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

**Rapport sur les résultats de la procédure de consultation
concernant le projet de la
Révision partielle
de la loi fédérale du 18 mars 1994
sur l'assurance-maladie
(financement des hôpitaux)**

**Rapporto sui risultati della procedura di consultazione
concernente il disegno di
revisione parziale
della legge federale del 18 marzo 1994
sull'assicurazione malattie
(finanziamento degli ospedali)**

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Zusammenfassung der Ergebnisse	3
3	Die Ergebnisse im einzelnen	8

Anhänge

1	Verzeichnis der Abkürzungen der Vernehmlasser	64
2	Statistische Uebersicht	67

Table des matières

1	La situation initiale	9
2	Les résultats en bref	9
3	Les résultats détaillés	14

Annexes

1	Liste des abréviations des milieux ayant pris position	64
2	Aperçu statistique	68

Indice

1	Situazione iniziale	15
2	Riassunto dei risultati	15
3	Risultati particolareggiati	20

Allegati

1	Elenco delle abbreviazioni dei partecipanti alla procedura di consultazione	64
2	Panoramica statistica	69

1 Ausgangslage

Am 8. März 1999 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, den Entwurf der Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) in die Vernehmlassung zu geben. Mit Schreiben vom 8. März 1999 lud das EDI die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Bundesgericht, das Eidgenössische Versicherungsgericht und die interessierten Organisationen und Verbände ein, zur Teilrevision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung bis zum 23. April 1999 Stellung zu nehmen.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 131 Adressatinnen und Adressaten versandt. Einer ganzen Anzahl von zusätzlichen Interessierten (122) wurden sie auf ausdrücklichen Wunsch hin zugestellt. Alle Kantone, 6 Parteien, das Bundesgericht, das Eidgenössische Versicherungsgericht und 56 andere interessierte Stellen und Organisationen (insgesamt 90) äusserten sich näher zum Entwurf der Teilrevision des KVG (vgl. Anhang 1).

2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Notwendigkeit der Revision unbestritten ist. Die Vernehmlassungsparteien äusserten sich indessen in keinem der Revisionspunkte einheitlich zu den vorgeschlagenen Änderungen. Von einer Reihe von Vernehmlassern wurde die Revision als solches abgelehnt, vor allem weil sie den Rahmen einer Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung sprengte. Mehrheitlich abgelehnt wurde die Ausdehnung der Planungspflicht auf den teilstationären Sektor und beträchtlicher Widerstand, vor allem seitens der Kantone, wurde ebenfalls gegenüber der je hälftigen Beteiligung der Kantone und Krankenversicherung an der Vergütung der Leistungen geäussert. Ebenfalls der Verzicht auf den Begriff "allgemeine Abteilung" sowie die Änderungen bezüglich Kostenrechnung und Statistik wurden nicht überwiegend positiv beurteilt. Am besten aufgenommen wurde die Abkehr von der Objektfinanzierung resp. der Übergang zur Leistungsfinanzierung, obwohl auch in dieser Beziehung gewisse Vernehmlassungsparteien ihre Ablehnung deutlich zu erkennen gaben. Als alternative Modelle wurden einerseits der Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem und andererseits die Rückkehr zu der Finanzierungsregelung, wie sie vor dem Entscheid des EVG gültig war, vorgeschlagen. Insbesondere die Kantone befürworteten zudem die Einsetzung einer Expertenkommission, welche sich mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung befassen soll.

Den Vorgaben zur Statistik (Art. 23 KVG) wurde von Seiten der Kantone (AI, BE, GL, JU, SH, TG, TI, VS) den Versicherern (KSK) wie auch zweier Parteien (CVP und SVP) und weiterer Organisationen (SBV, LAK, FRSP, ASCI, SPO, SPV, SVSS) grundsätzlich zugestimmt. Abgelehnt wurden diese von einer Reihe, teilweise die Interessen der Privatspitäler vertretenden Vernehmlassern (SGV, VSAO, SVPK, IPK TG und HG), weil sie zu zusätzlichen administrativen Aufwendungen für die Leistungserbringer führen und für diese Wettbewerbsnachteile mit sich bringen würden. Grundsätzliche Bedenken bezüglich der Gewährleistung des Persönlichkeitsschutzes äusserten hingegen SPV und VSAO. Einige Interessenvertreter (CAVG, VASOS) forderten überdies, dass auch die Versicherer ihre Rechnungen offenzulegen hätten. Die Koordination bzw. Abgrenzung der Angaben der im Rahmen des KVG und des VVG gesammelten Daten wurde von Organisationen (SGV, SVPK, SAGV) gefordert, die die Wirtschaftsinteressen vertreten.

Aus den bereits genannten Gründen äusserten sich einige Vernehmlasser (VSAO, PULSUS, UBG) kritisch zur unveränderten, in Absatz 1 von Artikel 23 KVG statuierten Kompetenz des Bundesrates, die Erstellung von Statistiken zu regeln. Eine Organisation (PULSUS) will den Verwendungszweck der gesammelten Daten nicht über das statistische Interesse hinaus erweitern, d.h. diese nur im Rahmen des Bundesstatistikgesetzes zur Verfügung stellen. Bedenken zur auf die Leistungserbringer ausgeweiteten Mitwirkungspflicht (Art. 23 Abs. 2) äusserten zwei Parteien (CVP und PLS) sowie eine Organisation (PULSUS), da vor allem die privaten Leistungserbringer unverhältnismässig belastet würden.

Zustimmend zum Zugang der Kantone zu den gesammelten Daten (Art. 23 Abs. 3) äusserten sich zwei Parteien (CVP und PLS). Das KSK forderte einen Zugang der Versicherer zu diesen Daten, währenddem zwei Vernehmlasser (PLS und FRSP) den Zugang der Leistungserbringer forderten. Die Ärztevereinigungen FMH und VSAO bemängelten die Sammlung von Daten ohne genaue Definition des Verwendungszweckes. Das ISE schlägt demgegenüber eine Erweiterung der Zielsetzung auf die gesamte Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen vor.

Zur Streichung des Begriffes "allgemeine Abteilung" (Art. 25 Abs. 2) hatten ein Teil der Kantone (AR, AI, BE, GL, LU, OW, SH, TG, ZG, ZH), eine Partei (CVP) und verschiedene weitere Organisationen (CNG, VSA, MS, BSF, UBG, AGKB, MTK, WK) keine Bemerkungen. Andere Kantone (AG, BS, GR, JU, VD), zwei Parteien (FDP, PLS) und weitere Organisationen (SGV, SVPK, HG, PULSUS, FSAVS, FRSP) plädierten wiederum dafür, den Begriff zu belassen. Andere Vernehmlasser (GR, TI, VD, GPFI, SGB, SSRV, VLSS, GHo) wenden sich nicht grundsätzlich gegen eine Änderung, beantragen aber eine Umschreibung der Leistungen für den Spitalaufenthalt, da sonst zu grosse Unsicherheiten bestünden und eine genaue Abgrenzung der Grund- und Zusatzversicherung notwendig sei. Zustimmung zur Streichung äusserten eine Partei (SVP) und weitere Organisationen (KSK, FMH, LAK, SVV, SAEB).

Der Gleichstellung des teilstationären mit dem stationären Bereich wird von zwei Parteien (SVP und PdA) sowie einigen Organisationen (KSK, SGB, SVSS, SPV und VSAO) zugestimmt, währenddem sich andere Organisationen (SVBP, IPK TG und PULSUS) deutlich dagegen aussprachen. Der Kanton VD und auch das KSK und der SBV fordern darüberhinaus eine Definition des teilstationären Bereiches auf Verordnungsstufe.

Das KSK beantragt eine Änderung von Artikel 25 Absatz 2 KVG im Sinne, dass die Versicherer nicht die vollen Kosten, sondern einen Beitrag an die Leistungen in Pflegeheimen und der ambulanten Krankenpflege (SPITEX) zu leisten haben.

Zur Präzisierung von Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i KVG (Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege) hat der Kanton TI keine Bemerkung, weitere Vernehmlasser (KSK, SBV und Gho) äusserten sich zustimmend. Eine explizite Aufführung der Geburtshäuser fordert der Interessenvertreter SHV, währenddem ein Vernehmlasser (UBG) die Ergänzung von Buchstabe k fordert, so dass die Pflegeheime über entsprechendes Fachpersonal verfügen müssen.

Äusserst unterschiedlich waren die Reaktionen der Vernehmlassungsteilnehmer auf die Neustrukturierung und Ergänzung von Artikel 39. Gegen die neue Fassung wenden sich PLS, GPFI, währenddem die FDP dafür hält, dass mit Reformen im Tarif- und Anreizsystem auf die Planung verzichtet werden könnte. Der OMCT schlägt angesichts des

Vorschlag die Einführung einer Bedarfsklausel auch im ambulanten Bereich vor. Zwei Vernehmlasser (SGB, SBV) äusserten grundsätzliche Zustimmung zum Vorschlag.

Eine Mehrheit der Kantone (AI, AG, AR, BE, BS, GL, GR, JU, OW, LU, SG, SH, SO, TG, VD, VS, ZG, ZH) und Organisationen (CVP, SVV, WK) monierten die mit der Ausdehnung der Planungspflicht verbundenen Schwierigkeiten und offenen Fragen bei der praktischen Umsetzung, wie z.B. der Status der Privatspitäler oder die Bevorzugung von öffentlichen Spitälern. Andere Vernehmlasser (PdA, VSA, FMH) begrüßten demgegenüber den erweiterten Auftrag der Kantone.

Das KSK verlangt eine Präzisierung des Begriffes "Kategorien" in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e. Die Gleichbehandlung der Zusatzversicherten (Art. 39 Abs. 2) auch im Planungsbereich wird von SVP, SAEB und MS ausdrücklich begrüßt, ein Vernehmlasser (UBG) wendet sich wegen des nach seiner Ansicht daraus resultierenden Kapazitätenausbaus dagegen. Der Einbezug öffentlicher wie privater Spitäler in die Planung wird von MS begrüßt. Einige Organisationen (SGV, PULSUS, HG und VLSS) plädieren für die Verpflichtung, private Trägerschaften einzubeziehen. Der SVPK will für die Erstellung der Listen auf das "Günstigkeits-Prinzip", wonach die für die Versorgung tauglichen Spitäler aufzuführen sind, abstellen.

FDP, BSF und KSK halten den Begriff "Vereinbarung" in Artikel 39 Absatz 3 bezüglich des Einbezuges von ausserkantonalen Spitälern für zu unpräzise und schlagen eine Präzisierung vor. Das KSK verlangt eine Verpflichtung, alle ausserkantonalen Spitäler auf die Liste des Wohnkantons aufzunehmen. Sie wenden sich ebenfalls gegen die Kann-Formulierung, da so ein Planungsvakuum entstehen kann. PULSUS will nur die zugelassenen, aber nicht auf die für die Versorgung notwendigen Spitäler abstellen.

Zustimmung zum Einbezug der teilstationären Behandlungen in die Planung (Art. 39 Abs. 4 Bst. a) äusserten Organisationen (CNG, VSA, SSRV, KSK und MTK), die Versicherteninteressen vertreten, währenddem dieser Vorschlag von mehreren Kantonen (AI, AR, BS, GL, GR, OW, SG, SH, TG, ZG, ZH) mit Hinweis auf die Folgekosten, sowie zwei Parteien (CVP und PLS) und Organisationen (FRSP, AGKB, FMH, SVBP, SVPK, SBV, PULSUS, HG), die vorab die Beibehaltung des privatwirtschaftlichen Status dieses Bereichs verteidigen, abgelehnt wird. Bemängelt wird die fehlende Definition der teilstationären Behandlung (CNG und MTK).

Die Präzisierungen bezüglich der Wahl und Kostenübernahme in Artikel 41 wurden unterschiedlich aufgenommen. Generelle Zustimmung fand der Vorschlag bei SVP, SGV, SGB, BSF und SBV. Einige Vernehmlasser (CVP, SVPK, PULSUS und HG) verlangen, dass der Artikel infolge der Gleichbehandlung des teilstationären und des ambulanten Bereichs die notwendigen Anpassungen erfährt. LAK beanstandet Unsicherheit bei der Auslegung bezüglich der Pflegeheime.

Die Klarstellung in bezug auf die Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen (Art. 41 Abs. 1) wird von mehreren Vernehmlassern (TI, FDP, PLS, ASCI, VSA, PMS, SAEB, FMH,) begrüßt. MS ist mit der freien Spitalwahl innerhalb der kantonalen Planung einverstanden. Während das KSK darüberhinaus die Wahlfreiheit der Versicherten auf die Liste des Wohnkantons beschränken will, fordert eine Organisation (PMS) die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz. Verschiedene Vernehmlasser (CAVG, VASOS, GPFI, PULSUS) machen darauf aufmerksam, dass die Einschränkung des Wahlrechts auf den Wohnkanton zu erheblichen Beschränkungen führt.

Mit der Präzisierung in Artikel 41 Absatz 2 Buchstabe b ist die FMH einverstanden. Die SAEB möchte die Bestimmung von Absatz 2 präzisieren. Das EVG wirft die Frage auf, ob die teilweise Vergütungspflicht des Wohnkantons auch dann geregelt ist, wenn der Versicherte ein in seinem Wohnkanton nicht zugelassenes Spital oder ohne medizinische Gründe ein nicht in der Liste des Standortkantons aufgeführtes Spital aufsucht.

Die generelle Pflicht des Wohnkantons, bei einer stationären oder teilstationären Behandlung aus medizinischen Gründen ausserhalb des Wohnkantons (Art. 41 Abs. 3) den Vergütungsanteil nach Artikel 49 zu übernehmen, findet bei mehreren Vernehmlassern (VS, SPO, SAEB, MS) Zustimmung. Einige andere (AG, FDP) bemängeln die fehlende Vereinfachung des bürokratischen Verfahrens. Abgelehnt wird der Einbezug der bis anhin nicht berücksichtigten, nichtsubventionierten Privatkliniken bzw. der Halbprivat- und Privatabteilungen von einigen Kantonen (NW, TI, VD) und weiteren Organisationen (CAVG, FSAVS, VASOS). Demgegenüber gehen die FMH und der VLSS davon aus, dass mit dem geforderten Systemwechsel der Absatz 3 hinfällig wird. Das EVG macht darauf aufmerksam, dass die Frage der Ausgleichspflicht bei ambulanter Behandlung Gegenstand eines hängigen Verfahrens ist.

Die vorgeschlagene leistungsbezogene Vergütung und die Einführung gesamtschweizerisch einheitlicher Strukturen (Art. 49 Abs. 1) fand bei einer überwiegenden Mehrheit der Vernehmlasser Zustimmung. Sowohl die Kantone (AG, AI, AR, BE, BS, GL, GR, NW, OW, LU, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG, ZH) mit Ausnahme des Kantons VD, der sich vollumfänglich für die aktuelle Version ausspricht, das KSK, die CVP und weitere Organisationen (CNG, BSF, SGV, VSA, SAEB, SPO, SSRV, IPK TG, SPV, VSAO) sind mit der Abkehr von der Objektfinanzierung einverstanden. Gegen eine leistungsbezogene Abgeltung wenden sich Organisationen wie SGB, PULSUS, SVPK sowie die PLS. Der SVBP und die SAEB wenden sich gegen eine Pauschalierung in jedem Fall. Kritisch zu leistungsbezogenen Pauschalen äussern sich andere Vernehmlasser (ASCI, ASPAS, AGKB, HG, UBG, WK). Die LAK stellt die Frage nach einer sinngemässen Regelung für Pflegeheime.

Ebenfalls kritisch gewürdigt wird die Gleichbehandlung der teilstationären und stationären Behandlung von einigen Organisationen (SAV, SGAM, VLSS, VSAO, PULSUS, SVV), abgelehnt wird diese von den Kantonen LU, SO und SZ sowie von weiteren Vernehmlassern (CVP, PULSUS, Gho). Zustimmend äussern sich der Kanton NE, zwei Parteien (PdA, SP), der SSRV und die SVSS.

Die Gleichbehandlung der Privatspitäler bzw. aller Listenspitäler und somit die Ausdehnung der Vergütungspflicht der Kantone wird von der überwiegenden Mehrheit der Kantone (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, OW, NW, SH, SG, TG, TI, UR, VS, ZG, ZH) abgelehnt. Zustimmung fand dies hingegen bei der PdA und verschiedenen Organisationen (SGB, SGV, SAEB).

Einen Systemwechsel zu einer Direktsubventionierung der Versicherten fordern die Interessenvertreter der Privatkliniken (IPK TG, SVBP) und die FMH.

Der Beibehaltung der dualen Finanzierung und damit der hälftigen Aufteilung der Vergütungen sowie dem Einbezug der Investitionskosten stimmten mehrere Kantone (AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, SO, SZ, TG, VS, ZH) zu. Der Einbezug der Investitionskosten wird weiter von der SVP und weiteren Organisationen (CNG, SGV, SBV, AKGB, IPK TG, VSAO, SVPK) begrüsst. Ablehnend zu diesem Punkt äussern sich mehrere Organisationen (SGB, CAVG, FSAVS, VASOS, SSRV, SPO, VSA) und die SP. Der

Kanton GE will den Einbezug der Investitionskosten auf die öffentlichen Spitäler beschränken. Den Nichteinbezug der Kosten für Lehre und Forschung unterstützen die Kantone AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, TG, ZH im universitären Bereich. GE fordert eine klare Definition dieser Kosten. Den ausdrücklichen Ausschluss der Kosten aus Überkapazitäten fordern drei Vernehmlasser (CNG, SGB, VSA). Zwei Organisationen (UBG, VLSS) wenden sich gegen den gesamten Absatz 2 grundsätzlich, während die WK und die SGAM die Wirksamkeit in Frage stellen.

Der hälftige Kostenteiler nach Artikel 49 Absatz 2 fand bei einigen Organisationen (SBV, AGKB, VSAO) Zustimmung. Einen fixen Kostenteiler wünschen mehrere Vernehmlasser (CNG, SAV, SPV, VLSS). Die Möglichkeit, den Anteil des Kantons prospektiv und ev. höher als 50% festzusetzen (Art. 49 Abs. 2 Variante), lehnen mehrere Kantone (AI, BS, GL, SH, SG, TG) wie zwei Organisationen (SAEB, SPV) ab. Zustimmung fand die Variante bei zwei Parteien (CVP, PLS) und verschiedenen Organisationen (SGB, PULSUS (mit Vorbehalt), BSF, ISE). KSK und BSF wenden sich gegen den Nichtausschluss der Kosten für Lehre und Forschung.

Der inhaltlich unveränderte Artikel 49 Absatz 3 wurde von SPO, BSF und KSK positiv aufgenommen. Der SPV führt Abgrenzungsprobleme der Regelung an.

Die Neufassung von Artikel 49 Absatz 4 fand bei BSF, FMH und KSK Zustimmung. Einige Kantone (AI, AR, BS, GL, GR, OW, SH, SG, TG, VD, ZG) und mehrere andere Vernehmlasser (SVP, CVP, PLS, SAEB, PULSUS) wandten sich mit der Begründung der fehlenden Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung bzw. der für Privatversicherten geltenden Regeln dagegen.

SP (nur für Spitex-Bereich), KSK, SBV und BSF fordern die hälftige Vergütung auch von ambulanten Leistungen durch den Kanton.

Die Neufassung von Absatz 6 und begriffliche Klarstellung bezüglich der Ermittlung der Kosten wird von den Kantonen AG und BE sowie weiteren Organisationen (SAV, HVS, LAK, KSK, BSF) begrüsst. Vernehmlasser wie PULSUS, IPK TG, VLSS wenden sich dagegen. KSK und BSF fordern zudem die Abstimmung von Kostenrechnung und Leistungsstatistik, der CNG eine Abstimmung auf den Nichteinbezug der Investitionskosten. Das ISE schlägt eine Ausdehnung auf die teilstationären Einrichtungen vor. Der Kanton VS und die UBG vermissen bestehende Bestimmungen.

Zur lediglich redaktionellen Änderung von Artikel 51 KVG (Verweis auf Art. 49 KVG) äusserten sich der Kanton TI zustimmend und PULSUS ablehnend, während andere Vernehmlasser die Anhörung von Leistungserbringern und Versicherern vor Erlass eines Globalbudgets (Gho) bzw. eine Abklärung, ob im Globalbudget auch der Kantonsanteil einzubeziehen sei, fordern (NUn).

Die vorgeschlagene Etappierung der Einführung (Übergangsbestimmung) wird von einigen Kantonen (GL, GR, NW, OW, SG, SH, TG, TI, ZH) dem KSK und weiteren Organisationen (CNG, BSF, NUn) abgelehnt, weil die Etappierung nur für die Krankenversicherer, nicht aber für die Kantone gilt. Demgegenüber sind andere Vernehmlasser (FMH, SBV) mit der Etappierung einverstanden. Sowohl KSK, CNG wie BSF befürworten ein Einfrieren der heutigen Tarife, bis die Voraussetzungen für die Revision der Spitalfinanzierung geschaffen sind.

Der Kanton BS und Organisationen wie KSK und PULSUS wiederum befürworten im Gegensatz zum SBV eine lange Einführungsfrist.

Die MTK fordert eine Präzisierung der Übergangsbestimmung, währenddem der Kanton AR keine Delegation an den Bundesrat will. Der SGB schlägt vor, die Investitionskosten vor Inkrafttreten der KVG-Änderung nicht einzubeziehen und fordert eine Umsetzungsfrist für Kostenrechnung und Leistungsstatistik.

3 Die Ergebnisse im einzelnen

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

1 La situation initiale

Le 8 mars 1999, le Conseil fédéral a autorisé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) à soumettre à consultation le projet de révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Par lettre du 8 mars 1999, le DFI a invité les gouvernements cantonaux, les partis politiques, le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et les organisations et associations intéressées à faire connaître leur position au sujet du projet de révision partielle de la LAMal jusqu'au 23 avril 1999.

L'ensemble de la documentation soumise à consultation a été envoyée à 131 destinataires. Cette documentation a également été adressée à un grand nombre d'autres intéressés (122) à leur demande. Tous les cantons, 6 partis, le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et 56 organisations et autres organismes intéressés (90 au total) se sont prononcés sur le projet au sujet de la révision partielle de la LAMal (voir annexe 1).

2 Les résultats en bref

Les prises de position qui nous sont parvenues permettent d'affirmer en résumé que la nécessité d'une révision n'est pas contestée. Aucun des points de révision proposés n'a cependant fait l'unanimité des participants à la consultation. Un certain nombre de participants ont refusé la révision en tant que telle, notamment parce qu'elle dépasserait, s'agissant du financement des hôpitaux, le cadre d'une révision partielle. La majorité des intervenants ont rejeté l'extension de l'obligation de planification au secteur semi-hospitalier, et une opposition considérable, surtout de la part des cantons, s'est manifestée au sujet de la participation par moitié des cantons et de l'assurance-maladie au remboursement des prestations. De même, l'abandon de la notion de "division commune" et les modifications relatives à la comptabilité analytique et aux statistiques n'ont pas été accueillis favorablement dans la plupart des cas. La proposition qui a obtenu l'accueil le plus favorable porte sur l'abandon du financement par établissement, c'est-à-dire le passage au financement lié aux prestations, même si sur ce point, certains participants n'ont pas caché leur opposition. On a proposé d'autres modèles: le passage à un système de financement moniste, d'une part, et le retour au financement en vigueur avant l'arrêt du TFA, d'autre part. Les cantons, notamment, ont souscrit à la constitution d'un groupe d'experts chargé de s'occuper d'une nouvelle réglementation en matière de financement des hôpitaux.

Les dispositions concernant les statistiques (art. 23 LAMal) ont en principe été approuvées par les cantons (AI, BE, GL, JU, SH, TG, TI, VS), les assureurs (KSK), deux partis (CVP et SVP) et d'autres organisations (SBV, LAK, FRSP, ASCI, SPO, SPV, SVSS). Elles ont été rejetées par un certain nombre d'intervenants représentant en partie les intérêts des hôpitaux privés (SGV, VSAO, SVPK, IPK TG et HG), car elles alourdiraient la charge administrative des fournisseurs de prestations et porteraient préjudice à la compétitivité de ces derniers. Le SPV et le VSAO ont cependant exprimé de sérieux doutes quant à la garantie de la protection de la personnalité. Quelques voix intéressées (CAVG, VASOS) ont en outre demandé que les assureurs dévoilent également leurs comptes. La coordination voire la délimitation des données récoltées en vertu de la LAMal et de la LCA a été exigée par des organisations (SGV, SVPK, SAGV) défendant des intérêts économiques.

Pour les motifs déjà mentionnés, quelques intervenants (VSAO, PULSUS, UBG) ont formulé des critiques à propos de la compétence inchangée du Conseil fédéral, figurant à l'art. 23, al. 1, LAMal, de régler l'établissement de statistiques. Une organisation (PULSUS) ne souhaite pas que l'utilisation des données récoltées soit étendue au-delà du domaine statistique, c'est-à-dire qu'elles ne soient disponibles que dans les limites de la loi sur la statistique fédérale. Deux partis (CVP et PLS) et une organisation (PULSUS) ont fait part de leurs doutes concernant l'extension aux fournisseurs de prestations de l'obligation de participer (art. 23, al. 2), car cette participation constituerait une charge disproportionnée pour les fournisseurs de prestations privés notamment.

L'accès des cantons aux données récoltées (art. 23, al. 3) a été approuvé par deux partis (CVP et PLS). Le KSK a demandé que les assureurs y aient accès, alors que deux participants (PLS et FRSP) ont exigé l'accès des fournisseurs de prestations. Les associations de médecins FMH et VSAO ont critiqué le fait que l'on récolte des données sans définir avec précision dans quel but elles sont utilisées. L'ISE propose en revanche d'élargir la définition du but de manière à englober toute la politique de la santé de la Confédération et des cantons.

La suppression de la notion de "division commune" (art. 25, al. 2) n'a pas fait l'objet de remarques de la part d'une partie des cantons (AR, AI, BE, GL, LU, OW, SH, TG, ZG, ZH), d'un parti (CVP) et de plusieurs organisations (CNG, VSA, MS, BSF, UBG, AGKB, MTK, WK). D'autres cantons (AG, BS, GR, JU, VD), deux partis (FDP, PLS) et d'autres organisations (SGV, SVPK, HG, PULSUS, FSAVS, FRSP) ont en revanche plaidé pour le maintien de la notion. D'autres intervenants (GR, TI, VD, GPFI, SGB, SSRV, VLSS, GHo) ne se sont pas fondamentalement opposés à une modification, mais ont proposé de définir les prestations en cas de séjour hospitalier, sinon les incertitudes seraient trop grandes et il faudrait délimiter exactement l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Un parti (SVP) et d'autres organisations (KSK, FMH, LAK, SVV, SAEB) ont acquiescé à la suppression de cette notion.

Deux partis (SVP et PdA) et quelques organisations (KSK, SGB, SVSS, SPV et VSAO) ont consenti à mettre sur pied d'égalité le domaine semi-hospitalier et le domaine hospitalier, tandis que d'autres organisations (SVBP, IPK TG et PULSUS) s'y sont clairement opposées. Le canton de VD, le KSK et le SBV ont en outre réclamé une définition du domaine semi-hospitalier au niveau de l'ordonnance.

Le KSK a proposé de modifier l'art. 25, al. 2, LAMal de telle manière que les assureurs ne doivent pas assumer la totalité des coûts des prestations dans les établissements médico-sociaux et des soins ambulatoires (SPITEX), mais une contribution à ces coûts.

