

Ergebnisse im Einzelnen

Vorbemerkung

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

Die Ausführungen wurden teilweise gekürzt.

Résultats en détail

Remarque préliminaire

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

Les exposés ont en partie été raccourcis.

Vorlage 1A/Projet 1A

Strategie/Stratégie

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Die Ständekommission begrüsst die Strategie des Bundesrates, die Revisionsvorhaben in zwei Pakete aufzuteilen; die Erfahrungen mit der 2. KVG-Revision, bei welcher die Kombination verschiedenster Revisionsthemen zu einer ablehnenden Mehrheit führte, machen dies notwendig. Ebenso erachtet die Ständekommission die Vorlage von separaten Botschaften für die verschiedenen Bereiche des Gesetzgebungspaketes 1 als richtig. Hier herrscht dringlicher Handlungsbedarf, da diejenigen Bereiche des KVG einer Lösung zugeführt werden müssen, bei denen aufgrund der Ende dieses Jahres oder im Verlaufe des Jahres 2005 auslaufenden Regelungen unmittelbarer Anschlussbedarf besteht. Die Ständekommission legt Wert darauf, dass im Zusammenhang mit der Vorlage einer Gesetzesrevision die finanziellen Auswirkungen jedes gewichtigeren Neuregelungsvorschlages im voraus transparent gemacht und realistisch hochgerechnet werden. Dabei ist auch der zusätzliche Administrativaufwand für Leistungserbringer, Versicherer und Kantone im Vollzug aufzuzeigen. Nur bei Kenntnis auch der finanziellen Auswirkungen besteht eine seriöse Entscheidungsbasis.	AI
Die Aufteilung auf verschiedene Gesetzgebungspakete mit je mehreren Teilvorhaben drängt sich angesichts der Erfahrungen mit der 2. KVG-Revisionsvorlage auf. Mit dem Gesetzgebungspaket 1 ist der dringlichste Handlungsbedarf insofern abgedeckt, als diejenigen Bereiche des KVG einer Lösung zugeführt werden, bei denen aufgrund auslaufender Regelungen unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Dem etappierten Vorgehen ist deshalb zuzustimmen.	AR
Wir begrüssen grundsätzlich das geplante rasche Vorgehen in jenen Bereichen, in denen dringlicher Handlungsbedarf besteht. Daher unterstützen wir das Schnüren von einzelnen Paketen, auch wenn damit die demokratische Interessenabwägung erschwert wird. Die grosse Gefahr eines solchen Vorgehens besteht darin, dass die Finanzierungsverschiebungen zwischen Prämien- und Steuerzahlern nicht abschätzbar sind, da unter Umständen nur einzelne Pakete umgesetzt werden. Um eine möglichst finanzierungsneutrale Neuregelung zu ermöglichen, müssen zumindest die Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket vorgelegt werden.	BE
Generell wird das Vorgehen in jenen Bereichen, in denen dringlicher Handlungsbedarf besteht, begrüsst. Die eingeschlagene Gesamtstrategie und die generelle Stossrichtung sind aus unserer Sicht ebenfalls sinnvoll. Es liegt Ihnen eine Stellungnahme der GDK vor. Wir halten fest, dass deren Einschätzungen von uns grundsätzlich geteilt werden und verzichten auf die Wiederholung der dort festgehaltenen Punkte.	BL
Grundsätzlich ist die Stossrichtung des Bundesrates, das bestehende System zu konsolidieren und mit ökonomischen Anreizen im Bereich der Kostendämpfung zu optimieren, zu begrüssen. Ebenso wird die Aufsplittung des ersten Revisionspaketes in verschiedene Teilpakete bejaht. So können einzelne Aspekte, die unbestritten	BS

<p>und/oder befristet sind, vorübergehend geregelt und vorläufig in Kraft gesetzt werden. Die politisch umstrittene Änderung beim Vertragszwang kann dabei unabhängig von den übrigen Bereichen behandelt werden und wird nicht die Vorlage als Ganzes gefährden. Durch diese Vorgehensweise erhöht der Bundesrat die Chance, dass die Vorlage (zumindest in Teilbereichen) angenommen wird. Die Gefahr eines solchen Vorgehens liegt einzig darin, dass die Gesamtsicht verloren geht und insbesondere Finanzierungsverschiebungen zwischen Prämien- und Steuerzahlern nicht abschätzbar sind; da unter Umständen nur einzelne Pakete umgesetzt werden.</p>	
<p>En ce qui concerne la stratégie globale, le Canton de Fribourg soutient l'approche du Conseil fédéral qui regroupe divers thèmes en deux paquets législatifs, qui seront traités séparément tout en maintenant une stratégie d'ensemble. Il est également favorable au traitement prioritaire des domaines dont la réglementation actuellement en vigueur est limitée dans le temps.</p>	FR
<p>Nous nous interrogeons sur la stratégie globale poursuivie par le DFI, qui ne fait que reprendre les propositions qui ont conduit à l'échec de la deuxième révision partielle de la LAMal, tout en les présentant de manière séparée, afin d'éviter un nouvel échec global de la réforme, devant l'Assemblée fédérale ou en votation populaire. Or, les principales propositions reprises de la défunte deuxième révision partielle de la LAMal, qu'elles soient votées ensemble ou séparément, ne permettent aucunement d'atteindre l'objectif principal assigné à la réforme, qui est une meilleure maîtrise des coûts de la santé. En économie publique, il ne suffit pas en effet de transférer la charge du financement hospitalier des assureurs sur les cantons, ou celle du paiement des primes des assurés sur les mêmes cantons, pour pouvoir prétendre que les coûts de la santé sont mieux maîtrisés.</p> <p>L'échec de la deuxième révision de la LAMal aurait dû être l'occasion de repenser la pertinence des propositions faites par rapport à l'objectif de maîtrise des coûts de la santé, et d'abandonner les projets controversés qui n'apportent aucune amélioration à cet égard, telles que la réforme du financement des hôpitaux, la suppression de l'obligation de contracter et la réforme du système de réduction des primes.</p>	GE
<p>Die Regierung teilt die Auffassung des Bundesrats, dass aufgrund der Erfahrungen aus der 2. KVG-Revision die verschiedenen Themen in separaten Vorlagen zu behandeln sind. Insbesondere unterstützen wir die Aufteilung der Revisionsvorhaben in ein Gesetzgebungspaket 1 und ein Gesetzgebungspaket 2. Mit dem Gesetzgebungspaket 1 ist der dringlichste Handlungsbedarf insoweit abgedeckt, als diejenigen Bereiche des KVG einer Lösung zugeführt werden, wo aufgrund von Ende Jahr 2004 oder im Verlaufe des Jahres 2005 auslaufender Regelungen unmittelbarer Anschlussbedarf besteht.</p>	GR
<p>Weil die Dringlichkeit und Konsensbereitschaft nicht in allen Bereichen gleich hoch ist, <u>begrüssen wir die Absicht des Bundesrates, die Revision aufzusplittern</u>. Insbesondere scheint es uns richtig, dass die dringendsten Veränderungen in ein erstes Paket gefasst wurden und im abgekürzten Verfahren dem Parlament unterbreitet werden sollen.</p> <p>Bezüglich der weiteren Teilrevisionen haben wir folgende zwei Anliegen: Wir sind zusammen mit der GDK der Ansicht, <u>dass die Neuregelung der Spitalfinanzierung mit jener der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket vorzulegen ist</u>. Nur so kann eine möglichst finanzierungsneutrale Neuregelung garantiert werden. Mit der <u>fix-dualen Spitalfinanzierung</u> hat man offenbar eine mehrheitsfähige Lösung gefunden. Dennoch sollte die Zeit noch einmal genutzt werden, um offene Fragen zu klären und Verbesserungen vorzunehmen. Bei einer näheren Analyse des Vorschlags kommen nämlich noch sehr viele und gravierende Probleme zum Vorschein.</p>	LU
<p>Wir teilen die Auffassung des Bundesrates, dass auf Grund der Erfahrungen aus der zweiten KVG-Revision die anstehenden Themen in separaten Vorlagen zu behandeln sind. Die Aufteilung der Revisionsvorhaben in ein Gesetzgebungspaket 1 und ein Gesetzgebungspaket 2 wird daher begrüsst. Wir erachten es auch als richtig, für die verschiedenen Bereiche des Gesetzgebungspakets 1 separate Botschaften vorzulegen.</p>	SG
<p>Der Regierungsrat teilt die Auffassung des Bundesrats, dass aufgrund der Erfahrungen aus der 2. KVG-Revision die verschiedenen Themen in separaten Vorlagen zu behandeln sind. Insbesondere unterstützen wir die Aufteilung in zwei Gesetzge-</p>	SH

