällen ist es daher die Zuständigkeit der Kantonsregierung, die Versorgung der Bevölkerung

sicherzustellen. Dies entspricht nicht zuletzt der verfassungsmässig vorgegebenen Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen (Art. 3 BV).

Artikel 47 Absatz 1bis (neu)

Neben der Situation, in der kein Tarifvertrag zustande kommt, kann auch die Situation eintreten, dass zwar ein Tarifvertrag vorhanden wäre, dem Versicherer oder dem Leistungserbringer aber der Beitritt verweigert wird. In diesem Fall gilt die Regelung von Absatz 1 analog. Die Kantonsregierung entscheidet auf Gesuch des Leistungserbringers oder des Versicherers, ob nur mit einem Vertragsbeitritt die Versorgung im ambulanten Bereich sichergestellt ist.

Artikel 47 Absatz 1ter (neu)

Das wettbewerbliche Vertragsmodell hat zum Ziel, im ambulanten Bereich die Kosteneindämmung mit den Mitteln des Wettbewerbes zu erreichen. Im Gegensatz dazu sind für den stationären und teilstationären Bereich regulierende Elemente wie die Planung nach Artikel 39 KVG massgebend. Der Wettbewerb darf indessen nicht dazu führen, dass mit der Rechtfertigung der Unterversorgung von der Kantonsregierung verlangt wird, eine zu hohe Zahl Leistungserbringer zu bezeichnen. Sie hat bei der Beurteilung auf die Vorgaben des Bundesrats sowie auf die zeitgemässen medizinischen Versorgungsstandards abzustellen. Damit wird parallel zur Planung auch aufgezeigt, dass die medizinische Versorgung eine starke Entwicklung gerade bezüglich des medizinisch-technischen Fortschrittes aufweist, dem fortwährend Rechnung zu tragen ist. Die Beurteilung der Versorgungslage durch die Kantonsregierung soll sich nicht ferner auf das Kantonsgebiet beschränken. So kann man sich einen Fall vorstellen, in dem zwar im Kanton selbst nur eine ungenügende Zahl von Leistungserbringern einen Tarifvertrag abgeschlossen haben, im Nachbarkanton jedoch eine genügend hohe Zahl von Leistungserbringern bereits tarifvertraglich mit denselben Versicherern verbunden sind. Es darf daher auch Aufgabe der Versicherer sein, überregionale Verträge abzuschliessen, um die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen.

Artikel 47 Absatz 2

Infolge der eingeschränkten Wahl der Versicherten ist es nicht mehr notwendig, dass die Kantonsregierung am Standort des Leistungserbringers für die ambulante Behandlung einen Tarif festsetzt. Vielmehr soll grundsätzlich ein vertraglich vereinbarter Tarif vorliegen, der für die Versicherten entweder direkt, weil ihr Versicherer einen Tarifvertrag geschlossen hat, oder indirekt, nach Artikel 41 Absatz 2 KVG, zur Anwendung kommt.

Artikel 48

Die aus dem alten Recht übernommene Sonderregelung für Tarifverträge mit Ärzteverbänden hat in einem wettbewerblichen Vertragsmodell keinen Platz mehr. Die Funktion des Instrumentes des Rahmentarifes ist vornehmlich da-

rauf gerichtet, bei Wegfall eines Tarifvertrages einen Reservetarif zu haben, der ein erstes Auffangnetz für die Tarifpartner bildet und dabei sowohl eine kosteneindämmende Funktion ausübt wie auch den Tarifpartnern mehr Autonomie für weitere Verhandlungen einräumt (BBl 1992 I 182f.). Wird nun mit dem Tarifvertrag auch die Zulassung für die Erbringung von ambulanten Behandlungen verbunden, wobei letzteres gerade die klassische Domäne der Ärzteschaft ist, kann der Rahmentarif nicht genügen, da auch über die Zulassung zu entscheiden ist. Neu ist zudem die Kantonsregierung explizit zur Bezeichnung der Leistungserbringer und zur Festsetzung des Tarifes verpflichtet, sofern im ambulanten Bereich die Versorgung gefährdet ist. Sofern es die Umstände gebieten und sie dabei nicht die Zielsetzung der Einführung des wettbewerblichen Vertragsmodells, nämlich die Auswahl der Leistungserbringer, unterläuft, ist es ihr unbenommen, den bisherigen Verbandsvertrag nach Artikel 47 Absatz 3 KVG zu verlängern. Dies könnte auch ein Tarifvertrag mit einem Ärzteverband sein. Daher erscheint es zweckmässiger, diesen Artikel zu streichen, und die übrigen vorgesehenen Instrumente spielen zu lassen.

Artikel 52 Absatz 3

Infolge der Streichung von Artikel 48 ist dieser Artikel in der Aufzählung in Absatz 3 ebenfalls zu streichen.

Artikel 53 Absatz 1

Infolge der Streichung von Artikel 48 ist dieser Artikel in der Aufzählung in Absatz 1 ebenfalls zu streichen.

Der gesamte Artikel 53 KVG bezüglich des Beschwerdeverfahrens ist zur Zeit Gegenstand einer Überprüfung primär in Bezug auf seine Vereinbarkeit mit der europäischen Menschenrechtskonvention, aber auch in der Hinsicht auf die Möglichkeit, im Rahmen der Justizreform sowie des Projekts zur Revision des Bundesgesetzes über die Organisation des Bundesrechtspflege (SR 173.110), den Bundesrat in seiner Rechtsprechungsfunktion zu entlasten. Die Artikel 47 und 53 KVG könnten im Nachgang zum Vernehmlassungsverfahren zur vorliegenden Teilrevision somit angepasst werden.

Artikel 61a (neu)

Die Erfahrungen der Krankenversicherer zeigen, dass die Prämien- und andere Zahlungsausstände seit Inkrafttreten des KVG stark zugenommen haben und dass die Regelung von Artikel 9 Absatz 2 KVV, welche eine Sistierungsmöglichkeit erst nach der Einleitung des Vollstreckungsverfahrens und nach dem Vorliegen eines Verlustscheines gegen den säumigen Versicherten ansetzt, in kausalem Zusammenhang zu den zunehmenden Zahlungsausständen steht. Die Zahlen der Versicherer untermauern, dass die Zahlungsausstände und damit die Kosten der Versicherer für Betreibungen in einem problematischen Ausmass von Jahr zu Jahr zunehmen. In Anbetracht dieser Entwicklung und aufgrund der konstanten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zu Artikel 9 Absatz 3 KVV, wonach ein Wechsel des Versicherers

mangels einer formellgesetzlichen Grundlage ungeachtet von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zulässig ist, ist es sinnvoll, im Gesetz eine formellgesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht und die Verzugsfolgen zu schaffen.

In einem ergänzenden Artikel 61a wird zunächst die Prämienzahlungspflicht im Gesetz festgehalten. Absatz 2 sieht neu ein schriftliches Mahnverfahren vor, welches die Versicherer gegen säumige Versicherte einleiten müssen, bevor sie ihre Leistungen an diese Versicherten aufschieben. Dieses Mahnverfahren tritt - als Voraussetzung für die Leistungssistierung - neu anstelle des Vollstreckungsverfahrens, welches nach bisherigem Recht für das Inkasso fälliger Prämien oder Kostenbeteiligungen in der Verordnung vorgesehen war, lange dauerte und mit beträchtlichen Kosten für die Versicherer verbunden war. Mit Absatz 3 zweiter Satz wird sichergestellt, dass die kantonalen Behörden frühzeitig über die Zahlungsausstände von säumigen Versicherten informiert werden. Diese Bestimmung dient zudem dem Schutz der versicherten Person. Absatz 4 entspricht der Regelung in Artikel 9 Absatz 2, zweiter Satz. Sie gewährleistet, dass ein Zahlungsverzug keine Lücken im Versicherungsschutz zur Folge hat. Neu wird mit Absatz 5 sichergestellt, dass künftig keine säumigen Versicherten mehr eine Leistungssperre umgehen können, indem sie im gegebenen Zeitpunkt den Versicherer wechseln und damit im Gegensatz zu anderen säumigen Versicherten, die keinen Versichererwechsel vornehmen, Leistungen vergütet erhalten, bevor sie die Zahlungsausstände beglichen haben. Diese Folge des Zahlungsverzugs rechtfertigt sich einerseits, weil seit den EVG-Entscheiden vom 29. Juni 1999 zu Artikel 9 Absatz 3 KVV (ein Urteil veröffentlicht in: RKUV 5/1999, Seite 444 ff.) ein Wechsel des Versicherers auch bei Zahlungsausständen möglich ist, und weil andererseits die bei der geltenden Rechtslage nicht oder nur sehr verzögert einbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen ein Ausmass erreicht haben, das nicht mehr ohne weiteres verkraftbar ist. Die Bestimmung schützt die Versichertengemeinschaft vor Prämien erhöhungen, die durch eine massive Zunahme der Betriebskosten der Versicherer und durch nicht einbringliche Zahlungsausstände von Versicherten bedingt sind, welche einen Versichererwechsel vornehmen, ohne zuvor die Zahlungsausstände beglichen zu haben.

Artikel 79 Absatz 2bis (neu)

Artikel 79 KVG gewährt dem Versicherer ein Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Drittpersonen in Übereinstimmung mit den entsprechenden Bestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze. Im stationären Bereich werden aufgrund der Kostenaufteilung nach Artikel 49 Absatz 1 und 2 KVG auch Steuer-gelder zur Finanzierung von Leistungen der Krankenversicherung verwendet. Würde nun der finanzierende Wohnkanton kein Recht erhalten, den von ihm er-brachten Kostenanteil unabhängig des Behandlungsortes bei haftpflichtigen Dritten einzufordern, so würden letztere zu Nutzniessern des Tarifschutzes nach Artikel 44 Absatz 1 und der Tarifvorteile der sozialen Krankenversicherung. Damit würde der Steuerzahler einen Teil des Schadenersatzes tragen, was sich nicht rechtfertigen lässt (vg. zum Ganzen: Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Bern 1999, N 401).

Der Bundesrat erachtet es als stossend, dass haftpflichtige Dritte durch die Kostenaufteilung im stationären Bereich über Steuermittel finanziell entlastet werden. Er schlägt daher vor, in Artikel 79 einen Absatz 2bis einzufügen, wonach dem Wohnkanton analog dem Versicherer ein Rückgriffsrecht auf den haftpflichtigen Dritten für seine Beiträge nach den Artikeln 49 Absatz 1 und 2 sowie 41 Absatz 3 KVG eingeräumt wird.

Dadurch werden für den Haftpflichtigen keine neuen Ansprüche begründet, da nicht anzunehmen ist, dass aufgrund von Tarifvereinbarungen zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringern für Haftpflichtfälle zu Lasten der sozialen Krankenversicherung höhere als die ordentlichen Tarife vereinbart werden.

4 Finanzielle und personelle Auswirkungen

41 Finanzielle Auswirkungen für Krankenversicherung und Kantone

Statistische Datengrundlagen zur exakten Berechnung der durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung bewirkten finanziellen Lastenverschiebungen fehlen und werden in absehbarer Zukunft nicht erhoben. Die Annahme, dass einerseits die Einführung des wettbewerblichen Vertragsmodells positive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung hat und andererseits die Regelung bezüglich der Prämienzahlungen für die Versicherer im Inkasso spürbare Entlastungen mit sich bringt, mag zwar qualitativ plausibel erscheinen, wird sich quantitativ aber nicht belegen lassen. In welcher Grössenordnung sich die Auswirkungen bezüglich des Vertragsmodells bewegen, hängt in erster Linie vom Verhalten von Versicherern und Leistungserbringern ab. Inwieweit die Haftpflichtversicherer durch das Rückgriffsrecht des Wohnkantons belastet werden, kann mangels Zahlenmaterial nicht abgeschätzt werden.

42 Personelle Auswirkungen für den Bund

Da dem Bund keine neuartigen Aufgaben übertragen werden, dürfte der personelle Mehraufwand im Rahmen der bereits mit der Teilrevision vom 24. März 2000 beantragten Kapazitäten aufgefangen werden können. Die wahrscheinliche Zunahme der Tarifverträge bzw. der Auseinandersetzungen beim Abschluss von Tarifverträgen könnte eine Erhöhung der Beschwerden nach sich ziehen, woraus ein derzeit nicht bezifferbarer personeller Mehrbedarf erfolgen würde.

5 Legislaturplanung

Die Vorlage über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ist in der Legislaturplanung 2000 - 2003 angekündigt.

6 Verhältnis zum Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen

Mit dem neuen Finanzausgleich sollen Aufgaben, Kompetenzen und Finanzströme zwischen Bund und Kantonen entflochten und die Verantwortlichkeiten der beiden Staatsebenen geklärt werden. Im Rahmen der Arbeiten zu einer Neuordnung des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen wird auch im Bereich der Sozialversicherung eine Aufgabenentflechtung geprüft. Die hier zur Diskussion stehenden Fragen sind nicht direkt betroffen.

7 Rechtliche Grundlage

71 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 Bundesverfassung.

72 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

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

Gesetzliche Grundlage für die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der
Sicherung der Versorgung (Art. 45)

Versicherten gegenüber den Versicherern (Art. 61a)

Rückgriffsrecht des Wohnkantons (Art. 79)

**Loi fédérale
sur l'assurance-maladie
(LAMal)**

Modification du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu le message du Conseil fédéral du¹,

arrête:

I

La loi fédérale sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 7a (nouveau) Liste des fournisseurs de prestations conventionnés

¹ Lors de la communication de la nouvelle prime, les assureurs doivent faire parvenir à leurs assurés une liste des fournisseurs de prestations conventionnés qui, pour les assureurs, pratiquent à charge de l'assurance obligatoire des soins.

² Cette liste ne peut être restreinte en cours d'année civile.

¹ FF 2000
² RS 832.10

Art. 35, al. 1, 1bis, 1ter et 1quater (nouveaux)

¹ Sont en principe admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui:

- a. remplissent les conditions des articles 36 à 40;
- b. ont conclu une convention tarifaire avec un ou plusieurs assureurs-maladie reconnus qui s'applique pendant une année civile au moins.

^{1bis} Les fournisseurs de prestations au sens de l'article 39 ne doivent pas remplir la condition de l'alinéa 1, lettre b pour les traitements en milieu hospitalier et semi-hospitalier

^{1ter} Pour autant que la fourniture en soins médicaux soit assurée, les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leur partenaire contractuel. Le Conseil fédéral fixe les critères relatifs au caractère économique et à la garantie de qualité (art. 56 et 58) qui sont déterminants pour l'admission des fournisseurs de prestations.

^{1quater} Dans le cadre de la présente loi, la loi fédérale du 6 octobre 1995³ sur les cartels et autres restrictions à la concurrence s'applique.