S'agissant de la précision apportée par l'art. 35, al. 2, lettre i, LAMal (institutions de soins semi-hospitaliers), le canton du TI ne s'est pas exprimé, d'autres participants (KSK, SBV et Gho) se sont déclarés favorables à cette précision. L'association intéressée SHV a demandé de mentionner explicitement les maisons de naissance, alors qu'un intervenant (UBG) a exigé que l'on complète la lettre k dans le sens que les établissements médico-sociaux doivent disposer de personnel spécialisé.

La nouvelle structure de l'art. 39 et les compléments qui y avaient été apportés ont suscité des réactions très diverses de la part des participants à la consultation. Le PLS et le GPFI ont réfuté la nouvelle version de l'article, alors que le FDP a estimé qu'une réforme du système des tarifs et des incitations permettrait de renoncer à la planification. Dans le droit-fil de la proposition, l'OMCT a proposé d'introduire la clause du besoin

également dans le secteur ambulatoire. Deux participants (SGB, SBV) ont donné leur accord de principe à la proposition.

La majorité des cantons (AI, AG, AR, BE, BS, GL, GR, JU, OW, LU, SG, SH, SO, TG, VD, VS, ZG, ZH) et quelques organisations (CVP, SVV, WK) ont critiqué les difficultés que crée l'extension de l'obligation de planifier. Ils ont soulevé les questions posées par la mise en pratique, concernant par ex. le statut des hôpitaux privés ou le traitement préférentiel des hôpitaux publics. D'autres intervenants se sont cependant déclarés favorables à l'élargissement du mandat des cantons.

Le KSK a demandé de préciser la notion de "catégorie" qui figure à l'article 39, alinéa 1, lettre e. Le fait que les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire soient intégrées dans la planification (art. 39, al. 2) au même titre que celles qui n'en ont pas été explicitement approuvées par le SVP, la SAEB et la MS. Un participant (UBG) l'a désapprouvée en considérant qu'il en résulte une extension des capacités. La MS a salué l'intégration dans la planification aussi bien des hôpitaux publics que des hôpitaux privés. Quelques organisations (SGV, PULSUS, HG et VLSS) ont plaidé pour l'obligation d'inclure les organismes privés. La SVPK a souhaité qu'on se fonde sur le principe du "caractère avantageux" pour établir les listes sur lesquelles figurent les hôpitaux aptes à couvrir les besoins.

Le FDP, le BSF et le KSK, jugeant trop imprécis le terme d'"accord" à l'art. 39, al. 3, au sujet de la prise en compte d'hôpitaux situés dans d'autres cantons, ont proposé de le préciser. Le KSK a demandé l'obligation d'inclure dans la liste du canton de résidence tous les hôpitaux situés dans d'autres cantons. Il a également réfuté la formulation postestative, elle pourrait donner lieu à un vide en matière de planification. PULSUS a souhaité ne prendre en compte que les hôpitaux admis, mais non les hôpitaux nécessaires à la couverture des besoins.

S'agissant de l'inclusion dans la planification des traitements semi-hospitaliers (art. 39, al. 4, let. a), quelques organisations représentant les intérêts des assurés (CNG, VSA, SSRV, KSK et MTK) se sont ralliées à cette proposition, alors qu'elle a été rejetée par plusieurs cantons (AI, AR, BS, GL, GR, OW, SG, SH, TG, ZG, ZH), qui relevaient les coûts qu'elle entraînerait, par deux partis (CVP et PLS) et par des organisations (FRSP, AGKB, FMH, SVBP, SVPK, SBV, PULSUS, HG) qui défendaient en premier lieu le maintien du statut de ce secteur relevant de l'économie privée. On a également critiqué l'absence de définition de la notion de traitement semi-hospitalier (CNG et MTK).

Les précisions à l'art. 41 relatives au choix et à la prise en charge des coûts ont été accueillies diversement. La proposition a obtenu l'adhésion générale du SVP, du SGV, du SGB, du BSF et du SBV. Quelques participants (CVP, SVPK, PULSUS et HG) ont demandé de procéder aux adaptations nécessaires de l'article du fait que le domaine semi-hospitalier et le domaine ambulatoire sont mis sur un pied d'égalité. La LAK a souligné l'incertitude de l'interprétation de l'article concernant les établissements médico-sociaux.

Plusieurs intervenants (TI, FDP, PLS, ASCI, VSA, PMS, SAEB, FMH) se sont déclarés favorables à la clarification de la prise en charge des coûts en cas de traitement hospitalier (art. 41, al. 1). La MS a approuvée la liberté de choix de l'hôpital dans les limites de la planification cantonale. Le KSK a en outre souhaité limiter la liberté de choix des assurés aux établissements figurant sur la liste du canton de résidence, alors qu'une organisation (PMS) a exigé la liberté de choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Différents

participants (CAVG, VASOS, GPFI, PULSUS) ont attiré l'attention sur le fait que la limitation du choix au canton de résidence conduirait à des restrictions sensibles.

La précision figurant à l'art. 41, al. 2, let. b, a reçu l'approbation de la FMH. La SAEB a souhaité préciser la disposition de l'al. 2. L'EVG a soulevé la question de savoir si l'obligation du canton de résidence de rembourser partiellement les prestations est également réglée lorsque la personne assurée choisit un hôpital non admis dans le canton où elle réside ou, sans indications médicales, un hôpital qui ne figure pas sur la liste du canton où elle se trouve.

L'obligation générale du canton de résidence de rémunérer la part prévue à l'article 49 en cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier dans un autre canton pour des raisons médicales (art. 41, al. 3) a recueilli l'assentiment de plusieurs participants à la consultation (VS, SPO, SAEB, MS). D'autres (AG, FDP) ont critiqué l'absence de simplification de la procédure bureaucratique. Quelques cantons (NW, TI, VD) et d'autres organisations (CAVG, FSAVS, VASOS) ont refusé l'inclusion des cliniques privées non subventionnées, qui n'étaient pas prises en compte jusqu'à présent, et des divisions privées ou semi-privées. En revanche, la FMH et le VLSS partaient du principe que le changement de système tel qu'il est exigé rendrait caduc l'alinéa 3. L'EVG a signalé que la question de l'obligation de compenser les coûts faisait l'objet d'une procédure en cours.

La proposition de lier la rémunération aux prestations et d'introduire des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse (art. 49, al. 1) a obtenu l'adhésion de la grande majorité des intervenants. Tant les cantons (AG, AI, AR, BE, BS, GL, GR, NW, OW, LU, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG, ZH), à l'exception du canton de VD, qui s'est pleinement rallié à la version actuelle, que le KSK, le CVP et d'autres organisations (CNG, BSF, SGV, VSA, SAEB, SPO, SSRV, IPK TG, SPV, VSAO) ont souscrit à la proposition de renoncer au financement par établissement. Certaines organisations (SGB, PULSUS, SVPK) et le PLS se sont déclarés opposés à une rémunération liée aux prestations. Le SVBP et la SAEB ont réfuté l'idée d'introduire des forfaits dans tous les cas. Les forfaits liés aux prestations ont fait l'objet de critiques de la part d'autres participants (ASCI, ASPAS, AGKB, HG, UBG, WK). La LAK a soulevé la question d'une réglementation analogue pour les établissements médico-sociaux.

Des critiques ont aussi été adressées par certaines organisations (SAV, SGAM, VLSS, VSAO, PULSUS, SVV) au fait de mettre sur pied d'égalité traitements semi-hospitaliers et hospitaliers. Les cantons de LU, SO et SZ, ainsi que d'autres participants à la procédure de consultation (CVP, PULSUS, Gho), se sont opposés à cette mesure. Le canton de NE, deux partis (PdA, SP), le SSRV et la SVSS s'y sont déclarés favorables.

La grande majorité des cantons (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, OW, NW, SH, SG, TG, TI, UR, VS, ZG, ZH) ont dit qu'ils ne souhaitaient pas que les hôpitaux privés ou tous les hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux soient traités de la même manière, ce qui impliquerait une extension de l'obligation de remboursement des cantons. Cette mesure a cependant été accueillie favorablement par la PdA et différentes organisations (SGB, SGV, SAEB).

Les organisations de défense des intérêts des cliniques privées (IPK TG, SVBP) et la FMH ont demandé que le système soit modifié en ce sens que les assurés soient directement subventionnés.

Plusieurs cantons (AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, SO, SZ, TG, VS, ZH) se sont déclarés favorables à un maintien du système de financement dual impliquant une imputation à parts égales des rémunérations, ainsi qu'à la prise en compte des coûts d'investissement. La SVP et d'autres organisations (CNG, SGV, SBV, AKGB, IPK TG, VSAO, SVPK) ont elles aussi salué l'inclusion dans le financement des coûts d'investissement. Plusieurs organisations (SGB, CAVG, FSAVS, VASOS, SSRV, SPO, VSA) et le SP s'y sont déclarées opposées. Le canton de GE a souhaité que seuls les coûts d'investissement des hôpitaux publics soient pris en compte. Les cantons d'AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, TG, ZH ont approuvé la non prise en compte des coûts liés à la formation et à la recherche universitaire. GE a demandé que ces coûts soient clairement définis. Trois participants à la procédure de consultation (CNG, SGB, VSA) ont réclamé que les coûts résultant de surcapacités soient explicitement exclus. Deux organisations (UBG, VLSS) se sont opposées pour des raisons de fond à tout l'alinéa 2, alors que la WK et la SGAM se sont interrogées sur l'efficacité de la mesure.

La division des coûts en deux, selon l'art. 49, al. 2, a été accueillie favorablement par quelques organisations (SBV, AGKB, VSAO). Plusieurs participants à la procédure de consultation (CNG, SAV, SPV, VLSS) ont souhaité que les parts à rembourser soient fixées. Plusieurs cantons (AI, BS, GL, SH, SG, TG) et deux organisation (SAEB, SPV) se sont déclarées opposés à la possibilité de fixer la part du canton de manière prospective, voire de la porter à plus de 50 % (art. 49, al. 2, variante). Deux partis (CVP, PLS) et différentes organisations (SGB, PULSUS [avec des réserves], BSF, ISE) ont approuvé la variante. Le KSK et le BSF se sont élevés contre le fait que les coûts de formation et de recherche n'aient pas été exclus.

L'art. 49, al. 3, dont le contenu n'a pas été changé, a été accueilli favorablement par la SPO, le BSF et le KSK. Le SPV a mentionné que la disposition donne lieu à des problèmes d'interprétation.

La nouvelle version de l'art. 49, al. 4, a été approuvée par le BSF, la FMH et le KSK. Certains cantons (AI, AR, BS, GL, GR, OW, SH, SG, TG, VD, ZG) et plusieurs autres participants à la procédure de consultation (SVP, CVP, PLS, SAEB, PULSUS) s'y sont opposés en évoquant les éléments suivants : le fait qu'il n'y ait pas de distinction entre assurance de base et assurance complémentaire, ou les règles en vigueur pour les assurés au bénéfiques d'assurances privées.

Le SP (seulement pour le domaine Spitex), le KSK, le SBV et le BSF ont demandé que le canton rémunère aussi la moitié des frais des prestations ambulatoires.

La nouvelle version de l'al. 6 et des précisions d'ordre conceptuel concernant le calcul des coûts ont été saluées par les cantons d'AG et de BE, ainsi que par d'autres organisations (SAV, HVS, LAK, KSK, BSF). Des participants à la procédure comme PULSUS, l'IPK TG, le VLSS s'y sont opposés. Le KSK et le BSF ont demandé par ailleurs une harmonisation de la comptabilité analytique et de la statistique des prestations. Le CGN a réclamé quant à lui que la comptabilité analytique et la statistique soient harmonisées avec le fait de ne pas tenir compte des coûts d'investissement. L'ISE a proposé une extension des mesures aux institutions semi-hospitalières. Le canton du VS et l'UBG ont regretté l'abrogation des prescriptions actuellement en vigueur.

En ce qui concerne la modification purement rédactionnelle de l'art. 51 LAMal (renvoi à l'art. 49 LAMal), le canton du TI s'y est montré favorable, et PULSUS défavorable. D'autres participants à la procédure de consultation ont exigé que les fournisseurs de

prestations et les assureurs soient consultés avant l'établissement d'un budget global (Gho) ou que des précisions soient apportées sur ce point : la part cantonale doit-elle également être incluse dans le budget global (NUn)?

Quelques cantons (GL, GR, NW, OW, SG, SH, TG, TI, ZH), le KSK et d'autres organisations (CNG, BSF, NUn) ont refusé la proposition de mise en vigueur de la loi par étapes (dispositions transitoires), parce que cette mesure ne s'applique qu'aux assureurs-maladie, et pas aux cantons. D'autres participants à la procédure de consultation par contre (FMH, SBV) se sont déclarés favorables à une mise en vigueur par étapes. Le KSK, comme le CNG et le BSF, ont approuvé un gel des tarifs actuels, jusqu'à ce que les conditions d'une révision du financement des hôpitaux soient remplies.

Le canton de BS et des organisations comme le KSK et PULSUS ont encore une fois donné leur approbation à un long délai de mise en vigueur, contrairement au SBV.

La MTK a exigé que les dispositions transitoires soient précisées, alors que le canton d'AR n'a pas voulu d'une délégation de compétence au Conseil fédéral. Le SGB a proposé de ne pas inclure les coûts d'investissement avant l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal et exigé un délai de mise en vigueur en ce qui concerne la comptabilité analytique et la statistique des prestations.

3 Les résultats détaillés

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

1 Situazione iniziale

Il 8 marzo 1999 il Consiglio federale ha autorizzato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ad avviare la procedura di consultazione sul disegno di revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal). Con lettera del 8 marzo 1999 il DFI ha invitato i governi cantonali, i partiti politici, il Tribunale federale, il Tribunale federale delle assicurazioni e le organizzazioni e associazioni interessate a prendere posizione entro il 23 aprile 1999 in merito ai disegni summenzionati.

I documenti relativi alla procedura di consultazione sono stati spediti a 131 destinatari e a 122 altri interessati che ne hanno fatto esplicitamente richiesta. Tutti i Cantoni, 6 partiti, il Tribunale federale, il Tribunale federale delle assicurazioni e 56 altri organi e organizzazioni interessati (complessivamente 90) si sono pronunciati in modo dettagliato al riguardo (cfr. allegato 1).

2 Riassunto dei risultati

Le prese di posizione pervenuteci possono essere riassunte con l'affermazione che nessuno contesta la necessità della revisione. Tuttavia i destinatari della procedura di consultazione si sono espressi in maniera discordante sulle modifiche proposte in tutti i punti della revisione. Un certo numero di partecipanti ha respinto la revisione in sé in quanto oltrepasserebbe i limiti di una revisione parziale nell'ambito del finanziamento degli ospedali. La maggioranza ha respinto l'estensione dell'obbligo di pianificazione al settore semiospedaliero ed anche la partecipazione al 50% ciascuno di Cantoni e assicurazione malattie al rimborso delle prestazioni ha incontrato una notevole opposizione, segnatamente da parte dei Cantoni. Anche la rinuncia al concetto di "reparto comune" e le modifiche concernenti contabilità analitica e statistica in prevalenza non sono state giudicate positivamente. L'eco più positiva è stata riscossa dalla rinuncia al finanziamento per stabilimento e dal passaggio al finanziamento delle prestazioni, benché anche in questo caso alcuni partecipanti abbiano chiaramente fatto intendere la loro opposizione. Come modelli alternativi sono stati proposti il passaggio ad un sistema a finanziatore unico ed il ritorno alla regolamentazione dei finanziamenti in vigore prima della decisione del Tribunale federale delle assicurazioni. Soprattutto i Cantoni caldegiano inoltre l'istituzione di un gruppo peritale che studi una nuova regolamentazione del finanziamento degli ospedali.

Le disposizioni sulla statistica (art. 23 LAMal) sono state approvate in linea di massima dai Cantoni (AI, BE, GL, JU, SH, TG, TI, VS), dagli assicuratori (KSK), da due partiti (CVP e SVP) e da altre organizzazioni (SBV, LAK, FRSP, ASCI, SPO, SPV, SVSS). Un gruppo di partecipanti, in parte rappresentanti degli interessi delle cliniche private (SGV, VSAO, SVPK, IPK TG e HG), le ha invece respinte, in quanto comporterebbero oneri amministrativi supplementari per i fornitori di prestazioni rendendoli meno concorrenziali. L'SVP e la VSAO hanno inoltre dubbi di principio circa la garanzia della tutela della personalità. Altri rappresentanti di interessi (CAVG, VASOS) hanno richiesto che anche gli assicuratori rendano accessibili le loro fatture. Organizzazioni vicine agli ambienti economici (SGV, SVPK, SAGV) vorrebbero una coordinazione e limitazione delle informazioni circa i dati raccolti nell'ambito della LAMal e della LCA.

Per i motivi citati alcuni partecipanti (VSAO, PULSUS, UBG) si sono espressi criticamente sulla facoltà del Consiglio federale (che non è stata oggetto di modifiche) di regolamentare l'elaborazione di statistiche stabilite nell'art. 23 cpv. 1 LAMal. Un'organiz-

zazione (PULSUS) è contraria ad utilizzare i dati raccolti per scopi che vadano al di là del mero interesse statistico, li vorrebbe cioè mettere a disposizione soltanto nell'ambito della legge sulla statistica federale. Due partiti (CVP e PLS) ed un'organizzazione (PULSUS) hanno espresso dubbi circa l'estensione dell'obbligo di collaborazione dei fornitori di prestazioni (art. 23 cpv. 2), in quanto risulterebbe onerosa soprattutto per i fornitori di prestazioni privati.

Due partiti (CVP e PLS) si sono dichiarati d'accordo che i Cantoni debbano avere accesso ai dati raccolti (art. 23 cpv. 3). Il KSK ne ha richiesto l'accesso anche per gli assicuratori, PLS e FRSP per i fornitori di prestazioni. Le associazioni mediche FMH e VSAO lamentano l'assenza di una definizione precisa degli scopi della raccolta dei dati. L'ISE invece propone di estendere questi stessi scopi a tutta la politica sanitaria di Confederazione e Cantoni.

Alcuni Cantoni (AR, AI, BE, GL, LU, OW, SH, TG, ZG, ZH), un partito (CVP) e diverse altre organizzazioni (CNG, VSA, MS, BSF, UBG, AGKB, MTK, WK) non hanno fatto osservazioni riguardo alla soppressione del concetto di "reparto comune" (art. 25 cpv. 2). Per contro altri Cantoni (AG, BS, GR, JU, VD), due partiti (FDP, PLS) ed altre organizzazioni (SGV, SVPK, HG, PULSUS, FSAVS, FRSP) vi si sono opposti. Altri partecipanti (GR, TI, VD, GPFI, SGB, SSRV, VLSS, GHo) non sono per principio contro un cambiamento, ma, paventando in caso contrario numerose incertezze, chiedono una definizione delle prestazioni per il soggiorno ospedaliero e ritengono altresì necessaria una chiara distinzione tra assicurazione di base ed assicurazione complementare. Un partito (SVP) e diverse organizzazioni (KSK, FMH, LAK, SVV, SAEB) si sono dichiarate d'accordo con la soppressione del concetto di "reparto comune".

Due partiti (SVP e PdA) e alcune organizzazioni (KSK, SGB, SVSS, SPV e VSAO) approvano che il settore semiospedaliero venga equiparato al settore ospedaliero, mentre altre organizzazioni (SVBP, IPK TG e PULSUS) si sono pronunciate in senso nettamente contrario. Il Canton VD, il KSK e l'SBV richiedono inoltre una definizione del settore semiospedaliero a livello d'ordinanza.

Il KSK richiede una modifica dell'art. 25 cpv. 2 LAMal nel senso di un obbligo degli assicuratori di contribuire alle prestazioni delle case di cura e delle cure ambulatoriali (SPITEX), non di coprirne completamente i costi.

Riguardo alla precisazione dell'art. 35 cpv. 2 lett. i LAMal (istituti per le cure semiospedaliere) il Canton TI non fa osservazioni, mentre altri partecipanti (KSK, SBV e Gho) si esprimono favorevolmente. La SHV chiede una menzione esplicita delle case da parto, l'UBG un'aggiunta alla lettera k affinché le case di cura possano disporre di personale adeguato.

La ristrutturazione e l'ampliamento dell'art. 39 hanno suscitato reazioni estremamente diverse tra loro. PLS e GPFI sono contrari alla nuova versione, l'FDP ritiene invece che riformando il sistema delle tariffe e degli incentivi si potrebbe rinunciare alla pianificazione. Vista la proposta l'OMCT propone l'introduzione di una clausola di bisogno anche nel settore ambulatoriale. Due partecipanti (SGB, SBV) hanno per principio accolto favorevolmente la proposta.

La maggioranza dei Cantoni (AI, AG, AR, BE, BS, GL, GR, JU, OW, LU, SG, SH, SO, TG, VD, VS, ZG, ZH) e delle organizzazioni (CVP, SVV, WK) ricorda le difficoltà connesse all'estensione dell'obbligo di pianificazione e le questioni irrisolte di una sua even-

tuale applicazione pratica, come p. es. lo statuto delle cliniche private e il trattamento preferenziale degli ospedali pubblici. Altri partecipanti (PdA, VSA, FMH) si sono invece espressi a favore dell'ampliamento dei compiti dei Cantoni.

Il KSK chiede di precisare il concetto di "categorie" dell'art. 39 cpv. 1 lett. e. La parità di trattamento per gli assicurati che hanno stipulato assicurazioni complementari anche nel settore della pianificazione (art. 39 cpv. 2) è espressamente appoggiata da SVP, SAEB e MS, mentre l'UBG vi si oppone a causa dell'aumento di capacità che ne risulterebbe. L'MS approva che la pianificazione consideri sia ospedali pubblici che privati. Alcune organizzazioni (SGV, PULSUS, HG e VLSS) sostengono l'obbligo di includere anche istituzioni private. L'SVPK auspica che gli elenchi degli ospedali idonei all'assistenza vengano stilati secondo il "principio del maggior vantaggio".

FDP, BSF e KSK ritengono il concetto di accordo usato nell'art. 39 cpv. 3 in riferimento all'inclusione degli ospedali extracantonali troppo vago e ne propongono la precisazione. Il KSK richiede l'obbligo di accogliere gli ospedali extracantonali sulla lista del Cantone di domicilio. Le organizzazioni citate sono parimenti contrarie alla formulazione possibilista, in quanto possibilmente causa di un vuoto nella pianificazione. PULSUS vorrebbe che si prendessero in considerazione solo gli ospedali autorizzati, non quelli necessari all'assistenza.

L'inclusione nella pianificazione dei trattamenti semiospedalieri (art. 39 cpv. 4 lett. a) è stata approvata da organizzazioni che rappresentano gli interessi degli assicurati (CNG, VSA, SSRV, KSK e MTK), mentre è stata respinta, a causa dei costi che ne conseguirebbero, da molti Cantoni (AI, AR, BS, GL, GR, OW, SG, SH, TG, ZG, ZH), nonché da due partiti (CVP e PLS) e diverse organizzazioni (FRSP, AGKB, FMH, SVBP, SVPK, SBV, PULSUS, HG) che ritengono che questo settore debba rimanere nell'ambito dell'economia privata. Si contesta inoltre la mancanza di una definizione del trattamento semiospedaliero (CNG e MTK).

Le precisazioni sulla scelta della copertura dei costi dell'art. 41 hanno suscitato diverse reazioni. La proposta è stata fundamentalmente accettata da SVP, SGV, SGB, BSF e SBV. Alcuni partecipanti (CVP, SVPK, PULSUS e HG) vorrebbero che l'articolo venisse modificato conformemente alla parità di trattamento dei settori semiospedaliero ed ambulatoriale. La LAK segnala incertezze d'interpretazione per quanto concerne le case di cura.

Il chiarimento in merito all'assunzione dei costi dei trattamenti ospedalieri (art. 41 cpv. 1) è visto di buon occhio da parecchi partecipanti (TI, FDP, PLS, ASCI, VSA, PMS, SAEB, FMH). La MS si dichiara d'accordo con la libera scelta dell'ospedale nell'ambito della pianificazione cantonale. Mentre il KSK auspica anche che la libertà di scelta degli assicurati sia limitata all'elenco del Cantone di domicilio, la PMS reclama la libera scelta per tutta la Svizzera. Diversi partecipanti (CAVG, VASOS, GPFI, PULSUS) tengono a far presente che la limitazione del diritto di scelta al Cantone di domicilio comporta notevoli restrizioni.

L'FMH è d'accordo con la precisazione dell'art. 41 cpv. 2 lett. b. La SAEB auspicherebbe una precisazione della disposizione del cpv. 2. L'EVG chiede se il parziale obbligo di rimborso del Cantone di domicilio prevede il caso di un assicurato che si rivolge ad un ospedale non autorizzato del proprio Cantone di domicilio o - senza giustificazioni di ordine medico - ad un ospedale extracantonale che non figura sull'elenco del Cantone in cui si trova.

L'obbligo di principio del Cantone di domicilio di assumere i costi conformemente all'art. 49 in caso di trattamento ospedaliero o semiospedaliero al di fuori del Cantone di domicilio per motivi di ordine medico (art. 41 cpv. 3) è approvato da diversi partecipanti (VS, SPO, SAEB, MS). Altri (AG, FDP) puntano l'indice contro il mancato snellimento della procedura burocratica. Alcuni Cantoni (NW, TI, VD) e altre organizzazioni (CAVG, FSAVS, VASOS) respingono l'inclusione delle cliniche private non sovvenzionate e dei reparti privato e semiprivato, mai presi in considerazione finora. FMH e VLSS ritengono invece che il cambiamento di sistema richiesto renda caduco il cpv. 3. L'EVG ricorda che l'obbligo di compensazione in caso di trattamento ambulatoriale è oggetto di un procedimento pendente.

La proposta di legare il rimborso alle prestazioni e l'introduzione di strutture unitarie a livello nazionale (art. 49 cpv. 1) ha incontrato il favore di gran parte dei partecipanti. Sia i Cantoni (AG, AI, AR, BE, BS, GL, GR, NW, OW, LU, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG, ZH) - ad eccezione del Canton Vaud, espressosi totalmente a favore dell'attuale versione - che KSK, CVP ed altre organizzazioni (CNG, BSF, SGV, VSA, SAEB, SPO, SSRV, IPK TG, SPV, VSAO) sono d'accordo di rinunciare al finanziamento per stabilimento. Contro un'indennità legata alle prestazioni si sono espresse organizzazioni come SGB, PULSUS, SVPK e il PLS. La SVBP e la SAEB si oppongono all'applicazione di forfait ad ogni caso. Altri partecipanti (ASCI, ASPAS, AGKB, HG, UBG, WK) si esprimono criticamente circa i forfait riferiti alle prestazioni. La LAK pone la questione di una regolamentazione analoga delle case di cura.

L'equiparazione di trattamento ospedaliero e trattamento semiospedaliero è valutata criticamente da alcune organizzazioni (SAV, SGAM, VLSS, VSAO, PULSUS, SVV) e respinta dai Cantoni LU, SO e SZ nonché da altri partecipanti (CVP, PULSUS, Gho). Si esprimono invece a favore il Canton NE, due partiti (PdA, SP), la SSRV e la SVSS.

L'equiparazione delle cliniche private e di tutti gli ospedali figuranti sugli elenchi e cioè l'estensione dell'obbligo di rimborso dei Cantoni è respinta dalla grande maggioranza dei Cantoni (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, OW, NW, SH, SG, TG, TI, UR, VS, ZG, ZH). È invece accolta dal PdA e da diverse organizzazioni (SGB, SGV, SAEB).

I rappresentanti delle cliniche private (IPK TG, SVBP) e l'FMH chiedono una modifica del sistema nel senso di un sovvenzionamento diretto degli assicurati.