<p>bungspakete. Das erste Paket erlaubt es, diejenigen Bereiche des KVG, wo aufgrund von demnächst auslaufenden Regelungen unmittelbarer Anschlussbedarf besteht, einer raschen Lösung zuzuführen. Das für später vorgesehene Gesetzgebungspaket 2 beinhaltet Problemstellungen, die tiefgreifende Systemänderungen nötig machen und in ihren Auswirkungen noch vertieft auszuleuchten sind.</p>	
<p>Der Regierungsrat des Kantons Thurgau teilt die Auffassung des Bundesrats, dass aufgrund der Erfahrungen aus der 2. KVG-Revision die verschiedenen Themen in separaten Vorlagen zu behandeln sind. Insbesondere unterstützen wir die Aufteilung der Revisionsvorhaben in ein Gesetzgebungspaket 1 und ein Gesetzgebungspaket 2. Mit dem Gesetzgebungspaket 1 ist der dringlichste Handlungsbedarf abgedeckt. Das für später vorgesehene Gesetzgebungspaket 2 mit den geplanten Botschaften zur fixdualen Spitalfinanzierung, zur Subventionierung der Privatspitäler sowie zu Managed Care Modellen beinhaltet Problemstellungen, welche grundlegende Systemänderungen darstellen und welche in ihren Auswirkungen noch vertieft auszuleuchten sind.</p>	TG
<p>Wir unterstützen die Haltung der GDK, wonach die Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket vorgelegt werden soll.</p>	UR
<p>Le Conseil d'Etat du canton de Vaud partage le constat que la LAMal a rempli, en bonne partie du moins, deux des trois objectifs visés, à savoir la solidarité et l'amélioration de la qualité des prestations. Il partage également le constat que le 3^e objectif - celui de la maîtrise des coûts - n'a pas été atteint. Le Conseil d'Etat attire l'attention du Conseil fédéral sur le fait que le remède propose pour atteindre la maîtrise des coûts, à savoir le renforcement de la concurrence entre assureurs, ne peut ni ne doit se faire sans un encadrement de cette concurrence, faute de quoi le remède serait pire que le mal.</p> <p>Cet encadrement doit être assuré par les cantons en leur qualité de responsables de l'approvisionnement en soins de la population. A ce titre, les cantons doivent prendre des mesures afin que les prestations sanitaires d'intérêt public non rentables restent accessibles pour toute la population. Le Conseil d'Etat vaudois insiste sur l'absolue nécessité d'étudier très soigneusement les conséquences financières de chacune des propositions. Au demeurant, il estime opportun de traiter le financement des hôpitaux et celui des soins de longue durée simultanément et dans un paquet distinct des autres propositions.</p>	VD
<p>Wir teilen die Auffassung des Bundesrats, dass auf Grund der Erfahrungen aus der 2. KVG-Revision die verschiedenen Themen in getrennten Vorlagen zu behandeln sind. Insbesondere unterstützen wir die Aufteilung der Revisionsvorhaben in ein Gesetzgebungspaket 1 und ein Gesetzgebungspaket 2. Mit dem Gesetzgebungspaket 1 ist der dringlichste Handlungsbedarf insoweit abgedeckt, als diejenigen Bereiche des KVG einer Lösung zugeführt werden sollen, in denen auf Grund von Ende Jahr 2004 oder im Verlauf des Jahres 2005 auslaufender Regelungen unmittelbarer Anschlussbedarf besteht.</p>	ZH
<p>Salue d'une manière générale l'accélération prévue des travaux dans les domaines impliquant un besoin d'action urgent. Nous soutenons dès lors la présentation de plusieurs paquets spécifiques, même si une pesée démocratique des intérêts en est rendue plus difficile. Perçoit toutefois un risque majeur en ce que les transferts de coûts entre payeurs de primes et contribuables ne sont pas prévisibles, vu que certains trains de réformes seulement seront éventuellement mis en oeuvre. Postule de soumettre comme un tout le financement des hôpitaux et des soins de longue durée à une réglementation unique. Prêt à exclure de ce paquet unique un autre facteur essentiel d'insécurité financière, à savoir la réduction des primes.</p>	CDS, JU, NE, TI
<p>Wir stellen einmal mehr fest, dass der Medikamentenbereich von den Reformen unangetastet bleibt. Im Gesetzgebungspaket 2B soll geprüft werden, inwieweit Massnahmen im Bereich der Medikamente umgesetzt werden können. Für die CVP sind im Bereich der Medikamente und der medizinischen Implantate (z.B. Hüft- und Kniegelenke) Massnahmen erforderlich, da diese immerhin 20 Prozent des Kastenblocks ausmachen. Die CVP fordert den Bundesrat daher auf, Massnahmen zur Kostendämmung vorzuschlagen und nicht nur eine Prüfung vorzunehmen. Im Übrigen stellen wir fest, dass die Vorlage keine neuen Konzepte oder Massnahmen zur Kostendämmung enthält, was wir äusserst bedauern.</p>	CVP

<p>Die EDU hat in ihrer Anfang 2000 lancierten "miniMax"-KVG-Initiative in der Krankenversicherung eine Grundversorgung mit minimalen Krankenkassenprämien und maximaler Transparenz und Effizienz gefordert. Die Hauptstossrichtung lag in einer Reduktion des Leistungskatalogs auf die drei Kernbereiche Krankheit, Unfall und Schwangerschaft.</p> <p>Wir sind nach wie vor überzeugt, dass eine erfolgreiche "Operation" hier beginnen muss: Pflasterlipolitik hilft uns nicht weiter! Behörden, Krankenkassen, Leistungserbringer wie auch die Versicherten selber müssen Einsicht beweisen und den Mut haben, das Problem grundsätzlich und nachhaltig anzugehen. Die Krankenversicherung muss den Charakter eines "Gemischtwarenladens" verlieren, der allen alles bietet.</p>	EDU
<p>Die FDP teilt die Meinung des Bundesrates, dass seit Inkraftsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 die Ziele der Versorgungssicherheit sowie der Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen erreicht werden konnten. Die dritte Zielsetzung des KVG, die Kostendämpfung, konnte hingegen nicht erreicht werden; im Gegenteil, die Kosten stiegen im Gesundheitswesen kontinuierlich an. Diese Kostenentwicklung ist einerseits demographiebedingt und hängt andererseits mit dem laufenden medizinischen Fortschritt zusammen. Die Tatsache, dass die Menschen älter werden und auch im hohen Alter noch aktiv sein können, ist zwar ausserordentlich erfreulich, hat jedoch auch ihren Preis. Kostendämpfung und Kostenkontrolle müssen demnach im Rahmen der nun – nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision – anstehenden KVG-Teilrevisionen erste Priorität haben. Die FDP zeigt sich erfreut, dass der Bundesrat mit dem nun eingeschlagenen Weg die in ihrer Fraktionsmotion 03.3673 (Gesundheitswesen. Dringende Reformen jetzt!) sowie der durch Ständerätin Trix Heberlein in der kleinen Kammer eingereichten Motion 03.3644 aufgelisteten Forderungen erfüllt und die wichtigsten Reformelemente in der Krankenversicherung aufgreift. Da die Kumulierung einer hohen Zahl verschiedenster Themen wohl eine Ursache der Ablehnung der 2. KVG-Revision war, unterstützt die FDP die Vorgehensweise, eine ganzheitliche Strategie zu verfolgen, die einzelnen Revisionspunkte jedoch nicht in ein Gesamtpaket einzubetten. Die FDP begrüsst den ambitionierten zeitlichen Fahrplan des Bundesrates, wonach das erste Gesetzgebungspaket teilweise bereits per 1. Januar 2005 in Kraft treten könnte und das zweite Paket dem Parlament noch vor der Herbstsession 2004 zur Beratung im beschleunigten Verfahren vorgelegt werden soll. Die Dringlichkeit des Reformbedarfes im Gesundheitswesen lässt keine weiteren zeitlichen Verzögerungen zu.</p>	FDP
<p>De manière générale, la Suisse dispose d'un système de santé d'une qualité exceptionnelle. Mais cette qualité a un coût qu'il convient de contenir dans des proportions raisonnables. Le meilleur moyen pour rendre le système plus efficient est sans aucun doute de se fonder sur les principes de responsabilité et d'autonomie des différents acteurs de la santé, sur l'existence et la concurrence de divers prestataires de soins et d'assureurs multiples. En bref donc, le Parti libéral suisse préconise un système de santé fondé sur la responsabilité de tous les acteurs, sur la liberté de choix, sur la concurrence entre les prestataires de soins comme entre les assureurs. Quant à la méthode choisie par le Conseil fédéral, le Parti libéral comprend la nécessité de procéder à des réformes par étapes successives, les révisions globales ayant montré leurs limites. Néanmoins, il souhaite que le Conseil fédéral et plus largement les Autorités fédérales s'inspirent d'une conception directrice globale générale pour conduire les réformes successives. Cette inspiration doit bien entendu se baser sur les principes évoqués précédemment. Dans ce cas et à ces conditions, le Parti libéral suisse entre en matière sur la méthode proposée actuellement par le Conseil fédéral.</p>	LPS
<p>Die SP Schweiz ist von den Reformvorschlägen enttäuscht. Kostenlenkende und kostendämpfende Massnahmen werden mit dem Schlagwort „Eigenverantwortung“ einseitig der Bevölkerung zugemutet. Die SP Schweiz vermisst in diesem Bereich Vorschläge bei der Hightech-Medizin zum Abbau von Überkapazitäten und Massnahmen zur Senkung der Medikamentenpreise (z.B. Förderung der Generika, Einführung der Wirkstoffverschreibung sowie Zulassung von Parallelimporten bei patentgeschützten Medikamenten). Auch fehlen Vorschläge zum Vollzug der Qualitätssicherung. Sie fordert den Bundesrat auf, unverzüglich entsprechende Vorlagen</p>	SPS