Art. 41 titre marginal ainsi que al. 1 et 2 let. a

Principe

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les tarifs convenus contractuellement. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

³ RS 251

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

- a. par un fournisseur de prestations conventionné, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;

Art. 41a (nouveau) Devoir d'information des fournisseurs de prestations
Avant le traitement, les fournisseurs de prestations doivent donner aux assurés le nom des assureurs pour lesquels ils peuvent fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 45

Si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations ou de l'absence de conventions tarifaires, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille à ce qu'il le soit. Une protection tarifaire est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral fixe les critères permettant une fourniture appropriée.

Art. 46, al. 2 et 5

² Les conventions avec les fédérations ne lient que les fournisseurs de prestations ou les assureurs qui ont adhéré à la convention et qui sont admis dans les conventions pour les traitements ambulatoires. La convention règle les modalités des déclarations d'adhésion, d'enregistrement ou de retrait. Celle-ci peut prévoir que les non-membres d'une fédération doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion et son exécution.

⁵ Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon le 2^e alinéa est d'au moins six mois. La dénonciation d'une convention tarifaire pour les traitements ambulatoires ne peut intervenir qu'à la fin d'une année civile.

Art. 47 titre marginal ainsi que al. 1, 1 bis (nouveau), 1^{ter} (nouveau) et 2

Absence ou refus de convention tarifaire

¹ Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre un fournisseur de prestations et un assureur et que l'un ou les deux fait valoir que, sans convention, la fourniture en soins médicaux est insuffisante pour les traitements ambulatoires, le gouvernement cantonal désigne les fournisseurs de prestations et fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés. Le gouvernement cantonal applique les critères du caractère économique et de la garantie de qualité tels qu'ils sont fixés par le Conseil fédéral d'après l'article 35, alinéa 1^{ter}.

^{1bis} Si un assureur ou un fournisseur de prestations se voit refuser l'adhésion à la convention et que l'un ou les deux fait valoir que, faute d'adhésion à la convention, la fourniture en soins médicaux est insuffisante pour les traitements ambulatoires, le fournisseur de prestations ou l'assureur concerné peut exiger l'adhésion auprès du gouvernement cantonal.

^{1^{ter}} Le gouvernement cantonal tient compte des standards modernes en matière de fourniture en soins médicaux lors de l'appréciation de celle-ci ainsi que des critères fixés par le Conseil fédéral d'après l'article 45. L'offre à l'extérieur du canton doit également être prise en considération.

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement en milieu hospitalier ou semi-hospitalier de l'assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé de façon permanente fixe le tarif.

Art. 48 Conventions tarifaires avec les associations de médecins
abrogé

Art. 52, al. 3

³ Les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être facturés au plus d'après les tarifs, prix et taux de rémunération au sens du 1^{er} alinéa. Le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après l'article 46.

Art. 53, al. 1

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des articles 39, 45, 46, 4^e alinéa, 47, 49, 7^e alinéa, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

Art. 61a (nouveau) Obligation de payer les primes et conséquences en cas de retard

¹ Les assurés sont tenus de payer les primes.

² Si les primes ou les participations aux coûts échues ne sont pas payées, 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.

³ Si, malgré l'avertissement, aucun paiement n'intervient à l'expiration du délai supplémentaire, l'assureur reporte la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts 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, en particulier celles qui prévoient une annonce préalable à l'autorité compétente en matière de réduction des primes, sont réservées.

⁴ Si les primes ou les participations aux coûts encore dues sont entièrement payées, l'assureur doit prendre en charge les coûts des prestations fournies pendant la durée du report.

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 un report des prestations pour le nouvel assureur. Dès que les primes ou les participations aux coûts encore dues lui sont entièrement payées, l'ancien assureur en informe le nouveau.

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.

Art. 79, al. 2bis (nouveau)

^{2bis} Les alinéas 1 et 2 s'appliquent par analogie au canton de résidence dans la mesure où il a versé des contributions en vertu des articles 41, alinéa 3, et 49, alinéas 1 et 2.

II

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Elle entre en vigueur le ...

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

Consultation complémentaire portant sur trois objets:

- la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire
 - l'exécution des obligations financières des assurés vis-à-vis des assureurs
 - le droit de recours du canton de résidence
-

Rapport explicatif

1 Situation de départ

Dans le cadre de la première révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), le Parlement a discuté de manière approfondie de la question de la maîtrise des coûts. A cette occasion, il n'est pas entré en matière sur la proposition du Conseil fédéral, contenue dans son message du 21 septembre 1998 (FF 1999 727), de donner aux gouvernements cantonaux la possibilité d'établir un budget global dans le secteur ambulatoire également. En revanche, le Conseil national a accepté une proposition du conseiller national Raggenbass visant à améliorer le contrôle des coûts et à limiter le volume des prestations. Il appartiendrait désormais au Conseil fédéral de fixer des critères en rapport avec la qualité et le caractère économique des prestations que les fournisseurs de prestations seraient tenus de remplir pour pouvoir conclure une convention tarifaire. Or la proposition transmise par le Conseil national au Conseil des Etats a été rejetée par ce dernier lors de la procédure d'élimination des divergences. Finalement, les deux Chambres ont adopté le 24 mars 2000 une disposition autorisant le Conseil fédéral à faire dépendre l'admission des fournisseurs de prestations, pour une période limitée, de la preuve d'un besoin (art. 55a LAMal; FF 2000 2074). De cette manière, il sera notamment possible d'introduire une mesure rapidement réalisable pour réagir à l'éventuelle hausse des coûts de la santé que pourrait entraîner l'entrée en vigueur des accords bilatéraux avec l'Union européenne.

La commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a par ailleurs remis une motion (00.3003) au Conseil fédéral, dans laquelle elle lui demandait, d'une part, d'examiner la question de la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire en milieu ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier, et, d'autre part, de présenter dans le projet relatif au financement des hôpitaux les modifications de la LAMal correspondantes. Il doit s'agir d'un instrument de maîtrise des coûts déployant ses effets à moyen terme. Ainsi la deuxième révision partielle traite également de la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire.

Comme déjà relevé, cette deuxième révision partielle devrait principalement porter sur la question du financement des hôpitaux. Elle a déjà fait l'objet d'une procédure de consultation au printemps 1999. Dans la mesure où les résultats de cette dernière se sont révélés très divergents, le Conseil fédéral a encore demandé à ce qu'il soit procédé à un réexamen approfondi des propositions avant d'élaborer son message. En ce sens, les points relevés ci-dessus constituent autant de compléments au projet antérieur, qui n'est toutefois pas rediscuté dans le cadre de cette procédure de consultation. Les propositions se fondent sur le premier projet en ce qui concerne le financement des prestations et le rattachement du secteur semi-hospitalier au secteur hospitalier. Par ailleurs, le Conseil fédéral profite de l'occasion pour aborder deux points supplémentaires qu'il est nécessaire de régler. En effet, des jugements rendus par le Tribunal fédéral des assurances font apparaître qu'une disposition figurant dans l'OAMal n'a pas de base légale et il est donc nécessaire d'en créer une.

2 Caractéristiques du projet

21 Suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire dans le secteur ambulatoire

Généralités

Le Conseil fédéral est convaincu que, avec les formes particulières d'assurance qui permettent une réduction des primes par la renonciation au libre choix des fournisseurs de prestations (comme les modèles HMO ou du médecin de famille) et qui prennent de plus en plus d'importance, le droit en vigueur connaît déjà un instrument apte à influencer sur l'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire. Accomplissant le mandat que lui a confié le Parlement, le Conseil fédéral a néanmoins examiné la question de la suppression de l'obligation de contracter. Avec le présent projet de loi, il soumet à la discussion le modèle de convention ouvert à la concurrence réclamé par le Parlement. Si, avec la présent projet, il peut être répondu aux questions en termes juridiques, il n'en reste pas moins pour le Conseil fédéral que demeurent sans réponse différentes questions essentielles auxquelles il faut obligatoirement trouver une solution avant de transmettre la demande au Parlement. Tel est notamment le cas pour la question de l'adéquation du modèle pour parvenir au but incontesté qu'est la maîtrise des coûts: il en va également de même de la question de l'application pratique et en particulier de l'adéquation de la proposition compte tenu des possibilités restreintes offertes aux patients qui sont la conséquence du modèle.

Compte tenu des considérations qui vont suivre, la suppression de l'obligation de contracter doit être limitée au secteur ambulatoire dans le cadre de cette révision partielle.

Dans le domaine hospitalier, le droit en vigueur prévoit déjà divers instruments (compétence cantonale d'introduire un budget global, planification en matière d'hôpitaux et de homes) pour réguler les facteurs quantitatifs et pour maîtriser les coûts. L'introduction de la planification hospitalière comme élément de régulation, qui intègre de surcroît dans sa conception la responsabilité des cantons pour ce qui est de l'approvisionnement médical de leur population (voir à cet égard JAAC 48.79), a déjà eu des effets sensibles s'agissant de l'évolution des coûts dans le domaine hospitalier et il s'avère que les efforts entrepris au cours de ces dernières années commencent à déployer leurs effets. Les dépenses de l'assurance obligatoire des soins pour le domaine hospitalier ont augmenté pour la dernière fois au dessus de la moyenne pendant la période 1994/1995. Au cours des années suivantes, la croissance des coûts dans le domaine hospitalier a été chaque fois inférieure à celle qui a eu lieu dans le domaine ambulatoire (Office fédéral des assurances sociales: statistiques de l'assurance-maladie 1998, Berne 1999, page 47). C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral continue d'être convaincu par l'instrument de la planification hospitalière. Si l'on s'en tient à cette dernière comme instrument de maîtrise des coûts et que l'on part de l'idée que cet instrument conduit à une offre de prestations correspondant aux besoins, une suppression de l'obligation de contracter dans le secteur stationnaire ne peut par conséquent pas influencer sur le volume des prestations. En tous les cas, ce dernier

se répartirait différemment entre les hôpitaux. On peut d'autant plus supposer que la planification hospitalière conduit ou conduira effectivement à une offre en prestations correspondant aux besoins que la révision du financement des hôpitaux propose des précisions supplémentaires en relation avec l'article 39 LAMal pour atteindre ce but.

Par contre, le secteur hospitalier *ambulatoire*, qui est le secteur qui a connu au cours de ces dernières années l'augmentation des coûts la plus importante, figure exressément dans la présent projet de réglementation. Pour éviter que la distinction opérée entre domaine hospitalier et domaine ambulatoire ne désavantage les fournisseurs de prestations indépendants par rapport aux hôpitaux, le projet prévoit de dispenser les hôpitaux d'avoir une convention tarifaire avec un ou plusieurs assureurs reconnus pour le seul domaine des prestations hospitalières et semi-hospitalières, afin de pouvoir fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Contrairement aux mesures proposées jusqu'ici par le Conseil fédéral dans le cadre de la première révision partielle pour réduire les coûts dans le secteur ambulatoire, on renonce à une réglementation étatique dans le cas de la suppression de l'obligation de contracter. La suppression de ladite obligation dans le secteur ambulatoire crée une nouvelle situation de concurrence entre fournisseurs de prestations et assureurs. Cette situation nouvelle de concurrence ne doit toutefois pas mettre en péril, faute de conventions tarifaires, la fourniture des soins médicaux aux assurés. Les cantons doivent donc avoir une marge de manoeuvre suffisante leur permettant, en cas de pénurie dans l'approvisionnement en soins, de prendre les mesures qui s'imposent pour assurer ce dernier. Le Conseil fédéral estime en outre judicieux, dans un système d'assurance comme celui institué par la LAMal, dans lequel chaque personne résidant en Suisse est tenue de s'assurer, de parvenir à maîtriser les coûts en faisant concourir des mesures de régulation du marché et des mesures favorisant la concurrence.

Libre-passage

Le libre-passage en cas de changement d'assureur est garanti, même en cas de suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire. En d'autres termes, les assurés doivent conserver la possibilité de changer d'assureur dans l'assurance obligatoire des soins pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7, al. 1, LAMal). Les assureurs demeurent obligés quant à eux d'accepter sans réserve, dans le cadre du régime obligatoire, les personnes désireuses de s'affilier à eux. Cependant, pour remédier aux conséquences d'une concentration éventuelle de groupes de population auprès de quelques assureurs, il est peut-être nécessaire de maintenir la compensation des risques pendant un laps de temps qu'il est encore trop tôt pour déterminer.

Les assurés seront en revanche limités dans leur possibilité de choix: ils ne choisiront plus seulement leur assureur sur la base du montant des primes et, le cas échéant, des prestations de service offertes. Le fait de savoir quels sont les fournisseurs de prestations avec qui chaque assureur est lié par une convention constituera également un facteur décisif. Ainsi 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, pour autant bien sûr qu'il dispose d'informations

suffisantes. On peut certes y voir un désavantage pour les assurés qui pourraient être contraints de changer d'assureur s'ils désirent continuer de consulter le médecin de famille qu'ils avaient jusque-là. Mais en même temps, les assurés seront tenus de comparer la qualité et les coûts des diverses offres, ce qui ne peut que contribuer à faire d'eux des consommateurs toujours mieux informés.

Prestations obligatoires de l'assurance-maladie sociale

La suppression de l'obligation de contracter ne conduit pas à une limitation de l'obligation de prise en charge par l'assurance de base. Tous les assureurs reconnus demeurent tenus de rembourser l'ensemble des prestations prévues par la loi. Pour les assurés toutefois, le modèle de convention ouvert à la concurrence tend à substituer, comme modèle de base, une assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations à l'actuelle assurance de base ordinaire. Le libre choix du fournisseur de prestations disparaît, dans le sens où les assurés ne peuvent plus choisir, dans le secteur ambulatoire, que parmi les fournisseurs de prestations avec qui leur assureur a conclu une convention tarifaire. De fait, les assureurs peuvent déterminer de manière unilatérale, moyennant le respect de critères déterminés, quels sont les fournisseurs admis pour l'assurance de base de leurs assurés. Il en résulte que l'assurance-maladie obligatoire perd de sa transparence à l'égard des assurés.

Afin que les assurés puissent malgré tout continuer à choisir leur fournisseur de prestations dans le modèle de convention ouvert à la concurrence, les assureurs seront contraints de remettre régulièrement à leurs assurés respectifs la liste actuelle exacte des fournisseurs de prestations admis dans l'assurance obligatoire des soins. En outre, pour garantir aux assurés une stabilité relative en ce qui concerne leur assureur, les assureurs seront tenus de ne pas restreindre en cours d'année civile la liste des fournisseurs de prestations admis. Ainsi, les personnes assurées selon le modèle de convention ouvert à la concurrence pourront en tout temps partir du principe que leur assureur remboursera effectivement les prestations dispensées par un fournisseur de prestations, tandis que les fournisseurs de prestations seront tenus d'indiquer aux assurés pour quels assureurs ils sont habilités à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il appartiendra dès lors à une assurance complémentaire soumise aux règles du droit des assurances privées d'offrir un choix plus large de fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire.