Il mantenimento del finanziamento bipartito cioè della ripartizione dei rimborsi in ragione del 50% e l'inclusione dei costi d'investimento sono stati approvati da diversi Cantoni (AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, SO, SZ, TG, VS, ZH). L'inclusione dei costi d'investimento è inoltre accolta favorevolmente dall'SVP e da altre organizzazioni (CNG, SGV, SBV, AKGB, IPK TG, VSAO, SVPK), mentre si esprimono negativamente a riguardo diverse organizzazioni (SGB, CAVG, FSAVS, VASOS, SSRV, SPO, VSA) e l'SP. Il Canton GE vuole limitare agli ospedali pubblici l'inclusione dei costi d'investimento. I Cantoni AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, TG, ZH sono contrari a che si prendano in considerazione costi per l'insegnamento e la ricerca nel settore universitario. GE chiede una chiara definizione di questi costi. Tre partecipanti (CNG, SGB, VSA) domandano l'esplicita esclusione dei costi dovuti a un surplus di capacità. Due organizzazioni (UBG, VLSS) sono per principio contrarie all'intero capoverso 2, mentre la WK e la SGAM ne mettono in dubbio l'efficacia.

La bipartizione dei costi ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 ha sollevato consensi presso diverse organizzazioni (SBV, AGKB, VSAO). Parecchi partecipanti (CNG, SAV, SPV, VLSS) auspicano una ripartizione dei costi fissa. Diversi Cantoni (AI, BS, GL, SH, SG, TG) e due organizzazioni (SAEB, SPV) rifiutano la possibilità di fissare la parte dei Cantoni in prospettiva ed eventualmente a più del 50% (art. 49 cpv. 2 variante). La variante è stata accettata da due partiti (CVP, PLS) e diverse organizzazioni (SGB, PULSUS (con riserva), BSF, ISE). Il KSK e il BSF sono contrari alla non esclusione delle spese per la formazione e la ricerca.

L'SPO, il BSF e il KSK hanno accolto positivamente l'art. 49 cpv. 3 invariato dal punto di vista del contenuto. L'SPV adduce problemi di delimitazione della regolamentazione.

Il BSF, la FMH e il KSK hanno accolto la nuova versione dell'art. 49 cpv. 4. Diversi Cantoni (AI, AR, BS, GL, GR, OW, SH, SG, TG, VD, ZG) e parecchi altri partecipanti (SVP, CVP, PLS, SAEB, PULSUS) si sono dichiarati contrari adducendo la mancanza di delimitazione tra l'assicurazione di base e quella complementare e le regole vigenti per gli assicurati privati.

L'SP (solo per il settore dello spitex), il KSK, l'SBV e il BSF chiedono che il Cantone rimborsi anche la metà delle prestazioni ambulatoriali.

La nuova versione del capoverso 6 e chiarimenti concettuali riguardanti la determinazione dei costi sono accolti positivamente dai Cantoni AG e BE nonché da altre organizzazioni (SAV, HVS, LAK, KSK, BSF), mentre partecipanti quali PULSUS, IPK TG, VLSS sono contrari. Il KSK e il BSF chiedono inoltre l'armonizzazione della contabilità analitica e della statistica delle prestazioni e la CNG un'armonizzazione della non inclusione dei costi d'investimento. L'ISE propone un ampliamento delle istituzioni semiospedaliere. Secondo il Canton VS e l'UBG mancano disposizioni previgenti.

Il Canton TI era favorevole alla modifica unicamente redazionale dell'art. 51 LAMal (rinvio all'art. 49 LAMal), mentre il PULSUS era contrario. Altri partecipanti chiedono di ascoltare i fornitori di prestazioni e gli assicuratori prima dell'emanazione di un piano finanziario globale (Gho) e di accertare se nel piano finanziario globale si debba tener conto anche della parte del Cantone (NUn).

La proposta suddivisione in tappe dell'introduzione (disposizione transitoria) è stata respinta da diversi Cantoni (GL, GR, NW, OW, SG, SH, TG, TI, ZH), dal KSK e da altre organizzazioni (CNG, BSF, NUn) perché applicabile solo agli assicuratori-malattie, ma non ai Cantoni. Altri partecipanti (FMH, SBV), invece, l'hanno approvata. Il KSK, la CNG e il BSF approvano un congelamento delle tariffe odierne fino a quando non saranno create le condizioni per la revisione del finanziamento ospedaliero.

Al contrario dell'SBV, il Canton BS e organizzazioni quali il KSK e il PULSUS approvano un'introduzione a lungo termine.

La MTK chiede una precisazione della disposizione transitoria, mentre il Canton AR è contrario ad una delega al Consiglio federale. L'SGB propone di non tener conto dei costi d'investimento prima dell'entrata in vigore della modifica della LAMal e chiede di fissare un termine per l'applicazione della contabilità analitica e della statistica delle prestazioni.

3 I risultati particolareggiati

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

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

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Vorlage wird indessen als Ganzes zurückgewiesen, da sie sehr grosse Mängel aufweist, nicht durchdacht ist und bei weitem nicht reif für eine Botschaft an das Parlament ist. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone führe, zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, das Konzept des Gesetzesentwurfes verfehlt und die zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, sie sozialpolitisch unausgewogen sei und die Leistungsbeschränkung auf die allgemeine Abteilung zwingend zu erhalten ist.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission einzusetzen, welche einen umfassenden Vorschlag für die Revision der Finanzierung des Gesundheitswesens vorlegen soll. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 	AG
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert, gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite und ist nicht ausgereift für eine Botschaft. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspricht, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, sie zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, Zusatzversicherte entlasten würde, die Vorlage sozialpolitisch unausgewogen sei, die Leistungen über die allg. Abteilung hinaus ausweite.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass <ul style="list-style-type: none"> - die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. - die Streitigkeiten über den Finanzierungsanteil von Versicherern und Kantonen durch einen festen Kostenteiler in Artikel 49 Absatz 1 beendet wird. 	AI

<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert, gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite und ist nicht ausgereift für eine Botschaft. Die heutige unbefriedigende Situation würde sogar noch massiv verschlechtert. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspricht, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, sozialpolitisch unausgewogen sei, die Leistungen über die allgemeine Abteilung hinaus ausweite, die vollen Kosten der Spitalleistungen nicht transparent ausgewiesen würden und ungleich lange Spiesse weiterhin bestünden.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass <ul style="list-style-type: none"> - die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. - die Streitigkeiten über den Finanzierungsanteil von Versicherern und Kantonen durch einen festen Kostenteiler von 50/50 Prozent in Artikel 49 Absatz 1 beendet wird. 	AR
<p>Die Vorlage ist brisant, sieht eine horrende finanzielle Kostenumverteilungsaktion vor und ist nur teilweise überblick- und analysierbar.</p> <p>Trotz der erwähnten engen Verflechtung zwischen Bundesrecht und kantonalem Recht und der deswegen notwendigen Abstimmung der Regelungskreise in den sozial- und ordnungspolitisch kommunizierenden Bereichen Krankenversicherung einerseits und Spital- und Versorgungsplanung andererseits nimmt sich die Vorlage dieser Problematik nicht mit der nötigen Sensibilität an. Sie greift mit ihrer Planungs"philosophie" in Form einer Totalplanung sämtlicher Spitalversorgungsleistungen tief in die verfassungsrechtlich der Kantone vorbehaltenen Gesundheitsversorgung ein.</p> <p>Die Revisionsvorlage übernimmt den unter Aspekten der Gesetzessystematik wie der Rechtsauslegung gewiss nicht über jeden Zweifel erhabenen Entscheid des EVG als Leitschnur. Vom EDI wäre zu erwarten gewesen, dass es die angeblich feststehende und unverrückbare Systematik des KVG entdogmatisiert und einer Prüfung auf Bestehen vor sozial- und finanzverträglichen Kriterien unterzieht.</p> <p>Der Regierungsrat wehrt sich nicht gegen eine Revisionsvorlage, die systemische Unklarheiten und Unebenheiten bereinigt, die Vorlage geht aber weit über dies hinaus und sieht einen massiven Umbau hinsichtlich Planung und Finanzierung vor, dessen finanzielle Auswirkungen bestenfalls erahnt, aber nicht verlässlich dargestellt werden. Die vom Kanton vorgenommene Schätzung der Mehrbelastung weist einen Betrag von 200 Mio. Franken aus und führt zusammen mit dem durch den Umversicherungseffekt bei den Versicherten tendenziell ansteigenden und durch die Gesamtrevision des Arzttarifes (GRAT) zu befürchtenden Ertragsausfällen der Leistungserbringer zu einer nicht hinnehmbaren Belastung der kantonalen Wirtschaft- und Finanzgefüges.</p> <p>Die Revisionsvorlage wird daher mit Ausnahme der als positiv beurteilten Punkte abgelehnt. Sie ist zurückzunehmen und umfassend neu zu konzipieren, indem auch die gesamten Kosten der Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung einer Überprüfung zu unterziehen sind.</p>	BE

<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass die Spitalfinanzierung einer Revision bedarf. Die Vorlage wird indessen als Ganzes zurückgewiesen, da sie formell und materiell sehr grosse Mängel aufweist und bei weitem nicht reif für eine Botschaft an das Parlament ist. Die heutige unbefriedigende Situation würde sogar noch massiv verschlechtert, da eine Fülle von zusätzlichen neuen Fragen und Unsicherheiten aufgeworfen wird, die finanziellen Mehrbelastungen für den Kanton nicht akzeptabel sind, die Prämien erhöhungen nicht tragbar sind und die vorgesehene Rolle des Kantons als Krankenversicherer für Privatversicherte in Privatspitälern nicht verfassungskonform ist.</p> <p>Antrag: Konsolidierung des KVG, indem die Leistungspflicht der Grundversicherten nur für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung gelten soll, das EVG-Urteil rückgängig gemacht und ein weiteres EVG-Urteil verhindert wird. Ferner sollen Unklarheiten wie der Tarifschutz im Spitex- und Pflegeheimbereich gelöst werden und der Frage nachgegangen werden, ob es sinnvoll ist, dass Unfallleistungen nach den Regeln der Krankenversicherung abzugelten sind.</p> <p>Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei zur Konsolidierung des KVG eine Expertenkommission einzusetzen, welche einen umfassenden Vorschlag für die Revision der Finanzierung des Gesundheitswesens vorlegen soll.</p>	BL
<p>Grundsätzliche Unterstützung für die Stossrichtung der vorgeschlagenen Systemänderung, mit der das "Baukastensystem" Grundversicherung-Zusatzversicherung konsequent umgesetzt und die Co-Finanzierung der spitalgestützten Krankenpflege durch die Grundversicherung und Kantone auch für die Gruppe der Zusatzversicherten sowie für den teilstationären Bereich konsequent eingeführt wird. Bevorzugung dieses Systems gegenüber einem monistischen System, in dem die Kantone zu blossen Zahlstellen verkommen und ihrer Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten einbüßen.</p> <p>Andererseits ist die finanzielle Mehrbelastung nicht tragbar und widerspricht den Abmachungen am runden Tisch. Ohne flankierende Massnahmen ist die Vorlage infolge der Umschichtung von heute über die Zusatzversicherungen finanzierten, mind. 1-1,5 Mia. Franken sozialpolitisch verfehlt, da die sich heute eine Zusatzversicherung leistenden Haushalte entlastet werden und das bisherige (solidarische) Finanzierungssystem möglicherweise kollabiert, ohne einen erkennbaren sozialen Nutzen für die Solidargemeinschaft.</p> <p>Die Vorlage ist zudem bei weitem nicht reif für eine Botschaft ans Parlament. Nötig ist eine Vorlage, die durchdacht und durchgerechnet ist und das Thema Finanzausgleich thematisiert. Beantragt wird daher:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission, zusammengesetzt aus Akteuren aus allen Bereichen und unter Beigabe eines hochkarätigen Gesetzesredaktionsteams, einzusetzen, welche innert Jahresfrist eine Revisionsvorlage, evtl. mit Varianten, samt Gesetzesentwurf und erforderlichenfalls Verfassungsgrundlage, sowie erläuternden Bericht vorlegt. 2. Als Sofortmassnahme ist für 2001 eine kleine Revision im Bereich der Spital- und Pflegeheimfinanzierung einzuleiten, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Die Folgen des Urteils des EVG rückgängig zu machen, indem mittels Neufassung der entsprechenden KVG-Bestimmungen präzisiert werden, dass die kantonale Subventionspflicht auf die allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. - Im Sinne eines gewissen Kompensationsgeschäftes zugunsten der Versicherer der bestehende Tarifschutz im Bereich Pflegeheime und Spitex aufzuheben. Die heutige Regelung auf Verordnungsebene ist rechtlich in keiner Weise wasserdicht. Eine volle Finanzierung der Pflegekosten sowie im Spitex-Bereich war vom KVG nicht beabsichtigt noch ist dies mit einem Kopfprämiensystem finanzierbar. Die Leistungspflicht der KV soll daher eingeschränkt werden und das System einer subjektbezogenen finanziellen Beteiligung der öffentlichen Hand aufrechterhalten werden. 	BS

<p>Le canton de Fribourg s'oppose à l'entrée en matière sur la présente révision partielle, mais propose comme mesure d'urgence une modification limitée aux seules dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie qui ont conduit le TFA à prendre sa décision du 16.12.97.</p> <p>Deux raisons en faveur d'un retrait du projet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - charge supplémentaire pour les cantons, ce qui va dans le sens contraire de ce qui avait été prévu dans le cadre de la table ronde concernant le programme d'économie de la Confédération - les modifications proposées dépassent largement le cadre d'une révision partielle et constituent une modification fondamentale du système. <p>Les conséquences en termes d'impacts économiques, de planification, d'offre hospitalière, ... doivent être mieux analysées et une commission d'experts, incluant également des représentants des cantons, doit être constituée pour l'élaboration d'un nouveau projet.</p>	FR
<p>Le canton de Genève s'oppose à l'entrée en matière sur la présente révision partielle. Procédure de consultation trop courte. Explications insuffisantes. L'interprétation faite de la décision du TFA du 16 décembre 1997 et ses conséquences dans le projet proposé sont contestées.</p> <p>Incertitude concernant la base constitutionnelle du projet au regard de l'art. 3 cst., en relation avec une ingérence de la Confédération au niveau de l'autonomie dont dispose les cantons dans l'organisation du secteur hospitalier.</p> <p>Le projet est incompatible avec les accords passés autour de la table ronde concernant le programme d'économie entre les cantons et la Confédération.</p>	GE
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass die Spitalfinanzierung einer Revision bedarf. Die Vorlage ist indessen ungenügend dokumentiert, gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite und nicht ausgereift für eine Botschaft.</p> <p>Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspricht, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, sozialpolitisch unausgewogen sei, die Leistungen über die allg. Abteilung hinaus ausweite und versuche, Anliegen, die weit über eine soziale Versicherung hinausgehen, zu verankern.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass <ul style="list-style-type: none"> - die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. - die Streitigkeiten über den Finanzierungsanteil von Versicherern und Kantonen durch einen festen Kostenteiler von 50/50 Prozent in Artikel 49 Absatz 1 beendet wird. 	GL
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone führe, zu Unklarheiten führe, zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei und sozialpolitisch unausgewogen sei.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 	GR

<p>Tient à exprimer son attachement au principe du financement mixte des hôpitaux, ceci principalement pour des raisons relevant de la politique sociale. En outre, le canton estime que la participation de l'Etat doit être limitée aux établissements publics et / ou subventionnés par les pouvoirs publics. Le canton n'entre pas en matière sur la proposition relative au financement des hôpitaux. La cohérence des propositions avec les libertés constitutionnelles n'a fait l'objet d'aucune analyse fouillée.</p>	JU
<p>Die Vorlage wird als Ganzes zurückgewiesen, da sie formell und materiell sehr grosse Mängel aufweist und bei weitem nicht reif für eine Botschaft an das Parlament ist. Die heutige unbefriedigende Situation würde sogar noch massiv verschlechtert, da eine Fülle von zusätzlichen neuen Fragen und Unsicherheiten aufgeworfen wird, der noch vorhandene Wettbewerb einer Planwirtschaft geopfert, die Spitalwahlfreiheit der PatientInnen und die Handlungsfreiheit der Privatspitäler eingeschränkt, die Grundversicherungsprämien und manchernorts auch die Steuern erhöht wird. Das Modell widerspricht den Abmachungen des runden Tisches und führt zu einer Mehrbelastung der Kantone und ist auch unter sozialpolitischen Aspekten abzulehnen.</p> <p>Anträge</p> <p>1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen.</p> <p>2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt.</p>	LU
<p>Rejet de la révision partielle. Analyse des impacts financiers insuffisante. La référence au rapport du Groupe romand des services de santé publique (GRSP) d'octobre 1998 est contestée.</p> <p>L'extension de la contribution des cantons à l'ensemble des établissements provoquera un élargissement de l'offre impliquant une augmentation des coûts, la demande étant potentiellement illimitée dans le domaine sanitaire. Si les cantons doivent participer au financement de l'ensemble des infrastructures, la concurrence devra être limitée par les décisions administratives liées à la prise en charge du coût des investissements, y compris ceux des établissements privés. Des mesures de restriction quant à l'admission de ces derniers sont inévitables et, partant, le respect de leur prise en considération de "manière adéquate" sur les listes sera difficile.</p> <p>Selon le projet proposé, la planification hospitalière devra se faire de concert avec les assureurs, ce qui implique notamment des discussions au niveau du détail des investissements de chaque établissement. Il serait plus judicieux de confier à l'autorité cantonale les outils nécessaires à la planification des infrastructures, même si ceci implique que les charges d'investissements lui incombent.</p> <p>Problèmes liés à l'équité du système proposé, les seuls bénéficiaires de cette révision étant les assureurs privés. Les mesures préconisées ne permettent pas de garantir l'accès aux assurances complémentaires, car elles sont régies par la LCA.</p> <p>Un report de charges supplémentaires sur les cantons est inacceptable et en opposition avec les accords passés avec la Confédération dans le cadre de son programme d'économie. Le mode de financement des prestataires hospitaliers sur la base de forfaits par cas/division ou par type de patient peuvent contribuer à améliorer l'efficacité du système, bien que les données et outils homogènes nécessaires pour leur implantation fassent encore défaut.</p> <p>Au niveau de la coordination intercantonale, un renforcement du rôle de la Confédération dans le domaine des normes et des modes de financement, voire de planification des prestations de médecine de pointe serait le bienvenu.</p> <p>Le canton plaide pour un retour, durant une période transitoire, à la répartition entre payeurs qui prévalait lors de l'entrée en vigueur de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Un travail intensif impliquant l'ensemble des partenaires et permettant d'effectuer des simulations précises d'autres modèles de répartition entre payeurs dans le système sanitaire doit être immédiatement déclenché. Il est impératif qu'il ne se limite pas au domaine hospitalier mais envisage de manière globale le financement des prestations du champ de la santé.</p>	NE

<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage wird als Ganzes zurückgewiesen, da sie formell und materiell sehr grosse Mängel aufweist und bei weitem nicht reif für eine Botschaft an das Parlament ist. Die heutige unbefriedigende Situation würde sogar noch massiv verschlechtert. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone, Unklarheiten und zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, der Wettbewerb zugunsten einer grösseren Planwirtschaft eingeschränkt wird und sozialpolitisch unausgewogen sei.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 3. Die Streitigkeiten über den Finanzierungsanteil von Versicherern und Kantonen durch einen festen Kostenteiler von 50/50 Prozent in Artikel 49 Absatz 1 beendet wird. 	NW
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend durchdacht und gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite. Das Projekt wird abgelehnt, da es den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer massiven Mehrbelastung der Kantone führe, zu untragbaren Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, die Vorlage sozialpolitisch unausgewogen sei, die Leistungen über die allgemeine Abteilung hinaus ausweite,</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission einzusetzen, welche einen ausgereiften Revisionsvorschlag unter Beachtung bestimmter Zielsetzungen wie der finanziell tragbaren Belastung der Kantone und der Grundversicherung vorlegen soll.. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 	OW

<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert und gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite. Der Vorschlag wirft zusätzliche Fragen auf und ist unausgereift. Das EDI soll eine Vorlage erarbeiten, die in allen Teilen durchdacht und mit den notwendigen Berechnungen versehen ist sowie das Thema Finanzausgleich thematisiert. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspricht, zu einer massiven Mehrbelastung der Kantone führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen und Mehraufwendungen bei der Prämienverbilligung führe, sozialpolitisch unausgewogen sei, die Leistungen über die allgemeine Abteilung hinaus ausweite, die vollen Kosten der Spitalleistungen nicht transparent ausgewiesen würden, ungleich lange Spiesse weiterhin bestünden und der politische Druck in Richtung einkommensabhängiger Finanzierung der KV zunehmen würde.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass <ul style="list-style-type: none"> - die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. - die Streitigkeiten über den Finanzierungsanteil von Versicherern und Kantonen durch einen festen Kostenteiler von 50/50 Prozent in Artikel 49 Absatz 1 beendet wird. 	SG
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend durchdacht und gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer massiven Mehrbelastung der Kantone führe, zu untragbaren Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei, unausgewogen sei, die marktwirtschaftlicher Prägung der Privatpatienten-Versorgung ausgehöhlt wird, die Subventionierung teilstationärer Spitalleistungen neue marktverzerrende Abgrenzungsprobleme zur ambulanten Versorgung schafft.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 3. Die Streitigkeiten über den Finanzierungsanteil von Versicherern und Kantonen durch einen festen Kostenteiler von 50/50 Prozent in Artikel 49 Absatz 1 beendet wird. 	SH
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Vorlage wird indessen als Ganzes zurückgewiesen, da sie sehr grosse Mängel aufweist, nicht durchdacht ist und bei weitem nicht reif für eine Botschaft an das Parlament ist. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer untragbaren Mehrbelastung der Kantone führe, zu inakzeptablen Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, die Qualität des Gesetzesentwurfes und der zugrundeliegenden Daten ungenügend sei und sozialpolitisch unausgewogen sei.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission einzusetzen, welche innert Jahresfrist einen ausgereiften Revisionsvorschlag unter Beachtung bestimmter Zielsetzungen wie der finanziell tragbaren Belastung der Kantone und der Grundversicherung vorlegen soll. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 	SO

Es wird beantragt, die Vorlage zu überarbeiten, damit sie exakter, finanziell und sozial ausgewogener und im Vollzug einfacher wird.	SZ
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert und gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite. Die Vorlage wird abgelehnt, da sie den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer massiven Mehrbelastung führe, zu untragbaren Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, sozialpolitisch unausgewogen sei, die Leistungen über die allgemeine Abteilung hinaus ausweite, die vollen Kosten der Spitalleistungen nicht transparent ausgewiesen würden, ungleich lange Spiesse weiterhin bestünden.</p> <p>Anträge</p> <p>1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen.</p> <p>2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend korrigiert werden, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt.</p>	TG
<p>Condivido le presa di posizione delle due Conferenze dei direttori della sanità e dei direttori delle finanze che la proposta "è incomprensibile e insostenibile per i Cantoni" perché carica sui Cantoni nuovi oneri "dell'ordine di miliardi di franchi" e aumenta pure il carico finanziario sull'assicurazione sociale di base. A beneficiarne sono le assicurazioni complementari.</p>	TI
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert und gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite. Der Vorschlag wirft zusätzliche Fragen auf und ist unausgereift. Das EDI soll eine Vorlage erarbeiten, die in allen Teilen durchdacht und mit den notwendigen Berechnungen versehen ist sowie das Thema Finanzausgleich thematisiert.</p>	UR
<p>Les impacts du projet sont trop peu analysés notamment sur le plan financier et économique ainsi que dans les domaines de la planification, de l'offre hospitalière et du droit. En relation avec l'art. 39, des coûts supplémentaires sont inévitables, qu'une politique très ouverte d'admission sur la liste soit adoptée (explosion des dépenses hospitalières induites par l'élargissement de l'offre subventionnée et par l'augmentation de la demande, surtout dans un régime de forfaits par cas et impossibilité de maintenir un budget global) ou bien qu'une politique de limitation drastique de la liste aux seuls établissements reconnus d'intérêt public soit retenue (option moins cher en termes de contributions cantonales directes, mais en revanche source de recours, de faillite parmi les établissements privés admis à pratiquer aujourd'hui et de chômage). Risque sur le plan de l'offre hospitalière de voir émerger un secteur privé hors LAMal qui s'adresserait essentiellement à une clientèle aisée, d'où perte de ressources pour les hôpitaux publics et subventionnés et baisse de la qualité des soins.</p> <p>Sur le plan du droit certains points doivent faire l'objet d'une clarification (rapport de droit Etat-secteur privé, articulation entre le principe de la liberté du commerce et d'industrie et le renforcement de la planification, définition de l'égalité de traitement).</p> <p>En relation avec la suppression de la référence à la division commune (art. 49, al. 4), il faudra compenser la diminution des revenus des médecins hospitaliers au titre de leur activité privée, afin de préserver leur implication ou leur départ vers la libre-pratique (coûts: 30 mios à la charge conjointe du canton de Vaud et de l'assurance-maladie, plus 20 mios de recettes en provenance de l'activité privée également à compenser aux hôpitaux).</p>	VD

<p>La solution implique un transfert de charges important des assurances complémentaires vers l'assurance de base et les contributions des pouvoirs publics. Compte tenu du fait que l'assurance de base serait elle aussi grevée d'une charge supplémentaire, cela conduirait à une augmentation des subsides à la réduction individuelle des primes. Dès lors, et considérant également le fait que des mesures sont prises dans la perspective de limiter la hausse des cotisations, le canton s'oppose à la proposition de modification de l'art. 49 al. 2 LAMal qui comporte des incidences majeures en termes de transferts, mais aussi en termes d'impacts économiques, de planification, d'offre hospitalière et d'assurances sociales. Or, les cantons ne peuvent en aucune manière supporter des charges supplémentaires dans ce domaine. De plus, ces différents aspects n'ont pas fait l'objet d'une analyse fouillée de la part de l'OFAS. Le projet contient tout de même des propositions intéressantes. (cf. détail ci-dessous)</p>	VS
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert und gibt keine detaillierten Angaben zur sozial-, gesundheits- und finanzpolitischen Tragweite. Das Projekt wird abgelehnt, da es den Abmachungen des runden Tisches widerspreche, zu einer massiven Mehrbelastung führe, zu untragbaren Prämien erhöhungen für grundversicherte Personen führe, die Zielsetzung einer gerechten Sozialpolitik verfehle, die Gegensätze Staatsregelung und Wettbewerb weiter verschärfe, die Leistungen über die allgemeine Abteilung hinaus ausweite, die Gesetzesumsetzung ungenügend analysiere.</p>	ZG
<p>Auffassung des Bundes wird geteilt, dass verschiedene Bestimmungen des KVG, insbesondere zur Spitalfinanzierung einer Revision bedürfen. Schwachstellen wurden vom Bund richtig analysiert, Lösungsansätze in der Gesetzesvorlage zielen indessen teilweise in die falsche Richtung. Die Vorlage ist ungenügend dokumentiert und unausgereift.</p> <p>Anträge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im Rahmen eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens sei eine Expertenkommission unter Einbezug von Vertretern der Kantone zur Neugestaltung der Spitalfinanzierungsartikel einzusetzen. 2. Bis zum Inkrafttreten sollen die Auswirkungen des Urteils des EVG im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens mittels Neufassung von Artikel 41 Absatz 3 KVG dahingehend zu korrigieren, dass die Kostenbeteiligung der Kantone auf die Allgemeine Abteilung beschränkt bleibt. 	ZH
<p>Eine Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung ist dringend notwendig. Der Entwurf ist aber abzulehnen, da das planwirtschaftliche Element noch zusätzlich verstärkt wird, was die Vermutung des Fernzieles Staatsmedizin stärkt, die finanzielle Lastenverschiebung zu Ungunsten der Kantone nicht zu verantworten ist, der bestehende Wettbewerb durch die Benachteiligung der ambulanten gegenüber der teilstationären Behandlung verdrängt wird. Eine erfolgreiche Revision soll folgende Eckpfeiler aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - volle Tarifierung der Spitalleistungen und Vollkostenrechnung zu Erreichung voller Kostentransparenz (dazu ist der Erlass der Bestimmungen zu Art. 49 Absatz 6 notwendig) - Subjektfinanzierung der Versicherten <p>Innert nützlicher Frist ist eine neue Vorlage mit verschiedenen Varianten der Subjektfinanzierung auszuarbeiten. Bis zum Inkrafttreten der Revision muss die Kostenbeteiligung der Kantone auf die allgemeine Abteilung beschränkt bleiben und zur Vermeidung von Streitigkeiten der Finanzierungsanteil von Kassen und Kantonen durch einen provisorischen festen Kostenteiler von je 50 Prozent (Art. 49 Abs. 1) festgelegt werden.</p>	CVP