<p>auszuarbeiten und dem Parlament zu unterbreiten. Mit der vorgeschlagenen Aufhebung des Vertragszwangs wird zudem die freie Arztwahl bald zum Privileg der Gutverdienenden. Die anvisierte Aufhebung des Vertragszwangs ist kein Wettbewerbsmodell, sondern schafft eine Monopolstellung der Versicherer. Die SP Schweiz lehnt diesen Vorschlag ab. Wir sind für eine Lockerung des Vertragszwangs offen, aber in einem paritätischen Modell mit ausreichendem Rechtsschutz, in Verbindung mit Qualitätskriterien, integriertem Versorgungsnetz mit gemeinsamer Kostenverantwortung von Versicherern und Leistungserbringern und versehen mit einem wirksamen Sanktionssystem.</p> <p>Zudem erwarten wir vom Bundesrat, dass er die Strukturfrage ernsthaft an die Hand nimmt und prüfen lässt, ob und in welcher Höhe sich ohne Qualitätseinbussen Einsparungen im Gesundheitswesen ergeben könnten, wenn in bestimmten Bereichen (z.B. mit interkantonalen Spitalplanung, gesamtschweizerischer Planung der Spitzenmedizin) Kompetenzen zum Bund hin verschoben würden. Die SP Schweiz ist überzeugt, dass hier ein nicht genutztes Einsparpotenzial besteht, das aufgedeckt und politisch diskutiert werden müsste. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass mit der Schaffung einer Einheitskasse Werbe- und Verwaltungskosten wegfallen bzw. gesenkt werden könnten. Gemäss Nationalfondsstudie wird von einem Einsparpotential von einer Milliarde gesprochen, dies bei einem Gesamtaufwand von 1.3 Milliarden. Auch diese Einsparungen würden sich prämiensenkend auswirken. Eine entsprechende Volksinitiative ist unterwegs.</p>	
<p>Le Parti suisse du Travail conteste que la concurrence ait un effet modérateur des coûts. Des preuves d'un effet positif paraissent en effet être bien difficiles à apporter et sont encore inconnues.</p>	POP
<p>economiesuisse teilt die Meinung des Bundesrates, dass seit Inkraftsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 die Ziele der Versorgungssicherheit sowie der Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen erreicht werden konnten. Die dritte Zielsetzung des KVG, die Kostendämpfung, konnte hingegen nicht erreicht werden. Kostendämpfung und Kostenkontrolle müssen demnach im Rahmen der Wiederaufnahme der KVG-Revision erste Priorität haben. Da die Kumulierung einer hohen Zahl verschiedenster Themen wohl eine Ursache des Scheiterns der 2. KVG-Revision war, unterstützen wir die Vorgehensweise, eine ganzheitliche Strategie zu verfolgen, die einzelnen Reformschritte jedoch nicht in ein Gesamtpaket einzubetten. Vollzugsmässig und politisch wären diese Schritte kaum in einer umfassenden Gesamtvorlage umzusetzen. Zum Mix der Pakete ist zu sagen, dass der neu definierten Prämienverbilligung nicht ohne Zustimmung zur Vertragsfreiheit und zur erweiterten Kostenbeteiligung zugestimmt werden kann.</p>	economie-suisse
<p>Dopo la bocciatura da parte del parlamento della seconda revisione della LAMal il consiglio federale ha deciso di procedere a tappe intensificando gli sforzi per ridurre il volume di prestazioni non indicate da un punto di vista medico (e quindi inutili) e cercando di ottimizzare l'attuale sistema. Riteniamo tuttavia che la soppressione dell'obbligo di contrarre non sia il miglior sistema per raggiungere questi obiettivi.</p>	acsi, FRC
<p>Wir unterstützen die Vorgehensweise, eine ganzheitliche Strategie zu verfolgen, die einzelnen Reformschritte jedoch nicht in ein Gesamtpaket einzubetten. Vollzugsmässig sind diese Schritte kaum in einer umfassenden Gesamtvorlage umzusetzen. Zum Mix der Pakete ist zu sagen, dass der neu definierten Prämienverbilligung nicht ohne Zustimmung zur Vertragsfreiheit und zur erweiterten Kostenbeteiligung zugestimmt werden kann.</p>	SAGV
<p>Die Aufsplitterung des Gesamtpakets auf mehrere Vorlagen dürfte massgeblich zur Beschleunigung der parlamentarischen Beratungen beitragen. Gleichzeitig erhöht sich aber auch die Gefahr, dass Rosinenpickerei betrieben wird. Einzelne Elemente des Gesamtpakets dürften einfacher mittels Referendum angreifbar sein, wenn man dabei nicht mehr riskiert; die Errungenschaften in anderen Bereichen mit aufs Spiel zu setzen. Der Bundesrat tut deshalb gut daran, sich nochmals eingehend zu überlegen, ob die Zahl der Vorlagen nicht reduziert werden sollte und nicht Pakete zu schnüren sind, die bei ihrer Umsetzung für die Betroffenen sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen. So würde es aus unserer Sicht beispielsweise Sinn machen, die Vorlagen 1C (Prämienverbilligungen) und 1D (Kostenbeteiligung) zusammen zu führen.</p>	SGV/USAM