Comme il le relevait déjà dans son message sur la première révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral considère l'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations, l'assurance avec bonus ainsi que celle avec franchise annuelle à option comme des instruments efficaces et contribuant à réduire les coûts de l'assurance-maladie (FF 1999 731). Le Conseil fédéral part donc du principe que les assureurs continueront à offrir les formes spéciales d'assurance au sens de l'art. 41, al. 4, LAMal, même après la suppression de l'obligation de contracter une convention tarifaire. Cela notamment dans l'idée que, même pour les modèles de conventions ouverts à la concurrence, les assurés ont toujours besoin de ce genre de formes d'assurance. Il est en outre permis de supposer que la situation de concurrence nouvelle entre les fournisseurs de prestations, d'une part, et entre les assureurs, d'autre part, incitera ces

derniers à proposer des modèles attrayants d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations.

Prise en charge des coûts dans les situations d'urgence

La prise en charge des coûts dans les cas d'urgence continuera à relever de l'art. 41, al. 2, LAMal. De cette manière, les personnes assurées selon le modèle de convention ouvert à la concurrence auront elles aussi la garantie que leur assureur leur remboursera les coûts liés à un traitement d'urgence, même si le fournisseur de prestations concerné n'a pas conclu de convention tarifaire avec leur propre assureur.

Conventions tarifaires

A la différence du système actuel, le seul fait de remplir les conditions d'admission (notamment sur le plan du personnel et de l'infrastructure) ne suffira plus à donner un droit d'accès au système de l'assurance-maladie. Au contraire, seuls les fournisseurs de prestations ayant conclu une convention tarifaire avec un assureur pourront facturer leurs prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale. On peut penser que ces conventions tarifaires seront contractées, comme c'est aujourd'hui le cas, avec des fournisseurs de prestations individuels ou avec des fédérations de fournisseurs de prestations. Le point central est que les conventions doivent impérativement concréter des critères d'admission pour les fournisseurs de prestations, tels le caractère économique et la garantie de la qualité. Même si le modèle de convention ouvert à la concurrence accorde une importance accrue à la liberté de contracter, l'autorité compétente (art. 46, al. 4, LAMal) doit continuer à donner son approbation. Ce n'est qu'en vérifiant le respect des dispositions légales et le caractère économique et en refusant d'approuver des tarifs inadaptés et ne respectant pas l'évolution des coûts que le gouvernement cantonal, qui est généralement l'autorité compétente, pourra agir sur celle-ci. De cette manière, on évite aussi une dispersion des compétences en matière d'approbation des conventions tarifaires dans les domaines aussi bien ambulatoire, hospitalier que semi-hospitalier, tout en habilitant les gouvernements cantonaux à juger de la nécessité et de la portée de mesures au sens des art. 45 et 47 LAMal.

Absence de convention

En cas de suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, les prescriptions de la LAMal sur l'absence de convention ne seront plus applicables qu'au domaine hospitalier et semi-hospitalier. Comme l'existence, dans le domaine ambulatoire, d'une convention tarifaire entre l'assureur et le fournisseur de prestations est une condition préalable pour que ce dernier puisse pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, le gouvernement cantonal n'est tenu d'intervenir que lorsque le traitement des assurés n'est pas garanti dans le domaine ambulatoire (art. 45 LAMal) ou lorsqu'un fournisseur de prestations ou un assureur demandent, pour des raisons d'approvisionnement en soins, que l'on désigne un fournisseur de prestations admis et que l'on fixe un tarif (art. 47, al. 1, LAMal).

Garantie de la libre concurrence

La nouvelle situation de concurrence ne doit pas conduire à exclure du marché des fournisseurs de prestations ou des assureurs au moyen d'entraves abusives à la concurrence.

Excursus: Admission et rémunération des médecins dans les systèmes d'assurance-maladie français et allemand

Pratiquement tous les pays d'Europe de l'Ouest sont confrontés à la même situation en ce qui concerne l'augmentation du nombre de médecins. Les modalités d'admission dans deux pays qui n'ont pas de système de santé étatique mais qui connaissent un système d'assurance sont brièvement relatées ci-après.

L'accès des médecins au système français de sécurité sociale est aménagé de façon libérale. Le médecin doit en premier lieu s'annoncer auprès de l'ordre des médecins qui lui octroie l'autorisation de pratiquer sa profession après avoir examiné ses qualifications professionnelles. Puis la personne concernée doit s'annoncer auprès de la "Sécurité Sociale" afin que ses prestations soient prises en charge par l'assurance. Aucune condition supplémentaire n'est exigée. Un médecin ne peut pas être refusé par la "Sécurité Sociale". Cependant, le praticien doit bien sûr se conformer à certaines règles concernant la facturation et la fourniture de renseignements. La rémunération des prestations par la "Sécurité Sociale" se conforme au tarif conventionnel. Il est permis de facturer un tarif plus élevé à la charge de l'assurance complémentaire des patients. Presque tous les praticiens français fonctionnent comme médecins conventionnés de la "Sécurité sociale".

Le système de rémunération des médecins de caisses en Allemagne a été réformé en plusieurs étapes. Le principe consiste comme avant en la rémunération à la prestation; les prestations sont établies sur la base de critères d'évaluation uniformes. Les honoraires des médecins de caisses sont calculés dans le cadre d'une procédure en deux étapes. Dans un premier stade, les associations faïtières des assureurs-maladie et des médecins de caisse conviennent chaque année du montant de la rémunération globale. La répartition est de la compétence de l'association des médecins de caisses. Celle-ci répartit dans un deuxième stade la somme globale entre chacun des médecins de caisses. La loi contient des dispositions relatives à la répartition entre les médecins des caisses. Les volumes de chacun dépendent de l'appartenance du médecin à un groupe de spécialistes correspondant et de la possession de qualifications supplémentaires. Par le plafonnement du budget, les coûts de l'approvisionnement médical en milieu ambulatoire est fixée; une adaptation postérieure n'est pas prévue.

Avec l'introduction de la "loi de structure de santé 1993", les tentatives pour maîtriser les coûts ont été renforcées. La rémunération globale par les caisses dans le domaine ambulatoire médical ne peut augmenter que proportionnellement au salaire global. Les limitations à l'admission existant jusque-là ont été renforcées et la planification des besoins a été prise en compte de manière plus

serrée de telle sorte que moins de médecins s'établissent. Une autorisation de pratiquer n'est délivrée par les associations des médecins de caisses du Land correspondant que dans la mesure où il dispose d'un contingent de praticiens. Avec la "loi sur la réforme de l'assurance-maladie légale 2000" (GVK-Gesundheitsreformgesetz 2000) du 22 décembre 1999 (BGBl. I S. 2626), qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2000, le Parlement allemand a décidé une modification du paragraphe 102 du Code Social V (SGB V; admission en fonction du besoin). Il en résulte que, à compter du 1er janvier 2003, l'approvisionnement médical conventionné aura lieu sur la base de pourcentages qui sont fixés dans la loi. La fixation de pourcentages est faite en fonction des groupes de médecins et règle la proportion de médecins de famille et de spécialistes (paragraphe 102, al. 1, phrase 2, SGB).

22 Base légale pour l'exécution des obligations financières des assurés par rapport aux assureurs

Le droit en vigueur ne règle dans une loi formelle ni l'exécution des obligations financières des assurés face à l'assureur (primes des assurés selon les art. 61 ss LAMal et participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal), ni les conséquences liées à l'inexécution de ces obligations. De même, la loi ne charge pas le Conseil fédéral d'édicter des dispositions plus précises à ce sujet et à propos du changement d'assureur. Or le Conseil fédéral est chargé de l'exécution de la loi, en vertu de l'art. 96 LAMal; il édicte les dispositions d'exécution correspondantes.

Dans le cadre de cette révision partielle, il importe de créer une base légale formelle pour réglementer l'obligation de payer des primes et les conséquences de leur non-paiement. Il est indispensable en effet, pour assurer le financement de l'assurance obligatoire des soins et l'application de la loi, que les assurés s'acquittent de leurs obligations de paiement des primes et de participation aux coûts. La création d'une base légale s'impose cependant pour une autre raison encore. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA) sur l'art. 9, al. 3, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), les changements d'assureur sont admissibles même si les primes ou les participations aux coûts échues n'ont pas été entièrement payées, faute d'une base légale en la matière (voir ATF 125 V 266ss).

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

Le canton de résidence subventionne actuellement aussi bien les séjours hospitaliers dans le canton (art. 49 LAMal) que les traitements hospitaliers effectués hors du canton de résidence (art. 41, al. 3, LAMal). Mais tandis que les subsides selon l'art. 49 LAMal sont alloués indirectement au travers du subventionnement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'obligation qu'a le canton de résidence de prendre en charge la différence conformément à l'art. 41, al. 3, LAMal est traitée également selon la jurisprudence du TFA comme une obligation relevant du droit des assurances sociales, assimilée à l'obligation qu'ont les assureurs de prendre en charge les coûts (ATF 123 V 290ss; 310ss). Ainsi les deux sortes de prestations doivent-elles être soumises au droit de recours contre des tiers responsables. La création

d'une base légale est donc nécessaire, parce que l'art. 126 OAMal n'a pas de base légale suffisante selon un jugement de principe rendu le 18 octobre 1999 par le Tribunal fédéral suisse, lequel juge donc qu'un droit de recours fondé sur cet article n'est pas valable (voir ATF 126 III 36ss).

3 Partie spéciale

Commentaire article par article

Art. 7a, al. 1 (nouveau)

Du point de vue de l'assuré, le modèle de convention ouvert à la concurrence associé à la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire entraîne une transparence moindre concernant les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans l'optique d'un changement d'assureur, les critères déterminants pour l'assuré ne sont plus exclusivement la prime et les éventuelles prestations de services, mais également la liste des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Vu que, en cas d'abandon de l'obligation de conclure une convention tarifaire, l'assureur peut déterminer quels sont les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour ses assurés, il faut offrir à ces derniers la possibilité de changer d'assureur en cas de limitation des fournisseurs de prestations admis. Dans la mesure où le fournisseur de prestations a conclu une convention tarifaire avec d'autres assureurs, l'assuré qui change d'assureur peut poursuivre le traitement chez un fournisseur de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Afin que l'assuré dispose d'une information suffisante pour décider s'il veut changer d'assureur, cet alinéa prévoit que, lors de la communication des nouvelles primes à l'assuré, l'assureur doit lui faire parvenir une liste des fournisseurs de prestations qui, sur la base d'une convention tarifaire, pratiquent pour lui à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le canton de l'assuré. L'introduction de cette obligation est nécessaire au regard de l'obligation d'assurance de manière à permettre aux assurés une comparaison des offres.

Art. 7a, al. 2 (nouveau)

Dans le cadre du modèle de convention ouvert à la concurrence, l'assureur détermine quels sont les fournisseurs de prestations qui sont admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins pour ses assurés. Si un assureur entend limiter la liste des fournisseurs de prestations admis pour ses assurés, il est tenu de faire savoir à ces derniers à partir de quel moment certains fournisseurs de prestations ne figureront plus sur sa liste et ne seront donc plus habilités à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour ses assurés. L'al. 2 fixe toutefois pour principe que l'assureur n'est pas autorisé à restreindre sa liste en cours d'année civile.

Art. 35, al. 1

La lettre a de cet alinéa fixe les conditions essentielles à l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le principe de l'ancien droit selon lequel les fournisseurs de prestations doivent remplir les conditions énoncées aux art. 36 à 40 demeure inchangé.

Un des objectifs de la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire est que les assureurs – abstraction faite des traitements intervenant dans des cas d'urgence – ne rémunèrent plus que les prestations des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu une convention tarifaire. C'est pourquoi la lettre b fixe qu'un fournisseur de prestations doit impérativement avoir conclu une convention tarifaire avec un ou plusieurs assureurs reconnus pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Si un fournisseur de prestations ne bénéficie pas d'une convention tarifaire avec un assureur, ce dernier n'est pas tenu de rémunérer les prestations fournies par le fournisseur de prestations au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 35, al. 1bis (nouveau)

L'abandon de l'obligation de contracter vaut pour le domaine ambulatoire, mais pas pour les domaines hospitalier et semi-hospitalier, qui font déjà l'objet de diverses mesures de régulation des facteurs quantitatifs et de maîtrise des coûts (budget global, planification hospitalière etc.). Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 39 LAMal ne devraient toutefois être libérés de l'obligation de conclure une convention tarifaire avec un ou plusieurs assureurs-maladie reconnus que pour les prestations fournies en milieu hospitalier et semi-hospitalier. La raison en est qu'il faut éviter de fausser la concurrence entre les prestations ambulatoires fournies en milieu hospitalier et celles fournies dans un cabinet médical.

Art. 35, al. 1ter (nouveau)

Dans un système fondé sur un modèle de convention ouvert à la concurrence, fournisseurs de prestations et assureurs peuvent en principe choisir librement leurs partenaires contractuels. Pour les uns comme pour les autres, la seule restriction au libre choix du partenaire réside dans la garantie pour les assurés de pouvoir disposer des soins nécessaires. Si, du fait de l'absence ou de la dénonciation d'une convention tarifaire, cette garantie pour les assurés devait être considérée comme menacée en vertu de critères fixés par le Conseil fédéral au niveau d'une ordonnance, l'assureur et le fournisseur de prestations peuvent l'un et l'autre faire appel au canton (art. 47 LAMal), celui-ci pouvant aussi prendre de lui-même les mesures nécessaires (art. 45 LAMal).

L'art. 43, al. 6. LAMal prévoit par ailleurs que les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. En appliquant un modèle de convention ouvert à la concurrence, les critères du caractère économique et de la qualité, tels qu'ils sont déjà concrétisés aux articles 56 et 58 LAMal, se trouvent renforcés dans leur application. Ce n'est que par la concrétisation et l'application de tels critères dans les conventions tarifaires qu'un choix parmi les fournisseurs de prestations sur la base de critères objectifs est garanti. Afin d'assurer un développement constant, il revient toutefois par principe aux parties à la convention de concrétiser ces critères en respectant des conditions-cadre déterminées qu'il appartient au Conseil fédéral de préciser au niveau d'une ordon-

nance. Le Conseil fédéral suit strictement le concept qu'il a mis en application à l'occasion de l'application de l'art. 58 LAMal (application de la garantie de qualité par les partenaires tarifaires) et renforce la relation entre les conventions tarifaires et celles garantissant la qualité. A cet égard, un des buts doit être que seul un fournisseur de prestations correspondant aux exigences de qualité et appliquant avec succès les mesures de garantie de qualité, peut fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Celui qui ne remplit pas ces exigences ne doit également pas pouvoir être admis à pratiquer à un tarif réduit.

Art. 35, al. 1^{quater} (nouveau)

Etant donné que, aux termes de l'art. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels et autres restrictions à la concurrence (loi sur les cartels, LCart, RS 251), les dispositions qui, comme c'est le cas avec la LAMal, établissent un régime de marché ou de prix de caractère étatique, sont réservées, il est nécessaire de réglementer la compétence de la Commission de la concurrence. La Commission de la concurrence peut traiter, selon la loi sur les cartels, de restrictions à la concurrence et de regroupements illicites d'entreprise dans le cadre de recours éventuels de fournisseurs de prestations ou d'assureurs.