<p>Meinung wird geteilt, dass insbesondere bei der Spitalfinanzierung ein dringender Revisionsbedarf besteht. Vorschlag wird begrüsst als Schritt in die richtige Richtung, der beträchtliche Verbesserungen im Vergleich zur heutigen Situation bringt, muss aber als pragmatischer Zwischenschritt verstanden werden, der unternehmerische Faktoren sowie den Aspekt der "gleich langen Spiesse" zum Ziel hat. Den Kantonen ist entgegenzuhalten, dass während der parlamentarischen Beratung klar die Meinung vorherrschte, jeder Versicherte sei grundversichert und habe so bei stationärer Behandlung in den Genuss der kantonalen Subventionen zu kommen, was vom EVG bestätigt wurde. Den Kantonen widerfährt keine zusätzliche Belastung, sondern vielmehr erfahren sie eine Entlastung durch die Beteiligung der Kassen an den Investitionskosten.</p> <p>Der Vorschlag behebt einige Mängel des heutigen Finanzierungssystems, weitergehende Reformen wie eine monistische Finanzierung durch die Kassen werden leider nicht angegangen. Um die Mängel der heutigen Regelung zu beheben, muss sich die Neuordnung der Spitalfinanzierung an folgenden Punkte orientieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gleiche Behandlung aller Versicherter bezüglich Kantonsbeiträge mit Aufhebung der Quersubventionierung - gleiche Behandlung aller Leistungserbringer unabhängig von Trägerschaft - Anreize für Leistungserbringer und Patienten - keine Verzerrungen der relativen Preise innerhalb stationärer und ambulanter Behandlung sowie - keine Benachteiligung von Managed Care Organisation. 	FDP
<p>PdA stellt fest, dass die finanziellen Lasten der Prämienzahlenden mit dem KVG angestiegen sind und das System der Prämienverbilligung sein Ziel nicht erreicht. Die in der 1. Etappe der Teilrevision vorgeschlagenen Anpassungen sind offensichtlich nicht geeignet, die Prämienbelastung der mittlere Einkommen in spürbarem Umfang zu senken. Unverständlich ist daher, dass in der 2. Etappe Vorschläge unterbreitet werden, die den Druck auf die mittleren Einkommen noch . Entlastet werden nur die privat und halbprivat Versicherten und damit, nachdem viele ältere Versicherte ihre Spitalzusatzversicherungen auflösen mussten, eine Gruppe der Bevölkerung, die in keiner Weise auf Unterstützung angewiesen ist. Zudem würde die Bedeutung privatrechtlicher Versicherungsprodukte und die Stellung der Privatkliniken gestärkt. Internationale Erfahrungen zeigen, dass das Profitprinzip das Kosten-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen nicht verbessert.</p> <p>Die PdA lehnt eine solche Politik ab und empfiehlt, den Entwurf zurückzuziehen und eine umfassende Revision vorzubereiten, die die negativen Verteilungswirkungen des KVG auffängt und die Massnahmen zur Kostendämpfung verstärkt.</p>	PdA
<p>Die SP ist der Ansicht, dass innerkantonal eine befriedigende Lösung für die Kostenbeteiligung der Kantone bei Halbprivat- und Privatversicherten gefunden werden muss. Die Vorlage beinhaltet eine fundamentale Neuorientierung in der Spitalfinanzierung und beruht auf dünnen statistischen Grundlagen. Zur Quantifizierung der Verschiebung der Finanzierungslast von der Zusatzversicherungen zur Grundversicherung und zu den Steuerzahlenden und der akuten Gefahr der Mengenausweitung im ambulanten Bereich mangels Steuerungsinstrumenten liegen nur rudimentäre Zahlen vor. Es handelt sich um einen Vorschlag mit zu vielen unbekanntem Folgen folgen. Die SP erwartet deshalb, dass zumindest die Fragen zu den sozialpolitischen Auswirkungen (Lang- und kurzfristige Auswirkungen auf die Prämien von Grund- und Zusatzversicherungen; heutige Höhe der Subvention der Grundversicherung durch die Prämien der Zusatzversicherungen; Beurteilung der Kostenbeteiligung der Kantone, ohne dass diese die Kompetenz zur Einführung von Globalbudgets im ambulanten Bereich haben) der verschiedenen Finanzierungssysteme vom Bundesrat vor Verabschiedung der Botschaft geklärt werden. Die SP verweist auf die Vorschläge, die sie in der 1. Etappe der Teilrevision KVG dem EDI unterbreitet hat.</p> <p>Beantragt wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Beiträge der Kantone an Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler bis 2002 mit Obergrenze Fr. 200 / Tag stufenweise auszuweiten; - der Ausschluss der Kostenbeteiligung der Krankenversicherung an Investitionskosten und Überkapazitäten; - der Einbezug von Spitex in die Gesundheitsplanung und Aufteilung der Kosten; - die Erhebung von Daten über sozialpolitische Auswirkungen der verschiedenen Finanzierungssysteme. 	SP

<p>Vorschlag wird grundsätzlich begrüsst als Schritt in die richtige Richtung. Da die Kantone ihre Beiträge generell zu entrichten haben, werden auf die Spitalliste aufgenommene Privatspitäler nicht länger benachteiligt.</p> <p>Aber die Zusatzversicherungen sollten ihres Inhaltes nicht beraubt werden und damit zerstört werden, wie dies die Vorlage in Artikel 49 Absatz 4 vorsieht. Obligatorium soll nicht mehr einschliessen als zur Verhinderung unerträglicher Zustände notwendig ist. Das Wünschbare soll durch Zusatzversicherungen gedeckt werden.</p>	SVP
<p>Im Grundsatz werden die Vorschläge begrüsst, da sie einen Schritt in die richtige Richtung darstellen. Weitere Revisionsschritte wie die Verpflichtung zur interkantonalen bzw. überregionalen Versorgungsplanung und die Entflechtung der Rollen müssen folgen. Schliesslich sollen mit der Revision den Versicherten keine Mehrkosten entstehen, da dies sozialpolitisch mit dem Kopfprämienystem nicht haltbar ist.</p>	CNG
<p>Il paraît nécessaire de maintenir une certaine responsabilisation des assurés, en évitant notamment un financement excessif par le biais de l'impôt ou d'un prélèvement sur les salaires. La FRSP s'inquiète également des obligations financières que le projet de révision fait peser sur les cantons.</p> <p>Le projet contient bon nombre d'incertitudes, tant pour les cantons (financement de charges nouvelles) que pour les établissements de soins privés (prise en compte adéquate et saine concurrence). Il peut en outre être de nature à remettre en cause le principe du libre choix du médecin, auquel la FRSP est attaché. Il devrait être profondément remanié avant présentation aux Chambres fédérales.</p>	FRSP
<p>Will man das KVG nicht grundsätzlich in Frage stellen, so ist die vorgesehene Kostenverschiebung von den Zusatzversicherungen auf Kantone und Grundversicherung wohl richtig. Es muss aber vermieden werden, dass Prämien und kantonale Steuern durch diese Revision kurzfristig massiv erhöht werden und dadurch zu negativen Nebenwirkungen für das Kopfprämienystem führen. Es wird bedauert, dass nur bescheidene Sparmassnahmen vorgeschlagen wgrden, deren Auswirkungen nicht beziffert werden und zusätzliche - neben der leistungsbefugten Entschädigung - Sparanstrengungen nicht geprüft wurden. Vorbehalt wird gemacht bezüglich des Einbezuges der teilstationären Behandlung, da im Endeffekt der Bundesrat über die Vergütung zu entscheiden hat.</p>	SAGV
<p>Die Kostensteigerung ist viel zu hoch und bereitet vor allem bei der teilstationären Spitalbehandlung grosse Sorgen, da viele Kantone und Spitalverwaltungen versuchen, ihre Budgets durch Verlagerung der Kosten dorthin zu entlasten. Dieser Mechanismus ist zu brechen und ein System zu finden, mit dem Kantone und Spitäler an der Kosteneinsparung im Spital in gleicher Weise interessiert sind, ob die Behandlung ambulant, teilstationär oder stationär erfolgt. Die Bestrebungen verschiedener Kantone, Spitäler zu privatisieren, wird zudem als gefährlich erachtet.</p> <p>Die Einführung der Leistungsfinanzierung wird ausdrücklich begrüsst. Die aus dieser Neuregelung resultierenden Geldflüsse sind so zu regeln, dass der Patient sich zur Rückforderung der Kosten nur an einen Beteiligten wenden muss.</p>	SBV

<p>Absicht wird begrüsst, Klarheit zu schaffen und Rechtsstreitigkeiten zu lösen resp. zu verhindern sowie das Baukastensystem des KVG umzusetzen. Die Kantone haben ihren Anteil an der Finanzierung kontinuierlich gesenkt, eine weitere Zunahme der Kopfprämien ist sozial untragbar. Sicherzustellen, dass die Kantone ihren Versorgungsauftrag auch in Zukunft erfüllen. Ein weiterer Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung oder sogar die Abschaffung der kantonalen Beteiligung daran ist nicht zu verantworten.</p> <p>Jede weitere Belastung der Versicherten aus der Neuregelung der Spitalfinanzierung wird abgelehnt. Sicherzustellen, dass die Kantone die Kosten der Neuregelung nicht durch den Abbau bei der Prämienverbilligung kompensieren. Abgelehnt wird ein ausschliesslich auf Markt und Konkurrenz basierendes System ohne Planung, es brauche vielmehr eine stärkere staatliche Steuerung und einen weiteren Abbau der Überkapazitäten.</p> <p>Der SGB hat folgende weitere Forderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Tarifstreitigkeiten im stationären und teilstationären Bereich soll der Kanton nicht mehr länger Schiedsrichterfunktion wahrnehmen. - Verpflichtung der Kantone zu einer umfassenden Gesundheitsplanung - Koordination der kantonalen Gesundheitsplanungen durch den Bund - 50-prozentige Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der Spitex - Verpflichtung der Kantone, Globalbudgets für den gesamten Pflegebereich einzuführen - längerfristig identischer Finanzierungsanteil der Kantone an der ganzen Krankenpflege vorzuschreiben, um einen weiteren Rückzug zu verhindern - Durchführung des objektiv ausgewiesenen Stellenabbaus vor einer allfälligen Privatisierung und Beteiligung der Versicherer an flankierenden Massnahmen 	SGB
<p>Vorschlag ist wichtiger, unbedingt zu vollziehender Schritt in die richtige Richtung, um die bisherige Diskriminierung der Privatspitäler aufzuheben. Das neue Modell kann seine Wirkung nur entfalten, wenn sichergestellt wird, dass die leistungsfähigsten Anbieter mit dem besten Preis-/Leistungsverhältnis zum Zuge kommen. Die notwendigen Vorkehrungen sind zu treffen, damit sämtliche konkurrenzfähigen Privatspitäler auf die massgeblichen Spitalisten aufgenommen werden. Abgelehnt wird die Umteilung des teilstationären Bereichs, da es nicht möglich sei, diesen in die gesamte Spitalplanung einzubeziehen.</p>	SGV
<p>Der VSA ist mit der Stärkung der Grundkonzeption des KVG und mit der konsequenten Anwendung des mit dem KVG vorgegebenen Baukastensystems einverstanden. Heute noch vorhandene Querfinanzierungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen sind zu beseitigen und ein Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung ist nicht zuletzt aus sozialpolitischen Gründen zu verhindern. Die Vorlage muss Kosten für Versicherte und Steuerzahler senken. Die Kantone sollten gesetzlich verpflichtet werden, die Prämienverbilligungsmassnahmen voll auszuschöpfen.</p>	VSA
<p>I principi non possono essere introdotti senza preoccuparsi delle loro pesanti conseguenze e dei possibili rischi.</p>	ACSI
<p>Salue les objectifs de la révision, particulièrement que, sur le plan de la politique sociale, l'objectif soit de garantir aux assuré-e-s un accès égal et sans réserve aux mêmes prestations sur tout le territoire suisse. Cette harmonisation est bienvenue. Par contre, les conséquences financières qu'implique le projet font craindre que ses objectifs restent des vœux pieux. C'est pourquoi un nouvel examen qui prenne en compte les répercussions de la révision sur les plus faibles revenus est demandé.</p> <p>Rejet de la révision et demande que le principe de l'accès égal aux prestations dans la domaine de la santé soit réellement concrétisé.</p>	ASPAS
<p>Dans la perspective des accords bilatéraux, souhaite que la porte reste ouverte à une utilisation de proximité des infrastructures hospitalières, à considérer donc dans la planification et à reconnaître dans l'aptitude à traiter la maladie, ainsi que pour les conventions avec les assurances des frontaliers et de leurs familles, et des résidents suisses de l'autre côté de la frontière. La clarification des financements et des coûts, la tenue de statistiques, ainsi que la meilleure identification par forfaits notamment, faciliteront les collaborations à l'avenir.</p>	AGEDRI

<p>Pas acceptable que l'on prenne comme base le jugement du TFA traitant le cas d'un assuré (semi-) privé pour l'appliquer tel quel à l'assurance de base.</p> <p>En ce qui concerne le traitement d'assurés hors du canton de résidence pour des raisons médicales, on doit admettre que, pour les prestations de base, une péréquation entre les cantons doit assurer les soins, sans autre participation du patient que celle définie dans la LAMal, sur la base de la salle commune. Une clinique privée, ne disposant pas d'une division de salle commune, n'entre pas dans l'offre de base étendue et suffisante.</p> <p>L'inconnue des coûts considérés peut avoir des conséquences très graves selon l'application.</p>	AVIVO
<p>Vorschlag wird unterstützt; er geht in die richtige Richtung, da er im Sinne einer Systembereinigung als erster Schritt geeignet ist, bestehende Unsicherheiten in der Umsetzung der Spitalfinanzierung zu klären. In einem nächsten Schritt ist der Systemumbau (richtige Anreize für das Verhalten der Marktpartner) an die Hand zu nehmen, so dass ab dem Jahre 2005 die Spitalfinanzierung nach modernen und sinnvollen Spielregeln ablaufen kann.</p>	BSF
<p>Les risques quant à l'augmentation des coûts sont largement sous-estimés. Au lieu de résoudre les problèmes, ce projet ne fera qu'en créer d'autres et occasionnera un transfert massif des charges financières sur les assurés LAMal et les cantons. Du point de vue de la politique sociale il paraît contestable d'augmenter les primes de 70 % de la population (sans parler des impôts) pour alléger les primes de 30 % de la population, sans garantie que tous les assurés ayant des assurances complémentaires en profitent. Une explosion des dépenses hospitalières est à craindre, induite par deux facteurs: l'élargissement de l'offre subventionnée et l'augmentation de la demande consécutive aux forfaits par cas (chaque hôpital aura avantage à produire le plus de cas possible). La calculation des forfaits par cas/type de pathologie doit être contrôlée par le Surveillant des prix.</p> <p>La FRC s'oppose fermement à la modification du mode de financement actuel des hôpitaux et ne peut pas approuver, par le biais de cette révision, une augmentation massive et prévisible des primes de l'assurance de base.</p>	FRC
<p>Plan hospitalier et effet d'exclusion du droit aux prestations (cf. clause du besoin rejetée par le Parlement). Démantèlement de l'assurance-maladie par rapport à la situation existant sous l'empire de la LAMA (choix du fournisseur de soins dans toute la Suisse, s'agissant de l'hôpital).</p> <p>Le droit d'être soigné à domicile devrait l'emporter sur le précepte de l'économie de traitement. Des soins à domicile devraient être accordés même s'ils coûtent plus chers que les soins à l'hôpital ou en EMS. Les définitions de l'hôpital et de l'EMS sont incompréhensibles. La suppression de la limite des 720 jours mise par la LAMA à la prise en charge des frais d'hospitalisation ne devait-elle pas profiter avant tout aux personnes âgées ?</p> <p>Il faudrait ne plus parler d'assurance de base, mais d'assurance obligatoire; réexaminer les règles légales sur le calcul des primes; replacer les assurances complémentaires dans le giron du droit public.</p>	GPFI
<p>Unterstützen alle Bemühungen, welche darauf abzielen, die Finanzierung von Kosten für Leistungen nach Artikel 25, welche von Leistungserbringern nach Artikel 39 erbracht werden und den Bedürfnissen des Personenkreises nach Artikel 3 entsprechen sowie an den günstigsten und effizientesten Orten erbracht werden, von den zwei Partnern Öffentlichkeit und Krankenversicherer tragen zu lassen. Schätzungen im Pflegeheimbereich zeigen, dass der angestrebte Anteil von mind. 50 % Mitfinanzierung durch die Öffentlichkeit bereits annähernd erfüllt ist.</p>	LAK
<p>Der Zugang für Schwerstbetroffene zu Rehabilitationskliniken muss mit dieser Teilrevision sichergestellt werden.</p>	MS
<p>Unterstützung der Stossrichtung der Revision, da allen Versicherten die gleichen Leistungen zu gewähren seien und mit der hälftigen Vergütung durch die Wohnkantone die Wettbewerbsverzerrungen teilweise aufgehoben werden.</p>	SAEB
<p>Unterstützung für die Absicht, die Kantone an den Kosten der Hospitalisierung von Halbprivat- und Privatversicherten zu beteiligen. Ferner ist zu begrüßen, dass eine Reihe von Auslegungsfragen geklärt werden.</p> <p>Beunruhigend sind die Mehrkosten der Revisionsvorlage für die obligatorische Krankenversicherung. Die Auswirkungen auf die Prämien sind anhand der Vorlage nicht überprüfbar.</p>	SSRV

<p>Teilrevision wird grundsätzlich begrüsst, ist aber leider etwas zu schlank ausgefallen. Bedauert wird insbesondere, dass eine einheitliche schweizerische Lösung zur Prämienverbilligung nicht berücksichtigt wurde.</p>	SPO
<p>Grundsätzliches Unbehagen, dass schlagkräftige Sozialversicherungs.-Lobby fehlt. Die vorgelegten Gesetzesänderungen und die sachlich gehaltenen Erklärungen dazu vermögen zu überzeugen. Dem VdV bleibt nichts anderes übrig, als der Vorsteherin des Departementes des Innern zu vertrauen.</p>	VdV
<p>Begrüsst die Bereitschaft, die Entscheide des EVG umzusetzen und die bisherige Quersubventionierung zu beseitigen, auch wenn daraus eine stärkere Belastung der Grundversicherung resultiert.</p>	AGKB
<p>Gleichstellung der ambulanten und stationären/teilstationären Behandlung, da der bünderrätliche Vorschlag die Realität verkenne. Es gehört zu den fundamentalen Grundsätzen der Ökonomie, dass staatliche Eingriffe in den Wettbewerb marktkonform zu gestalten sind. Die bedeute, dass Untersuchungen oder Behandlungen nur dann subventionsmässig unterschiedlich behandelt werden dürfen, wenn <i>alle</i> für den konkreten Patienten vernünftigerweise in Frage kommenden Behandlungen im selben Umfang oder gar nicht subventioniert werden. Die Vorlage verstösst fundamental gegen dieses Prinzip, denn es besteht in vielen Fällen ein medizinisch begründeter Entscheidungsspielraum zwischen ambulanter und teilstationärer/ stationärer Behandlung. Beispiele dafür sind kleine und mittlere operative Eingriffe (Karpaltunnel, Kniegelenk etc.), hochfieberiger Patient mit akuter Lungenentzündung, psychiatrische Behandlungen zwischen Hospitalisation und rein ambulanten Strukturen, Rehabilitation nach Herzinfarkt oder nach Bypass-Operation oder Sterbebegleitung. Der vorgesehene Eingriff ist wissenschaftlich unzulässig und erhöht den Druck auf die Ärzte, Patienten unnötigerweise zu hospitalisieren und umgekehrt auf Spitaldirektoren/ärzte so viel wie möglich ambulant durchzuführen.</p> <p>Die Ärzteschaft fordert seit Jahren, die direkten Subventionen ans Spital aufzuheben und die entsprechenden kantonalen Steuerbeiträge an Patienten und/oder Krankenversicherer zukommen zu lassen, und zwar unabhängig vom Behandlungsort. Dieser Systemwechsel ist unabdingbar und rasch zu vollziehen. Mit der Möglichkeit, das bisherige Giesskannenprinzip weg zu kostendeckenden Tarifen zu revidieren und die Subventionen umzulenken kann Systemwechsel sozialpolitisch neutral, d.h. ohne Erhöhung der Versicherungsprämien durchgeführt werden. Das Parlament hat dabei die Kompetenz festzulegen, welcher Prozentsatz der gesamten Behandlungskosten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung durch Steuergelder und welcher durch Prämien finanziert wird. An der sozialen Finanzierung Krankenversicherung wird damit nichts geändert.</p>	FMH
<p>Im Bereich der Spitalfinanzierung besteht ein Handlungsbedarf, der durch den Entscheid des EVG noch verstärkt wurde. Der Vorschlag ist bezüglich Zielsetzung und Problemlösung unklar. Am meisten stört, dass keine ordnungspolitische Absicht erkennbar ist. Die vordergründig geringfügigen Änderungen betreffend Zulassung der Leistungserbringer und Finanzierung der Listenspitäler können je nach Lesart eine grundlegende Neustrukturierung des Gesundheitswesens in eine planwirtschaftliche Richtung oder in Richtung einer allgemeinen Subventionierung der zugelassenen Spitäler bewirken. Die Auswirkungen auf Prämien, Leistungsqualität und -strukturen sowie auf die finanziellen Verhältnisse von Kantone und Leistungserbringern bezüglich Ausmass und Richtung nicht nachvollziehbar.</p> <p>H+ lehnt daher die Vorlage ab und ersucht das EDI, die Vorlage zurückzunehmen und auf der Basis einer transparenten politischen Absichtserklärung zu überarbeiten.</p>	H+
<p>Teilrevision enthält Ansätze zu einer weiteren Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Tendenz, Grundversicherung zu einer Vollversicherung auszubauen und das bisherige, einigermaßen ausgewogene System empfindlich zu stören, ist ablesbar. Die Revision bringt zwar eine beträchtliche Verbesserung gegenüber dem Status quo, eine grundsätzliche Revision ist dennoch unausweichlich. Eliminierung des planwirtschaftlichen Elemente ist anzustreben. HG schlägt System "money follows patient" vor.</p> <p>Auch duales Finanzierungssystem bedeutet, dass es sich beim Staatsanteil an der Grundversicherung nicht um eine Subvention an die Spitäler handelt, sondern einen Beitrag des Staates an die dem Patienten erwachsenen Spalkosten.</p> <p>Ohne flankierende Massnahmen, die die Eingriffsmöglichkeiten des Kantone einschränken und den Wettbewerb unter alle Leistungserbringern sicherstellen, wird Revision abgelehnt.</p>	HG

<p>Bestrebungen, das bisher unbefriedigende Spitalfinanzierungssystem zu ändern, werden anerkannt. Wechsel von der Objeksubventionierung zur Subjektfinanzierung wird begrüsst. Revision ist im Sinne des Wettbewerbes folgendermassen zu ändern: Gleichstellung aller Spitäler mit einer hundertprozentigen Vergütung durch die Kassen, Kantone und Bund beteiligen sich indirekt an den jeweiligen Fallkosten durch Vergütung an die Kassen. Die Preisverhandlungen finden zwischen Kassen und Leistungserbringern statt. Kapazitätssteuerung der Kantone im Grundversicherungsbereich (günstigstes Preis-Leistungs-Verhältnis ausschlaggebend).</p>	IPK TG
<p>Teilrevision wird abgelehnt, da mit ihr in einem wesentlichen Teil des Gesundheitsbereichs planwirtschaftliche und sozialistische Anliegen eingeführt werden sollen. Teilrevision enthält Ansätze zu einer weiteren Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Tendenz, Grundversicherung zu einer Vollversicherung auszubauen und das bisherige, einigermaßen ausgewogene System empfindlich zu stören, ist ablesbar. Das Finanzierungssystem soll anders gewichtet werden, indem Steuergelder die Finanzierungslücke füllen, anstatt dass die mit dem Ausbau der Pflichtleistungen im KVG geförderte Anspruchshaltung der Patienten und die Kosten gedämpft werden. Auch würden nur teure öffentliche Spitäler geschützt. Die Festschreibung der Finanzierung sei eine Bankrotterklärung des Grundsatzes der Tarifaushandlung durch die Parteien, die Ausdehnung der Planungspflicht eine weiterer Schritt Richtung Staatsmedizin. Die Verantwortung des Bundes für die Krankenversicherung gehe auf Kosten der Kantone und soll mit Einführung der Planung für den teilstationären Bereich eine private, unternehmerische Seite einbeziehen, womit klar eine zentral gelenkte staatliche Medizin angestrebt wird. Ziel ist die Prämien tief zu halten und den Kantonsanteil festzuschreiben sowie Eigenverantwortung und Eigenleistungen der Zusatzversicherung zu schwächen.</p>	PULSUS
<p>keine Bemerkungen</p>	SCG
<p>Ideen hinter der Vorlage versuchen in intelligenter und nachvollziehbarer Weise das heute oft unklare Kostenbeteiligungsverhältnis transparent zu regeln, Mechanismen der Planung und Wettbewerbes zu fördern. Das Ziel einer kostenoptimierten Planung des Gesundheitswesens kann aber nicht allein durch die Neuordnung der Spitalfinanzierung erreicht werden, sondern auch die Anzahl Leistungserbringer muss gesteuert werden, indem eine Bedarfsnachweisklausel verankert werden sollte.</p>	SGAM
<p>Einverstanden, begrüssen, dass Unklarheiten und Streitpunkte mit diesem Schritt angegangen werden.</p>	SHV
<p>Zu begrüssen, dass die kostendämpfenden Elemente des Gesetzes verstärkt und systemfremde Komponenten beseitigt werden. Allerdings besteht die latente Gefahr, dass die Kosten nur umgelagert anstatt dauerhaft gemindert werden. Zu verhindern ist eine Teilrevision mit kostensteigernden Folgen, welche zudem die Zusatzversicherung entlastet, da dies ein falsches Signal darstellen würde.</p>	SPV
<p>Die Spitalfinanzierung muss einerseits sich auf die Umsetzung des seinerzeit versprochenen Wettbewerbsgedankens ausrichten, andererseits auf den transparenten Gesamtkosten des Spitals beruhen. Dies bedeutet, dass das Kriterium für die Finanzierung die vom Spital am Patienten erbrachte Leistung darstellen soll, womit sowohl dem Gedanken des Wettbewerbes Rechnung getragen wie das Anliegen der Initiative für eine frei Arzt- und Spitalwahl berücksichtigt. Dieser Gedanke ist zwar im Ansatz vorhanden, aber nicht vollends im Revisionsprojekt verankert. Eine neue Struktur der Finanzierungsströme allein durch die Krankenkassen nach dem Prinzip "Money follows patient" ist durchaus möglich. Damit würden zahlreiche Probleme sofort gelöst, etwas die ausserkantonale Hospitalisation, die Vergütung bei Behandlung eines zusatzversicherten Patienten in der privaten Abteilung etc. Die Leistungserbringer müssen nach dem "Günstigkeitsprinzip" ausgewählt werden.</p>	SVBP