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision im letzten Dezember 2003 kann der SGB nachvollziehen, dass der Bundesrat Reformen nicht mehr in einer Gesamtvorlage sondern als Einzelpakete unterbreitet.	SGB/USS
Aus unserer Sicht sind die steigenden Gesundheitskosten auch auf die Altersstruktur unserer Gesellschaft, neue kostspielige Technologien und höhere Preise für neue Medikamente zurückzuführen. Wir stimmen mit zwei Massnahmen, die in der neuen Strategie vertreten überein, nämlich die Bemühungen, die Anzahl der medizinisch nicht notwendigen Leistungen einzuschränken und das aktuelle System zu optimieren. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs scheint uns aber das Erreichen der Ziele nicht zu garantieren, zudem ist die Aufhebung der freien Arztwahl bei den KonsumentInnen kaum mehrheitsfähig.	kf
Deutlich bestreiten wir die im allgemeinen Teil, der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung (Ziffer 1.1. Seite 2, Abs. 2) erwähnte Leistungslücke im Bereich der zahnmedizinischen Behandlungen. Das schweizerische System beruht auf einer gewollten, sozialpolitisch und präventivmedizinisch motivierten Unterscheidung in vermeidbare und nicht-vermeidbare Erkrankungen. Dieses System stärkt die Selbstverantwortung des Bürgers und führt damit direkt zur Reduktion der Kosten.	SSO
Einverstanden erklären kann sich santésuisse auch mit der Aufteilung der Vorlage in Einzelpakete und dem raschen Tempo, in dem die ersten Teile der Reform angegangen werden. Die in den Vernehmlassungsunterlagen vorgeschlagene Aufteilung der einzelnen Vorlagen auf die beiden Reformpakete hält santésuisse grundsätzlich für richtig, bringt aber bei der Aufteilung der Themen auf die einzelnen Vorlagen da und dort Korrekturen an.	santésuisse
Die vorliegenden Reformvorschläge zum KVG enttäuschen uns genauso wie die letztlich verworfenen Kompromisslösungen der 2. KVG-Revision. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision sollen die Reformschritte gemäss Begleitbericht nun einzeln und nicht in einer Gesamtvorlage, jedoch eingebettet in eine Gesamtstrategie umgesetzt werden. Eine „ganzheitliche Strategie“ (Begleitbericht S. 4) beschränkt sich für pro juventute aber nicht auf das KVG. Wir verstehen darunter vielmehr eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie. Vorstellungen in diese Richtung werden in den Vernehmlassungsunterlagen jedoch nicht greifbar dargelegt. Wir sehen viele Baustellen, aber keinen Masterplan. Insofern sind nur punktuelle Stellungnahmen möglich. Die „Systemoptimierung“ (Begleitbericht S. 4) des Revisionsvorschlages bezieht sich im wesentlichen nur auf den Aspekt der Kostendämpfung und nicht umfassender auf medizinische Herausforderungen des 21. Jahrhunderts wie die Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheiten oder den Fortbestand der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Vorbehaltlos positiv ist die grundsätzliche Anerkennung eines Solidaritätsziels für den Krankenversicherungsbereich zu werten. Seine Entwicklung bleibt aber praktisch auf das System der Prämienverbilligung reduziert. Wir wünschen, dass die KVG-Revision erkennbar in gesundheitspolitische Gesamtstrategie eingebaut wird. Wir begrüßen die Anerkennung von Solidaritätszielen, wünschen aber eine stärkere Gewichtung des Ausgleichs schichtspezifischer Gesundheitsrisiken und des chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung.	Pro Juventute
Der Bundesrat lässt sich vom Gedanken leiten, nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision eine Reihe von Teilrevisionen zu präsentieren, um die Reform des Gesundheitswesens zumindest schrittweise voranzubringen. Reformbedarf sieht der Bundesrat vor allem im Bereich der Kostendämpfung. Dabei konzentriert sich das zuständige EDI allerdings nicht auf die Frage, ob innerhalb des Systems Überkapazitäten enthalten sind, deren Abbau das Versorgungsziel ungefährdet liesse. Die Stossrichtung des Bundesrates zielt vielmehr auf zusätzliche «Eigenverantwortung» der Patientinnen und Patienten. – Ein Beitrag in der <i>Neuen Zürcher Zeitung</i> vom 13. April 2004 (Seite 9: «Mehr Eigenverantwortung. Bemerkungen zu einer oft gestellten Forderung») weist zu Recht auf das Spannungsfeld hin, in dem sich dieser viel verwendete Begriff bewegt: Eigenverantwortung ist in einer demokratischen Gesellschaft nur in Verbindung mit sozialer Verantwortung denkbar – ansonsten drohen Entsolidarisierung und destruktiver Egoismus. Ein ausgewogenes Reformkonzept darf Fragen der Spitalplanung und Spitzenmedizin sowie die Entwicklung des Medikamentenmarktes nicht ausser Acht lassen. Im Übrigen gehen wir davon aus, dass	Pro Senectute

<p>die Rolle des Bundes in der Gesundheitspolitik gestärkt werden muss. Es muss deshalb aus unserer Sicht vermehrt geprüft werden, in welchen Fällen föderalistische Lösungen sinnvoll und angemessen sind – und in welchen Fällen mehr Einheitlichkeit erforderlich ist. Wir möchten unsere Vision einer künftigen Gesundheitspolitik skizzieren: Neben dem Staat als Regulator sowie den Versicherern und Leistungsanbietern als Marktteilnehmern sehen wir in gut informierten Patientinnen und Patienten mit klar formulierten Rechten (diese beinhalten auch das Recht auf Vertretung im Fall eigener Urteilsunfähigkeit) die «dritte Kraft», die zwischen den Elementen der Planung und des Wettbewerbs vermitteln kann.</p>	
<p>Der ÖKKV bejaht grundsätzlich die Stossrichtung des Bundesrates, das Bewährte im bestehenden System zu festigen und mit ökonomischen Anreizen im Bereich der Kostendämpfung zu optimieren. Ebenfalls ist zu begrüßen, dass das erste Revisionspaket in verschiedene Teilpakete gegliedert wird. Mit dieser Vorgehensweise können einzelne Bereiche, die grundsätzlich unbestritten und/oder befristet sind, vorläufig geregelt und in Kraft gesetzt werden. Die Neuregelung des Vertragszwangs, die politisch umstritten ist, kann dabei unabhängig von den übrigen Bereichen angegangen werden und wird so die Vorlage in der Gesamtheit nicht gefährden. Dadurch erhöht der Bundesrat die Möglichkeit, dass die Vorlage (zumindest in Teilbereichen) angenommen wird.</p>	ÖKKV
<p>Das Vorgehen in Etappen bei Revision des Gesetzes ist wohl zweckmässig. Es erleichtert die Beratung. Zwei Nachteile sollen dennoch nicht verschwiegen sein: Wenn nicht der ganze Revisionsbedarf auf einmal abgetragen wird, besteht die Gefahr, dass ständig an irgendeiner Ecke des Gesetzes herumlaboriert wird. Das verhindert, dass eine Ruhe ins Gesetz einkehrt. Ruhe aber ist für Berechenbarkeit, Voraussehbarkeit, Vertrauen, Rechtssicherheit, Rechtsstaatlichkeit und Gerechtigkeit nötig. Das KVG hat zudem Reflexwirkung auf viele weitere Erlasse (insbesondere auch kantonale), die alle in der Luft hängen, solange das KVG nicht konsolidiert ist.</p> <p>Der Bundesrat wählt die Prioritäten. Das Parlament (und allenfalls das Volk) ist aber frei, andere zu setzen und andere Anliegen vorzutragen und zu favorisieren, die der Bundesrat nicht oder noch nicht erkannt hat oder die er nicht erkennen will. Es besteht dann die Gefahr, dass er das Zepter verliert, wenn seine Ansichten über die Priorisierung vom Parlament nicht geteilt wird.</p> <p>Die Vernehmlassungsunterlagen, mit nicht einfach zu erkennendem Aufbau, sind sehr umfangreich, dennoch leider nicht ausgewogen. Die Nachteile der einzelnen Reformvorhaben, oder wenigstens die weniger positiven Aspekte, sind zuwenig ausgeführt.</p> <p>Anlässlich der letzten, im Sande verlaufenen Diskussion haben wir angeregt, dass auch Chiropraktoren Patienten an Dritte verweisen sollen können. Das setzte eine Änderung von Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3. KVG voraus. Den Grund, Ökonomie, haben wir damals ausführlich dargelegt. Wir haben uns für das selbstverständliche Anliegen, mit dem wir nur den status quo 1996 wieder herzustellen beabsichtigten, der aus gesetzgeberischem Versehen entfallen ist, mit stärkstem Engagement eingesetzt, sodass wir uns nun von Ihnen brüskiert fühlen. Wir bitten Sie, unser Anliegen wieder aufzunehmen.</p>	SVPC/ASP C