Art. 41, al. 1

Afin de souligner que, dans le domaine ambulatoire, la liberté de choix de l'assuré dépend de l'assureur, l'al. 1 de l'art. 41, qui porte sur le choix du fournisseur de prestations, doit être complété. L'assuré peut porter son choix sur tous les fournisseurs de prestations ambulatoires qui sont liés à l'assureur par un rapport contractuel. Ainsi, aux termes de la phrase 1, l'assuré a le choix entre les fournisseurs de prestations qui sont admis par son assureur. La phrase 2 prévoit que, en cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge le tarif convenu contractuellement, de sorte que l'assuré bénéficie en règle générale d'une couverture complète des coûts.

Art. 41, al. 2, lettre a

Même lorsqu'il existe un nombre suffisant de fournisseurs de prestations liés par une convention tarifaire avec l'assureur, il n'est pas exclu que, dans les cas d'urgence (p. ex. en vacances) ou pour des indications médicales rares, aucun fournisseur de prestations lié par contrat avec l'assureur ne soit disponible. Ainsi, selon l'art. 41, al. 2, lorsque ce genre de cas exige la consultation d'un autre fournisseur de prestations, l'assureur doit prendre en charge les coûts selon le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Comme nous nous dirigeons vers un système fermé, seul un autre fournisseur de prestations remplissant les conditions de l'art. 35 LAMal et lié à un ou plusieurs autres assureurs reconnus par une convention tarifaire peut entrer en considération. Le tarif retenu en l'occurrence sera aussi le tarif applicable en vertu de cette dernière convention. Si ce fournisseur de prestations peut appliquer plusieurs tarifs, il établit sa facture selon le tarif de son choix puisqu'il s'agit en tous les cas de tarifs agréés. Les assureurs peuvent éviter ces tarifs différenciés en cherchant à uniformiser le plus possible leurs conventions tarifaires. Lorsque la tarification à la prestation s'applique, la

différence par rapport à la structure tarifaire uniforme suisse ne concerne que la valeur du point.

Art. 41a (nouveau)

Etant donné que, sous le régime du modèle de convention ouvert à la concurrence, les assureurs sont tenus de rémunérer uniquement les prestations des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu une convention tarifaire, un grand travail d'information auprès des assurés se révèle nécessaire. Ce travail incombe certes aux assureurs (cf. art. 7a), mais aussi aux fournisseurs de prestations. Comme le prévoit déjà l'art. 44, al. 2 LAMal en vigueur pour les fournisseurs de prestations en situation de récusation, tous les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance-maladie sociale seront désormais soumis à l'obligation générale d'indiquer aux assurés les assureurs pour lesquels ils sont habilités à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale préalablement au traitement. Le fournisseur de prestations qui omet d'informer n'a droit ni à une rémunération de la prestation conformément à la LAMal, ni à réclamer des honoraires dans une procédure de droit civil, cela du fait qu'il n'a pas respecté l'obligation que lui impose son mandat d'informer l'assuré quant aux conséquences économiques du traitement.

Art. 45

On peut partir du principe que les fournisseurs de prestations ont intérêt à pratiquer dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, tant il est vrai que l'expérience montre qu'elle constitue pour eux une source de revenu à la fois fiable et substantielle. En particulier eu égard à la densité relativement élevée de fournisseurs de prestations en Suisse, les assureurs pourront et voudront conclure une convention tarifaire avec un nombre suffisant de fournisseurs de prestations de sorte à pouvoir garantir à leurs assurés des soins médicaux de base et le bénéfice des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Si, du fait de circonstances extraordinaires, aucune convention tarifaire ne devait toutefois voir le jour entre les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs), et qu'ainsi le traitement des assurés au sens de la LAMal ne pouvait plus être assuré dans un ou plusieurs secteurs de prestations ou dans certaines spécialisations, le gouvernement cantonal, après avoir entendu les fournisseurs de prestations et les assureurs, serait appelé à prendre des mesures temporaires pour garantir malgré tout la conformité du traitement des assurés avec les dispositions de la loi et le respect de la protection tarifaire. C'est là une sorte de clause de dernier recours, dans le but de rétablir le cours normal des choses le plus rapidement possible. Cette mission de maîtrise des situations de crise entre dans la sphère de compétence traditionnelle des cantons dans le domaine de la santé.

Cette possibilité pour les cantons de garantir la fourniture des soins médicaux est déjà prévue dans la LAMal pour faire face à une éventuelle récusation massive des fournisseurs de prestations (cf. à ce propos FF 1992 I 159). Vu que l'absence de convention tarifaire risque d'entraîner les mêmes problèmes pour les assurés, il faut aussi donner aux cantons la possibilité de garantir l'accès aux soins médicaux pour la population dans les cas extrêmes. Le Conseil fédéral fixe, dans le

cadre d'une ordonnance, les critères déterminants pour savoir si la fourniture en soins médicaux peut être considérée comme appropriée.

Art. 46, al. 2

Aux termes de l'art. 46, al. 2, LAMal, les conventions tarifaires avec les fédérations ne s'appliquent que si les membres et les non-membres adhèrent expressément à la convention. La nouveauté proposée consiste en l'abandon du droit d'adhésion existant jusque-là, vu que les conventions tarifaires servent aussi de moyen d'admission pour les fournisseurs de prestations. Il faut donc que les assureurs aient également la possibilité de choisir, dans les cas de contrats passés avec des fédérations, les fournisseurs de prestations pour les traitements ambulatoires.

Art. 46, al. 5

Etant donné qu'en vertu du nouvel art. 7a, al. 2, il est prévu que la liste des assureurs doit être valable pour une année civile, il convient d'adapter en conséquence les délais de résiliation pour les conventions tarifaires visés à l'art. 46, al. 5. Il s'ensuit que les conventions tarifaires pour les traitements ambulatoires ne doivent pouvoir être dénoncées que pour la fin d'une année civile.

Art. 47, al. 1

La compétence de fixer un tarif lorsqu'il n'y en a pas, actuellement impartie au gouvernement cantonal, doit être maintenue pour les traitements hospitaliers et semi-hospitaliers. En cas de couverture en soins insuffisante, doit s'y ajouter l'obligation pour lui de désigner un ou plusieurs fournisseurs de prestations et de fixer un tarif. Une offre de soins insuffisante peut être invoquée par les fournisseurs de prestations comme par les assureurs. Pour étendre dans ces cas également l'application des critères du caractère économique et de l'assurance de la qualité préétablis par le Conseil fédéral, le gouvernement cantonal doit pouvoir s'inspirer des réglementations des conventions existantes. Cette compétence doit avant tout permettre au gouvernement cantonal d'éviter une situation de pénurie de soins. Si une pénurie de soins à grande échelle se fait jour malgré tout, la réglementation visée à l'art. 45 LAMal s'applique. Dans les deux cas, il appartient par conséquent au gouvernement cantonal de garantir une couverture en soins suffisante pour la population. Cette attribution correspond à la répartition des compétences entre Confédération et cantons telle qu'elle est prévue à l'art. 3 de la Constitution fédérale.

Art. 47, al. 1bis (nouveau)

A côté du cas où aucune convention tarifaire n'est conclue, on peut se trouver dans celui où il existe bel et bien une convention tarifaire, mais où l'assureur ou le fournisseur de prestations ne peut pas y adhérer. Dans ce cas, la réglementation de l'al. 1 s'applique par analogie. A la demande de l'assureur ou du fournisseur de prestations, le gouvernement cantonal décide si seule l'adhésion à une convention tarifaire est à même de garantir la couverture en soins dans le domaine ambulatoire.

Art. 47, al. 1^{er} (nouveau)

Le modèle de convention ouvert à la concurrence tend à parvenir à la maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire en faisant jouer la concurrence, alors que pour les soins hospitaliers et semi-hospitaliers, des éléments régulateurs comme la planification au sens de l'art. 39 LAMal sont déterminants. Cependant, la concurrence ne doit pas amener le gouvernement cantonal à désigner un nombre excessif de fournisseurs de prestations en arguant d'une couverture insuffisante des besoins en soins médicaux. Dans son appréciation, le gouvernement cantonal doit donc tenir compte aussi bien des conditions préétablies par le Conseil fédéral que des standards en vigueur en matière de soins. On souligne ainsi que, parallèlement à la planification, il faut prendre en considération le fait que les soins médicaux évoluent rapidement du fait du progrès constant des techniques médicales. De plus, l'appréciation de la situation des soins par le gouvernement cantonal ne doit pas se limiter au territoire cantonal. On peut par exemple imaginer le cas où un canton dispose d'un effectif insuffisant de fournisseurs de prestations ayant conclu une convention tarifaire, mais que le canton voisin dispose lui d'un nombre suffisant de fournisseurs de prestations conventionnés avec les mêmes assureurs. Il en résulte que les assureurs peuvent être appelés à conclure des conventions interrégionales de sorte à garantir les possibilités de traitement pour leurs assurés.

Art. 47, al. 2

Vu la limitation du choix des assurés, il n'est plus nécessaire, pour les traitements ambulatoires, que le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé fixe un tarif. Il faut en revanche disposer d'un tarif conventionné qui s'applique pour les assurés soit directement, parce que l'assureur a conclu une convention tarifaire, soit indirectement, en vertu de l'art. 41, al. 2, LAMal.

Art. 48

La réglementation spéciale prévue par le droit en vigueur pour les conventions tarifaires conclues avec les associations de médecins n'a plus sa place dans un modèle de convention ouvert à la concurrence. La fonction première de l'instrument du tarif-cadre est de proposer, en cas d'expiration d'une convention tarifaire, un tarif de réserve qui fait office de premier filet de secours pour les partenaires tarifaires et joue un double rôle: outre sa fonction de maîtrise des coûts, il donne également davantage d'autonomie aux partenaires tarifaires pour d'autres négociations (FF 1992 I 164s.). Mais si la convention tarifaire s'étend à l'admission pour la fourniture des traitements ambulatoires – qui constitue précisément le domaine traditionnel des médecins – le tarif-cadre n'est pas suffisant, vu que l'admission doit aussi faire l'objet d'une décision. Par ailleurs, selon le projet, le gouvernement cantonal a l'obligation expresse de désigner les fournisseurs de prestations et de fixer le tarif lorsque la couverture en soins ambulatoires est menacée. Si les circonstances le permettent et s'il ne contrevient pas au but visé par l'introduction du modèle de convention ouvert à la concurrence – la sélection des fournisseurs de prestations –, le gouvernement cantonal peut en outre prolonger la convention en vigueur, conformément à l'art. 47, al. 3 LAMal. Vu qu'il pourrait

tout à fait s'agir d'une convention tarifaire conclue avec une association de médecins, il apparaît plus approprié de biffer cet article et de faire jouer les autres instruments prévus.

Art. 52, al. 3

Du fait de la suppression de l'art. 48, la mention de ce dernier à l'al. 3 doit également être biffée.

Art. 53, al. 1

Du fait de la suppression de l'art. 48, la mention de ce dernier à l'al. 1 doit également être biffée.

L'ensemble de l'art. 53 LAMal relatif aux voies de recours fait actuellement l'objet d'un examen tout d'abord quant à sa compatibilité avec les art. 29a Cst. et 6 ch. 1 CEDH, ensuite en relation avec la volonté de décharger le Conseil fédéral de ses fonctions juridictionnelles dans le cadre de la réforme de la justice et du projet de révision de la loi d'organisation judiciaire (OJ, RS 173.110). Les art. 47 et 53 LAMal pourraient donc être adaptés à la suite de la procédure de consultation portant sur la présente révision de la LAMal.

Art. 61a (nouveau)

Il ressort de l'expérience des assureurs-maladie que les arriérés de primes ou autres ont fortement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et qu'il existe un rapport de causalité entre la multiplication des cas d'arriérés de paiement et le principe établi par l'art. 9, al. 2 OAMal – qui subordonne la possibilité de suspension à l'engagement d'une procédure de poursuite et à l'existence d'un acte de défaut de biens contre l'assuré en demeure. Les chiffres des assureurs confirment que les défauts de paiement et, du même coup, les frais supportés par les assureurs pour les poursuites, augmentent chaque année dans des proportions telles que cela pose un problème. Compte tenu de cette tendance et vu la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances concernant l'art. 9, al. 3, OAMal (selon le TFA, l'absence de base légale formelle rend possible le changement d'assureur sans égard aux arriérés de primes ou de participation aux coûts), il est judicieux de fixer dans la loi une base formelle sanctionnant l'obligation de payer les primes et les conséquences en cas de retard.

Complétant l'art. 61, le nouvel art. 61a énonce expressément dans la loi l'obligation de payer les primes. L'al. 2 prévoit une procédure de sommation écrite que l'assureur doit engager contre les assurés défaillants avant de suspendre ses prestations à l'égard de ces derniers. Posée comme condition préalable à la suspension des prestations, cette procédure de sommation remplace la procédure de poursuite – longue et onéreuse pour les assureurs – que prévoit l'ordonnance en vigueur pour l'encaissement des primes échues ou la participations aux coûts. La deuxième phrase de l'al. 3 garantit que les autorités cantonales soient informées suffisamment tôt des arriérés de paiement des assurés défaillants. Cette disposition sert en outre à protéger l'assuré. L'al. 4 correspond à la réglementation de l'art. 9, al. 2, deuxième phrase, qui garantit qu'un retard de paiement n'entraîne pas de lacune dans la couverture d'assurance. L'al. 5 apporte une autre nou-

veauté en ce sens qu'il prévoit que les assurés en demeure ne pourront plus échapper à la suspension des prestations en changeant d'assureur au moment opportun, et se faire ainsi payer des prestations avant d'avoir réglé leurs arriérés, contrairement aux assurés en demeure qui n'auront pas changé d'assureur. Cette conséquence du retard de paiement se justifie à deux titres: premièrement, parce que depuis les arrêts du TFA du 29 juin 1999 relatifs à l'art. 9, al. 3, LAMal (dont un arrêt publié dans: RÄMA 5/1999, p. 444 ss.), il est possible de changer d'assureur même en cas d'arriérés de paiement et, deuxièmement, parce que, en l'état actuel du droit, les primes et les participations aux coûts qui ne peuvent être encaissées qu'avec un très grand retard voire pas du tout ont pris des proportions telles qu'elles ne peuvent pas être absorbées sans causer de problèmes. Cette disposition protège les assurés dans leur ensemble contre des augmentations de primes dues à l'accroissement massif des frais de poursuite des assureurs et aux assurés qui changent d'assureur sans avoir réglé leurs arriérés de paiement.

Art. 79, al. 2bis (nouveau)

L'art. 79 LAMal accorde un droit de subrogation à l'assureur contre les tiers responsables conformément aux dispositions pertinentes des autres lois régissant les assurances sociales. Dans le domaine hospitalier, vu la répartition des coûts prévue à l'art. 49, al. 1 et 2, LAMal, une part du financement des prestations de l'assurance-maladie est assurée par le truchement de recettes fiscales. Si le canton de résidence – soit le canton qui paie – n'avait pas le droit de réclamer auprès des tiers responsables la part des frais qu'il a couverte indépendamment du lieu du traitement, lesdits tiers deviendraient les bénéficiaires de la protection tarifaire selon l'art. 44, al. 1, et des avantages tarifaires de l'assurance-maladie sociale. De cette manière, le contribuable supporterait une partie des dommages-intérêts, ce qui ne se justifie pas (cf. sur la question: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berne 1999, N 401).