<p>Bemühungen, das bisher völlig unbefriedigende Spitalfinanzierungssystem zu ändern, werden anerkannt, das Festhalten am dualen Finanzierungssystem aber als verfehlt betrachtet. Wechsel von der Objeksubventionierung zur wettbewerbstaughlichen Subjektfinanzierung mit Einbezug der Investitionskosten wird begrüsst. Das Bekenntnis zu Wettbewerb bleibt ein Lippenbekenntnis, wenn keine Pflicht statuiert wird, tatsächlich den Leistungserbringer mit dem günstigsten Preis-Leistungs-Verhältnis auf die Spitalliste aufzunehmen verwirklicht werden. Die Problematik des "Selbstkontrahierens" von Spitalbetreiber und Zuständigen für die Erstellung der Spitallisten bleibt auch bestehen. Der Vorschlag mangelt daher der Konsequenz und ist durch eine radikale Änderung mit Wechsel zum Prinzip "Money follows patient" zu ersetzen, um den wettbewerbliche Aspekten, wie auch dem Postulat der freien Arzt- und Spitalwahl (vgl. Volksinitiative) Rechnung zu tragen.</p>	SVPK
<p>Der VLSS ist mit der Abschaffung der Quersubventionierung der Grundversicherung, der Verbesserung des Wettbewerbes zwischen den Spitälern sowie der Ausdehnung der einheitlichen Tarifstruktur auf stationäre und teilstationäre Leistungen einverstanden. Er lehnt aber die Weiterführung des Systems der dualen Finanzierung, die Ausdehnung der Planungspflicht auf den teilstationären Bereich, die weitere Ausdehnung der Planung und Statistik sowie die weitere Offenlegung der Kostenrechnung ab, da diese Massnahmen über die notwendige Regulierung des Wettbewerbes hinausgehen. Mit Verweis auf die Studie von Prof. Leu wird dargelegt, dass die soziale Ausgestaltung der Krankenversicherung von der Frage einer dualistischen oder monistischen Finanzierung unberührt bleibt. Die Festschreibung der Spitalsubventionierung mit Aufteilung Versicherer und Kanton lässt die Verzerrungen im heutigen System bestehen, erst die Auszahlung der Kantonsbeiträge an die Gesamtheit der Versicherten kann diese beheben. Die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und teilstationären Leistungen und der damit verbundenen Administration belastet das Gesundheitswesen unnötig mit mehreren Milliarden pro Jahr. Dieses Einsparpotential sollte zuerst genutzt werden, was ohne tiefgreifende Änderungen der Mechanismen des Gesetzes möglich ist.</p> <p>Ferner wird die fehlende Definition der Leistungen nach diesem Gesetz beim Aufenthalt im Spital bemängelt, damit klar wird, dass das chefärztliche Patientenmanagement und die umfassende, über das notwendige hinausgehende persönliche Behandlung und Betreuung bei Privatpatienten einer über das KVG hinausgehende andere Leistung darstellt (Grund KVG, Handels- und Gewerbefreiheit).</p>	VLSS
<p>Zulassung der Leistungserbringer durch Aufnahme auf die Wohnsitzkantonsliste Wahlfreiheit des Versicherten (unabhängig von Versicherungsdeckung) auf Liste seines Wohnkantons zu beschränken, um eine umfassende Planung zu erreichen und eine optimale Ressourcennutzung. Mit dem Vorschlag ist dieses Anliegen nur ungenügend erfüllt, da der Kanton nicht gezwungen wird, alle notwendigen, ausserkantonalen Spitäler auf seine Liste zu nehmen.</p> <p>Antrag: Die Kantone sind zu verpflichten, sämtliche für die medizinischen Leistungen ihrer Bevölkerung notwendigen Spitäler nach medizinischen Disziplinen und nach Kapazitäten auf die Liste aufzunehmen.</p>	KSK
<p>Der Vorschlag weist im Kern in die richtige Richtung und ist als Systembereinigung geeignet. Da er jedoch keinen Systemumbau mit richtigen Anreizen für das Verhalten der Marktteilnehmer darstellt, kann nur einen ersten Schritt bedeuten. In einem nächsten Schritt ist vorzusehen, dass sich die Kantone aus der direkten Spitalfinanzierung und Spitalplanung zurückziehen und ihre Transfers entweder pauschal und prospektiv oder fallweise und retrospektiv an die Krankenversicherer leisten, wobei die Prämienverbilligung beizubehalten ist. Die Zustimmung zu einem neuen Kostenverteilungsschlüssel nach Artikel 49 Absatz 2 wird von der Umsetzung der Kostentransparenz mittels der Verordnung über Kosten und Leistungen in den Spitälern (VKL) abhängig gemacht.</p>	KSK
<p>Die Subventionierung aller KVG-Leistungen wie die Gleichbehandlung aller Spitäler wird als positiv beurteilt. Problematisch ist aber die Doppelrolle der Kantone, die Regelung zu den Spitallisten wie die ungleiche Behandlung von ambulanten und teilstationären Leistungen.</p>	SVV
<p>Les modifications du mode de financement ne résolvent pas le problèmes. Le projet ne tient pas compte des conséquences qu'il risque d'entraîner. Ne pas accepter le projet si les conséquences ne sont pas étudiées en profondeur afin qu'on obtienne une vue d'ensemble et que les solutions apportées aux problèmes existants n'en génèrent pas d'autres.</p>	BfK

Soweit im erläuternden Bericht die Prognose enthalten ist, dass die Frage der Beitragspflicht der Kantone bei innerkantonalen Behandlungen in einem konkreten Streitfall bejaht würde, verbietet sich eine Stellungnahme der Judikative. In den Entscheidungen des EVG haben sich diverse von Gesetz und Verordnung nicht geregelte Fragen verfahrensrechtlicher Natur (Zuständigkeit) gestellt, für die eine ausdrückliche gesetzliche Regelung, wie sie im Zusammenhang mit Spital- und Pflegeheimlisten in Artikel 39 KVG in der Botschaft vom 21.9.1998 vorgeschlagen wurde, prüfenswert wäre.	EVG
keine Bemerkungen	BGer
Zu begrüssen, dass Entscheide des EVG und des Bundesrates nachvollzogen werden. Auch richtig ist die hälftige Finanzierung durch die Kantone in der Grundversicherung, unabhängig von allfälligen Zusatzversicherungen. Eher negativ aus die Kosten auswirken dürfte sich der Einbezug der Investitionskosten. Problematisch sind die Stärkung der Doppelrolle der Kantone als Planer und Richter und als Spitalbetreiber bzw. Kostenträger und die unklaren Grenzen zwischen den Kompetenzen, Aufgaben und der Verantwortung von Bund und Kantonen.	MTK
In Sorge darüber, ob mit der vorgeschlagenen Revision die Aus- und Weiterbildung der Ärzte auch in Zukunft sichergestellt werden kann.	SMFIK
Die Vorlage erweist sich überwiegend als nicht geeignet für die Optimierung von kosteneindämmenden Massnahmen und sollte daher zurückgewiesen werden.	UBG
Das Ziel der verbesserten Funktionsweise der bestehenden Mechanismen in Richtung Kosteneindämmung wird mit der Vorlage nicht erreicht. Die Revision würde sich auf die gesamte stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung auswirken und ist verfrüht, insoweit eine vertiefte Prüfung der Spitalplanung, der Anreize zum Abbau von Überkapazitäten, der Frage der Genehmigung der Tarifverträge (Art. 46 Abs. 4 KVG) resp. Festsetzung der Tarifverträge durch die Kantone (Art. 47 Abs. 1 KVG) erfolgen sollte. Diese Punkte sind im Kontext der Anreizstrukturen des KVG zu betrachten. Gleichzeitig ist den Versicherern eine stärkere Wettbewerbsposition einzuräumen. Die WK beantragt, auf die vorliegende Teilrevision im jetzigen Zeitpunkt zu verzichten und eine vertiefte Diskussion der wirtschaftlichen Interdependenzen zu führen, bevor zu einer Neuordnung der Spitalfinanzierung geschritten wird.	WK

Artikel 23

Article 23

Articolo 23

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
23	La modification est approuvée.	JU
23	Favorable à l'article proposé. Le fait que l'ensemble des fournisseurs de prestations doivent participer à l'établissement des statistiques est salué.	VS
23	Die Anpassung wird begrüsst.	AI, BE, GL, SH, TG, FDP, SVP, SBV, LAK
23	La proposta è condivisa.	TI
23	La nécessité de recueillir plus largement des données statistiques n'est pas contestée. La Fédération souhaite préciser qu'il lui paraît évident que, dans la mesure où les fournisseurs de prestations participent également à la récolte de données, ils peuvent eux aussi faire usage de ces données. De surcroît, la généralisation de l'obligation de fournir des statistiques doit être assortie de sanctions en cas de non-respect de cette obligation, afin de ne pas générer de distorsion de concurrence entre ceux qui s'y soumettraient et ceux qui passeraient outre.	FRSP

23	<p>Der SGV lehnt die erweiterten Bestimmungen zur Erstellung von statistischen Daten ab, würden diese doch zusätzliche administrative Umtriebe mit entsprechenden Kosten verursachen, was eine Erhöhung der gesamten Gesundheitskosten zur Folge hätte.</p> <p>Sollte der BR an seiner Absicht festhalten, sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, sind Fristen festzusetzen, binnen denen alle Leistungserbringer die notwendigen statistischen Daten zur Verfügung zu stellen haben. – Zwecks Verhinderung von Doppelspurigkeiten bezüglich der statistischen Angaben sollte eine weitgehende Koordination zwischen KVG und VVG erfolgen. – Bei der Verwendung und Herausgabe der Daten muss sichergestellt sein, dass den Leistungserbringern daraus keine wirtschaftlichen Nachteile erwachsen. 	SGV
23	<p>Retard et manque de transparence des comptes présentés par les assureurs LAMal, et nécessité de leur imposer une comptabilité analytique pour suivre de façon régulière, durant l'année, l'évolution des dépenses par matières et assurés.</p> <p>Les assurés devraient pouvoir être renseignés par les assureurs sur l'évolution des dépenses de manière générale et personnalisée, de façon à responsabiliser les assurés et à justifier les éventuelles hausses de primes.</p>	CAVG, VASOS
23	<p>Condividiamo questa proposta in quanto permette di migliorare le statistiche disponibili.</p>	ASCI
23	<p>Die SPO unterstützt die Erstellung von Statistiken und die Ausdehnung der Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen.</p>	SPO
23	<p>Was die Statistikangaben betrifft, verweist die Vereinigung auf frühere Stellungnahmen der Spitalleistungserbringer sowie die seinerzeitigen Anträge an den BR zu den Themen "Kostenstellenregelung nach KVG" sowie Offenlegung von Daten zuhanden der Kantone und der Vertragsparteien.</p> <p>Die SVPK hält generell dafür, dass Statistiken in dem nun vorgeschlagenen Detaillierungsgrad mit unverhältnismässig hohen administrativen Kosten verbunden sind, die sich nicht rechtfertigen lassen. Die "Gesundheitskosten" werden erhöht, ohne dass der Patient einen eigentlichen Nutzen hätte. Die SVPK lehnt diese Statistikvorschriften auch ab, weil sie offenbar den Krankenkassen zur Einsicht offenstehen.</p> <p>Falls entgegen ihrem Antrag dennoch eine detaillierte Kostenrechnung verlangt wird, muss in der massgeblichen Verordnung eine Frist zur Einführung dieser Kostenrechnung gesetzt und im Unterlassungsfall eine Sanktion vorgesehen werden, da sich Spitäler ohne diese aufwendigen detaillierten Kostenrechnungen einen betrieblichen Wettbewerbsvorteil verschaffen würden.</p> <p>Antrag: Statistiken sollen nicht nur Daten der Leistungserbringer, sondern auch der Kostenträger beinhalten.</p>	SVPK
23	<p>Die SVPK erwähnt überdies die Problematik einer dualen Statistik KVG/VVG, was die präzisen Datenermittlungen wesentlich erschwert. Die Spitalleistungserbringer, welche nicht auf den Listen Aufnahme finden, hätten statistische Daten nicht nach KVG, sondern ggf. nach Statistikgesetz zu liefern.</p> <p>Antrag: Diese Bestimmung ist hinsichtlich KVG und VVG zu differenzieren.</p>	SVPK
23	<p>Es wird immer wieder vergessen, dass die Erstellung von Statistiken im vorgeschlagenen Detaillierungsgrad unverhältnismässig hohe administrative Kosten verursacht. Die HG ist nicht bereit, ihren "Geschäftskunden" wie bspw. den Krankenkassen Einblick in ihre detaillierte Rechnungslegung zu gewähren. Einmal mehr manifestiert sich hier der ausgesprochen planwirtschaftliche Ansatz, der unserem Gesundheitswesen zugrunde liegt.</p>	HG

23	<p>Die Ergänzung des Artikels 23 ist zu begrüßen. Zweifel sind jedoch beim Persönlichkeitsschutz anzubringen: Ein erweitertes Zugriffsrecht führt in jedem Fall zu einer erhöhten Missbrauchsgefahr der sensiblen Persönlichkeitsdaten. Griffige Schutzmassnahmen sind einzuführen; insbesondere gilt es zu vermeiden, dass Versicherungen die Daten ohne Wissen der Versicherten für ihre Zusatzversicherungen übernehmen.</p> <p>Trotz gesamtschweizerischer Vereinheitlichung der Form und der Inhalte der gesammelten Daten ist es unabdingbar, dass bei deren Auswertung und bei Vergleichen die spezifische Situation in den Kantonen in angemessener Weise berücksichtigt wird.</p>	SPV
23	<p>Zustimmung</p> <p>Es ist jedoch vorzusehen, dass auch die Versicherer Zugang zu diesen Daten haben.</p>	KSK
23	<p>Zustimmung zur Erweiterung des Verwendungszweckes. Eine mehrjährige Erfahrung mit den Datenreihen wäre aber von Vorteil gewesen.</p>	CVP
23.1	<p>Diese neue Kompetenz des BR sollte zu keiner Kostensteigerung führen.</p> <p>Ein Abgrenzungskriterium sollte im Text oder im Kommentar erwähnt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Begriff "Statistik" sollte sich nur auf Daten beziehen, die zur Durchführung des Gesetzes über das KVG nötig sind. - Statistiken zum Zweck der medizinischen oder allgemeinen Forschung im Gesundheitswesen sollten nicht in diesen Statistikbegriff einbezogen sein. 	SAGV
23.1	<p>Der VSAO teilt die Besorgnis, dass diese zusätzliche Datenproduktion und -weitergabe das Patientengeheimnis in Frage stellt. Immer häufiger gelangt eine grosse Masse von Informationen automatisch und oft ohne Wissen der Betroffenen vom Spital an Dritte, z.B. an die Versicherer. Dieser Datenfluss führt nicht nur zu einem kostenverursachenden Mehraufwand, sondern widerspricht auch dem Grundgedanken des KVG.</p> <p>Der VSAO äussert sich auch zur Problematik der zusätzlichen Aufgabe des Codierens im Spitalalltag. Diese zusätzliche Pflicht fällt zu Lasten des Kontaktes mit den Patienten an. Wegen dieser hohen Arbeitsbelastung fehlt die Motivation, präzise und richtig zu codieren. Dieser Umstand führt zu Verzögerungen und zu einer schlechten Ergebnisqualität der Statistik.</p> <p>Es geht nicht an, dass der Bund einerseits umfangreiche Statistiken in Auftrag gibt und eine kostenlose Datenlieferung erwartet, sich andererseits aber nicht darum kümmert, wer diese Zusatzarbeiten übernehmen und finanzieren soll.</p> <p>Ein wichtiger Grundsatz des Datenschutzes besagt, dass Personendaten nur für den Zweck bearbeitet werden dürfen, welcher bei der Beschaffung angegeben worden ist oder der aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgesehen ist (Zweckbindung). Das Bundesstatistikgesetz schreibt vor, dass eine andere Verwendung der zu statistischen Zwecken erhobenen Daten ausdrücklich durch ein Bundesgesetz angeordnet werden muss. Es genügt daher nicht, die Regelung für eine andere Verwendung der aufgrund des KVG erhobenen Gesundheitsstatistikdaten an den BR zu delegieren. Im Gesetz im formellen Sinn müssen mindestens der Zweck und der Umfang sowie das verantwortliche Organ für die andere Verwendung der Gesundheitsdaten enthalten sein.</p>	VSAO

23.1	<p>Es wurde darauf verwiesen, dass erstmals für das Kalenderjahr die Statistikdaten aufgrund des KVG erfasst wurden und die Statistiken bis heute nicht vorliegen. Es kann deshalb nicht abgeschätzt werden, welche Aussagekraft und welchen Wert diese Statistiken aufweisen. Die bisher einzige brauchbare Statistik wäre die freiwillige VESKA (H+)-Statistik. Die "Bundesstatistik" muss ihre Tauglichkeit erst noch beweisen. Weil der Diagnose-Code, der Behandlungscode, der Erhebungsweg sowie das Obligatorium gleichzeitig eingeführt werden, sind gravierende Fehler vorprogrammiert. Bevor man den Verwendungszweck der für die Statistiken erhobenen Daten über die statistischen Zwecke hinaus erweitert, müssen zwingend über mehrere Jahre zunächst Erfahrungen mit diesem Datenmaterial gesammelt werden.</p> <p>Die Pflicht zur Datenerhebung bedeutet insbesondere für die Assistenzärzte einen grossen administrativen Aufwand. Der Anteil der nicht behandlungsbezogenen Kosten wird erheblich erhöht. Es besteht die Gefahr, dass die heute verlangten Daten mengenmässig in jeder Beziehung ausgeweitet werden, weil auf diesem Weg nicht (nur) statistische, sondern andere Zwecke verfolgt werden können. Dies könnte einen administrativen Kostenschub zur Folge haben.</p> <p>Es wurde darauf verwiesen, dass die statistischen Angaben vielfach überschätzt werden und für die Lösung von praktischen Fragen nicht geeignet sind. Es wäre deshalb davon abzusehen, den Verwendungszweck über das statistische Interesse hinaus zu erweitern.</p>	PULSUS
23.1	<p>Antrag: ¹ Der Bundesrat <u>gestützt auf das Bundesstatistikgesetz (BstatG)</u> ... erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung dieses Gesetzes benötigten Statistiken ... <u>Dazu gehören die Informationen aus dem Finanz-, Rechnungs- und Berichtswesen, mit dem Ziel, die vorhandenen und absehbaren Ressourcen bei allen Beteiligten zu optimieren.</u></p>	UBG
23.2	<p>Mitwirkungspflicht birgt die Gefahr einer unverhältnismässig starken administrativen Belastung, vor allem der privaten Leistungserbringer und ist daher abzulehnen.</p>	CVP
23.2	<p>La mesure consistant à étendre à tous les prestataires l'obligation de fournir des données statistiques est jugée disproportionnée, en particulier pour ce qui est des établissements hospitaliers privés.</p>	PLS
23.2	<p>Die Vereinigung begrüsst, dass neu auch die Leistungserbringer bei der Erstellung von Statistiken mitzuwirken haben. Es scheint ihr insbesondere wichtig, dass die Pflicht zur Lieferung von Daten auch für den teilstationären Bereich und für Privatkliniken gilt.</p> <p>Da kleinere operative Eingriffe auch ambulant in Privatpraxen durchgeführt werden, sollten Aerztinnen und Aerzte, die solche Eingriffe in ihren Praxen vornehmen, ebenfalls zur Mitwirkung verpflichtet werden. Dies hat zwar nichts mit Spitalplanung und -finanzierung zu tun; vollständige Statistiken wären jedoch, z.B. bei Schwangerschaftsabbrüchen gemäss Artikel 120 StGB, von grossem gesundheitspolitischem Interesse.</p>	SVSS
23.2	<p>Gemäss Artikel 23 Absatz 2 KVG müssen auch Bundesbehörden bei der Erstellung der Statistiken mitwirken. Das BFS wirkt gegenwärtig jedoch nicht aktiv bei der Erstellung der Statistiken mit, sondern verlangt für die Codiertools (ICD) noch eine Lizenzgebühr. Es wäre jedoch aufgrund des Gesetzeswortlautes angezeigt, dass der Bund die Gesundheitsstatistiken mitfinanziert.</p> <p>Statistische Daten sind zur Planung und Steuerung des komplexen Systems Gesundheitswesen sicherlich unabdingbar. Auch für die epidemiologische Forschung sind möglichst umfassende Daten notwendig. Der Einbezug der Privatspitäler zur Mitwirkung bei der Erstellung der Statistiken ist daher sinnvoll.</p>	VSAO

23.2	<p>Das Prinzip, wonach auch die Leistungserbringer bei der Erstellung der Statistiken mitwirken, ist anzuerkennen.</p> <p>Sind Leistungserbringer, insbesondere die praktizierenden Aerzte und weitere Einzelleistungserbringer, in der Lage (software, hardware), Statistiken zu führen?</p> <p>Forderungen:</p> <p>Die Statistiken für die ambulante Behandlung und Praxen sowie für Spitäler sind getrennt zu führen, ebenso jene für den teilstationären Bereich.</p> <p>Der Mehraufwand zur Erstellung von Statistiken durch die Leistungserbringer ist abzugelten.</p>	GHo
23.2	<p>Die geplante Ausweitung, wonach nicht nur Spitäler, sondern "sämtliche Leistungserbringer" der gleichen Pflicht zur Mitwirkung bei der Erstellung der Statistiken unterworfen werden, ist systemwidrig bei einer Teilrevision, die ausdrücklich die Spitalfinanzierung anvisiert.</p> <p>Die grosse Gefahr der administrativen Ueberlastung gilt für private Leistungserbringer noch mehr als für die grossen Organisationen. Die Zeit der medizinischen Leistungserbringer für administrative Belange wird hier auch gefordert, was letztlich zu einer Erhöhung der Gesundheitskosten führen wird.</p> <p>Es kann nicht darum gehen, die ganze ambulante Medizin in einer staatlichen Leistungsstatistik zu erfassen. Ein Hausärztestreik könnte die Folge sein.</p>	PULSUS
23.3	Zustimmung	CVP
23.3	<p>Accord en ce qui concerne l'utilité d'obtenir des statistiques sur une base plus large. Cependant, les prestataires de soins devraient avoir le droit d'utiliser ces données, au même titre que la Confédération et les cantons, compte tenu de l'effort consenti pour documenter ces données.</p> <p>Les buts visés par l'utilisation de ces statistiques tendraient à limiter les capacités d'action des prestataires.</p>	PLS
23.3	Die vorgeschlagene Bestimmung krankt einmal mehr daran, dass Statistiken auf Vorrat gesammelt bzw. unter grossen Kostenfolgen in Auftrag gegeben werden, ohne dass zuerst der klare Zweck und die für seine Erreichung notwendigen Mittel definiert und deren Finanzierung sichergestellt werden.	FMH
23.3	<p>Die IPK TG hegt die Befürchtung, dass die Kantone durch die neuen Statistiköffnungen im Wettbewerb bevorzugt wären, weil sie selbst Spitalbetreiber sind.</p> <p>Der vorgeschlagene Detaillierungsgrad der Statistiken wäre mit sehr hohen administrativen Kosten verbunden.</p>	IPK TG
23.3	Die Angaben über die Verwendung der erhobenen Daten (z.B. "soweit dies zur Erreichung der Ziele des Gesetzes notwendig ist") sind zu vage. Insbesondere dann, wenn Diagnoseinformationen in Form des ICD-10 Codes geliefert werden sollen, fordert der VSAO eine enge Regelung der weiteren Verwendung dieser Daten (z.B. nur für epidemiologische Aufgaben). Der ICD-10 Code dient globalen Statistik- und Forschungszwecken und weist deshalb auch viele Codierungsziffern auf, die nicht nur Krankheitsdiagnosen betreffen, sondern vielmehr auch bestimmte Verhaltensweisen (z.B. "antisoziale Persönlichkeit") offenlegen. Für andere als Forschungszwecke sind diese Daten ungeeignet, und ihre Weitergabe ist gefährlich.	VSAO
23.3	<p>Selon l'ISE, compléter cet article a pour objectif d'élargir les utilisations possibles par les cantons à l'ensemble des besoins de conduite de santé publique, qui dépassent aussi bien le cadre de l'assurance que celui de la planification ou de la gestion sanitaire. Par exemple, la santé publique doit de plus en plus inclure de nouveaux aspects sociaux (pauvreté , chômage) pour lesquels les données médicales sont essentielles.</p> <p>Proposition:</p> <p>... d'après l'art. 39, al. 1, d, pour la planification des institutions de soins semi-hospitaliers d'après l'art. 39, al. 4, let. a. La Confédération et les cantons peuvent utiliser ces données dans d'autres buts, dans la mesure où cela est nécessaire <u>pour conduire une politique de santé publique</u> et atteindre les objectifs fixés dans la présente loi.</p>	ISE

23.3	Einverstanden mit der Zurverfügungstellung der vorhandenen Daten im Rahmen des nach den Vorschriften des Bundesstatistikgesetzes erhobenen Statistiken. Nicht einverstanden mit einer Verwendung über statistische Zwecke hinaus.	PULSUS
------	--	--------

Artikel 25 Absatz 2 Buchstaben e und f

Article 25 alinéa 2 lettres e et f

Articolo 25 capoverso 2 lettere e ed f

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
25.2	Die Leistungspflicht des KVG ist weiterhin auf die allgemeine Abteilung öffentlich subventionierter Spitäler zu beschränken. Im übrigen begründet der Aufenthalt in einem Spital keine Leistungspflicht. Er muss weiterhin medizinisch indiziert sein.	AG
25.2	Keine Bemerkungen.	AR, AI BE, GL, LU, OW, SH, SZ, SG, SO, TG, ZG, ZH, CVP, CNG, VSA, MS, BSF, UBG, AGKB, MTK, WK
25.2	Le séjour dans un hôpital est imprécis pour définir les prestations. Proposition de mentionner explicitement ces prestations.	JU
25.2	La proposta non è condivisa. Lo stralcio puro e semplice della menzione "in reparto comune" sembra assai pericoloso. Così facendo non esiste infatti più alcuna descrizione delle prestazioni a carico della LAMal in ambito ospedaliero. È necessario mantenere un riferimento alle prestazioni a carico della LAMal. Ad esempio: "la degenza nel reparto comune di un ospedale o le prestazioni equivalenti se il paziente è degente in un altro reparto"	TI
25.2	Die PdA unterstützt den Einbezug der teilstationären Behandlung in das Finanzierungssystem analog der stationären Behandlung.	PdA
25.2	Der SGV sieht nicht ein, weshalb vom Begriff "Allgemeine Abteilung" abgewichen werden soll, da der Begriff "in einem Spital" suggeriert, dass jede Unterbringung in sämtlichen Abteilungen übernommen werden soll, was nicht der Absicht der Revision entspricht. Antrag: Begriff "Allgemeine Abteilung" wieder einführen.	SGV
25.2	Der SVV begrüsst das Ziel, die KVG-Pflichtleistungen unabhängig von der Inanspruchnahme von Zusatzleistungen zu subventionieren (stationär=teilstationär, AllgemeinpatientInnen=HalbprivatpatientInnen, Privatspital= öffentliches Spital etc.).	SVV
25.2	Die Streichung des Begriffs "Allgemeine Abteilung" wird abgelehnt, da mit der vorgeschlagenen Nivellierung falsche Erwartungen geweckt werden. Der fundamentale Unterschied zwischen Grund- und Zusatzversicherung besteht darin, dass der zusatzversicherten Person neben dem Komfort der Beherbergung auch die freie Arztwahl und ein rascher, adäquater Zugang zur medizinischen Versorgung garantiert wird.	HG
25.2	Der Begriff der teilstationären Behandlung ist im Gesetz genau und eng zu definieren, so dass er den ambulanten Bereich nicht konkurrenziert.	SPV
25.2	Die VSAO erachtet es grundsätzlich als sinnvoll, den teilstationären Bereich dem stationären gleichzusetzen. Allerdings droht dadurch inskünftig die Gefahr, dass ambulante Personen teilstationär untergebracht werden, weil dieser Bereich neu von den Kantonen subventioniert würde.	VSAO