Versichertenkarte (Art. 42a)

Carte d'assuré (art. 42a)

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge <i>Observations, critiques, suggestions, propositions</i>	Verfasser Auteurs
42a	Die Einführung einer Versichertenkarte erleichtert den Administrativverkehr zwischen den Leistungserbringern und Versicherern, insoweit macht die Schaffung einer solchen Karte sicher Sinn. Die damit verbundenen	AR

		Mehrkosten sind indessen offen zu legen, bevor die Karte durch den Bundesrat realisiert wird.	
42a		Auch begrüßen wir im Grundsatz die Idee, eine Versichertenkarte einzuführen. Allerdings sind Aufwand und Ertrag gegeneinander abzuwägen.	BE
42a		Nous sommes favorables à la création d'une base légale permettant l'introduction d'une carte d'assuré, qui devrait plutôt être appelée carte de patient. La gestion de l'émission (de destruction) des cartes doit être confiée à un organe unique, central et neutre, à l'instar de ce qui se fait dans le domaine des cartes d'identité et des passeports, afin d'assurer l'uniformité et la sécurité. Cette tâche ne doit pas être laissée aux assureurs, même si des standards sont prévus.	FR
42a		Nous sommes d'avis que la loi doit d'emblée permettre le passage à une carte "santé", servant de clé d'accès à un réseau d'informations médicales. En effet, la carte d'assuré est d'ores et déjà dépassée : son unique valeur ajoutée réside dans l'identification non équivoque du patient; la facturation électronique est d'ores et déjà le fait de TARMED en ambulatoire, et la majorité des centres hospitaliers transmettent, pour les assureurs maladie équipés en la matière, leurs factures hospitalières par voie électronique. Une carte "santé" quant à elle dont le concept est largement retenu sur le plan européen, qui prévoit des cartes "intelligentes" dès 2008- permet d'influencer les gestes thérapeutiques et le volume des prestations. Il faut dès lors impérativement introduire un tel objectif stratégique dans la loi. Sur le plan technique, une réflexion approfondie sur la numérotation unique devra être menée ; d'une part du fait qu'une numérotation de type AVS ne prend pas en compte les enfants, d'autre part du fait que le nouveau modèle de numérotation de sécurité sociale proposé ne semble pas encore offrir toutes les garanties de compatibilité avec le système européen. La gestion des cartes (production-émission-contrôle) devrait être du ressort d'un organe neutre, garantissant l'utilisation de standards uniformes.	GE
42a		Die Einführung einer Versichertenkarte wird Verbesserungen im Administrativverkehr zwischen den Leistungserbringern und Versicherern bringen. Insoweit macht die Schaffung einer solchen Karte sicher Sinn. Die damit verbundenen Mehrkosten sind indessen offenbar nicht bekannt. Sie müssen erhoben werden, bevor die Karte durch den Bundesrat realisiert wird.	GR
42a		Wir begrüßen die Einführung der Versichertenkarte sehr. Ziel sollte es aber sein, sie bald möglichst zu einer Patientenkarte auszubauen.	LU
42a		Gegen die obligatorische Einführung einer Versichertenkarte im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung, welche ausschliesslich zwei Zwecken, nämlich der Identifizierung des Versicherten mittels Identifikationsnummer und der elektronischen Abrechnung von Leistungen nach KVG dienen, bestehen aus datenschutzrechtlicher Sicht grundsätzlich keine Einwände. Sofern die auf der Karte gespeicherten Identifikationsdaten und persönlichen Administrativdaten des Versicherten auch besonders schützenswerte Personendaten enthalten, müssen diese im KVG selbst und nicht in einer Verordnung angeführt werden. Diesfalls sind auch die Datenempfänger, welche Zugriff auf solche besonders schützenswerten Personendaten erhalten, ausdrücklich in einem formellen Gesetz, d.h. im KVG, anzuführen, zumal es sich um ein Abrufverfahren handelt (Art. 17 und 19 Abs. 3 DSG, SR 235.1). Ungeachtet dessen, ob die obligatorisch gespeicherten Daten besonders schützenswert sind oder nicht, muss der Kreis der Datenempfänger strikte auf die betroffene versicherte Person, die Leistungserbringer sowie die Krankenversicherer, beschränkt bleiben. Dritte wie Privatversicherer, Arbeitgeber etc. haben kein Zugriffsrecht, da sie diese Daten auch nicht zum in Abs. 2 umschriebenen Zweck benötigen und bearbeiten. Die Identifikationsnummer kann durchaus auch als Sozialversicherungsnummer verwendet werden. Dies ist aber nur zulässig, wenn deren Verwendung nur auf klar	SO

		<p>im (formellen) Gesetz umschriebene Zwecke beschränkt bleibt und nur im Bereich der Sozialversicherungen eingesetzt wird. Bezüglich der Benutzerschnittstelle sind hohe Anforderungen an die Datensicherheit zu stellen, dies um so mehr, als die Karte inskünftig auf die Rückseite auf der europäischen Krankenversicherungskarte entsprechen soll.</p> <p>Der Zugang zu den gespeicherten Personendaten muss strikt auf die betroffene versicherte Person, Leistungserbringer und Krankenversicherer beschränkt bleiben. Schliesslich stellt sich die noch die Frage, was unter persönlichen „Notfalldaten zu verstehen ist. Es ist davon auszugehen, dass es sich gerade auch um medizinische Daten aus der Krankheitsgeschichte einer versicherten Person handelt. Der Umfang dieser (besonders) schätzenswerter Personendaten ist daher in Abs. 4 des KVG selbst und nicht in einer Verordnung zu regeln (Art. 17 und 19 DSGVO).</p>	
42a		<p>Das derzeitige System ist nicht zufriedenstellend. Daher wird die Einführung einer Versichertenkarte mit der neuen, nicht sprechenden Sozialversicherungsnummer als Personenidentifikation begrüsst. Des Weiteren wird eine Senkung der Administrativkosten und eine Verbesserung der Dienstleistung im Notfall erwartet. Es sollte sichergestellt werden, dass der Zugriff auf die schützenswerten Daten nur im Notfall und nur mit Einverständnis der versicherten Person gewährt wird. Die Daten dürfen auf keinen Fall auf Druck der Versicherer geöffnet werden.</p>	SZ
42a		<p>Die Einführung einer Versichertenkarte wird Verbesserungen im Administrativverkehr zwischen den Leistungserbringern und Versicherern bringen. Insoweit macht die Schaffung einer solchen Karte sicher Sinn. Die damit verbundenen Mehrkosten sind indessen offenbar nicht bekannt. Sie müssen erhoben werden, bevor die Karte realisiert wird.</p>	TG
42a		<p>Condividiamo la proposta concernente l'articolo 42a che permette di offrire la base legale necessaria ad autorizzare il Consiglio federale ad introdurre una tessera con un numero d'identificazione unico che a nostro giudizio dovrà essere eurocompatibile quest'ultimo ambito il nostro cantone Pub apportare sicuramente un'esperienza interessante, grazie al progetto carta sanitaria. E' quindi fondamentale che il progetto previsto a livello federale possa essere reso compatibile anche con il progetto (che conduciamo in partneraiato con il Canton Ginevra).</p>	TI
42a		<p>Die Einführung einer Versichertenkarte wird Verbesserungen im Administrativverkehr zwischen den Leistungserbringern und Versicherern bringen. Insoweit ist die Schaffung einer solchen Karte sicher sinnvoll. Dabei ist dem Datenschutz Rechnung zu tragen. Die mit der Einführung verbundenen Mehrkosten sind indessen offenbar nicht bekannt. Sie müssen erhoben werden, bevor die Karte durch den Bundesrat realisiert wird.</p>	ZH
42a		<p>Les cantons saluent le principe d'introduire une carte d'assuré. Toutefois, on procédera à une pesée du rapport coût-bénéfice.</p>	CDS, JU, NE
42a		<p>Die CVP befürwortet auch die Einführung der Versichertenkarte, wobei diese Karte als Grundlage für die Weiterentwicklung einer Patientenkarte dienen soll. Dank der Patientenkarten können Mehrfachuntersuchungen verhindert und die administrativen Kosten gesenkt werden, was sich kosten-sparend auswirkt.</p>	CVP
42a		<p>Obwohl die Vorteile auf der Hand liegen (u.a. scheint eine Integration in europäische Lösungen bzw. die Abschaffung des Formulars E 111 sinnvoll), verwehren wir uns gegen jede Form der "totalen Kontrolle" über das einzelne Individuum. Wer entscheidet zum Beispiel, welche Daten und in welchem Umfang gespeichert werden?! Dem Aspekt des Datenschutzes muss deshalb in diesem sensiblen Bereich grösste Aufmerksamkeit gegeben werden.</p>	EDU
42a		<p>Dieses Vorhaben wird unterstützt. Wir regen an, die Einwilligung der versicherten Personen zur Speicherung von Notfalldaten gezielt zu fördern, eventuell sogar mit einer kleinen Ermässigung bei der Prämie. Denn die Speicherung von Notfalldaten hilft Kosten einzusparen. Die Versichertenkarte sollte so gestaltet werden, dass ein Ausbau zur Patien-</p>	EVP