Le Conseil fédéral considère qu'il serait choquant que, du fait du mode de répartition des coûts retenu dans le domaine hospitalier, des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par l'impôt. Il propose donc d'ajouter à l'art. 79 un al. 2bis qui donne au canton de résidence le droit de recours accordé aux assureurs contre les tiers responsables pour les contributions qu'il verse en vertu des art. 49, al. 1 et 2, et 41, al. 3, LAMal.

Cette modification ne créera pas de nouveaux droits pour les responsables, vu qu'on peut partir de l'idée que, du fait des conventions tarifaires conclues entre assureurs et fournisseurs de prestations, les tarifs à la charge de l'assurance-maladie sociale ne seront pas plus élevés que les tarifs ordinaires pour les cas de responsabilité civile.

4 Conséquences financières et sur l'état du personnel

41 Conséquences financières pour l'assurance-maladie et les cantons

Les bases statistiques concernant le calcul exact des déplacements de la charge financière induits par la modification de la loi manquent actuellement et ne sont pas attendues dans un avenir proche. L'hypothèse selon laquelle, d'une part, l'in-

troduction du modèle de convention ouvert à la concurrence a des conséquences positives sur l'évolution des coûts et, d'autre part, la réglementation concernant le paiement des primes entraîne pour les assureurs un allègement sensible à l'encaissement, peut certes sembler vraisemblable d'un point de vue qualitatif, mais n'est pas prouvée d'un point de vue quantitatif. Le fait de savoir dans quel ordre de grandeur les effets en rapport avec le modèle de convention évoluent dépend en premier lieu du comportement des assureurs et des fournisseurs de prestations. Quant à savoir dans quelles proportions le droit de subrogation du canton de résidence pèsera sur les assureurs responsabilité civile, il n'est pas possible de le dire en l'état, faute de données chiffrées suffisantes.

42 Conséquences sur l'état du personnel de la Confédération

Vu qu'aucune tâche nouvelle n'est déléguée à la Confédération, les besoins supplémentaires en personnel devraient pouvoir être couverts par les capacités déjà demandées dans le cadre de la révision partielle du 24 mars 2000. L'augmentation probable des conventions tarifaires, soit des différends lors de la conclusion de ces conventions pourrait amener à une hausse des recours qui pourrait provoquer un besoin supplémentaire en personnel non chiffrable à l'heure actuelle.

5 Programme de législature

Le projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie figure déjà dans le programme de législature 2000 – 2003.

6 Rapport avec la péréquation financière entre la Confédération et les cantons

La nouvelle péréquation financière a pour but de clarifier le partage des tâches, des compétences, des flux financiers et des responsabilités entre la Confédération et les cantons. La clarification des tâches dans le domaine de l'assurance sociale est à l'étude dans le cadre des travaux effectués en rapport avec la nouvelle péréquation financière. Les questions traitées ici ne sont pas directement concernées par la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons.

7 Bases légales

71 Constitutionnalité

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

72 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence réglementaire (pouvoir d'édicter les dispositions d'exécution) nécessaire à l'exécution de l'assurance obligatoire des soins. Selon le présent projet de révision, le Conseil fédéral est en outre habilité à édicter des dispositions dans les domaines suivants:

Base légale pour l'exécution des obligations financières découlant de la garantie du traitement (art. 45)

Obligations des assurés vis-à-vis des assureurs (art. 61a)

Droit de subrogation du canton de résidence (art. 79)

**Legge federale
sull'assicurazione malattie
(LAMal)**

Modifica del ...

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visto il messaggio del Consiglio federale del ¹⁾,

decreta:

I

La legge federale sull'assicurazione malattie² è modificata come segue:

Art. 7a (nuovo) Elenco dei fornitori di prestazioni convenzionati

¹Unitamente alla comunicazione dei premi, l'assicuratore deve far pervenire ai propri assicurati l'elenco dei fornitori di prestazioni convenzionati che praticano per l'assicuratore a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

²Questo elenco non può venir ridotto nel corso di un anno civile.

¹FF 2000 ...

²RS 832.10

Art. 35 cpv. 1, 1bis, 1ter e 1quater (nuovi)

¹Sono di massima autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni che:

- a. adempiono le condizioni di cui agli articoli 36-40;
- b. hanno stipulato una convenzione tariffale, valevole almeno un anno civile, con uno o più assicuratori-malattie riconosciuti.

^{1bis}Per le cure ospedaliere e semiospedaliere, i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 39 non devono adempiere il requisito di cui al capoverso 1 lettera b.

^{1ter} Fatta salva la tutela della cura medico-sanitaria, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori sono liberi quanto alla scelta dei partner convenzionati. Il Consiglio federale stabilisce i criteri in materia di economicità e di garanzia della qualità (art. 56 e 58), determinanti per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni.

^{1quater} Nell'ambito d'applicazione della presente legge vige la legge federale del 6 ottobre 1995³ su i cartelli e le organizzazioni analoghe.

Art. 41 titolo marginale e cpv. 1 e 2 lett. a

Principio

¹L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei a curare la sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore provvede alla remunerazione secondo le tariffe stabilite per convenzione. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa valevole nel Cantone di domicilio dell'assicurato.

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

³RS 251

- a. da un fornitore di prestazioni vincolato da convenzione, se si tratta di cura ambulatoriale;

Art. 41a (nuovo) Obbligo d'informare dei fornitori di prestazioni

Prima della cura, i fornitori di prestazioni devono informare l'assicurato circa gli assicuratori per i quali essi possono effettuare prestazioni a carico dell'assicurazione sociale malattie.

Art. 45

Se la cura degli assicurati secondo la presente legge non è più garantita a causa della ricusa di fornitori di prestazioni o della mancanza di convenzioni tariffali, il governo cantonale provvede a garantirla. La protezione tariffale vige anche in questo caso. Il Consiglio federale stabilisce i criteri per una fornitura appropriata.

Art. 46 cpv. 2 e 5

²Le convenzioni con le federazioni vincolano soltanto i fornitori di prestazioni e gli assicuratori che hanno aderito alla convenzione e sono stati inoltre ammessi nelle convenzioni per la cura ambulatoriale. La convenzione regola le modalità d'adesione, d'ammissione come pure di desistenza sia dei membri sia dei non membri delle federazioni. La convenzione può prevedere che i non membri di una federazione debbano versare un equo contributo alle spese per la sua stipula e per la sua esecuzione.

⁵Il termine di disdetta di una convenzione tariffale o di desistenza ai sensi del capoverso 2 è di almeno sei mesi. La disdetta di una convenzione tariffale relativa alle cure ambulatoriali è possibile unicamente per la fine di un anno civile.

Art. 47 titolo marginale e cpv. 1, 1bis (nuovo), 1ter (nuovo) e 2

Assenza o rifiuto di una convenzione tariffale

¹ Se nessuna convenzione tariffale può essere stipulata tra un fornitore di prestazioni e un assicuratore e se l'uno dei due oppure ambedue fanno valere che senza convenzione la fornitura dal profilo medico è insufficiente per le cure ambulatoriali, il governo cantonale, sentite le parti, designa i fornitori di prestazioni e stabilisce la tariffa. Il governo cantonale applica in merito i criteri dell'economicità e della garanzia della qualità, quali vanno stabiliti dal Consiglio federale ai sensi dell'articolo 35 capoverso 1ter.

^{1bis} Se a un assicuratore o a un fornitore di prestazioni viene rifiutata l'adesione alla convenzione e se l'uno dei due oppure ambedue fanno valere che per la cura ambulatoriale la fornitura dal profilo medico è insufficiente senza detta adesione, il fornitore di prestazioni oppure l'assicuratore interessati possono postulare l'adesione presso il governo cantonale.

^{1ter} Per valutare la fornitura dal profilo medico, il governo cantonale tiene conto delle corrispettive attuali valenze come pure dei criteri stabiliti dal Consiglio federale conformemente all'articolo 45. Va considerata parimenti l'offerta al di fuori del Cantone.

² Se per la cura ospedaliera o semiospedaliera non esiste alcuna convenzione fuori del Cantone di domicilio dell'assicurato, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa.

Art. 48 Convenzioni tariffali con associazioni di medici
abrogato

Art. 52 cpv. 3

³ Analisi, medicinali, mezzi e apparecchi terapeutici possono al massimo essere fatturati secondo le tariffe, i prezzi e i tassi di remunerazione ai sensi del capoverso 1. Il Consiglio federale designa le analisi effettuate nel laboratorio del medico, per le quali la tariffa può essere stabilita secondo l'articolo 46.

Art. 53 cpv. 1

¹Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 49 capoverso 7, 51, 54 e 55 può essere interposto ricorso al Consiglio federale.

Art. 61a (nuovo) Obbligo di pagare i premi e conseguenze della mora

¹Gli assicurati sono tenuti a pagare i premi.

²Se premi o partecipazioni ai costi scaduti non sono pagati, l'assicuratore deve diffidare l'assicurato in forma scritta, assegnandogli un termine supplementare di trenta giorni per rimediare. L'assicuratore avverte inoltre l'assicurato circa le conseguenze della mora.

³Se, malgrado la diffida, il pagamento non viene effettuato, l'assicuratore differisce la remunerazione delle prestazioni finché i premi o le partecipazioni ai costi scoperti non siano interamente pagati. Informa al contempo la competente autorità d'assistenza sociale del luogo di domicilio dell'assicurato in merito al differimento delle prestazioni. Sono salve le disposizioni cantonali, segnatamente quelle che contemplano la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi.

⁴Se i premi o le partecipazioni ai costi scoperti vengono interamente pagati, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il differimento.

⁵Se l'assicurato in mora cambia assicuratore, l'assicuratore precedente informa il nuovo assicuratore in merito ad eventuali diffide o procedure esecutive. I crediti sino allora oggetto di diffide o di procedure esecutive comportano parimenti un differimento delle prestazioni presso il nuovo assicuratore. Il precedente assicuratore informa il nuovo assicuratore non appena i premi e le partecipazioni ai costi scoperti gli sono stati interamente pagati.

6Il Consiglio federale regola in dettaglio l'incasso dei premi, la procedura di diffida e le conseguenze della mora al pagamento dei premi.

Art. 79 cpv. 2bis (nuovo)

^{2bis}I capoversi 1 e 2 si applicano per analogia al Cantone di domicilio per quanto esso abbia versato contributi secondo gli articoli 41 capoverso 3 e 49 capoversi 1 e 2.

II

¹La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

²Entra in vigore....

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

Consultazione complementare in merito ai temi seguenti:

- **soppressione dell'obbligo di stipulare contratti**
 - **esecuzione degli impegni finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori**
 - **diritto di regresso del Cantone di domicilio**
-

Rapporto esplicativo

1 Situazione iniziale

Nell'ambito della prima revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10), il Parlamento ha discusso in maniera approfondita la questione del contenimento dei costi. In tale contesto le Camere federali non hanno aderito alla proposta formulata dal Consiglio federale nel suo messaggio del 21 settembre 1998 (FF 1999 687), ossia di dare ai Governi cantonali la competenza di fissare uno stanziamento globale di bilancio anche nel settore ambulatoriale. Il Consiglio nazionale ha per contro approvato una proposta specifica del consigliere nazionale Raggenbass, il quale auspicava una migliore gestione dei costi e una limitazione dell'ampliamento quantitativo. A proposito della qualità e dell'economicità delle prestazioni, il Consiglio federale avrebbe ora dovuto fissare criteri ai quali i fornitori di prestazioni dovrebbero adempiere per poter aderire a una convenzione tariffale. L'apposito dibattito non è valso ad appianare le divergenze e la proposta accolta dal Consiglio nazionale non è passata al Consiglio degli Stati. Alla fine, tuttavia, il 24 marzo 2000 le Camere hanno approvato una disposizione secondo cui il Consiglio federale ha la facoltà di subordinare, per un periodo limitato, l'autorizzazione di fornitori di prestazioni alla presentazione di una prova della necessità (art. 55a LAMal; FF 2000 1953). In tal modo si intende, non da ultimo, introdurre un provvedimento attuabile a breve termine, inteso ad affrontare un eventuale aumento dei costi in seguito all'entrata in vigore degli accordi bilaterali con l'Unione europea.

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ha inoltre trasmesso al Consiglio federale una mozione (00.3003) nella quale quest'ultimo è invitato a esaminare la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti nei settori ambulatoriale, semiospedaliero e ospedaliero quale strumento del contenimento dei costi efficace a medio termine e di presentare le pertinenti modifiche della LAMal nel progetto relativo al finanziamento ospedaliero. Anche la questione della soppressione dell'obbligo di stipulare contratti diventa quindi oggetto della seconda revisione parziale.

Come accennato, la seconda revisione parziale doveva quindi essere dedicata in primo luogo alla questione del finanziamento ospedaliero. Questa parte è già stata posta in consultazione nella primavera del 1999. Tuttavia i risultati della consultazione sono stati controversi a un punto tale da indurre il Consiglio federale a far riesaminare in maniera approfondita le proposte prima di elaborare il messaggio. In questo senso, i punti presentati in questa sede rappresentano un'integrazione del progetto preesistente, il quale non è tuttavia più oggetto di discussione nella presente procedura di consultazione. Per quanto riguarda il finanziamento delle prestazioni e l'attribuzione del settore semiospedaliero a quello ospedaliero, le proposte si basano sul primo progetto. Il Consiglio federale coglie inoltre l'occasione per inserire due nuovi punti che vanno assolutamente disciplinati. Il motivo risiede nel fatto che vi sono sentenze pronunciate dalla massima istanza giudiziaria secondo cui manca una disposizione d'ordinanza quale base legale ed è quindi necessario crearla.

2 Aspetti principali del progetto

21 Soppressione dell'obbligo di stipulare contratti nel settore ambulatoriale

In generale

Il Consiglio federale in linea di principio è del parere che con le forme assicurative speciali (ad esempio Health Maintenance Organization e i modelli del medico di famiglia) che offrono una riduzione dei premi in caso di rinuncia alla libera scelta dei fornitori di prestazioni e che acquistano un'importanza sempre maggiore, il diritto attualmente in vigore conosce uno strumento adatto ad agire sull'evoluzione dei costi anche nel settore ambulatoriale. Tuttavia il Consiglio federale, adempiendo all'incarico del Parlamento, ha esaminato la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti e invia ora in consultazione mediante il presente disegno di legge il modello contrattuale concorrenziale sollecitato dal Parlamento stesso. Se con questo progetto di revisione si riesce a risolvere la questione di una concretizzazione giuridica, diverse questioni fondamentali, per le quali il Consiglio federale deve trovare una soluzione prima di inoltrare una proposta al Parlamento, rimangono invece irrisolte. Questo vale segnatamente per la questione dell'idoneità del modello a raggiungere l'obiettivo, incontestato, del contenimento dei costi, ma anche per la questione della praticabilità e non da ultimo per la questione dell'adeguatezza della proposta ai limiti imposti dal modello alle possibilità dei pazienti.