25.2	<p>Le Conseil fédéral introduit des difficultés supplémentaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec la prise en charge des traitements en division privé on pourrait penser que ce seront les frais effectifs des traitements qui seront pris en charge. Mais il s'agit seulement des frais de base comme en division commune. Les autres frais sont des frais supplémentaires à la charge de l'assurance complémentaire. • Il n'est pas certain que les règles relatives aux traitements économiques puissent justifier une prise en charge seulement partielle des frais occasionnés par un traitement économique. <p>Il serait beaucoup plus clair de reprendre les règles de l'assurance-accidents en la matière, qui sont simples et univoques (art. 10 al. 1 let. c LAA, art. 15 OLAA).</p>	GPFI
25.2	Die SVBP lehnt die Gleichstellung des teilstationären mit dem stationären Bereich strikte ab. Die Gründe dagegen sind medizinischer wie ordnungspolitischer Natur.	SVBP
25.2e	Es ist klar festzulegen, welche Leistungen im Spital grundversichert sind. Die Tatsache des Aufenthaltes in einem Spital ist für die Umschreibung des Leistungsumfanges der Grundversicherung zu unbestimmt. Nicht jeder Spitalaufenthalt ist notwendig, nicht jede im Rahmen eines Spitalaufenthaltes erbrachte Leistung (medizinischer, pflegerischer oder unterbringungsmässiger Art) ist für den Behandlungszweck erforderlich.	GR
25.2e	Maintien de la version actuelle, soit "le séjour en division commune d'un hôpital"	VD
25.2e	<p>Die vorgesehene Änderung ist abzulehnen. Der alleinige Verweis auf den „Aufenthalt in einem Spital“ ist ungenügend. Es ist klar festzulegen, welche Leistungen im Spital grundversichert sind. Ein blosser Verweis auf den Aufenthalt reicht dazu nicht aus, weil nicht jeder Spitalaufenthalt notwendig und nicht jede im Rahmen eines Aufenthaltes erbrachte Leistung für den Behandlungszweck erforderlich ist.</p> <p>Antrag: "die im Rahmen eines notwendigen Spitalaufenthaltes erforderliche Unterbringung, Verpflegung, Behandlung und Pflege".</p>	FDP
25.2e	Den Ersatz des Begriffs "Allgemeine Abteilung" durch einen noch weniger präzise abzugrenzenden Begriff lehnt die PLS ab, weil er tendenziell nicht zu Wettbewerb führt, sondern der öffentlichen Hand nur Kosten verursacht.	PLS
25.2e	Grundsätzlich einverstanden. Der Verzicht auf den Begriff "Allgemeine Abteilung" ist richtig, da die Grundversicherung in allen Abteilungen die gleichen medizinischen Behandlungen vergüten soll.	SVP
25.2e	Die LAK unterstützt die Verwendung des Begriffs "Spital" anstelle des Begriffs "Allgemeine Abteilung" und kann sich ebenfalls mit der Präzisierung unter Bst. f einverstanden erklären.	LAK
25.2e	Von der vorgesehenen Streichung des Begriffs "Allgemeine Abteilung" ist abzusehen. Die Einführung des Begriffs "Aufenthalt in einem Spital" führt zu einer Nivellierung, und es wird eine planwirtschaftliche Lösung angestrebt. Die Zusatzversicherungen würden wegfallen, was zu einer faktischen Aufhebung des Rechts auf freie Arztwahl führt. Mit den angestrebten Globalbudgets besteht zudem die Gefahr, dass in kritischen wirtschaftlichen Situationen die ökonomische Komponente bei der anzuwendenden Behandlung zum Nachteil des Patienten überwiegt.	PULSUS
25.2e	Die SAEB unterstützt die vorgesehene Formulierung mit dem Hinweis, dass die Krankenversicherung unabhängig von der Unterbringung leistungspflichtig sein muss.	SAEB
25.2e	<p>Der Begriff "allgemeine Abteilung" diene bisher der Abgrenzung der von den Krankenversicherern zu übernehmenden Spitalkostenanteile. Weshalb von diesem Begriff abgerückt werden soll, ist nicht klar; in der Revisionsvorlage findet sich keine überzeugende Begründung dafür. Die neue Formulierung "in einem Spital" dürfte zu Auslegungsproblemen führen und der Hinweis auf Artikel 32 KVG (WZW) wird langwierige Auseinandersetzungen vor den Beschwerdeinstanzen nach sich ziehen.</p> <p>Der Begriff "Aufenthalt in einem Spital" soll besser abgegrenzt und mit den bestehenden Abteilungsstrukturen überprüft werden.</p>	SSRV
25.2e	La suppression proposée du concept de "division commune" est rejetée	FSAVS

25.2e	Die Ärzte entscheiden, ob ein Patient unabhängig von seinem Versicherungsstatus in einem Einer- oder Mehrbettzimmer gepflegt wird.	GHo
25.2e.f	Eine klare Abgrenzung der Leistungen des Grundversicherungsbereichs von den Leistungen des Zusatzversicherungsbereichs ist unerlässlich. Die Auswirkungen auf den Leistungsbereich der Zusatzversicherung hält der Regierungsrat für stark klärungsbedürftig; die gesamten Aspekte des Tarifschutzes sind vertieft abzuklären.	BS
25.2e.f	La nouvelle interprétation de la division commune comme un ensemble de prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins a pour corollaire une extension de l'offre pour les assurés LAMal en matière d'établissements hospitaliers, avec le potentiel de croissance des coûts et de transferts financiers que cela implique. La délimitation des prestations LAMal et non LAMal devra être clairement précisée et les règles de constitution du niveau des primes explicitées.	VD
25.2e.f	La FRSP est contre la suppression de la notion de division commune. Dans le cadre du système actuel, cette notion sert de base de calcul aux participations respectives des assurances de base et complémentaires. Sa suppression pourrait avoir pour conséquence de faire peser sur les seules assurances complémentaires et l'existence des cliniques privées.	FRSP
25.2e.f	Die Gleichstellung von teilstationärer und stationärer Behandlung wird begrüsst. Der SGB versteht die Absicht, weshalb der Begriff "Allgemeine Abteilung" gestrichen werden soll, ihm reichen jedoch die Verweise auf Artikel 32 und 57 KVG (WZW und allgemeines Gebot der Wirtschaftlichkeit) nicht aus. Es braucht eine klare Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung sowie dessen, was medizinisch notwendig ist und was nicht.	SGB
25.2e.f	Grundsätzlich einverstanden mit der Gleichstellung von teilstationärer und stationärer Behandlung.	SVSS
25.2e.f	Die FMH begrüsst ausdrücklich den vorgeschlagenen Systemwechsel, der nicht nur semantische Korrekturen nach sich zieht.	FMH
25.2e.f	Die IPK TG kann sich mit der Gleichstellung von teilstationärer und stationärer Behandlung nicht einverstanden erklären, weil sich die damit verbundene Umstrukturierung zwar mit der Finanzierungsverpflichtung der Kantone, nicht jedoch mit den Interessen der PatientInnen und Versorger vereinbaren lässt. Antrag: Begriff "teilstationär" in Artikel 25 streichen.	IPK TG
25.2e.f	Der Ersatz des Begriffs "Allgemeine Abteilung" durch "Spitalaufenthalt" zeigt die politisch gefärbte Absicht des EDI auf, im Gesundheitsbereich, speziell im Spitalbereich, eine Nivellierung einzuführen, die weder erwünscht noch kostenmässig vertretbar ist. Es ist zutreffend, dass PatientInnen verschiedener Versicherungsklassen in den gleichen Abteilungen untergebracht sind, diese jedoch unterschiedliche Leistungen erhalten. Die SVPK wehrt sich gegen einen weiteren Ausbau des Leistungskatalogs durch den Begriff "Aufenthalt in einem Spital", da dieser nicht definiert ist und mit den Vorgaben des Gesetzes nicht in Übereinstimmung zu bringen ist.	SVPK
25.2e.f	Der VLSS begrüsst die Ausdehnung der Tarifstruktur der stationären Leistungen auf die teilstationären Leistungen. Als Mangel wird die fehlende Definition des Begriffs "in einem Spital" angesehen, der eine Abschaffung des Begriffs "Allgemeine Abteilung" als nicht realistisch erscheinen lässt.	VLSS
25.2e.f	Zustimmung. Es ist zu präzisieren, dass die Versicherer nicht die vollen Kosten, sondern nur einen Beitrag an die Leistungen in Pflegeheimen und der ambulanten Krankenpflege (SPITEX) zu leisten haben. Antrag: Keine volle Kostenübernahme durch die Versicherer.	KSK
25.2f	Eine Gleichstellung der beiden Begriffe "teilstationär" und "stationär" erscheint angesichts der zunehmenden Überlappung als zweckmässig.	SVP
25.2f	Auch der Begriff "teilstationär" ist zu präzisieren und klar zu definieren, so dass keine Umlagerung vom ambulanten in den teilstationären Bereich erfolgt.	SGB
25.2f	La notion de soins semi-hospitaliers doit être précisée par voie d'ordonnance.	VD

25.2f	Die teilstationäre Behandlung ist der ambulanten Behandlung zuzuordnen und über die Versicherer allein ohne die Beteiligung der Kantone zu finanzieren.	PULSUS
25.2f	Findet die Umschreibung besser!	GHo

Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i

Article 35 alinéa 2 lettre i

Articolo 35 capoverso 2 lettera i

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
35	Nessuna osservazione	TI
35	Geburtshäuser sind als Leistungserbringer in Artikel 35 explizit aufzuführen, weil diese sehr kostengünstig sind und mit einfachen Betriebsmitteln geführt werden. Sie entsprechen einem Bedürfnis von Frauen und Familien.	SHV
35	Zustimmung	GHo
35.2i	Mit der Präzisierung einverstanden. Der Begriff "teilstationär" ist unpräzise, weshalb sich in der Praxis Auslegungsschwierigkeiten ergeben könnten. Antrag: Dem Bundesrat soll die Kompetenz erteilt werden, in der Verordnung die teilstationären Leistungen zu definieren.	SBV
35.2i	Die teilstationäre Behandlung ist der stationären Behandlung nicht gleichzustellen. Dass private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen sind, ist explizit aufzuführen.	PULSUS
35.2i	Grundsätzliche Zustimmung. Der Begriff "teilstationär" ist jedoch zu unpräzise. Die Abgrenzung zu ambulant bleibt weiterhin bestehen. Antrag: Dem Bundesrat ist die gesetzliche Kompetenz einzuräumen, in einer Verordnung die Begriffe "ambulant", "teilstationär" und "stationär" zu definieren.	KSK
35.2i	Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege Ergänzung Buchstabe k: Pflegeheime, sofern diese über entsprechendes Fachpersonal verfügen	UBG
35; 39	Der teilstationäre Bereich eignet sich besonders gut für die private, unternehmerische Seite. Der Regierungsrat befürchtet eine Verlagerung vom ambulanten in den teilstationären Bereich mit unabsehbaren Kostenfolgen.	SZ

Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben d und e sowie Absätze 2, 3 und 4**Article 39 alinéa 1 lettres d et e et alinéas 2, 3 et 4****Articolo 39 capoverso 1 lettere d ed e come pure capoversi 2, 3 e 4**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
35; 39	Die Beitragspflicht der Kantone an alle Spitäler, welche in die Liste aufgenommen wurden, wird zu einer restriktiven Auslegung dieser Listen und dadurch zu einer Einschränkung der Spitalwahlfreiheit der Zusatzversicherten führen. Der Wettbewerb wird einer staatlichen Planung geopfert. Evaluationsverfahren, Subventionsausrichtung und Kostengutsprachen werden nur mit riesigem administrativem Aufwand zu bewältigen sein. Die Kriterien für die Erstellung der Spitalliste sind in der Vorlage nicht geregelt, obwohl diesen eine noch grössere Bedeutung zukommt als bisher. Es ist absurd und rechtsstaatlich bedenklich, wenn die Rechtsprechung sagen muss, wie der Kanton seine Planung aufzubauen hat. Der Bund mischt sich zudem schon heute in fraglicher Weise in diese kantonale Domäne ein und darf nicht auch noch die entscheidenden Fragen der Judikative delegieren. Die bisherige Beschwerdeflut gegen die Spitalisten zeigten, was zukünftig auf uns zukommen könnte.	LU
39	Die offene Frage der Zuständigkeit gesamtschweizerisch tätiger Institutionen ist nicht geklärt. Das den Kantonen vorgeschriebene Verfahren der Spitalplanung ist in der vorliegenden Form unpraktikabel und ineffizient.	AG
39	Die Planung schränkt den Wettbewerb zwischen den Anbietern ein und stellt den Status der private Unternehmen in Frage. Der Einbezug der Privatspitäler in die Spitalplanung bedeutet eine schleichende Verstaatlichung, und ist deshalb abzulehnen. Mit einer solchen Regelung würde jeder Kanton gezwungen, die Kapazitäten für sämtliche Patienten aus allen Kantonen in allen Spitälern der Schweiz zu ermitteln und festzulegen. Dies ist ordnungspolitisch wie auch rechtsstaatlich bedenklich, weil sich der Bund in die den Kantonen vorbehaltene Gesundheitsversorgung einmischt, ohne ein geeignetes Instrumentarium anzubieten. Jedes Spital hätte ein grosses Interesse, in die Spitalliste sämtlicher Kantone aufgenommen zu werden, um PrivatpatientInnen aus der ganzen Schweiz aufnehmen zu können. Andererseits hätte jeder Kanton aus finanziellen und administrativen Gründen ein Interesse, die Liste möglichst klein zu halten.	AI, AR, BS, GL, GR, OW, SG, SH, TG, ZG, ZH
39	Die mit der Teilrevision angestrebte radikale Umsetzung des geschlossenen Versicherungssystems macht die Spitalplanung und die Spitalliste zum Führungs- und Steuerungsinstrument. Man hätte erwarten dürfen, dass sich die Revisionsvorlage zu den ungelösten Problemen, beim Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben geäussert hätte. Darunter sind verfahrensrechtliche Fragen des Erlasses einer Spitalliste, eine Definition des angemessenen Einbezugs privater Trägerschaften in die Planung, Klärung der Interessenskonflikte der Kantone im Zusammenhang mit der Erstellung kantonaler Spitalisten (Bevorzugung kant. Institutionen, Verhältnismässigkeit bei der Beschränkung der Handels- und Gewerbefreiheit und Eigentumsgarantie etc.) zu verstehen.	BE
39	Die Ausdehnung der Planungspflicht auf die Privatspitäler stellt deren Status in Frage. Kantone werden im privaten Bereich an Vollzugsprobleme stossen. Mit der Mitfinanzierung von nicht in der Liste stehenden Spitälern werden den Kantonen die Lenkungsinstrumente genommen.	SO

39	<p>Maintien de la version actuelle, présentant l'avantage de bénéficier progressivement d'une jurisprudence qui éclaire les intentions du législateur, en intégrant de manière appropriée les soins semi-hospitaliers. Délai suffisant pour résoudre les questions techniques soulevées par la planification des soins semi-hospitaliers.</p> <p>Bien qu'il n'adhère pas au projet d'extension de l'obligation de contribuer des cantons aux établissements et séjours privés, le canton de Vaud stipule qu'il faudrait rendre compatible cet article avec la législation vaudoise par le biais d'une formule comme: "Toutes les institutions hospitalières sont soumises à la planification, indépendamment de leur statut juridique et des lois cantonales existantes".</p>	VD
39	Begrüssst den erweiterten Auftrag der Kantone im Bereich der Spitalplanung.	PdA
39	Es ist richtig, dass sich die Spitalplanung auf alle stationären und teilstationären Kapazitäten erstreckt, in denen (im Minimum) die Grundleistungen nach KVG erbracht werden.	VSA
39	La solution n'est pas satisfaisante.	GPFI
39	Zur Gewährleistung der freien Arzt- und Spitalwahl und des Wettbewerbs ist eine Liberalisierung über die Kantonsgrenzen hinweg unabdingbar. Sobald eine Zulassung am Standortkanton auf Liste A oder B besteht, müsse diese gesamtschweizerische Gültigkeit haben.	IPK TG
39	Una modifica così proposta richiederebbe la indispensabile analoga opportuna modifica dell'art. 36, allo scopo di permettere un altrettanto razionale impiego del personale sanitario autorizzato ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia di base, considerando l'eventuale introduzione di clausole limitative intese a soddisfare il fabbisogno	OMCT
39	Da der Kanton zukünftig alle Spitäler, die er auf die Spitalliste setzt, subventionieren muss, hat er ein Interesse an einer möglichst kleinen Liste. Es liegt deshalb eine grosse Unsicherheit und eine problematische Konzentration von Verantwortung in der Hand der Kantone. Statt der effizientesten Spitäler besteht die Gefahr, dass die Kantone ihre eigenen auf die Liste setzen würden.	SVV
39	<p>Grundsätzlich muss gefragt werden, ob die Subventionen nicht in Form von Prämienverbilligungen den Versicherten direkt zukommen sollten. Dadurch würde die Leistungsfähigkeit der Spitäler stärker ausschlaggebend sein für deren Berücksichtigung durch die Versicherer. Voraussetzung ist jedoch, dass diese nicht durch die Gesetzgebung gezwungen sind, alle planungskonformen Spitäler zu berücksichtigen.</p> <p>Da die Kantone oft Mitträger von Spitälern sind, besteht der Anreiz, private Spitalbetreiber von der Liste zu streichen. Die Formulierung, wonach private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen seien, ist zu offen, als dass die Folgen des oben erwähnten Anreizes nicht eintreten. Nicht in die Liste aufgenommene Spitäler könnten in Zukunft kaum mehr existieren.</p> <p>Die Liste ist eine rein planwirtschaftlich konzipierte Marktzutritts- bzw. Marktaustrittsschranke. Die bisher praktizierte Spitalplanung führt nicht zu effizienten Lösungen und durch die Teilrevision kommt ihr eine noch grössere Bedeutung zu.</p>	WK
39.1	La modification proposée n'apporte pas de précisions suffisantes pour clarifier le rôle planificateur dévolu à la liste et il est insuffisant que l'hôpital figure sur la liste de son canton pour que l'assurance-maladie obligatoire soit obligée de financer les séjours qui s'y déroulent. L'énoncé de la lettre "d" actuel paraît suffisant, la lettre "e" devant être modifiée comme le propose la CDS dans sa prise de position.	JU
39.1	Durch die kantonale Finanzierung der Privatspitäler wird deren Status als marktwirtschaftliche Unternehmen ausgehöhlt. Kantone könnten Doppelspurigkeiten zu Lasten der Privatspitäler ausmerzen. Echte, nach den Regeln der Privatwirtschaft funktionierende Spitäler wird es keine mehr geben, was dem, im KVG postulierten Wettbewerbsgedanken klar widerspricht.	ZG

39.1d	Mit der Verkürzung dieser Gesetzesbestimmung wird die Pflicht, private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen, ersatzlos gestrichen. Die Bevorzugung öffentlicher Spitäler bedeutet Wortbruch gegenüber den, im Abstimmungskampf für das KVG gemachten Versprechungen.	PULSUS
39.1d.2	Auf eine Planung kann verzichtet werden, wenn die nötigen Reformen im Tarif- und Anreizsystem durchgeführt würden. Die FDP begrüsst die geplante Entflechtung von Planung und Liste.	FDP
39.1d.e.2	Bst. e unklar. Was ist mit "Kategorien" gemeint. Werden darunter "Spitalleistungskategorien" verstanden? Präzisierung des Begriffs "Kategorien" verlangt.	KSK
39.1.e	Die Streichung des Begriffs "nach Leistungsaufträgen" wird ausdrücklich begrüsst.	PULSUS
39.1d.e 39.2.3.4	La proposition aura des incidences sur le processus de planification mené par les cantons. En effet, confrontés à de nouvelles charges, les cantons seront vraisemblablement amenés à retirer un établissement de leur liste et à encourir le risque qu'un recours soit déposé contre leur décision. Dès lors, les liens étroits entre la planification et le financement (art. 39 et 49) amènent à la confusion de ces différentes dimensions. Du reste, à plusieurs reprises dans le rapport explicatif, il existe des incohérences à ce sujet. Reste à déterminer les modalités et les possibilités de contrôle par l'Etat du secteur hospitalier privé.	VS
39.1d.e 39.2.3.4	Begrüssst die Gleichbehandlung der Zusatzversicherten. Da diese auch Steuern bezahlen, ist es konsequent, wenn die Kantone im Spitalbereich einen Beitrag an die als geeignet erachteten Spitäler leisten müssten. Dadurch wird die Spitalplanung seriöser ausfallen, obschon durch eine restriktive Planung wirksamer Wettbewerb zwischen den Spitälern tendenziell verhindert wird.	SVP
39.1d.e 39.2.3.4	Grundsätzlich einverstanden. Die Bestimmungen über die teilstationären Einrichtungen in Absatz 4 werden ausdrücklich begrüsst.	SBV
39.1.2.3	Ablehnung. Durch die Zahlung eines Sockelbeitrages können die Zusatzversicherungsprämien gesenkt werden. Das hat zur Folge, dass die vorhandenen Kapazitäten an Zweier- und Einbettzimmern nicht ausreichen, und deshalb neue Kapazitäten mit entsprechender Kostenfolge aufgebaut werden müssen. Die Spitalisten sind nicht realisierbar, weil die Auswirkungen der Änderungen in der Spitalfinanzierung nicht absehbar seien.	UBG
39.1.2.3.4	Ausdrückliche Zustimmung, keine Ergänzungen.	SGB
39.1.2.3.4	Die Neuformulierung wird begrüsst, da eine Reihe von Punkten dadurch eine Klärung erführen. Es ist selbstverständlich, dass alle nach dem KVG versicherten Personen in die Spitalplanung einzubeziehen seien. Es ist weiter zu hoffen, dass die Kantone z.B. im Bereich Spitzenmedizin vermehrt untereinander koordinieren und ausserkantonale Spitäler in die eigenen Spitalisten aufnehmen werden	SAEB
39.1.2.3.4	Bei der Definition in Absatz 1 ist darauf zu achten, dass die Spitäler auch teilstationäre Behandlungen erbringen könnten. Grundsätzlich ist es jedoch sinnvoll, dass der Standort oder die Abteilung auf die Vergütung keinen Einfluss mehr haben dürfe.	VSAO
39.1.2.3.4	Ausdehnung der Planungspflicht auf den teilstationären Bereich wird abgelehnt. Der Kanton wäre ansonsten an einer Verschiebung in den ambulanten und die Versicherer an eine Verschiebung in den subventionierten (teil-)stationären Bereich interessiert.	AGKB
39.1.2.3.4	Einbezug öffentlicher wie privater Spitäler in die Planung wird begrüsst. Dadurch sollen gleiche Voraussetzungen für alle Leistungserbringer geschaffen werden. MS gibt der Hoffnung Ausdruck, dass eine Zweiklassenmedizin verhindert werden kann. Ausdrücklich hingewiesen wird darauf, dass der Gesetzentwurf den Einbezug aller Versicherungskategorien in die Planung verlangt.	MS

39.1.2.3.4	L'utilité des précisions figurant à l'alinéa 2 n'apparaît pas clairement: l'obligation de déterminer les besoins de toutes les personnes tenues de s'assurer avant d'établir la planification ne diffère guère de la pratique actuelle et nous ne pourrions comprendre que les cantons soient contraints par cette disposition à surdimensionner leur réseau public par mesure de précaution vu les risques pesant sur le réseau privé. Le parti libéral s'oppose à une planification pour les institutions de soins semi-hospitaliers, parce qu'il n'existe aucune définition de ces institutions. Le PLS propose de maintenir inchangé l'art. 39 al. 1 à 4.	PLS
39.2	Der Bund mischt sich zu stark in die Hoheit der Kantone im Bereich der Gesundheitsversorgung ein. Das planwirtschaftliche Element wird gestärkt, ohne ein entsprechendes Instrumentarium zur Umsetzung bereitzustellen. Der Zwang die Patientenströme erfassen zu müssen, wird die Kantone vor riesige Vollzugsprobleme stellen.	CVP
39.2	Der planwirtschaftliche Ansatz sei ein Misstrauensvotum an die Adresse der Kantone und diese würden in ihrer Kompetenz eingeschränkt, was nicht notwendig ist. Es ist Sache der Kantone, zu entscheiden, inwieweit sie miteinander zusammenarbeiten wollten. Sie müssen verpflichtet bleiben, die privaten Institutionen zu berücksichtigen	PULSUS
39.2	Zustimmung. Sinnvoll und notwendig.	FMH
39.2	Der vorgesehene Wettbewerb unter den öffentlichen und privaten Spitälern mit gleichlangen Spiessen fördernden Massnahmen ist nur dann sinnvoll, wenn diese auch gleichberechtigt in die Planung einbezogen werden. Das Wort "angemessen" ist zu streichen, da dieses wettbewerbsverzerrend ist und die Kantone dazu animieren würde, Privatspitäler von der Liste zu streichen.	VLSS
39.2.3	Rien à signaler	JU
39.3	Der Leistungsauftrag ist vage formuliert mit: "Vergütungen". Durch die Kann-Formulierung wird ein Planungsvakuum entstehen. Vorschlag: "Vereinbarung über leistungsbezogene Vergütungen".	FDP
39.3	Es besteht die Gefahr, dass die Ersteller der Spitalisten staatliche oder öffentlich subventionierte Spitäler bevorzugen könnten. Es sind unabhängig von der jeweiligen Trägerschaft diejenigen Spitäler mit dem besten Preis-/Leistungsverhältnis in die Spitalliste aufzunehmen.	SGV
39.3	Die Argumentation ist nicht nachvollziehbar. Vorschlag: "Die Spitalliste nach Abs. 1 Bst. e enthält sämtliche für die Versorgung zugelassenen Spitäler des Kantons; sie kann auch Spitäler in anderen Kantonen umfassen, für die der Kanton mit einem oder mehreren Kantonen oder dem betreffenden Spital eine Vereinbarung abgeschlossen hat."	PULSUS
39.3	Die Formulierung, dass sämtliche notwendigen Spitäler aufzuführen seien, bedeutet eine Objekt- statt der angestrebten Leistungsfinanzierung. Der Begriff Vereinbarung ist unpräzis. Anstelle von Vereinbarung muss es heissen "Vereinbarung über leistungsbezogene Vergütungen".	BSF
39.3	Plädiert für eine verstärkte Pflicht zum Einbezug privater Leistungserbringer. Private werden tendenziell ausgeschlossen. In Absatz 3 soll nicht von "notwendigen Spitälern" gesprochen werden, sondern dass die Spitalliste all jene Spitäler zu umfassen habe, die die qualitätsmässigen Voraussetzungen erfüllen und ihre Leistungen wirtschaftlich erbringen.	HG
39.3	Beim Erstellen der Spitalisten ist auf die für die Versorgung <u>tauglichen</u> Spitäler abzustellen, womit das "Günstigkeits-Prinzip" in einer wettbewerblichen Ausrichtung Berücksichtigung finde.	SVPK
39.3	Die Formulierung, dass sämtliche notwendigen Spitäler auf der Spitalliste aufzuführen seien, bedeutet eine Objektfinanzierung anstelle einer Leistungsfinanzierung. Änderungsvorschlag: "... Spitäler oder Spitalabteilungen des Kantons, denen die notwendigen Kapazitäten in der entsprechenden Spitalleistungskategorie oder medizinischen Disziplin zugeordnet worden sind".	KSK