		tenkarte zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist. Wir wünschen ausserdem, dass unter Einbezug des Datenschutzes geprüft wird, ob die Lesegeräte der Arztpraxen und der Spitäler (Benutzerschnittstelle) ein Abrufen des Prämienkontostandes ermöglichen können. Das wäre die wirksamste Art, um die Prämienausstände zu reduzieren.	
42a		Die FDP erachtet die Einführung einer Versichertenkarte auf nationaler Ebene als sinnvoll. Es muss darauf geachtet werden, dass diese Versichertenkarte in Richtung Patientenkarte entwickelt werden kann. Im Zusammenhang mit dem freien Personenverkehr ist zudem die Europa-kompatibilität von grosser Bedeutung.	FDP
42a		Mit der Einführung der Versichertenkarten als Instrument zur Vereinfachung administrativer Abläufe sind wir einverstanden. Sollte geprüft werden, inwieweit die Versichertenkarte ausgebaut werden kann so, dass sie auch als Instrument der Kostenlenkung - zum Beispiel innerhalb eines Managed-Care-Konzeptes - eingesetzt werden kann, muss der Daten- und Persönlichkeitsschutz gewährleistet sein.	SPS
42a		Streichen, da zu hohe Kosten. Experten rechnen mit bis zu 500 Mio, Franken, ohne dass mit dieser Massnahme Kosten eingespart werden können.	SVP
42a		Favorable à la création d'une carte d'assuré de type administratif. Il pourrait accepter son extension à des renseignements sanitaires pour autant que la protection de la sphère privée soit garantie. Le Parti libéral suisse rend également attentif le Conseil fédéral à la proportionnalité qui doit exister entre l'avantage de l'existence d'une telle carte et les coûts administratifs qu'elle risque d'engendrer. Le rapport ne fait pas de démonstration très probante à ce sujet, du moins en l'état de notre connaissance.	PLS
42a		Une carte des assurés ne répond à aucune demande des assurés. Il s'agit d'un avantage pour les seuls assureurs qui y inscrivent des renseignements qui échappent aux assurés. En revanche, un carnet de santé, réclamé depuis longtemps, y compris au Parlement, rendrait de vrais services à tous les partenaires, patients, prestataires de soins et assureurs. Donc, s'il est mieux de voir les cartes d'assurés enfin normalisées, elles ne sont pas la bonne réponse aux divers besoins de transparence.	POP
42a		Siamo favorevoli all'introduzione di una "tessera d'assicurato" e dunque alla creazione di una base legale. Riteniamo che andrebbe introdotto un unico sistema valido per tutta la Svizzera o perlomeno che i sistemi utilizzati dai vari cantoni siano compatibili. Per giocare pienamente il suo ruolo di freno alla moltiplicazione degli stessi esami e analisi la carta d'assicurato dovrebbe contenere non solo informazioni relative all'assicurato ma anche al paziente. Teniamo a precisare che i dati personali concernenti la salute sono da considerare particolarmente delicati. E' quindi indispensabile creare diversi livelli d'accesso, eventualmente limitare il periodo di accessibilità di alcune informazioni e sempre richiedere il consenso dell'assicurato-paziente.	acsi, FRC
42a		Nous sommes favorables à l'instauration d'une carte d'assuré-e et, partant, à la création d'une base légale. Il nous semble indispensable qu'un seul type de carte soit adopté en Suisse, ou, à tout le moins que les systèmes utilisés par les cantons soient compatibles. Pour jouer pleinement son rôle de frein au tourisme médical et à la multiplication de mêmes examens médicaux, la carte d'assuré-e doit se développer et contenir d'autres informations que celles relatives aux coordonnées personnelles. Dans ce domaine, le projet e-toile genevois peut servir de modèle	FRC
42a		Der Vorschlag wird unterstützt. Es scheint uns notwendig, eine bundesrechtliche Regelung (KVG) für die Versichertenkarte zu schaffen, um zu verhindern, dass verschiedene kantonale Projekte unabhängig voneinander entwickelt werden, die nachher unter Umständen untereinander nicht kompatibel sind. Wir regen deshalb an, die Versichertenkarte euro-kompatibel zu gestalten. Sie muss, wenn immer möglich, das bisherige EU-	economie-suisse

	<p>Formular 111 ersetzen. Mit der Einführung der Versichertenkarte soll sichergestellt werden, dass sich die Schweiz den europäischen Entwicklungen zur Einführung einer Krankenversicherungskarte per 1.1.2006 anschliesst.</p> <p>Die Versichertenkarte muss so konzipiert sein, dass sie in Zukunft schrittweise zu einer umfassenden Patientenkarte ausgebaut werden kann. Wir regen an, die Einführung einer Patientenkarte auf freiwilliger Basis zu prüfen. In der vorliegenden Botschaft fehlt die ausdrückliche Verpflichtung der Leistungserbringer und der Versicherten, die Versichertenkarte benützen zu müssen. Es ist lediglich die Pflicht der Krankenversicherer (siehe Art. 42a Abs. 3) festgehalten. Im Sinne der gesetzgeberischen Klarheit müssten auch die Pflichten der Leistungserbringer und Patienten im Gesetzestext ausdrücklich genannt sein. Die Einführung der Versichertenkarte ohne die Verpflichtung aller Beteiligten, diese auch bei allen Transaktionen zu verwenden; würde lediglich Kosten ohne entsprechenden Nutzen mit sich bringen.</p>	
42a	<p>Wir unterstützen die Einführung einer Versichertenkarte auf nationaler Ebene. Es ist im KVG notwendig, eine bundesrechtliche Regelung für die Versichertenkarte zu schaffen. Es ist zu verhindern, dass verschiedene kantonale Projekte unabhängig voneinander entwickelt werden, die nacher unter Umständen untereinander nicht kompatibel sind. Die Versichertenkarte ist zudem euro-kompatibel zu gestalten. Sie muss, wenn immer möglich, das bisherige EU-Formular 111 ersetzen. Mit der Einführung der Versichertenkarte soll sichergestellt werden, dass die Schweiz mit den europäischen Entwicklungen zur Einführung einer Krankenversicherungskarte per 1. Januar 2006 Schritt halten kann.</p> <p>Die Versichertenkarte muss so konzipiert sein, dass sie in Zukunft schrittweise zu einer umfassenden Patientenkarte ausgebaut werden kann. Wir regen an, die Einführung einer Patientenkarte auf freiwilliger Basis zu prüfen. In der vorliegenden Botschaft fehlt die ausdrückliche Verpflichtung der Leistungserbringer und der Versicherten, die Versichertenkarte benützen zu müssen. Es ist in Art. 42a Abs. 3 lediglich die Pflicht der Krankenversicherer festgehalten. Im Sinne der gesetzgeberischen Klarheit müssten auch die Pflichten der Leistungserbringer und Patienten im Gesetzestext ausdrücklich genannt sein.</p>	SAGV
42a	<p>Der Schweizerische Gewerbeverband kann der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Einführung einer Versichertenkarte zustimmen, obwohl wir uns davon keine allzu grossen administrativen Erleichterungen und schon gar keine substantielle finanzielle Einsparungen versprechen. Bei der Konzipierung der Versichertenkarte und den Vorgaben für deren Einsatz ist eine möglichst grosse Effizienz anzuvisieren</p>	SGV/USAM
42a	<p>Wir befürworten die Einführung einer Versichertenkarte, die auf Grund der Festlegung einer juristischen Basis geschieht. Dabei ist es aus unserer Sicht unbedingt notwendig, dass in allen Kantonen das gleiche System eingeführt wird. Dieses sollte möglichst EU-kompatibel sein. Damit die Karte medizinischen Tourismus und die mehrfache Durchführung einer gleichen medizinischen Untersuchung an verschiedenen Orten vermeiden hilft, sollte die Karte neben den persönlichen Koordinaten auch weitere medizinische Informationen enthalten können. Dies selbstverständlich mit den notwendigen Massnahmen, die dem Datenschutz Genüge tun.</p>	kf
42a	<p>Die Versichertenkarte vereinfacht den administrativen Aufwand der Spitäler und wird deshalb von h+ unterstützt. Da sie sich auf administrative Informationen beschränkt, dürfte das Einsparungspotential jedoch gering ausfallen. Deshalb begrüssen wir explizit, dass der Bundesrat gemäss Vorlage die Möglichkeit erhält, weitere Daten zur Speicherung auf der Karte festzulegen.</p> <p>Damit die Versichertenkarte für die Leistungserbringer von grösserem Nutzen ist, muss sie zusätzlich zur Kostensprache eingesetzt werden</p>	H+