Sulla base delle considerazioni seguenti la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti nel quadro della revisione parziale dovrà essere limitata al settore ambulatoriale:

Nel settore ospedaliero il diritto in vigore mette già a disposizione diversi strumenti atti a garantire il controllo della quantità e il contenimento dei costi (competenza cantonale per l'introduzione di uno stanziamento globale di bilancio, pianificazione ospedaliera e delle case di cura). L'introduzione della pianificazione ospedaliera quale elemento regolatore, che oltretutto si rifà alla responsabilità dei Cantoni per l'assistenza medica della loro popolazione (cfr. GAAC 48.79), ha già permesso di rilevare effetti tangibili sull'evoluzione dei costi nel settore ospedaliero e le azioni intraprese negli ultimi anni iniziano anch'esse a produrre degli effetti. Un aumento superiore alla media delle uscite dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il settore ospedaliero è stato registrato per l'ultima volta tra il 1994 e il 1995. A partire da allora l'incremento dei costi del settore ospedaliero è sempre stato inferiore a quello del settore ambulatoriale (Ufficio federale delle assicurazioni sociali: Statistik über die Krankenversicherung 1998, Bern 1999, p. 47, d/f). Il Consiglio federale resta perciò convinto dello strumento della pianificazione ospedaliera. Se la pianificazione ospedaliera verrà mantenuta quale strumento per il contenimento dei costi e si presume che questo strumento, in particolare in seguito alle precisazioni apportate all'articolo 39 LAMal contenute nel progetto di finanziamento ospedaliero, implica nel settore ospedaliero un'offerta di prestazioni che soddisfa il fabbisogno, allora la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti nel settore ospedaliero non può avere alcuna ripercussione sul volume di prestazioni. Tutt'al più il volume delle prestazioni verrebbe distribuito diversamente agli ospedali. Che la pianificazione ospedaliera

conduca o condurrà effettivamente ad un'offerta di prestazioni meglio rispondente al fabbisogno è tanto più plausibile in quanto la revisione del finanziamento ospedaliero propone, a questo scopo, ulteriori precisazioni all'articolo 39 LAMal.

Per contro, il settore ospedaliero *ambulatoriale*, vale a dire il settore che negli ultimi anni ha registrato l'aumento percentuale dei costi più notevole, è stato esplicitamente incluso nel presente progetto di regolamentazione. Infatti, allo scopo di evitare che nel contesto della distinzione tra settore ospedaliero e settore ambulatoriale i fornitori di prestazioni che esercitano liberamente risultino svantaggiati rispetto agli ospedali, il progetto prevede che gli ospedali siano dispensati dalla stipulazione di una convenzione tariffale con uno o più assicuratori malattie riconosciuti esclusivamente per il settore delle prestazioni ospedaliere e semiospedaliere affinché possano fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il settore ambulatoriale soggiace invece alle disposizioni che disciplinano la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti.

Contrariamente ai provvedimenti finora proposti dal Consiglio federale nel quadro della prima revisione parziale per contenere i costi nel settore ambulatoriale, per quanto riguarda la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti si rinuncia in linea di principio a una regolamentazione statale. Con la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti nel settore ambulatoriale viene a crearsi una nuova situazione concorrenziale tra fornitori di prestazioni e tra assicuratori-malattie. Questa nuova situazione concorrenziale non deve tuttavia mettere in pericolo l'assistenza sanitaria degli assicurati in seguito alla mancanza di convenzioni tariffali. Per tale motivo, i Cantoni devono avere sufficienti possibilità di adottare i provvedimenti necessari ad assicurare le cure qualora queste ultime dovessero rivelarsi insufficienti. Il Consiglio federale considera tuttora ragionevole, in un sistema di assicurazione come quello della LAMal, in cui chiunque risieda in Svizzera sottostà al regime obbligatorio, ottenere il contenimento dei costi mediante l'interazione di misure volte a favorire la concorrenza e misure invece regolatrici.

Libero passaggio

Anche in caso di soppressione dell'obbligo di stipulare contratti è garantito il libero passaggio al momento di cambiare assicuratore. Ciò significa che nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli assicurati continuano ad avere la possibilità di cambiare l'assicuratore per la fine del semestre civile (art. 7 cpv. 1 LAMal). Nel quadro dell'obbligatorietà, gli assicuratori continuano ad essere tenuti ad affiliare senza riserva alcuna le persone che lo desiderano. Allo scopo di correggere un'eventuale concentrazione di determinati gruppi della popolazione presso singoli assicuratori, è comunque necessario proseguire con la compensazione dei rischi per un periodo non ancora determinato.

Risulta invece limitata la possibilità di scelta da parte degli assicurati: infatti, essi non potranno più scegliere l'assicuratore esclusivamente sulla base dell'ammontare dei premi e eventualmente delle prestazioni di servizio offerte, ma un fattore decisivo sarà costituito dai fornitori di prestazioni con i quali l'assicuratore in questione intrattiene un rapporto contrattuale. Affinché possa

scegliersi l'assicuratore in base alla combinazione che più gli convenga tra premi e offerta desiderata, l'assicurato deve disporre di informazioni sufficienti. Da un lato, questo può essere considerato come una complicazione per gli assicurati che dovranno cambiare assicuratore se intendono rimanere dal loro medico di famiglia. Dall'altro, gli assicurati sono così tenuti a confrontare la qualità e i costi delle diverse offerte, il che non può che essere propizio per la loro evoluzione quali consumatori sempre più informati.

Obbligo di prestazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

La soppressione dell'obbligo di stipulare contratti non comporta alcuna limitazione dell'obbligo di prestazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tutti gli assicuratori riconosciuti continuano ad essere obbligati a rimborsare tutte le prestazioni conformemente alla legge. Per gli assicurati, tuttavia, il modello contrattuale concorrenziale implica che al posto dell'attuale assicurazione di base ordinaria venga introdotta, quale modello di base, un'assicurazione che preveda una scelta limitata dei fornitori di prestazioni. La libera scelta del fornitore di prestazioni è soppressa nella misura in cui nel settore ambulatoriale gli assicurati possono scegliere unicamente tra i fornitori di prestazioni con i quali il loro assicuratore ha concluso una convenzione tariffale. In tal modo, gli assicuratori possono decidere unilateralmente, rispettando determinati criteri, quali fornitori di prestazioni per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie siano autorizzati per i loro assicurati. Per gli assicurati ciò significa che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie diventa meno trasparente. Affinché gli assicurati possano usufruire della libera scelta del fornitore di prestazioni anche nel quadro del modello contrattuale concorrenziale, gli assicuratori saranno obbligati a informare gli assicurati in maniera estremamente circostanziata in merito all'elenco aggiornato dei fornitori di prestazioni per essi autorizzati a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Affinché per la persona assicurata continui comunque ad esistere una certa stabilità per quanto riguarda l'assicuratore, quest'ultimo è obbligato a non ridurre durante un anno civile l'elenco dei fornitori di prestazioni autorizzati. Affinché nell'ambito del modello contrattuale concorrenziale gli assicurati possano in qualsiasi momento partire dal presupposto che il loro assicuratore rimborsi effettivamente le prestazioni fornite da un determinato fornitore di prestazioni, anche quest'ultimo sarà obbligato a comunicare agli assicurati per quali assicuratori essi sono autorizzati a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Una possibilità di scelta più ampia del fornitore di prestazioni ambulatoriali andrebbe coperta da un'assicurazione complementare retta dalle regole del diritto delle assicurazioni private.

Ribadendo quanto già detto nel suo messaggio concernente la prima revisione parziale della legge sull'assicurazione malattie, il Consiglio federale considera l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ma anche l'assicurazione bonus e l'assicurazione con franchigia annuale a scelta, strumenti efficaci che contribuiscono a ridurre i costi legati all'assicurazione malattie (FF 1999 690). Il Consiglio federale ritiene quindi che anche dopo la soppressione dell'obbligo di stipulare contratti gli assicuratori continuino a offrire le forme assicurative speciali ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4 LAMal: e questo non da

ultimo sulla base della supposizione che nel quadro di un modello contrattuale concorrenziale continui ad esservi tra gli assicurati il bisogno di usufruire di tali forme assicurative. Si può inoltre presumere che in seguito alla nuova situazione concorrenziale tra i fornitori di prestazioni, ma anche tra gli assicuratori, aumenti la disponibilità a offrire modelli assicurativi attraenti con una scelta limitata di fornitori di prestazioni.

Assunzione dei costi in casi d'urgenza

L'assunzione dei costi nei casi d'urgenza continuerà ad essere retta dall'articolo 41 capoverso 2 LAMal. In tal modo è garantito anche nel quadro del modello contrattuale concorrenziale che agli assicurati vengano rimborsati dal loro assicuratore i costi legati a un trattamento in caso d'urgenza, anche qualora il fornitore di prestazioni che assicura il trattamento non disponesse di una convenzione tariffale stipulata con l'assicuratore.

Convenzioni tariffali

Diversamente dal sistema attuale, il solo fatto di adempiere le condizioni per l'autorizzazione (fra l'altro condizioni personali e infrastrutturali) non concede il diritto d'accesso al sistema dell'assicurazione malattie. Piuttosto, soltanto i fornitori di prestazioni che hanno concluso una convenzione tariffale con un assicuratore potranno fatturare le loro prestazioni a carico dell'assicurazione sociale malattie. In tale contesto continuano ad essere ipotizzabili convenzioni individuali e convenzioni con associazioni. L'aspetto fondamentale nel contesto dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni è costituito dal fatto che nelle convenzioni devono essere definiti concretamente criteri quali l'economicità e la garanzia della qualità. Anche se con il modello contrattuale concorrenziale l'autonomia contrattuale acquisisce maggiore importanza, l'istituzione della concessione rilasciata dall'autorità competente (art. 46 cpv. 4 LAMal) rimarrà invariata. Solo in questo modo il Governo cantonale, quasi sempre competente, potrà influire sul settore tariffale, esaminare la conformità alle disposizioni legali e al precetto della redditività e dell'economicità come pure impedire tariffe non consone alle condizioni e all'evoluzione dei costi. Così viene inoltre impedita una disgregazione delle competenze in materia di autorizzazione di convenzioni tariffali nei settori ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero ed i Governi cantonali ricevono la facoltà di valutare la necessità e la portata dei provvedimenti secondo gli articoli 45 e 47 LAMal.

Assenza di convenzione tariffale

In caso di soppressione dell'obbligo di stipulare contratti nel settore ambulatoriale, le normative della LAMal concernenti l'assenza di convenzione tariffale potranno essere applicate soltanto al settore ospedaliero e semiospedaliero. Considerato che nel settore ambulatoriale l'esistenza di una convenzione tariffale tra l'assicuratore e il fornitore di prestazioni è una condizione affinché il fornitore di prestazioni possa esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il Governo cantonale è obbligato a intervenire unicamente se le cure non sono garantite nel settore ambulatoriale (art. 45 LAMal) oppure se un fornitore di prestazioni o un assicuratore chiedono, per motivi legati all'assistenza,

la designazione di un fornitore di prestazioni autorizzato e la determinazione di una tariffa (art. 47 cpv. 1 LAMal).

Garanzia della concorrenza

La nuova situazione concorrenziale non deve far sì che singoli fornitori di prestazioni o assicuratori vengano esclusi dal mercato a causa di limitazioni inammissibili della concorrenza. Mediante l'istituzione di una Camera autonoma in seno alla Commissione della concorrenza, i partner tariffali avranno la possibilità di fare esaminare la legalità di limitazioni della concorrenza.

Excursus: ammissione e rimborso dei medici nel sistema dell'assicurazione malattie di Germania e Francia

Per quanto riguarda l'aumento della quantità di medici, quasi tutti i Paesi dell'Europa occidentale devono confrontarsi con la stessa situazione. Segue una breve descrizione delle modalità di ammissione di due Paesi in cui vige un sistema di assicurazione e non un servizio statale di sanità pubblica.

L'accesso dei medici al sistema francese "Sécurité sociale" è strutturato in modo liberale. Un medico deve innanzi tutto annunciarsi presso la società dei medici che rilascia l'autorizzazione ad esercitare su esame delle qualifiche professionali, dopodiché deve annunciarsi presso la "Sécurité sociale" affinché le sue prestazioni vengano poi prese a carico. Non vi sono altre condizioni. Un medico non può essere respinto dalla "Sécurité sociale", deve però ovviamente sottostare ai regimi convenzionali inerenti fatturazione e trasmissione di informazioni. Il rimborso delle prestazioni da parte della "Sécurité sociale" avviene secondo il tariffario nazionale. È consentito fatturare una tariffa più elevata all'assicurazione complementare dei pazienti. In Francia quasi la totalità dei medici esercitanti sono medici riconosciuti dalla "Sécurité sociale".

In Germania, il sistema del rimborso dei medici delle casse è stato progressivamente rivisto. Il principio rimane tuttora quello del rimborso per singola prestazione. Le singole prestazioni sono stabilite secondo il "criterio di qualità unitario" della struttura tariffaria. La procedura di calcolo dell'onorario di questi medici si divide in due tempi. In un primo tempo le associazioni centrali degli assicuratori-malattie e dei medici si accordano sull'importo totale che viene rimborsato per l'anno in corso. L'ulteriore distribuzione è di competenza dell'associazione dei medici, che in un secondo tempo distribuisce l'importo totale ai singoli medici. La distribuzione ai medici delle casse è regolamentata per legge; i singoli importi dipendono dal gruppo di esperti cui appartiene un dato medico e dalle qualifiche complementari che egli presenta. Determinato un tetto massimo del budget i costi dell'assistenza medica ambulatoriale sono fissati; un adeguamento successivo non è previsto. Con l'introduzione della "Gesundheitsstrukturgesetz" del 1993 sono state consolidate le misure di contenimento dei costi. Il rimborso totale delle casse nel settore ambulatoriale può aumentare solo proporzionalmente alla somma complessiva dei salari. Le limitazioni all'ammissione in vigore sono state inasprite e la pianificazione del fabbisogno è stata eseguita rigidamente cosicché meno medici hanno potuto aprire uno studio. L'autorizzazione per uno studio medico viene rilasciata dall'associazione dei medici del Land in questione purché vi sia a disposizione un

contingente di studi medici. Con la "Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)" del 22 dicembre 1999 (BGBl. I pag. 2626), entrata in vigore il 1° gennaio 2000, il Bundestag tedesco ha deciso di apportare una modifica al § 102 del "Sozialgesetzbuch V (SGB V; Bedarfszulassung)". Dopodiché, a partire dal 1° gennaio 2003, vigerà l'ammissione all'assistenza da parte di medici autorizzati basata sulle proporzioni stabilite per legge. La proporzione viene determinata sulla base di gruppi di medici e regola la proporzione di medici di famiglia e medici specializzati (§ 102 cpv. 1 frase 2 SGB).