39.3	Begriff "Vereinbarung" sei zu unbestimmt. Alle ausserkantonale notwendigen Spitäler müssen zwingend auf der Spitalliste aufgeführt werden. Mit der vorgeschlagenen "Kann-Formulierung" entsteht ein Planungsvakuum. Der Begriff ist mit "Vereinbarung über leistungsbezogene Vergütungen" zu ersetzen.	KSK
39.3.4	Der Einbezug der privaten Träger im Pflegeheimbereich muss sich auch darauf auswirken, dass für diese Kategorie Leistungsanbieter eine Planung erstellt werden müsse.	LAK
39.4	Ausdrückliche Zustimmung	KSK
39.4a	Der Begriff "teilstationäre Behandlung" ist nicht befriedigend definiert. Eine Verlagerung der Behandlungen in den teilstationären Bereich wird die ambulanten Leistungserbringer weiter benachteiligen. Die Folgekosten der Unterstellung des teilstationären Bereichs unter die Planungspflicht sind nicht abzuschätzen.	AI, AR, BS, GL, GR, OW, SG, SH, TG, ZG, ZH
39.4a	Die Ausdehnung der Planung auf den teilstationären Bereich wird abgelehnt, da dieser zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen werde. Zudem ist es praktisch unmöglich, eine Abgrenzung zum ambulanten Bereich zu machen. Letztlich würde eine solche Regelung den Versicherern den Anreiz geben, Behandlungen vom ambulanten in den teilstationären Bereich zu verlagern, was bedeute, dass die nichtsubventionierten Arztpraxen gegenüber der bestehenden Wettbewerbssituation weiter benachteiligt würden. Der Weg führe weg von der Privatwirtschaft hin zur Staatsmedizin.	CVP
39.4a	Grundsätzlich einverstanden mit der Ausdehnung der Planungspflicht auf alle teilstationären Behandlungseinrichtungen. Die Begriffe ambulant und teilstationär sind in den Ausführungsbestimmungen genau zu umschreiben	CNG
39.4a	Der Einbezug der teilstationären Behandlung in die Planung wird begrüsst. Dies bedeutet eine Klärung der beiden EVG-Entscheide aus dem Jahr 1997.	SSRV
39.4a	La planification des soins semi-hospitaliers paraît contraire à l'esprit de la LAMal et nuisible au libre choix du médecin, aspect fondamental. Rien n'est dit quant à la prise en charge des soins ambulatoires ou semi-hospitaliers par les assurances complémentaires et à la garantie du libre choix du médecin.	FRSP
39.4a	Die Planungspflicht im teilstationären Bereich wird entschieden abgelehnt. Ambulant ist von der notwendigen Infrastruktur her näher bei teilstationär näher bei teilstationär anzusiedeln. Der Begriff "teilstationär" wird in der Schweiz so verstanden, dass die Überwachung des Patienten während einer gewissen Zeit vorausgesetzt wird, nicht aber die finanziell teuren rund-um -die-Uhr-Bereitschaftsdienste. Die finanziell entscheidenden Kosten entstehen bei den Personalkosten und nicht bei der Infrastruktur. Aus diesem Grund ist es nicht sinnvoll, teilstationäre Behandlungen der Spitalplanung zu unterstellen. Die Kantone haben bereits genügend Schwierigkeiten, die stationäre Planung sachgerecht zu erfüllen.	FMH
39.4a	Einbezug des teilstationären Bereich in die Spitalplanung sei verfehlt, weil dadurch die Versorgungssicherheit gefährdet werden könnte. Der Einbezug der teilstationären Behandlung in die Spitalplanung sei ersatzlos zu streichen.	SVPK
39.4a	Planung im teilstationären Bereich wird strikte abgelehnt.	SVBP
39.4a	Mit der Einführung der Planung im teilstationären Bereich nicht einverstanden. Es kann nicht abgeschätzt werden, welche Behandlungen zukünftig stationär oder teilstationär zu erfolgen hätten. Eine vernünftige Planung ist daher nicht möglich. Kostengünstige Behandlungsmethoden könnten dadurch zurückgedrängt oder verhindert werden.	HG
39.4a	Ausweitung der staatlichen Planung auf den teilstationären Bereich wird abgelehnt. Moderne Behandlungsmethoden entwickelten sich immer mehr in Richtung teilstationär. Behandlungen, welche bis vor kurzer Zeit noch stationär durchgeführt werden mussten, geschähen heute ambulant. Es sei deshalb nicht möglich, eine Planung zu erstellen. Der Kanton soll sich nicht an der Finanzierung des teilstationären Bereichs beteiligen. Es braucht für teilstationäre Behandlungsmethoden, welche in öffentlichen Spitälern angeboten werden, keine eigene legislatorische Planungskompetenz.	PULSUS

39.4a	In Anbetracht der zunehmenden Bedeutung der Tageschirurgie ist es angebracht, Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege in die kantonale Planung und in die Spitallisten einzubeziehen. Probleme sieht die MTK bei der Finanzierung und bei der Abgrenzung zwischen ambulant und stationär führen.	MTK
39.4b	Il n'est pas tenu compte de la décision du Conseil fédéral qui a reconnu que les assurés séjournant dans un EMS non mentionné dans le plan hospitalier ne perdent pas leur droit aux prestations de l'assurance obligatoire (RAMA 1997, KV2, p. 1). On ne peut pas priver les assurés des prestations prévues pour les soins à domicile parce qu'au lieu d'en bénéficier à domicile, ils en bénéficient dans un établissement non mentionné sur la liste.	GPFI

Artikel 41 Absätze 1, 2 und 3

Article 41 alinéas 1, 2 et 3

Articolo 41 capoversi 1, 2 e 3

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
39; 41	Unklar ist, ob die Kosten für Versicherte nun in privaten Trägerschaften ebenfalls zu höchstens 50% von den Versicherern zu übernehmen sind und demzufolge die übrigen Kosten von der öffentlichen Hand.	GHo
41	Das komplizierte, bürokratische Verfahren der ausserkantonalen Hospitalisation wurde leider nicht vereinfacht. Fragen der Referenztaxen und vor allem die Trennung der medizinisch notwendigen Leistungen und der bürokratisch planerisch festgelegten Leistungserbringer (Listenspitäler) wurden zum Nachteil der Wahlfreiheit der Patienten und Patientinnen nicht gelöst.	AG
41	Gleichbehandlung des teilstationären und des ambulanten Bereichs. Artikel 41 ist daher so zu ergänzen, dass er für teilstationäre Behandlungen Gültigkeit hat.	CVP
41	Das komplizierte, bürokratische Verfahren der ausserkantonalen Hospitalisation wurde leider nicht vereinfacht. Für die nicht medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisationen sind einfache Lösungen anzustreben. Begriff "teilstationär" ist wegzulassen.	FDP
41	La nuova formulazione chiarisce definitivamente che il Cantone di domicilio del paziente può effettuare una scelta tra i fornitori fuori Cantone, eliminando quelli più costosi a parità di qualità. È da precisare quale sia la copertura se un assicurato sceglie un fornitore "autorizzato" fuori Cantone non riconosciuto dal Cantone di domicilio.	ASCI
41	Zustimmung	SGV, SGB, BSF, SBV
41	Einschränkung des Wahlrechts auf Wohnkanton kann zu erheblicher Einschränkung des Wahlrechts führen.	PULSUS
41	Die aus der Gleichstellung der teilstationärer Behandlungen mit jenen im ambulanten Bereich notwendigen Anpassungen sind überall entsprechend vorzunehmen. Es ist absolut nicht notwendig, dass die teilstationären Einrichtungen in die Spitalliste aufgenommen werden. Die Spitalliste ist somit Erfordernis für deren Zulassung.	HG
41	Einbezug der teilstationären Behandlung ist ersatzlos zu streichen.	SVPK

41	<p>Einverstanden, wenn die Kombination von Artikel 39 Absatz 3 und Artikel 41 bestehen bleibt.</p> <p>Wahlfreiheit des Versicherten (unabhängig von Versicherungsdeckung) auf Liste seines Wohnkantons zu beschränken, um eine umfassende Planung zu erreichen und eine optimale Ressourcennutzung. Mit dem Vorschlag ist dieses Anliegen nur ungenügend erfüllt, da der Kanton nicht gezwungen wird, alle notwendigen, ausserkantonalen Spitäler auf seine Liste zu nehmen.</p> <p>Antrag: Die Kantone sind zu verpflichten, sämtliche für die medizinischen Leistungen ihrer Bevölkerung notwendigen Spitäler nach medizinischen Disziplinen und nach Kapazitäten auf die Liste aufzunehmen.</p>	KSK
41	<p>Unsicherheiten bei der Auslegung. Betrachtet man die Pflegeheime als Leistungserbringer, so würde dieser Artikel auch für diese gelten. Ausserkantonal müsste der Versicherer die dort geltende Kostenbeteiligung übernehmen.</p>	LAK
41	<p>Definition der teilstationären Behandlung fehlt.</p>	MTK
41	<p>Die freie Spitalwahl für die ganze Schweiz ist einzuführen und in einem nächsten Schritt die Pflicht zur Schaffung interkantonaler Spitalregionen, da grosse Unterschiede zwischen den Kliniken bestehen und die Entsolidarisierung bei den Zusatzversicherungen einen schleichenden Leistungsabbau zur Folge hat. Die Regelung gemäss den Entscheiden des EVG sollte auch innerkantonal zur Anwendung kommen.</p>	PMS
41.1	<p>La nuova formulazione chiarisce definitivamente che il Cantone di domicilio del paziente può effettuare una scelta tra i fornitori fuori Cantone, eliminando quelli più costosi a parità di qualità. La proposta è condivisa se viene coerentemente corretto il cpv. 3.</p>	TI
41.1	<p>Marginale Verbesserung ist zu begrüssen. Unklar bleibt, welches Spital als Referenz dient.</p>	FDP
41.1	<p>Dans sa nouvelle formulation, l'art. 41 al. 1 ne prête pas à la critique.</p>	PLS
41.1	<p>Unterstützung des Vorschlages.</p>	VSA
41.1	<p>Dans la pratique, le choix est restreint par les conditions financières qui sont différents selon qu'on est hospitalisé en chambre commune ou privée, dans son canton de domicile ou hors de celui-ci et selon l'assurance souscrite.</p>	VASOS, CAVG
41.1	<p>Le GPFI déduit que la référence à la liste hospitalière cantonale porte gravement atteinte au droit de choisir l'établissement hospitalier dans toute la Suisse (rapport explicatif ch. 23). Le GPFI admet cependant que cela ne concorde pas avec la lettre de la modification qui semble reconnaître le droit aux prestations quel que soit l'hôpital choisi, les prestations étant simplement limitées à celles qui auraient été versées en cas de séjour dans un établissement du plan. Le projet donne le moyen au canton de paralyser le libre choix de l'établissement.</p> <p>Il ne ressort pas du texte de loi que l'assuré a le droit de choisir un établissement - hors raisons médicales - ne figurant pas sur la liste de son canton mais bien dans celle du canton de situation de l'hôpital. L'actuel art. 41 est clair et l'adjonction prévue à l'al. 1 va créer la confusion.</p> <p>Que se passe-t-il lorsqu'un assuré porte son choix sur un établissement non subventionné d'un canton voisin sans raisons médicales (selon le GPFI, le tarif de référence devrait être celui d'un établissement non subventionné du canton de domicile).</p>	GPFI
41.1	<p>Klarstellung wird begrüsst.</p>	PMS

41.1	<p>Teilstationäre Einrichtungen sind den ambulanten Anbietern gleichzustellen, was einer Ausweitung der ambulanten Behandlung gleichkommt. Die Kantone sollen hier nicht zusätzlich belastet, sondern entlastet werden. Wollen öffentliche Spitäler teilstationäre Krankenpflege anbieten, so sollen sie diese ohne Subventionen kostendeckend wie private Anbieter anbieten.</p> <p>Neuer Satz 2 von Absatz 1 "Bei ambulanter Behandlung sowie bei Behandlungen in Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege muss der Versicherer die Kosten ..." Gekürzter Satz 3 von Absatz 2 " Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in Spitälern gilt, die auf der Liste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind."</p>	PULSUS
41.1	Unterstützung für den vorgeschlagenen Gesetzestext. Kommentar verwirrtlich.	SAEB
41.1	Freie Spitalwahl im Rahmen der kantonalen Spitalplanung wird grundsätzlich bejaht.	MS
41.1	Einverstanden	FMH
41.1.2.3	Einverstanden	SVP
41.2	<p>Teilstationäre Einrichtungen sind den ambulanten Anbietern gleichzustellen.</p> <p>In lit. a ist die Behandlung in einer teilstationären Einrichtung zu ergänzen, in lit. b zu streichen.</p>	PULSUS
41.2	Regelung gibt immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen. Die Bestimmung sollte daher präzisiert werden.	SAEB
41.2	Einverstanden	FMH
41.2b.3	<p>Es stellt sich die Frage, ob die teilweise Vergütungspflicht des Wohnkantons des Versicherten auch geregelt ist,</p> <p>a. wenn er sich aus medizinischen Gründen in einem im Wohnkanton gelegenen Spital behandeln lässt, das zwar zugelassen ist, aber nicht auf der Spitalliste des betreffenden Kantons figuriert, oder</p> <p>b. wenn er sich, ohne dass medizinische Gründe gegeben sind, in einem (zugelassenen) Spital behandeln lässt, welches keine Aufnahme in die Spitalliste des betreffenden Kantons gefunden hat.</p>	EVG
41.2.3	<p>Diese unterstützen die Vergütung der Mehrkosten durch den Wohnkanton. Sie gehen davon aus, dass damit den Anforderungen an die Rehabilitation von leicht- und mittelschwerbehinderten MS-Betroffenen Genüge getan werden kann. Zugang zu spezialisierten Kliniken muss über Kantonsgrenzen hinweg sichergestellt werden.</p>	MS
41.3	Der Vorschlag ist nicht geeignet, Klarheit zu schaffen. Gesetzestechnisch ist es fragwürdig, in einem so wichtigen Artikel mehrere Verweise auf andere Artikel aufzuführen und ihn derart unklar zu fassen.	NW
41.3	<p>Manca ogni riferimento al fatto che il Cantone può scegliere gli ospedali extracantionali da inserire nell'elenco. Il Cantone di domicilio del paziente dovrebbe contribuire solo fino all'importo che avrebbe versato nell'elenco analogamente a quanto previsto al cpv. 1 per l'assicuratore.</p> <p>Il cpv. 3 va corretto in questo senso.</p>	TI
41.3	Maintien de la version actuelle, mais en précisant que la contribution du canton pour les hospitalisations extracantonales médicalement justifiées intervient pour les hospitalisations en division commune d'un établissement public ou subventionné, avec des principes de financement conformes aux dispositions énoncées à l'art. 49 al. 2 (dans sa version telle que proposée par le canton de Vaud ci-dessous)	VD
41.3	Favorable à cette disposition. Ainsi, le principe sous-jacent à cette mesure est qu'un prix "juste" est pratiqué pour tous les patients en relation avec les modalités de rémunération sur une structure tarifaire uniforme au plan national.	VS
41.3	Teilstationäre Einrichtungen sind den ambulanten Anbietern gleichzustellen und sind allein von der Versicherung zu übernehmen. Es ist Sache der Kantone, ob sie finanzielle Verpflichtungen zulasten ihrer eigenen Finanzhoheit akzeptieren wollen oder nicht.	PULSUS
41.3	Einheitliche Regelung für die Kostenbeteiligung durch den Wohnkanton wird begrüsst.	SAEB

41.3	L'intervention de l'assureur et du canton pour l'hospitalisation dans les cliniques privées est contestée. Il conviendrait de doter les cantons de compétences réelles en matière de planification des pathologies autorisées dans les cliniques privées. Le secteur des assurances privées bénéficierait d'une aide que devrait supporter les contribuables.	VASOS, CAVG
41.3	La décision du TFA de décembre 1997 se heurterait à deux difficultés majeures: l'ampleur de la contribution cantonale fortement dépendante de son enveloppe budgétaire d'une part et, d'autre part les prestations de l'assureur. Il est contesté que l'assureur et le canton soient contraints d'intervenir dans tous les établissements, y compris ceux qui ne figurent pas dans la planification cantonale, donc des cliniques privées. L'aide en faveur du secteur des assurances privées sur le compte des contribuables est contestée.	FSAVS
41.3	Befürworten, dass auch Privatversicherte in den Genuss der kantonalen Steuergelder kommen. Antrag: Sockelbeitrag des Kantons soll dem Versicherten gehören, der mit diesem Budget das Spital frei wählen kann.	SPO
41.3	Dieser Artikel wird bei einer monistischen Finanzierung (Vorschlag VLSS) überflüssig, da die Krankenversicherer immer 100% der Kosten übernehmen. Der Schlüssel für den an die Gesamtheit der Versicherten auszahlenden Gesamtkantonsbeitrag sollte sich an den kantonalen Kosten der Krankenversicherung pro Versicherten orientieren. Die Einflussmöglichkeit des Kantons als Geldgeber muss gewahrt werden. Die Frage, wann eine ausserkantonale Behandlung medizinisch indiziert ist, wäre neu Gegenstand der spitalärztlichen Beurteilung oder von Kostengutspracheverfahren der Krankenversicherer.	VLSS
41.3	Abzulehnen. Der Vorschlag FMH für den Systemwechsel (Verzicht auf Subventionen) macht den Absatz in dieser Form hinfällig.	FMH
41.3	Ausgleichspflicht des Wohnkantons bei ambulanter Behandlung ist Gegenstand eines hängigen Prozesses beim EVG.	EVG
41.4	Dieser Artikel bietet die Grundlage für ein wettbewerbliches System (Versicherer können eine eigene Liste der Spitäler einführen und so direkten Wettbewerbs- und Kostendruck auf die Spitäler ausüben). Der verstärkten Nutzung steht a) eine schwache Verhandlungsposition der Versicherer entgegen, da die Tarife nach Artikel 46 Absatz 4 KVG vom Kanton zu genehmigen sind, der oft auch Träger der Spitäler ist, sowie b) die fehlenden Anreize für die Versicherer, da höchstens 20% der Einsparungen weitergegeben werden können (Art. 110 KVV) .	WK

Artikel 49 Sachüberschrift sowie Absätze 1, 1bis, 2, 3, 4, 5 und 6

Article 49 titre médian et alinéas 1, 1bis, 2, 3, 4, 5 et 6

Articolo 49 titolo mediane come pure capoversi 1, 1bis, 2, 3, 4, 5 e 6

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
49.1.1bis	einverstanden	BSF
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogener Vergütung und gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.	AG, AI, BS, GL, GR, OW, SH, SG, ZH
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogener Vergütung mit Einschluss der Investitionskosten; gesamtschweizerisch einheitliche Strukturen nur bei gleichzeitiger Vorgabe der Strukturen; Einbezug teilstationärer Bereich nicht machbar. Fester Kostenteiler gefordert.	AR

49.1	Zustimmung zu leistungsbezogener Vergütung und gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Tarifgestaltung ist in vielen Punkten unklar.	LU, NW
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogenen Pauschalen.	SZ, SO
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogener Vergütung und gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen: Ablehnung der Gleichbehandlung der Privatspitäler.	BE, TI, TG, ZG
49.1	Favorable à la mise en place d'un système de financement basé sur les forfaits par cas; favorable au subventionnement des traitements semi-hospitaliers. Si la structure tarifaire est uniforme, il faut préciser que la valeur du point doit être négociée au niveau cantonal. Les forfaits par cas impliquent des mesures accompagnatrices (contrôle du volume).	VS
49.1	Demande de maintenir la version actuelle. Distinction entre l'hospitalisation commune et l'hospitalisation privée. Accord sur la fixation de classifications uniques (DRG, ...) au niveau suisse.	VD
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogener Vergütung.	CVP
49.1	Le centralisme qu'implique le premier alinéa n'est pas acceptable.	PLS
49.1	Wechsel von Objekt- zu Subjektfinanzierung wird begrüsst.	CNG
49.1	Pauschalvergütung für teilstationäre Behandlung bedeutet, dass Bundesrat in Strukturrentscheid der Leistungserbringer eingreift; zudem wird er er genötigt, politische Preise festzusetzen.	SAV
49.1	Abkehr von Objektfinanzierung und Defizitgarantie wird befürwortet, ebenso Gleichbehandlung aller Versicherten; Massnahmen gegen Mengenausweitung fehlen.	SGV, VSA
49.1	Mit Kostenübernahme in sämtlichen Listenspitälern einverstanden. Mit leistungsbezogener Abgeltung nicht einverstanden, da mehr Fälle produziert werden.	SGB
49.1	La remunerazione delle prestazioni tramite importi forfettari rischia di introdurre una caccia ai buoni rischi. Si invita a prevedere misure efficaci possano scongiurare questo rischio.	ACSI, ASPAS
49.1	Ablehnung von leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen.	PULSUS
49.1	Kein Einwand gegen leistungsbezogene Pauschalen, bei langzeitkranken und behinderten Patienten sollen jedoch Tagespauschalen gelten. Sicherstellung der Versorgung aller Patienten/-innen muss gewährleistet sein.	SAEB
49.1	Leistungsfinanzierung ist gut geeignetes Abrechnungssystem. Einführung von transparenten und vergleichbaren Abrechnungsmethoden.	SPO
49.1	Zustimmung zur Gleichstellung von stationärer und teilstationärer Behandlung und Leistungsfinanzierung.	SSRV
49.1	Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur zu wenig ausgereift für Ausdehnung auf Spitalbereich.	AGKB
49.1	Ja zu Fallpauschalen. Krankenversicherung soll auch Kosten für Lehre und Forschung mittragen.	FMH
49.1	Ablehnung der Gleichbehandlung stationär und teilstationär; Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Durchführung der Leistungsfinanzierung. Allfällige Kantonsbeiträge an spitalambulante Leistungen bewirken Wettbewerbsverzerrung.	GHo
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogenen Preisen.	IPK TG
49.1	Gleichbehandlung von teilstationären und stationären Behandlungen schafft Abgrenzungsprobleme gegenüber spitalambulanten Leistungen. Allfällige Kantonsbeiträge an spitalambulante Leistungen bewirken Wettbewerbsverzerrung.	SGAM
49.1	Zustimmung zu Abkehr von der Objektfinanzierung und gesamtschweizerischen Vereinheitlichung der Finanzierungsregelung.	SPV
49.1	Ablehnung der Pauschalierung sämtlicher Behandlungen, weil Versuch der Minimierung der Behandlung. Escape Clause für jene Fälle, die Kostenrahmen sprengen.	SVBP
49.1	Ablehnung von Pauschalen wegen Gefahr von Leistungs- und Qualitätsabbau; Ablehnung des Einbezugs der teilstationären Behandlungen. Pauschalen dort, wo Erfahrungswerte objektive Berechnung zulassen.	SVPK
49.1	Wenn teilstationäre Behandlung eingeschlossen, braucht es Definition in Gesetz.	VLSS

49.1	Finanzierung von Leistungen und Gleichbehandlung von stationär und teilstationär sinnvoll; Gefahr, dass teilstationär statt ambulant behandelt wird.	VSAO
49.1	Leistungsbezogene Pauschalen verursachen ev. Kostensteigerung und Qualitätsminderung. Zur Bemessung von Fallpauschalen ist exakte betriebswirtschaftliche Erfassung der Leistungen erforderlich.	HG
49.1	Zustimmung zu leistungsbezogenen Pauschalen.	KSK
49.1	Leistungsbezogene Pauschalen sind Vermischung zwischen heutigem System und Leistungsfinanzierung.	MTK
49.1	System der leistungsbezogenen Pauschalen ist wenig genau definiert.	SVV
49.1	La question importante des tarifs en cas de traitements en division commune et de traitements en division privée devrait être clairement réglée. Forfait englobant toutes les prestations seulement en cas de séjour en division commune. Préciser dans la loi les obligations des partenaires sociaux en matière de choix de l'établissement adéquat.	GPFI
49.1	Leistungsbezogene Pauschalabrechnung wirkt nicht als solches kosteneindämmend, sondern nur dann, wenn die tatsächlichen Preise in die Kosten eingeflossen sind; bedingt, dass Kosten bekannt und steuerbar sind	UBG
49.1	Einbezug der Kantone bei der Vereinbarung der leistungsbezogenen Pauschalen ist notwendig.	NUn
49.1	Leistungsbezogene Finanzierung beinhaltet Gefahr der Mengenausweitung; kosteneindämmende Wirkung ist kurz- und mittelfristig nicht zu erwarten.	WK
49.1.2	Fragen stellen sich in Bezug auf eine sinngemässe Regelung für die Finanzierung der Pflegeheime.	LAK
49.1.2	Zustimmung zu gleicher Abgeltung von teilstationärer und stationären Leistungen. Gleiche Vergütung auch der in Arztpraxen durchgeführten teilstationären Leistungen.	SVSS
49.2	Zustimmung zu hälftigem Verteilungsschlüssel inkl. Investitionen; Ablehnung der hälftigen Übernahme der Vergütung der teilstationären Behandlungen durch KV resp. Kantone ; Ablehnung der Gleichbehandlung der Privatspitäler. Aus- und Weiterbildung des Personals ist zu entschädigen, nicht aber universitäre Lehre und Forschung.	AG, AI, BS, BE, GL, GR, OW, NW, SH, SG, TG, ZH
49.2	Ablehnung der Gleichbehandlung der Privatspitäler.	AR
49.2	Ablehnung eines generellen Beitrags der Kantone an alle Behandlungen. Nur Kantonsbeiträge an öffentliche und öffentl. subventionierte Spitäler.	BL
49.2	Ausweitung der Subventionspflicht bringt Mehrbelastung der Kantone in Milliardenhöhe.	FDK
49.2	La proposition d'étendre l'obligation de contribution des cantons à l'ensemble des établissements sur la liste et à l'ensemble des séjours dépasse largement le cadre d'une révision partielle. Modification limitée aux seules dispositions de la loi fédérale sur l'AM qui ont conduit le TFA à prendre sa décision du 16.12.1997 (transitoire).	FR
49.2	Calcul du forfait hospitalier, dont les cantons ne devraient pas prendre en charge plus de 50 %: cette perspective n'est qu'un leurre. La prise en compte des investissements est souhaitable pour ce qui concerne les hôpitaux publics, mais insoutenable en tant qu'elle se réfère aux établissements privés – subventionnés ou non. Définition claire des frais de formation et de recherche nécessaire.	GE
49.2	L'extension de la participation de l'Etat à l'ensemble des établissements admis sur la liste cantonale et à l'ensemble des séjours en division privée et mi-privée dépasse le cadre d'une révision partielle. Retour transitoire à la répartition entre payeurs qui prévalait lors de l'entrée en vigueur de la LAMal.	JU
49.2	Ablehnung des Einbezugs der teilstationären Behandlungen.	LU