		<p>können. Antwortzeiten der Versicherer können so verkürzt werden. Die Zahl der offenen Rechnungen der Leistungserbringer wird so reduziert; zusätzlicher Aufwand der Spitäler durch nachfragen und weitere Abklärungen entfällt. Wichtig ist, dass Regeln der Anwendung der Versichertenkarte aufgestellt werden, insbesondere bei deren Fehlen zum Zeitpunkt der Behandlung (Sicherstellung der Kostengutsprache resp. Kostenübernahme durch die Krankenversicherung).</p> <p>Es ist ausserdem sicher zu stellen, dass eine einheitliche schweizerische Versichertenkarte mit derjenigen, die in der EU eingeführt wird, kompatibel ist. Das heisst, die Systemanforderungen sollen identisch sein, damit nicht unnötige Informatik Mehrkosten wegen grundsätzlich unterschiedlicher Systeme verursacht werden.</p> <p>Jede versicherte Person soll das Recht haben, mehr als die vom Bundesrat festgelegten Daten speichern zu lassen, sofern dies ihrem expliziten Wunsch entspricht.</p> <p>Der Vernehmlassungstext vermischt die Versichertenkarte mit der Patientenkarte, die unter anderem doppelte Untersuchungen vermeiden soll. Dies ist verwirrend, da der jetzige Vorschlag sich einzig auf Administrativdaten beschränkt.</p>	
42a		<p>Die Versichertenkarte erscheint sinnvoll. Davon einen Spareffekt erwarten zu wollen, wäre verwegen. Praxisbezogen dürfte wohl kaum eine derartige Karte konsequent "auf 1vlann" sein. Eine Entwicklung zur Patientenkarte ist anzustreben (mit obligatorischem Charakter für die Anwendung und entsprechenden Datenschutzvorkehrungen). In diesem Sinne können wir dem Vorschlag zustimmen.</p>	ASMI
42a		<p>In der Botschaft 1 A ist der Vorschlag der Versichertenkarte wieder aufgenommen. Diese wird klare Mehrkosten bringen und auch die Chiropraktoren tendenziell eher mehr belasten. Wir wenden uns nicht dagegen, sehen die Versichertenkarte aber nur als Beginn der Entwicklung zu einer Karte mit weiteren medizinischen Daten. Geht es demgegenüber lediglich um eine Identifikationsnummer, so wären auch andere technische Möglichkeiten denkbar.</p>	SCG
42a		<p>Wir begrüssen die Absicht des Bundesrates, die gesetzlichen Grundlagen zur Einführung einer Versichertenkarte zu schaffen. Wir betrachten die Versichertenkarte als wichtiges Element, um unnötige Mehrfachabklärungen und Untersuchungen zu vermeiden. Dazu ist aber zwingend erforderlich, dass die Versichertenkarte auch medizinische Daten enthält resp. die Möglichkeit eröffnet, solche Daten innert kürzester Frist einsehen zu können. Eine Versichertenkarte, welche wie vorgeschlagen lediglich administrative Daten enthalten soll, ist zur Erreichung dieses Zieles ungeeignet.</p> <p>Bei Speicherung medizinischer Daten ist den Anforderungen des Datenschutzes Sorge zu tragen. Wir schlagen vor, medizinische Daten auf Verlangen des Versicherten von der Karte löschen zu lassen und den Datenzugriff so zu gestalten, dass ausschliesslich Leistungserbringer und unter diesen nur diejenigen, welche vom Versicherten dazu autorisiert wurden, medizinische Daten einsehen zu können. Die Dateneinsicht in medizinischen Notfallsituationen, insbesondere wenn der Patient oder seine nächsten Angehörigen keine Auskunft geben können, müsste hiervon ausgenommen werden, da in dieser Ausnahmesituation unserer Ansicht nach das mutmassliche Interesse des Patienten, eine möglichst optimale Betreuung in Kenntnis seiner medizinischen Vorgeschichte zu erhalten, dem Interesse nach Wahrung des Patientengeheimnisses überzuordnen ist.</p>	VSAO
42a		<p>Une carte magnétique évolutive (Covercard®) existe déjà chez plus de 4 millions d'assurés et toutes les 1650 pharmacies et 9000 médecins peuvent la lire. La SSPh est favorable à une généralisation de ce type de carte afin d'éviter des investissements inutiles et insupportables. En cas d'extension de la fonction de cette carte, nous exigeons que le patient</p>	SSPh