22 Base legale per l'esecuzione degli impegni finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori

Nel diritto attuale, l'esecuzione degli impegni finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori (premi secondo gli art. 61 segg. LAMal e partecipazione ai costi secondo l'art. 64 LAMal) nonché le conseguenze in caso di mora non sono disciplinate da una norma di legge formale, né la legge incarica il Consiglio federale di emanare disposizioni dettagliate a questo proposito o in merito al cambiamento dell'assicuratore. Secondo l'articolo 96 LAMal, il Consiglio federale è tuttavia incaricato dell'esecuzione della legge e di emanare le disposizioni d'esecuzione.

Nel quadro della presente revisione parziale si intende creare una base legale formale per l'obbligo del pagamento dei premi e le conseguenze in caso di mora, in quanto l'adempimento dell'obbligo di pagare i premi e di partecipare ai costi da parte degli assicurati è indispensabile per il finanziamento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie e per l'applicazione della legge. L'istituzione di una base legale risulta opportuna anche per il fatto che, sulla base della giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) in merito all'articolo 9 capoverso 3 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), mancando una base legale formale un cambiamento dell'assicuratore è ammissibile indipendentemente dall'esistenza di premi e partecipazioni ai costi ancora in sospeso (cfr. DTF 125 V 266 segg.).

23 Base legale per il diritto di regresso del Cantone di domicilio

Attualmente il Cantone di domicilio versa contributi sia in caso di degenza ospedaliera all'interno del Cantone (art. 49 LAMal) sia in caso di trattamento ospedaliero al di fuori del Cantone di domicilio (art. 41 cpv. 3 LAMal). Mentre i contributi secondo l'articolo 49 LAMal vengono versati indirettamente sussidiando gli ospedali pubblici e quelli sovvenzionati dall'ente pubblico, l'obbligo del pagamento della differenza da parte del Cantone di domicilio conformemente all'articolo 41 capoverso 3 LAMal è trattato, anche secondo la giurisprudenza del TFA, alla stregua di un obbligo retto dal diritto in materia di assicurazioni sociali analogo all'obbligo d'assunzione dei costi da parte degli assicuratori (DTF 123 V 290 segg.; 310 segg.). Di conseguenza, entrambe le prestazioni dovranno essere sottoposte al diritto di regresso nei confronti di terzi responsabili. La creazione di una base legale è opportuna per il fatto che, secondo una sentenza di principio pronunciata il 18 ottobre 1999 dal Tribunale federale svizzero, l'articolo 126 OAMal non rappresenta una base legale formale sufficiente e quindi un diritto di

regresso fondato su tale articolo è considerato inammissibile (cfr. DTF 126 III 36 segg.).

3 Parte speciale **Commento alle singole disposizioni**

Articolo 7a capoverso 1 (nuovo)

Il modello contrattuale concorrenziale derivante dalla soppressione dell'obbligo di stipulare contratti ha come conseguenza per gli assicurati che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie diventa meno trasparente per quanto riguarda i fornitori di prestazioni autorizzati. In vista del cambiamento dell'assicuratore, per gli assicurati i criteri determinanti non saranno più soltanto il premio e le eventuali prestazioni di servizio dell'assicuratore, ma anche l'elenco dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare l'attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Considerato che in caso di soppressione dell'obbligo di stipulare contratti l'assicuratore può stabilire quali fornitori di prestazioni siano autorizzati a esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per i suoi assicurati, a questi ultimi deve essere offerta la possibilità di cambiare l'assicuratore qualora la cerchia dei fornitori di prestazioni autorizzati venisse limitata. Se il fornitore di prestazioni ha concluso una convenzione tariffale anche con altri assicuratori, il cambiamento dell'assicuratore permette a una persona assicurata di continuare il trattamento presso un fornitore di prestazioni nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Affinché gli assicurati dispongano di informazioni sufficienti per decidere se cambiare l'assicuratore, nel presente capoverso si stabilisce che l'assicuratore deve far pervenire ai suoi assicurati, in occasione della comunicazione dei nuovi premi, un elenco dei fornitori di prestazioni attivi nel Cantone di domicilio che operano per l'assicuratore a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sulla base di una convenzione tariffale. L'introduzione di questo obbligo è indispensabile, considerata l'obbligatorietà dell'assicurazione, per permettere agli assicurati di mettere a confronto le offerte.

Articolo 7a capoverso 2 (nuovo)

Nell'ambito del modello contrattuale concorrenziale l'assicuratore stabilisce quali fornitori di prestazioni siano autorizzati a esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per i suoi assicurati. L'assicuratore che restringe l'elenco dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare per i suoi assicurati è tenuto a comunicare a questi ultimi a partire da quando determinati fornitori di prestazioni non figurano più sul suo elenco dei fornitori di prestazioni autorizzati e quindi non esercitano più a carico dell'assicurazione sociale malattie per i suoi assicurati. Per principio è comunque stabilito che l'assicuratore non può ridurre il suo elenco nel corso di un anno civile.

Articolo 35 capoverso 1

Nella lettera a del presente capoverso vengono definite le condizioni fondamentali per l'autorizzazione di fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione

obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Analogamente al diritto vigente, i fornitori di prestazioni devono adempiere alle condizioni definite negli articoli 36 - 40 LAMal.

Uno degli scopi della soppressione dell'obbligo di stipulare contratti consiste nel fatto che gli assicuratori, eccezion fatta per i trattamenti in caso d'urgenza, sono ora tenuti a rimborsare unicamente le prestazioni dei fornitori di prestazioni con i quali hanno concluso una convenzione tariffale. Per tale motivo, alla lettera b del presente capoverso viene stabilito che l'esistenza di una convenzione tariffale valida è una condizione imprescindibile affinché un fornitore di prestazioni possa fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per gli assicurati di uno o più assicuratori malattie riconosciuti. Se un fornitore di prestazioni non dispone di una convenzione tariffale conclusa con un assicuratore, quest'ultimo non è tenuto a rimborsare le prestazioni del fornitore di prestazioni nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 35 capoverso 1bis (nuovo)

La soppressione dell'obbligo di stipulare contratti sarà applicabile soltanto al settore ambulatoriale, ma non a quello ospedaliero e semiospedaliero, nei quali sono già a disposizione diverse misure per una regolamentazione quantitativa e per il contenimento dei costi (p. es. stanziamento globale di bilancio, pianificazione ospedaliera). I fornitori di prestazioni secondo l'articolo 39 LAMal saranno tuttavia esonerati dall'obbligo di disporre di una convenzione tariffale conclusa con uno o più assicuratori malattie riconosciuti soltanto per la fornitura di prestazioni ospedaliere e semiospedaliere. I motivi di questa normativa risiedono nel fatto che la concorrenza tra le prestazioni ambulatoriali fornite in ospedale e quelle fornite nel libero esercizio non deve essere distorta.

Articolo 35 capoverso 1ter (nuovo)

In linea di principio, nell'ambito di un modello contrattuale concorrenziale i fornitori di prestazioni e gli assicuratori devono essere liberi di scegliere i loro partner contrattuali. L'unica limitazione della libera scelta dei partner contrattuali consiste tuttavia, tanto per l'assicuratore quanto per il fornitore di prestazioni, nella garanzia dell'assistenza medica degli assicurati. Se l'assistenza medica deve essere considerata in pericolo - sulla base di criteri definiti dal Consiglio federale a livello di ordinanza - a causa di convenzioni tariffali disdette o mancanti, l'assicuratore o il fornitore di prestazioni può ricorrere al Cantone (art. 47 LAMal) oppure quest'ultimo può adottare i provvedimenti necessari di propria iniziativa (art. 45 LAMal).

L'articolo 43 capoverso 6 LAMal prevede inoltre che i partner contrattuali e le autorità competenti vegolino affinché vengano offerte cure di elevata qualità, appropriate, ed ai costi più bassi possibili. Tuttavia, con la realizzazione di un modello contrattuale concorrenziale i criteri dell'economicità e della qualità, concretizzati anche negli articoli 56 e 58 LAMal, dovranno essere applicati in misura maggiore. Soltanto la concretizzazione e l'applicazione di simili criteri nelle convenzioni tariffali garantiscono una scelta dei fornitori di prestazioni secondo criteri oggettivi. Allo scopo di lasciare lo spazio necessario alla continua evoluzione, la concretizzazione di tali criteri dovrà comunque competere - entro i

limiti che il Consiglio federale definirà a livello di ordinanza - in linea di principio ai partner tariffali. In tal modo il Consiglio federale si muove, in linea di principio, in conformità alla concezione già applicata nell'attuazione dell'articolo 58 LAMal (applicazione della garanzia della qualità da parte dei partner tariffali) e rafforza il legame necessario tra convenzioni tariffali e convenzioni sulla garanzia della qualità. Uno degli scopi a tale riguardo deve consistere nel fatto che soltanto un fornitore di prestazioni che adempia i requisiti di qualità e che concretizzi con successo i provvedimenti inerenti alla garanzia della qualità possa essere autorizzato a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Chi non soddisfa tali requisiti non deve essere autorizzato a fornire prestazioni nemmeno applicando una tariffa ridotta.

Articolo 35 capoverso 1quater (nuovo)

Considerato che secondo l'articolo 3 della legge federale del 6 ottobre 1995 sui cartelli e altre limitazioni della concorrenza (legge sui cartelli, LCart; RS 251) sono fatte salve prescrizioni che motivano un ordinamento statale del mercato o dei prezzi, come è il caso della LAMal, si rivela necessario disciplinare la competenza della Commissione della concorrenza. Pertanto quest'ultima può trattare limitazioni illecite della concorrenza e concentrazioni illecite di imprese sulla base di ricorsi presentati da fornitori di prestazioni o assicuratori eventualmente interessati secondo la legge sui cartelli.

Articolo 41 capoverso 1

Allo scopo di rendere esplicito che il diritto di scelta degli assicurati nel settore ambulatoriale dipende dall'assicuratore, il capoverso 1 dell'articolo 41 concernente la scelta del fornitore di prestazioni viene integrato. Rientrano nel diritto di scelta dell'assicurato i fornitori di prestazioni ambulatoriali con i quali l'assicuratore intrattiene un rapporto contrattuale. Di conseguenza, conformemente al primo periodo del presente capoverso gli assicurati sono liberi di scegliere tra i fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare per essi. Il secondo periodo stabilisce che in caso di trattamento ambulatoriale l'assicuratore applica la tariffa concordata mediante convenzione, di modo che la persona assicurata beneficia in linea di principio della piena copertura dei costi.

Articolo 41 capoverso 2 lettera a

Anche in presenza di un numero sufficiente di fornitori di prestazioni con i quali l'assicuratore ha concluso una convenzione tariffale, nei casi d'urgenza (per esempio nel luogo di vacanza) oppure in caso di indicazioni mediche rare non è escluso che non sia disponibile un fornitore di prestazioni vincolato per contratto all'assicuratore. Pertanto nell'articolo 41 capoverso 2 si stabilisce che l'assicuratore, nei casi in cui si debba ricorrere a un altro fornitore di prestazioni, è tenuto ad applicare la tariffa valida per quest'ultimo. Considerato che ci muoviamo all'interno di un sistema di per sé chiuso, quale fornitore di prestazioni alternativo entra in linea di conto unicamente un fornitore di prestazioni che adempia le condizioni per l'autorizzazione definite nell'articolo 35 LAMal e che abbia stipulato

una convenzione tariffale con uno o più assicuratori riconosciuti. La tariffa applicabile sarà quindi quella concordata nella convenzione. Se ha a disposizione più tariffe, il fornitore di prestazioni può fatturare le prestazioni secondo la tariffa di sua scelta, dal momento che si tratta in ogni caso di tariffe approvate. Gli assicuratori possono evitare questa situazione concludendo le convenzioni tariffali più ampie possibili. Se viene applicata la tariffa per singole prestazioni, in seguito alla struttura tariffale unitaria applicabile su tutto il territorio svizzero la differenza riguarderà unicamente l'ammontare del valore dei punti.

Articolo 41a (nuovo)

Considerato che nell'ambito del modello contrattuale concorrenziale gli assicuratori sono in linea di principio obbligati a rimborsare soltanto le prestazioni di fornitori di prestazioni con i quali hanno stipulato una convenzione tariffale, è necessaria un'informazione completa degli assicurati, che deve essere fornita dagli assicuratori (cfr. art. 7a) e dai fornitori di prestazioni. Come già previsto attualmente nell'articolo 44 capoverso 2 LAMal per il caso dei fornitori di prestazioni che si trovano in stato di ricusa, d'ora in poi tutti i fornitori di prestazioni esercitanti a carico degli assicuratori sociali malattie dovranno informare gli assicurati, prima della cura, in merito a quali siano gli assicuratori per i quali essi possono fornire prestazioni a carico degli assicuratori sociali malattie. Il fornitore di prestazioni che omette di informare non ha diritto a un rimborso della prestazione secondo la LAMal e in linea di principio, in seguito all'inosservanza degli obblighi accessori relativi all'informazione economica inerenti al diritto mandatario, non può nemmeno avanzare pretese d'onorario in virtù del diritto civile.

Articolo 45

In linea di principio si può partire dal presupposto che i fornitori di prestazioni siano interessati a collaborare con l'assicurazione sociale malattie, in quanto quest'ultima offre loro, per esperienza, una base esistenziale affidabile e buona. In tal modo gli assicuratori, considerando soprattutto la densità relativamente elevata di fornitori di prestazioni in Svizzera, potranno e vorranno concludere una convenzione tariffale con un numero sufficiente di fornitori di prestazioni, per poter garantire anche ai loro assicurati l'assistenza medica di base e quindi le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tuttavia, se a causa di circostanze straordinarie i partner tariffali (fornitori di prestazioni e assicuratori) non dovessero giungere alla stipulazione di convenzioni e quindi la cura degli assicurati ai sensi della presente legge non fosse più garantita in uno o più settori di prestazioni o in determinate specialità, il Governo cantonale, sentiti i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, dovrebbe adottare provvedimenti limitati nel tempo intesi a garantire comunque il trattamento degli assicurati secondo la presente legge, attenendosi alla protezione tariffale. Si tratta di una specie di *ultima ratio*, destinata a ripristinare quanto prima la situazione normale. Il compito di far fronte alle situazioni d'emergenza rientra nella tradizionale sfera di competenza dei Cantoni nell'ambito della sanità.

Questa possibilità di garantire l'assistenza medica da parte dei Cantoni è già prevista nella LAMal per le conseguenze di un'eventuale ricusa massiccia dei

fornitori di prestazioni (cfr. in merito FF 1992 I 148). Considerato che in caso di mancanza di convenzioni tariffali possono sorgere gli stessi problemi per gli assicurati, nel contesto della soppressione dell'obbligo di stipulare contratti deve essere data ai Governi cantonali la stessa possibilità di provvedere, nei casi estremi, affinché l'assistenza medica della popolazione sia comunque garantita. I criteri determinanti affinché l'assistenza sia considerata adeguata vengono stabiliti dal Consiglio federale a livello di ordinanza.