49.2	L'extension du mode de prise en charge médicale de type semi-hospitalier est souhaitable. Cependant le nouvel enjeu consistera en la définition de la frontière entre semi-hospitalisation et ambulatoire hospitalier. La notion de semi-hospitalier n'est toujours pas définie. La proposition ne résout rien quant au partage inégal des coûts. Transfert de charge inacceptable. La question de la nature des institutions fournissant ces prestations n'est pas clarifiée (des structures privées fournissant seulement des prestations semi-hospitalières pourraient prétendre à des subventions cantonales). Le canton appelle à un retour transitoire à la répartition entre payeurs qui prévalait lors de l'entrée en vigueur de la LAMal.	NE
49.2	Grundsätzliche Zustimmung zu dualem Finanzierungssystem; Ablehnung des Einbezuges der teilstationären Behandlungen.	SZ
49.2	Ausweitung der Subventionspflicht bringt Mehrbelastung der Kantone in Milliardenhöhe.	SDK
49.2	Zustimmung zum Einbezug der Investitionskosten; Ablehnung des Einbezuges der teilstationären Behandlungen.	SO
49.2	Effetto per il Cantone: + 73,7 mio. fr. Effetto per l'assicurazione di base: + 33.9 mio. fr. Si auspica la disponibilità di dati precisi sugli effetti per Cantone.	TI
49.2	Ablehnung wegen finanzieller Mehrbelastung; Uri 5,9 Mio. Fr..	UR
49.2	Extension de la contribution du canton à l'ensemble des hôpitaux pas opportune. Préfère l'alinéa 2 à la variante. Important que le ratio de répartition soit fixe; favorable à la prise en compte des investissements. Rétablir les dispositions qui prévalaient lors de l'entrée en vigueur de la LAMal (transitoire).	VS
49.2	L'harmonisation de la semi-hospitalisation et de l'hospitalisation (partage du financement et des investissements) ainsi que la fixation de classifications uniques représentent des améliorations bienvenues. Demande de retrait de la modification proposée. Les cantons et l'assurance-maladie auront à assumer des charges supplémentaires estimées à 83 mios de francs pour le seul canton de Vaud (soit 25 % de contributions publiques actuelles) et à 22 mios pour l'assurance-maladie sociale, soit un transfert de charges de plus de 100 mios payés aujourd'hui par les assurances complémentaires. Une modification des dispositions actuelles de la LAMal doit intervenir rapidement. Proposition d'une solution intermédiaire qui consisterait à rétablir les dispositions qui prévalaient lors de l'entrée en vigueur de la LAMal en maintenant une distinction entre l'hospitalisation commune (financée par les cantons et l'assurance-maladie) et l'hospitalisation privée (non subventionnée par les cantons) et en précisant que: En cas d'hospitalisation dans la division commune d'un hôpital public ou subventionné, ou en cas de traitement semi-hospitalier dans un tel hôpital, la rémunération visée aux al. 1 et 1bis est prise en charge par l'assureur et par le canton. En cas de séjour dans un hôpital non subventionné ou dans la division privée ou semi-privée d'un hôpital public ou subventionné, l'assurance obligatoire contribue à hauteur du montant qu'elle aurait pris en charge pour un séjour équivalent dans la division commune d'un hôpital public ou subventionné. Les cantons n'ont pas l'obligation de contribuer pour ces séjours. Le patient ou son assurance complémentaire couvre le solde (frais liés au libre choix du médecin ou à un confort hôtelier plus élevé, ainsi que la participation du canton pour les frais de traitements et d'hébergement non pris en charge par l'assurance-maladie). Examen particulier de la question du financement des traitements semi-hospitaliers dans une institution non subventionnée. Pour la répartition du financement, une clé de répartition fixe semble préférable. Les règles et modalités d'intégration des investissements dans les forfaits doivent être fixées par le Conseil fédéral.	VD
49.2	Instrumentarium zur Kontrolle des Geldflusses notwendig.	ZG
49.2	Die 100%ige Orientierung wird begrüsst. Falls die Verzerrung nicht umgangen werden kann, ist Satz 2 zu streichen.	FDP

49.2	Einbezug der teilstationären Behandlungen wird begrüsst; Einbezug der Investitionskosten sowie die Entrichtung von Kantonsbeiträgen an Privat- und Halbprivatversicherte werden abgelehnt. Wenn Investitionskosten einbezogen werden, muss der Kostendeckungsanteil der Krankenversicherung auf 42 Prozent gesenkt werden.	PdA
49.2	Kantone werden die Mehrbelastung aus der hälftigen Vergütung andernorts einsparen, Befürchtung, dass Einsparungen im Gesundheits- und Sozialbereich erfolgen; Ausweitung auf teilstationären Bereich wird begrüsst; Ablehnung der hälftigen Übernahme der Investitionskosten. Ausweitung der Finanzierungsregelung auf Spitex; Beiträge der Kantone soll stufenweise auch an die Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ausgeweitet werden.	SP
49.2	Einbezug der Investitionskosten wird begrüsst.	SVP
49.2	Fixer Kostenteiler wird bevorzugt wegen Vergleichbarkeit zwischen Kantonen. Kostenanteile aus Überkapazitäten, aus Lehre und Forschung sowie Investitionskosten sind nicht zu übernehmen.	CNG
49.2	S'il paraît acceptable que le financement public couvre les coûts de l'hospitalisation jusqu'à 50 %, la prise en charge du solde incombe à l'assurance de base. Rien n'est dit quant à la prise en charge des soins semi-hospitaliers par les assurances complémentaires. D'avis que l'octroi du subventionnement au patient et non plus à l'établissement aurait le mérite de garantir la transparence et la concurrence voulue par le LAMal.	FRSP
49.2	Variante 1 ist zu wählen wegen klaren Abgrenzungen.	SAV
49.2	Mit Einbezug der Investitionskosten nicht einverstanden. Ausklammerung der Kostenanteile aus Überkapazitäten muss explizit erwähnt werden.	SGB
49.2	Ausdehnung der Finanzierungsordnung auf die Privatspitäler wird begrüsst, ebenso der Einbezug der Investitionskosten.	SGV
49.2	Es wird bezweifelt, ob Einschluss der Investitionskosten die richtigen Signale setzt. Explizite Formulierung, dass keine Kostenanteile aus Überkapazitäten und keine Kosten für Lehre und Forschung vergütet werden, wird gefordert.	VSA
49.2	Conseguenze finanziarie troppo pesanti sia per i Cantoni che per gli assicurati. L'intera problematica è da ristudiarne disponendo di dati significativi.	ACSI
49.2	Ablehnung des Einbezugs der teilstationären Behandlungen; KVG soll sich nicht darum kümmern, welche Beiträge der Kanton leistet. Beibehaltung des Begriffs "allgemeine Abteilung".	PULSUS
49.2	Le financement des investissements des hôpitaux, même partiel, par l'assurance de base est contesté car, d'une part, les assurés n'ont aucun pouvoir de décision quant à ces dépenses et, d'autre part, c'est au canton, du fait qu'il planifie, à assumer le financement. Il faudrait fiscaliser la charge des intérêts et des amortissements. Ainsi chacun paierait selon ses revenus et sa fortune, contrairement aux primes par tête.	VASOS, CAVG
49.2	Ni les cantons, ni l'assurance-maladie n'ont à assumer les coûts d'investissements d'entreprises privées à but lucratif.	FSAVS
49.2	L'assuré qui se fait soigner en division privée va perdre le 50% au moins à la charge du canton ou de la commune, l'assurance complémentaire devant supporter cette charge ainsi que celle résultant des coûts supplémentaires socio-hôtelières, ce qui constitue un recul par rapport à la pratique actuelle. Le cas où un assuré se fait soigner en division privée sans avoir d'assurance complémentaire devrait être expressément réglé.	GPFI
49.2	Zustimmung zur hälftigen Vergütung in allen Listenspitalern.	SAEB
49.2	Hälftige Vergütung durch Kantone und Krankenversicherung wird begrüsst, ebenso Einbezug der teilstationären Behandlungen und der Investitionskosten.	SBV

49.2	Zustimmung zu hälftigem Kostenteiler; nicht einverstanden mit hälftiger Abgeltung der Investitionskosten durch Krankenversicherung. Krankenkassen müssten allenfalls in Entscheidungsprozess zu Investitionen einbezogen werden.	SSRV
49.2	Befürwortet je hälftige Vergütung durch Kantone und Versicherer (inkl Investitionskosten). Verzerrungen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich erfordern die Entwicklung neuer Modelle.	AGKB
49.2	Neben Investitionen sollen ebenfalls Ausbildungskosten einbezogen werden (nicht aber universitäre Lehre und Forschung).	CGH
49.2	Nein zu hälftiger Beteiligung. Systemwechsel gefordert: Direktsubventionierung der Versicherten anstelle der Spitäler.	FMH, SVBP
49.2	Ablehnung des Einbezugs der teilstationären Behandlungen; Ablehnung der dualen Finanzierung; Zustimmung zu Einschluss der Investitionen. Vergütung der Spitäler durch Krankenkassen; Ausrichtung der Subventionen (50% der Spitalkosten) an die Krankenkassen; zudem kantonale Prämienerbilligungen und Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen.	IPK TG
49.2	Lastenverschiebung beinhaltet keinerlei qualitative Verbesserung des medizinischen Angebots. Kostenoptimale Planung beinhaltet auch Bedarfsnachweis für Leistungserbringer/innen.	SGAM
49.2	Klar geregelte hälftige Aufteilung der Vergütungen wird bevorzugt.	SPV
49.2	Zustimmung zu Vergütungen, wenn sie kostendeckend sind und Investitionen einschliessen.	SVPK
49.2	Falls keine monistische Finanzierung: fixer Kostenteiler.	VLSS
49.2	Zustimmung zu je hälftiger Vergütung durch Kantone und KV sowie Einbezug der Investitionskosten; Vorzug gegenüber Variante.	VSAO
49.2	Ablehnung. Solange nicht Kostentransparenz besteht: kein neuer Verteilungsschlüssel.	KSK, BSF
49.2	Einbezug der teilstationären Behandlungen schafft neue Verzerrung gegenüber ambulantem Bereich.	SVV
49.2	Ablehnung. Text der derzeit gültigen Fassung soll ergänzt werden.	UBG, VLSS
49.2	Vorschlag wirkt nicht kosteneindämmend.	WK
49.2 Variante	Ersatzlose Streichung.	AI, BS, GL, SH, SG, TG
49.2 Variante	Zustimmung, soweit nicht Vollkosten gedeckt werden.	CVP
49.2 Variante	Es gibt keine Anzeichen für den Willen der Kantone, mehr als 50 Prozent der Vergütungen zu übernehmen.	SP
49.2 Variante	Préférence à la variante 2.	PLS, SGB
49.2 Variante	Ablehnung der Variante.	SAEB
49.2 Variante	Einverstanden.	BSF, ISE
49.2 Variante	Variante wird bevorzugt. Die Vergütungen dürfen keine Kostenanteile aus Lehre und Forschung <i>und keine Investitionskosten</i> enthalten.	SPO
49.2 Variante	Variante dürfte zu unergiebigem Verhandlungen führen; fixer Kostenteiler führt zu klarer Lösung.	SBV
49.2 Variante	Prospektiv festzulegender Schlüssel führt zu unnötigen Verhandlungskosten.	SPV
49.2 Variante	Mögliche Lösung, falls der letzte Satz (Versicherer hat höchstens die Hälfte zu übernehmen) weggelassen wird.	PULSUS
49.2 Variante	Ablehnung. Krankenversicherung soll nicht Kosten für Überkapazitäten und Lehre und Forschung übernehmen.	KSK, MTK
49.3	Einverstanden mit Ergänzungsantrag.	SPO
49.3	Obsolet, wenn Subventionierung der Versicherten.	FMH
49.3	Regelung schafft Abgrenzungsprobleme.	SPV

49.3	Zustimmung.	KSK, BSF
49.4	Bedingt Kontrolle des BSV über den Privatversicherungsbereich.	AR
49.4	Ablehnung; für Privatversicherte soll privatversicherungsrechtliche Regelung gelten.	AI, BS, GL, GR, OW, SH, SG, TG, ZG
49.4	Maintenir l'énoncé actuel: "toutes les prestations de l'hôpital pour la division commune".	VD
49.4	Ablehnung; wegen Mehrkosten für Krankenversicherung und planwirtschaftlichem Aspekt.	CVP
49.4	Maintien de la mention de la division commune.	PLS
49.4	Kann nicht akzeptiert werden, weil faktisch die freie Arztwahl dahinfällt. Technische Leistungen sollen Tarifschutz unterstellt werden, nicht aber ärztliche Leistungen	SVP
49.4	Vorschlag ist nicht akzeptabel, da Planwirtschaft und Novellierung eingeführt werden soll.	PULSUS
49.4	Begriff "Leistungen nach diesem Gesetz" ist unscharf. Abklärung, ob Tarifschutz bei Eintritt in ein Spital vorausgesetzt werden kann.	SAEB
49.4	Wird begrüsst, da klare Trennung von Grund- und Zusatzversicherung geschaffen wird.	FMH
49.4	Es besteht Definitionsbedarf bezüglich "Aufenthalt im Spital".	VLSS
49.4	Einverstanden.	BSF, KSK
49.5	Teilstationäre Behandlungen sind wie ambulante zu behandeln	CVP, PULSUS
49.5	Je hälftige Vergütung der ambulanten Kosten durch Kantone und Krankenversicherung gefordert.	SBV, BSF
49.6	Verbesserte Führungsinstrumente werden begrüsst.	AG
49.6	Befürwortung der begrifflichen Klärung (Kostenrechnung statt Kostenstellenrechnung).	BE
49.6	Rappelle qu'on attend l'ordonnance du conseil fédéral sur la comptabilité analytique.	VS
49.6	Kostenrechnung und Leistungserfassung sind auf den Nichteinbezug der Investitionskosten abzustimmen.	CNG
49.6	Einheitliche Erfassung der betriebs- und Investitionskosten wird unterstützt. Kostenrechnung im Sinne eines umfassenden betrieblichen Rechnungswesens mit Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung zu verstehen.	SAV
49.6	Ablehnung: Es ist nicht Sache des Bundesrats, Bestimmungen über die Gestaltung spitalinterner Führungsinstrumente zu erlassen .	PULSUS
49.6	Die Leistungserbringer sollen für die Erstellung von Statistiken abgegolten werden.	GHo
49.6	Begrüssung der inhaltlichen und begrifflichen Klarstellung der Begriffe, mit der auch die notwendige Übereinstimmung mit dem französischen und italienischen Gesetzestext erfolgt.	HVS
49.6	Ablehnung, da Spitäler nicht in der Lage sind, in der geforderten Zeit eine Kostenträgerrechnung zu erstellen.	IPK TG
49.6	Unterstützung für Kostenrechnung.	LAK
49.6	Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Kostenrechnung wird abgelehnt. Widrigenfalls müsste Berechtigung bestehen, die Betriebe der Krankenversicherer mit gleicher Intensität durchleuchten zu können.	VLSS
49.6	Zustimmung unter der Voraussetzung, dass Kostenrechnung und Leistungsstatistik aufeinander abgestimmt sind.	KSK
49.6	Einverstanden. Kostenrechnung und Leistungsstatistik aufeinander abstimmen.	BSF
49.6	Compléter: les hôpitaux et les institutions de soins semi-hospitaliers	ISE
49.6	Vernehmlassungsvorlage enthält keine Verweise auf eine bestehende Rechtsgrundlage für das Finanz- Rechnungs- und Berichtswesen bei den Leistungserbringern.	UBG
49 Sachüberschrift	...pas de définition de ces institutions (vgl. Spitalplanung), tantôt ambulatoires, tantôt hospitaliers selon les besoins politiques de l'heure.	PLS

49 Sach- überschrift	"Einrichtungen der teilstationären Krankenpflege" ist wegzulassen.	PULSUS
49 Sach- überschrift	Ablehnung, weil teilstationärer Bereich gleich behandelt werden soll wie ambulanter.	CVP

Artikel 51 Absatz 1**Article 51 alinéa 1****Articolo 51 capoverso 1**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
51	Il principio è condiviso. Sostituire "siccome strumento di gestione finanziaria" con "quale strumento di gestione finanziaria".	TI
51	Anhörung von Leistungserbringern und Versicherern bei der Einführung von Globalbudget.	GHo
51	Unklar, ob subjektbezogene Beiträge der Kantone mitgemeint sind.	LAK
51.1	Ablehnung: Rechnung geht nicht auf. Denkbar wäre die Möglichkeit, dass Kantone mit öffentlich und öffentlich subventionierten Spitälern einen Gesamtbeitrag vereinbaren.	PULSUS
51.1	Es ist abzuklären, ob das Globalbudget auch den Anteil der Kassen beinhaltet.	NUn

Übergangsbestimmung**Disposition transitoire****Disposizione transitorie**

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
	Ablehnung, weil Etappierung nur für die Krankenversicherung gilt, nicht aber für Kantone.	GL, GR, NW, OW, SG, SH, TG, ZH
	Vorlage genügt nicht für eine realistische Umsetzungsplanung.	BS
	Keine Delegation an den Bundesrat. Übergangsregelung ist konkret auszuformulieren oder fallen zu lassen.	AR
	Verweis auf Ziffer 2 der Stellungnahme (der sich zu den Kosten äussert und den Vorschlag als Ganzes ablehnt).	TI
	Stufenweise Einführung wird abgelehnt. Antrag: Einfrieren der heutigen Tarife, bis die Voraussetzungen für die Umsetzung der bereinigten Spitalfinanzierung in der ganzen Schweiz erfüllt sind.	CNG

	Streichung des letzten Satzes von Absatz 1 gefordert (Investitionskosten); Widerspruch zu Artikel 49 Absatz 2, der einen höheren als 50-prozentigen Anteil des Kantons zulässt. Antrag, falls Investitionskosten einbezogen werden: Jene Investitionen, die vor Inkrafttreten der KVG-Änderung erfolgt sind, sollen nicht einbezogen werden. Änderung von Absatz 2 (stufenweise Anpassung). Zusätzlicher Absatz 3 (Umsetzungsfrist für Kostenrechnung und Leistungsstatistik.	SGB
	Konsequente Ausrichtung der Finanzierungsart an den Leistungen braucht lange Übergangszeit.	PULSUS
	Grundsätzlich einverstanden. Kurze Übergangsfrist gefordert, damit Transparenz möglichst rasch hergestellt wird.	SBV
	Etappiertung ist notwendig, für Spitäler lange Frist erforderlich.	FMH
	Ablehnung Antrag: Tarife sind so lange einzufrieren, bis Voraussetzungen für Revision der Spitalfinanzierung erfüllt sind.	KSK
	Die Übergangsbestimmungen sind unklar und bedürfen einer Präzisierung.	MTK
	Ablehnung Antrag: Bestehende Spitaltarife auf einem 10 Prozent tieferen Niveau als heute einfrieren, bis die Voraussetzungen zur Umsetzung der bereinigten Spitalfinanzierung gesamtschweizerisch erfüllt sind.	BSF
	Stufenweiser Übergang ist auch für die Kantone vorzusehen. Neuer Absatz 3: Vom Inkraftsetzen dieser Änderung an wird der Anteil der Kantone an jedes Kalenderjahr um fünf gleiche Tranchen angehoben.	NUn

Diverse Artikel

Divers articles

Diversi articoli

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Vorbringende
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
Articolo	Indicazioni, critiche, proposte, domande	Proponenti
23a	Bedarf an unabhängigen Beratungen besteht. Aufgaben nach Artikel 43 Absatz 4 KVG können nur erfüllt werden, wenn der Bundesrat die finanziellen Mittel zur Verfügung stellt. Art. 23 a (neu) 1. Information und Beratung der Versicherten Der Bund kann gemeinnützige Organisationen mit der Erfüllung von Aufgaben im Bereich der Information und Beratung der Versicherten betrauen. Zu diesem Zweck bewilligt er ihnen Finanzhilfe nach dem Subventionsgesetz. 2. Die Finanzierung erfolgt nach dem Subventionsgesetz.	SPO

Verzeichnis der Abkürzungen der Vernehmlassenden
Liste des abréviations des milieux ayant pris position
Indice delle abbreviazioni dei partecipanti alla procedura di consultazione

Abkürzung	Absender	begrüssst
Abréviation	Expéditeur	consulté
Abbreviazioni	Mittenti	consultati
ACSI	Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana	Ja/oui/si
AG	Kanton Aargau	Ja/oui/si
AGEDRI	Association franco-valdo-genevoise pour le Développement des Relations Interrégionales	Nein/non/no
AGKB	Aerztegesellschaft des Kantons Bern	Nein/non/no
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden	Ja/oui/si
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden	Ja/oui/si
ASPAS	Association suisse des professionnels de l'action sociale	Nein/non/no
AVIVO	Vereinigung zur Verteidigung der RentnerInnen	Nein/non/no
BE	Kanton Bern	Ja/oui/si
BfK	Büro für Konsumentenfragen	Ja/oui/si
BGer	Bundesgericht	Ja/oui/si
BL	Kanton Basel-Landschaft	Ja/oui/si
BS	Kanton Basel-Stadt	Ja/oui/si
BSF	Bund Schweiz. Frauenorganisationen	Ja/oui/si
CAVG	Conseil des anciens en ville de Genève	Nein/non/no
CNG	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz	Ja/oui/si
CGH	Centre de gestion hospitalière	Nein/non/no
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz	Ja/oui/si
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht	Ja/oui/si
FDK	Schweizerische Finanzdirektorenkonferenz	Nein/non/no
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz	Ja/oui/si
FMH	Verbindung der Schweizer Aerzte	Ja/oui/si
FR	Canton de Fribourg	Ja/oui/si
FRC	Fédération romande des consommateurs	Ja/oui/si
FRSP	Fédération Romande des Syndicats Patronaux	Nein/non/no
FSAVS	Fédération Suisse des retraités, pré-retraités et rentiers AI	Ja/oui/si
GE	Canton de Genève	Ja/oui/si
GL	Kanton Glarus	Ja/oui/si
GHo	Dr. med. Gottfried Hofer, Küssnacht	Nein/non/no
GPFI	Groupement pour la participation de la famille aux informations sur les assurances sociales	Nein/non/no
GR	Kanton Graubünden	Ja/oui/si
H+	Die Spitäler der Schweiz H+	Ja/oui/si
HVS	Heimverband Schweiz	Ja/oui/si
HG	Hirslanden-Gruppe	Nein/non/no
IPK TG	Interessengemeinschaft der Privatkliniken des Kantons Thurgau	Nein/non/no
ISE	Institut de santé et d'économie Sarl, Lausanne	Nein/non/no
JU	Canton du Jura	Ja/oui/si
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer	Ja/oui/si
LAK	Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz	Nein/non/no
LU	Kanton Luzern	Ja/oui/si

MS	Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft	Nein/non/no
MTK	Medizinaltarifkommission UVG	Ja/oui/si
NE	Canton de Neuchâtel	Ja/oui/si
NUn	Nils Undritz, Rechtsanwalt, Suhr	Nein/non/no
NW	Kanton Nidwalden	Ja/oui/si
OMCT	Ordine dei medici del cantone Ticino	Nein/non/no
OW	Kanton Obwalden	Ja/oui/si
PdA	Partei der Arbeit der Schweiz	Ja/oui/si
PLS	Parti libéral Suisse	Ja/oui/si
PMS	Pro Mente Sana	Ja/oui/si
PULSUS	PULSUS	Nein/non/no
SAEB	Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter	Ja/oui/si
SAGV	Schweizerischer Arbeitgeberverband	Ja/oui/si
SBV	Schweiz. Bauernverband	Ja/oui/si
SCG	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft	Ja/oui/si
SDK	Schweiz. Sanitätsdirektorenkonferenz	Ja/oui/si
SG	Kanton St. Gallen	Ja/oui/si
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin	Nein/non/no
SGB	Schweiz. Gewerkschaftsbund	Ja/oui/si
SGPG	Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen	Nein/non/no
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband	Ja/oui/si
SH	Kanton Schaffhausen	Ja/oui/si
SHV	Schweiz. Hebammenverband	Ja/oui/si
SMIFK	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission	Nein/non/no
SO	Kanton Solothurn	Ja/oui/si
SPO	Stiftung Schweiz. Patienten-Organisation	Ja/oui/si
SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz	Ja/oui/si
SPV	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband	Ja/oui/si
SSRV	Schweiz. Senioren- und Rentner-Verband	Nein/non/no
SVBP	Schweiz. Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken	Nein/non/no
SVP	Schweizerische Volkspartei	Ja/oui/si
SVPK	Schweiz. Vereinigung der Privatkliniken	Ja/oui/si
SVSS	Schweiz. Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs	Nein/non/no
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband	Ja/oui/si
SZ	Kanton Schwyz	Ja/oui/si
TG	Kanton Thurgau	Ja/oui/si
TI	Canton Ticino	Ja/oui/si
UBG	UBG-Unternehmensberatung im Gesundheitswesen	Nein/non/no
UR	Kanton Uri	Ja/oui/si
VASOS	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz	Nein/non/no
VD	Canton de Vaud	Ja/oui/si
VdV	Vereinigung der Versicherten Schweiz	Ja/oui/si
VEF	Verein für Ehe- und Familienberatung und -therapie	Nein/non/no
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz	Nein/non/no
VS	Canton du Valais	Ja/oui/si
VSA	Vereinigung schweizerischer Angestelltenverbände	Ja/oui/si
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen	Ja/oui/si
WK	Wettbewerbskommission	Ja/oui/si
ZG	Kanton Zug	Ja/oui/si
ZH	Kanton Zürich	Ja/oui/si

BGer	Bundesgericht	
BR	Bundesrat	
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern	
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht	
KV	Krankenversicherung	
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung	
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie Legge federale sull'assicurazione malattie	
TFA	Tribunal fédéral des assurances Tribunale federale delle assicurazioni	

Statistische Uebersicht

Begrüsste Vernehmlassungs-Adressatinnen und -Adressaten	Versandt nach Verteilerliste	Eingegangene Stellungnahmen
Kantone	26	26
Eidgenössische Gerichte	2	2
Parteien	16	6
Organisationen der Wirtschaft	14	8
Uebrige Organisationen und interessierte Kreise	73	20
Total	131	62
Zusätzlich sind eingegangen: - Organisationen, Verbände, Firmen etc. - Private		26 2
Gesamtzahl der eingegangenen Stellungnahmen		90

Aperçu statistique

Destinataires de la consultation	Envois selon la liste des destinataires	Prise des positions reçues
Cantons	26	26
Tribunaux fédéraux	2	2
Partis	16	6
Associations faitières de l' économie	14	8
Autres organisations et milieux intéressés	73	20
Total	131	62
Prise de positions reçues en plus:		
- Organisations, associations, entreprises etc.		26
- Particuliers		2
Nombre total des prises de positions reçues		90

Panoramica statistica

Destinatari della procedura di consultazione	Invii secondo l'elenco dei destinatari	Prese di posizione ricevute
Cantoni	26	26
Tribunali federali	2	2
Partiti	16	6
Organizzazioni economiche	14	8
Altre organizzazioni e cerchie interessate	73	20
Totale	131	62
Ulteriori prese di posizione:		
- organizzazioni, associazioni, imprese ecc.		26
- privati		2
Totale delle prese di posizione ricevute		90