Articolo 46 capoverso 2

L'articolo 46 capoverso 2 LAMal stabilisce che le convenzioni cui partecipano associazioni sono applicabili soltanto se vi aderiscono esplicitamente membri e non membri. A ciò si aggiunge ora che non esiste più un diritto automatico all'adesione, in quanto anche le convenzioni cui partecipano associazioni servono all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Per tale motivo, anche per questo tipo di convenzione gli assicuratori devono avere la possibilità di scegliere i fornitori di prestazioni per le cure ambulatoriali.

Articolo 46 capoverso 5

Visto che nell'articolo 7a capoverso 2 sarà stabilito che l'elenco dell'assicuratore deve valere durante un anno civile, al capoverso 5 dell'articolo 46 occorre adeguare il termine di disdetta per le convenzioni tariffali. Di conseguenza, le convenzioni tariffali per le cure ambulatoriali potranno essere disdette soltanto per la fine dell'anno civile.

Articolo 47 capoverso 1

L'attuale competenza del Governo cantonale di fissare una tariffa in mancanza di una convenzione tariffale dovrà rimanere in vigore per le cure ospedaliere e semiospedaliere. Bisognerà ora integrare l'obbligo di designare uno o più fornitori di prestazioni e di fissare una tariffa in caso di assistenza insufficiente. Tanto i fornitori di prestazioni quanto gli assicuratori possono far valere l'assistenza insufficiente. Per poter applicare anche in questi casi i criteri dell'economicità e della garanzia della qualità stabiliti dal Consiglio federale, il Governo cantonale deve poter ricorrere a normative previste da convenzioni esistenti. In virtù di questa competenza il Governo cantonale dovrà in primo luogo poter impedire che si verifichi una situazione d'emergenza per quanto riguarda l'assistenza. Qualora l'assistenza fosse ciononostante insufficiente su tutto il territorio, sarà applicabile l'articolo 45 LAMal. In ambedue i casi competerà quindi al Governo cantonale garantire l'assistenza medica della popolazione. Ciò corrisponde non da ultimo alla ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni stabilita nella Costituzione federale (art. 3 Cost.).

Articolo 47 capoverso 1bis (nuovo)

Oltre alla situazione in cui non si giunge alla conclusione di una convenzione tariffale, può anche verificarsi la situazione in cui una convenzione tariffale esiste, ma all'assicuratore o al fornitore di prestazioni viene negata l'adesione. In questo caso la normativa del capoverso 1 è applicabile per analogia. Su domanda del

fornitore di prestazioni o dell'assicuratore, il Governo cantonale decide se l'assistenza nel settore ambulatoriale è garantita soltanto con un'adesione alla convenzione.

Articolo 47 capoverso 1ter (nuovo)

Il modello contrattuale concorrenziale ha come obiettivo di raggiungere il contenimento dei costi nel settore ambulatoriale con i mezzi della concorrenza. Per il settore ospedaliero e semiospedaliero, invece, sono determinanti elementi improntati alla regolamentazione, quali la pianificazione secondo l'articolo 39 LAMal. La concorrenza non deve tuttavia far sì che con la giustificazione dell'assistenza insufficiente si chieda al Governo cantonale di designare un numero eccessivo di fornitori di prestazioni. Nella sua valutazione il Governo cantonale dovrà basarsi sulle direttive del Consiglio federale e sugli standard d'assistenza medica moderni. In tal modo, parallelamente alla pianificazione, è pure illustrato che l'assistenza medica presenta un forte sviluppo proprio per quanto riguarda il progresso medico-tecnico, del quale occorre tener conto costantemente. La valutazione della situazione dell'assistenza da parte del Governo cantonale non dovrà inoltre limitarsi al territorio cantonale. Ci si può infatti immaginare il caso in cui nel Cantone stesso solo un numero insufficiente di fornitori di prestazioni ha concluso una convenzione tariffale, mentre nel Cantone vicino un numero sufficiente di fornitori di prestazioni è già vincolato da convenzione tariffale agli stessi assicuratori. Può quindi rientrare nei compiti degli assicuratori la conclusione di convenzioni sovraregionali allo scopo di garantire l'assistenza dei loro assicurati.

Articolo 47 capoverso 2

Vista la scelta limitata da parte degli assicurati, non è più necessario che i Governi cantionali fissino una tariffa per le cure ambulatoriali nel luogo in cui ha sede il fornitore di prestazioni. In linea di principio dovrà piuttosto esserci una tariffa concordata mediante convenzione che sia applicabile per gli assicurati direttamente, in quanto il loro assicuratore ha concluso una convenzione tariffale, o indirettamente, in virtù dell'articolo 41 capoverso 2 LAMal.

Articolo 48

La normativa speciale concernente le convenzioni tariffali concluse con le associazioni di medici, prevista nel diritto precedente, non ha più motivo d'essere nel quadro di un modello contrattuale concorrenziale. La funzione dello strumento della tariffa limite è intesa in primo luogo a costituire, in caso di soppressione di una convenzione tariffale, una tariffa di riserva che rappresenti una prima rete di salvataggio per i partner tariffali e che nel contempo espliciti una funzione di contenimento dei costi e conceda ai partner tariffali una maggiore autonomia per poter intraprendere ulteriori trattative (FF 1992 I 152 seg.). Ora, se alla convenzione tariffale viene vincolata anche l'autorizzazione per la prestazione di cure ambulatoriali, dominio classico dei medici, la tariffa limite non potrà essere sufficiente in quanto si dovrà decidere anche in merito all'autorizzazione. Inoltre il Governo cantonale sarà obbligato esplicitamente a designare i fornitori di prestazioni e a fissare la tariffa qualora nel settore ambulatoriale l'assistenza

fosse in pericolo. Se le circostanze lo permettono e non viene minato l'obiettivo dell'introduzione del modello contrattuale concorrenziale, ossia la scelta dei fornitori di prestazioni, il Governo cantonale è libero di prorogare la convenzione esistente con un'associazione conformemente all'articolo 47 capoverso 3 LAMal. Potrebbe trattarsi anche di una convenzione tariffale conclusa con un'associazione di medici. Risulta pertanto più opportuno stralciare questo articolo ed utilizzare gli altri strumenti previsti.

Articolo 52 capoverso 3

In seguito allo stralcio dell'articolo 48, quest'ultimo deve essere stralciato anche dall'elenco figurante al capoverso 3 dell'articolo 52.

Articolo 53 capoverso 1

In seguito allo stralcio dell'articolo 48, quest'ultimo deve essere stralciato anche dall'elenco figurante al capoverso 1 dell'articolo 53.

L'articolo 53 LAMal sulla procedura di ricorso è attualmente oggetto di esame, innanzi tutto in relazione alla sua compatibilità con la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo ma anche in vista della possibilità, nel quadro della riforma della giustizia e del progetto di revisione della legge federale sull'organizzazione giudiziaria (RS 173.110), di sgravare il Consiglio federale dalla sua funzione giudiziaria. Gli articoli 47 e 53 LAMal potrebbero quindi essere adattati con riferimento alla procedura di consultazione concernente questa revisione parziale.

Articolo 61a (nuovo)

Le esperienze fatte dagli assicuratori-malattie dimostrano che dall'entrata in vigore della LAMal i casi di mora nel pagamento dei premi e in altri pagamenti sono fortemente aumentati e che la normativa dell'articolo 9 capoverso 2 OAMal, che prevede la possibilità di sospensione soltanto dopo l'avvio della procedura esecutiva e ad avvenuta notifica di un attestato di carenza di beni nei confronti dell'assicurato in mora, è all'origine dei crescenti casi di mora nei pagamenti. Le cifre addotte dagli assicuratori confermano che la mora nel pagamento e quindi i costi degli assicuratori per le esecuzioni aumentano in misura problematica di anno in anno. Considerata questa evoluzione e sulla base della giurisprudenza costante del Tribunale federale delle assicurazioni in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal, secondo cui, mancando una base legale formale, un cambiamento dell'assicuratore è ammissibile indipendentemente da premi e partecipazioni ai costi in sospeso, è ragionevole ancorare alla legge una base legale formale per l'obbligo di pagamento dei premi e per le conseguenze in caso di mora.

Nell'articolo integrativo 61a viene innanzitutto stabilito nella legge l'obbligo di pagamento dei premi. Il capoverso 2 prevede quale novità una procedura di diffida scritta, che gli assicuratori devono aver avviato nei confronti degli assicurati in mora prima di sospendere le loro prestazioni fornite a questi assicurati. Tale

procedura di diffida, quale premessa per la sospensione delle prestazioni, sostituisce la procedura esecutiva prevista nell'ordinanza per la riscossione dei premi o delle partecipazioni ai costi oltre la scadenza dei termini, che durava a lungo e implicava costi considerevoli per gli assicuratori. Nel capoverso 3 secondo periodo è garantito che le autorità cantonali vengano informate tempestivamente in merito ai pagamenti dovuti dagli assicurati in mora. Questa disposizione serve inoltre a proteggere la persona assicurata. Il capoverso 4 corrisponde alla normativa dell'articolo 9 capoverso 2 secondo periodo. Tale normativa garantisce che la mora nel pagamento non provochi lacune nella protezione assicurativa. Nel capoverso 5 si assicura che in futuro nessun assicurato in mora possa eludere il blocco delle prestazioni cambiando l'assicuratore al momento opportuno e quindi, diversamente da altri assicurati in mora che non cambiano l'assicuratore, si vedano rimborsare prestazioni prima di aver pagato gli importi dovuti. Questa conseguenza della mora nel pagamento si giustifica, da un lato, in quanto secondo le sentenze del TFA del 9 giugno 1999 in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal (una delle sentenze è pubblicata in RAMI 5/1999, pag. 444 segg.) un cambiamento dell'assicuratore è possibile anche in caso di mora nel pagamento e, dall'altro, i premi e le partecipazioni ai costi solo difficilmente recuperabili nella situazione giuridica attuale hanno raggiunto proporzioni oramai insostenibili. La disposizione protegge la comunità degli assicurati da aumenti di premi dovuti al forte aumento dei costi degli assicuratori per le esecuzioni e agli importi irrecuperabili dovuti da assicurati che hanno proceduto a un cambiamento dell'assicuratore senza aver precedentemente pagato quanto dovuto.

Articolo 79 capoverso 2bis (nuovo)

L'articolo 79 LAMal concede all'assicuratore un diritto di regresso nei confronti di terzi responsabili concordemente alle corrispondenti disposizioni delle altre leggi in materia di assicurazioni sociali. Sulla base della ripartizione dei costi secondo l'articolo 49 capoversi 1 e 2 LAMal, nel settore ospedaliero vengono utilizzati anche introiti fiscali per finanziare le prestazioni dell'assicurazione malattie. Ora, se il Cantone di domicilio, che assicura il finanziamento, non dovesse ottenere il diritto di riscuotere da terzi responsabili, indipendentemente dal luogo in cui sono state somministrate le cure, la parte di costi da esso assunta, i terzi responsabili diventerebbero beneficiari della protezione tariffale secondo l'articolo 44 capoverso 1 e dei vantaggi tariffali dell'assicurazione sociale malattie. In tal modo il contribuente sosterebbe una parte del risarcimento dei danni, il che sarebbe ingiustificato (cfr. in merito a tutta la questione: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berna 1999, n. 401).

Il Consiglio federale ritiene urgente che terzi responsabili vengano sgravati finanziariamente mediante mezzi fiscali grazie alla ripartizione dei costi nel settore ospedaliero. Esso propone pertanto di inserire nell'articolo 79 un capoverso 2bis, secondo il quale al Cantone di domicilio è concesso, analogamente all'assicuratore, un diritto di regresso nei confronti dei terzi responsabili per quanto riguarda i suoi sussidi secondo gli articoli 49 capoversi 1 e 2 e l'articolo 41 capoverso 3 LAMal.

In tal modo non si accordano nuovi diritti ai responsabili, in quanto è improbabile che sulla base di convenzioni tariffali tra assicuratori-malattie e fornitori di

prestazioni per i casi di responsabilità civile a carico dell'assicurazione sociale malattie vengano concordate tariffe superiori a quelle ordinarie.

4 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

41 Ripercussioni finanziarie sull'assicurazione malattie e sui Cantoni

Mancano attualmente, e non saranno nemmeno rilevati in un prossimo futuro, dati statistici che permettano di calcolare esattamente gli spostamenti degli oneri finanziari provocati dalla modifica di legge proposta. L'assunto che, da un lato, l'introduzione del modello contrattuale concorrenziale avrà ripercussioni positive sull'evoluzione dei costi e che, dall'altro, la normativa concernente il pagamento dei premi comporterà per gli assicuratori sgravi notevoli nell'ambito della riscossione può forse sembrare plausibile dal punto di vista qualitativo, ma non potrà essere dimostrato in termini quantitativi. La portata delle ripercussioni del modello contrattuale dipende in primo luogo dal comportamento di assicuratori e fornitori di prestazioni. A causa della mancanza di cifre non è possibile stimare in che misura gli assicuratori di responsabilità civile subiranno un maggior onere in seguito al diritto di regresso del Cantone di domicilio.

42 Ripercussioni sull'effettivo del personale della Confederazione

Considerato che alla Confederazione non vengono assegnati nuovi compiti, il maggior onere in termini di personale dovrebbe poter essere riassorbito nel quadro delle capacità supplementari richieste con la revisione parziale del 24 marzo 2000. Il probabile aumento delle convenzioni tariffali e dei negoziati necessari per la loro conclusione potrebbe comportare un numero crescente di ricorsi dal quale risulterebbe la necessità, attualmente non quantificabile, di personale supplementare.

5 Programma di legislatura

Il progetto concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie è annunciato nel programma di legislatura 2000 - 2003.

6 Relazione con la perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni

La nuova perequazione finanziaria ha lo scopo di tracciare confini tra compiti, competenze e flussi finanziari di Confederazione e Cantoni e di definire chiaramente le rispettive responsabilità. Nell'ambito dei lavori per un nuovo regime di perequazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni, la ripartizione dei compiti è oggetto di esame anche nel settore delle assicurazioni sociali. Le questioni discusse in questa sede non ne sono interessate direttamente.

7 Base giuridica

71 Costituzionalità

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

72 Delega di competenze legislative

La competenza normativa necessaria per l'applicazione dell'assicurazione sociale malattie (emanazione delle disposizioni esecutive) è delegata al Consiglio federale all'articolo 96 LAMal. Nel quadro del presente progetto il Consiglio federale ha inoltre la facoltà di emanare disposizioni nei seguenti settori:

Garanzia delle cure (art. 45)

Base legale per l'esecuzione degli impegni finanziari degli assicurati nei confronti degli assicuratori (art. 61a)

Diritto di regresso del Cantone di domicilio (art. 79)