		soit totalement maître des accès et de son contenu et de ses choix sans subir d'influence intéressée de la part de ceux qui auraient un accès. Il est donc urgent de légiférer dans le sens du Parlement en introduisant dans la LAMal une disposition analogue aux art. 59 al. 2 lettres g) et h) qui avaient été approuvés par les deux Chambres.	
42a		Nous sommes favorables à l'introduction d'une carte d'assuré, mais insistons sur le fait qu'elle doit être compatible avec les différents systèmes informatiques installés dans les pharmacies: la mise sur pied par les pharmaciens et l'OFAC d'une covercard (= carte d'assuré) a nécessité de lourds investissements. Il serait stupide d'introduire une carte non compatible avec les systèmes déjà existants. Une extension carte assuré à carte patient, avec données médicales, devrait responsabiliser ce dernier, éviter les doublons et donc diminuer les coûts.	SSPO
42a		Der Einführung einer Versicherungskarte stehen wir grundsätzlich positiv gegenüber, jedoch darf dies nicht dazu führen, dass die Karte zur einzigen Schnittstelle wird. Vorab ist zu berücksichtigen, dass je höher die Zahl der gespeicherten Daten ist, desto differenzierter die Zugriffsmöglichkeiten auszugestalten sind. Hier wird der Praktikabilität Rechnung zu tragen sein. Die Schaffung einer Versichertenkarte bedingt auf der Anwenderseite entsprechende Investitionen. Solche sind nur dann sinnvoll, wenn die dafür notwendigen Installationen und Apparate entsprechend genutzt werden können. Deshalb ist darauf zu achten, dass bei Leistungserbringern, bei denen das Volumen von KVG-Leistungen sehr tief ist, auch Behandlungen und Abrechnungen von Leistungen möglich sind, ohne dass diese über die Schnittstelle "Versicherungskarte" laufen müssen. Zudem sind die Investitionskosten über eine entsprechende Vergütung bei den Leistungen abzugelten.	SSO
42a		Grundsätzlich begrüssen wir die vorgesehene Möglichkeit, eine Versichertenkarte einzuführen. Die Karte müsste, da sie von allen Leistungserbringern verwendet werden sollte, also auch von den Personen, die auf Anordnung des Arztes/der Ärztin Leistungen erbringen und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, in der Anwendung möglichst unkompliziert sein, um den administrativen und finanziellen Aufwand zu minimieren.	SVBG
42a		santésuisse unterstützt die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Einführung einer Versichertenkarte. Dadurch soll einerseits sichergestellt werden, dass sich die Schweiz den europäischen Entwicklungen zur Einführung einer Krankenversicherungskarte per 1.1.2006 anschliesst. Ebenfalls einverstanden ist santésuisse mit der Absicht, dass sich der Hauptverwendungszweck der Karte in einem ersten Schritt auf die Vereinfachung der administrativen Abläufe zwischen Versicherern, Versicherten und Leistungserbringern beschränkt, ohne dass künftig mögliche und wahrscheinliche Verwendungszwecke verbaut werden. santésuisse begrüsst auch die Absichten des Bundesrats, sowohl Versicherer, Patienten als auch Leistungserbringer - wie im erläuternden Bericht zum Artikel 42a Absatz 2 erwähnt - zu verpflichten, diese Karte zu verwenden. Im Gegensatz zur Pflicht der Krankenversicherer (siehe Artikel 42a Absatz 3) werden jedoch die Pflichten der Leistungserbringer (eindeutige Identifizierung der Patienten mittels amtlichem Dokument und Verwendung der Administrativdaten der Versichertenkarte bei der Rechnungsstellung) und der Versicherten (Vorweisen der Versichertenkarte mit einem amtlichen Dokument zur Identifikation) im Gesetz nicht ausdrücklich bezeichnet. santésuisse weist mit Nachdruck darauf hin, dass die Einführung einer Versichertenkarte, ohne die Verpflichtung aller Beteiligten, diese auch bei allen Transaktionen zu verwenden, nur Kosten ohne entsprechenden Nutzen mit sich bringen würde. Im Sinne der gesetzgeberischen Klarheit, müssten die Pflichten der Leistungserbringer und der Patienten im Gesetzestext ausdrücklich genannt sein.	santésuisse
42a		Die Einführung einer (eurokompatiblen) Versichertenkarte erachten wir	SVV

		als sinnvoll. Mittelfristig muss diese Karte neben administrativen Erleichterungen <u>auch weitere Verwendungszwecke erfüllen</u> . Namentlich sollte sie auch dazu dienen, Doppeluntersuchungen und damit unnötige Kosten zu vermeiden. Keinesfalls darf dieses Vorhaben (wie andernorts) aus Datenschutzgründen verunmöglicht werden.	
42a	4	Die in Abs. 4 genannten medizinischen Notfalldaten können nur mit dem schriftlichen Einverständnis des Patienten resp. der Patientin auf der Karte gespeichert werden. Die Bestimmung ist zu vage formuliert und birgt die Gefahr von Datenschutzverletzungen. In der jetzigen Formulierung ist unklar, wer alles in die Daten Einsicht haben kann. Es sollte deshalb explizit festgehalten werden, dass nur Ärzte ein Einsichtsrecht haben.	Aids-Hilfe Schweiz
42a		Une carte des assurés uniformisée, s'il s'agit d'un véritable carnet de santé, est une innovation bienvenue, à condition que la sphère privée soit respectée ainsi que le droit des patients (au minimum accord garanti du patient sur les mentions de diagnostics) cette carte doit être utile non seulement aux assureurs mais surtout aux patients et aux soignants.	AVIVO
42a		D'accord	ASSUAS
42a		In unseren Kreisen bestehen erhebliche Bedenken, dass mit der Einführung einer Versichertenkarte der Datenschutz nicht gewährleistet werden kann. Wir sind allerdings der Auffassung, dass die vorgeschlagene Regelung für eine primär administrativen Zwecken dienende Versichertenkarte trotz dieser Bedenken unterstützt werden kann. Entscheidend ist, dass keine persönlichen Daten ohne das Einverständnis der versicherten Person aufgenommen werden dürfen. Die versicherte Person muss auch das Recht erhalten, jederzeit die Löschung aufgenommener Daten zu verlangen. Und schliesslich dürfen unseres Erachtens nur solche persönliche Daten aufgenommen werden, welche effektiv im Hinblick auf eine Notfallbehandlung benötigt werden. Die Verordnung wird die nötige Transparenz garantieren und sicherstellen müssen, dass auf die Versicherten kein Druck ausgeübt wird.	SAEB
42a		Es bestehen erhebliche Bedenken, dass mit der Einführung einer Versichertenkarte der Datenschutz nicht gewährleistet werden kann. Wir sind allerdings der Auffassung, dass die vorgeschlagene Regelung für eine primär <i>administrativen Zwecken</i> dienende Versichertenkarte trotz dieser Bedenken unterstützt werden kann. Entscheidend ist, dass keine persönlichen Daten ohne das Einverständnis der versicherten Person aufgenommen werden dürfen. Die versicherte Person muss auch das Recht erhalten, jederzeit die Löschung aufgenommener Daten zu verlangen. Und schliesslich dürfen unseres Erachtens nur solche persönliche Daten aufgenommen werden, welche effektiv im Hinblick auf eine Notfallbehandlung benötigt werden. Die Verordnung wird die nötige Transparenz garantieren und sicherstellen müssen, dass auf die Versicherten kein Druck ausgeübt wird.	GELIKO
42a		Mit der vorgeschlagenen Regelung der durch Abkommen mit der Europäischen Gemeinschaft notwendig werdenden Einführung einer Versichertenkarte zu rein administrativen Zwecken sind wir einverstanden.	Pro Senectute
42a		Als Patientenorganisation von chronisch Kranken ist für uns die Dringlichkeit der Versichertenkarte nicht nachvollziehbar. Die Frage, ob diese Karte für Chroniker tatsächlich keine Nachteile bringt (Diskriminierung durch „gläserne“ Patienten, Datenschutz), muss hier gestellt werden. Die Vorlage schweigt sich über die Kosten und die Finanzierung dieser zusätzlichen Kosten aus. Wir nehmen an, dass diese den Leistungserbringern zusätzlich und ohne Abgeltung überwältzt werden: eine zusätzliche Schmälerung der sonst schon knappen Vergütungen der Krankenversicherer für Diabetesberatungen gemäss Art. 9c KLV, welche von den regionalen Diabetesgesellschaften angeboten werden.	SDG
42a		Die Versichertenkarte ist der erste Schritt auf dem Weg zum gläsernen Patienten. Diesen lehnen wir ab. Wenn sämtliche gesundheitliche Faktoren (Störungen) über jeden Menschen erfasst und abrufbar sind, ist das	SVPC/ ASPC

		mit der Würde nicht mehr vereinbar. Es geht nicht (nur) um die Gefahr des Missbrauchs, sondern vielmehr um Intimsphäre, ein Grundrecht, die verletzt wird. Es ist kaum Sache des Bundesgesetzgebers, keines Gesetzgebers überhaupt, den Krankenkassen vorzuschreiben, wie sie sich organisieren müssen und wie sie ihre Administrativkosten senken können (Vernehmlassung, Ziff. 2.5.3.,S. 18). So wenig wie die Patienten müssen auch die Krankenkassen nicht bevormundet werden.	
42a		Der ÖKKV kann die Einführung einer Versichertenkarte nur mit sehr grossem Vorbehalt unterstützen. Die heute bereits absehbaren Technologien wie Iriserkennung oder Fingerabdruck, verbunden mit Clearing-Datenbanken, würden hier zukunftsreichere Lösungen für die Probleme im Gesundheitswesen (E 111, Nachweis der Versicherungsdeckung) darstellen als die Einführung einer neuen Legitimationskarte. Zudem sind auch mit der Einführung der Versichertenkarte in praktischer Hinsicht nicht alle Probleme gelöst: wie ist z.B. vorzugehen, wenn die Versicherte Person ihre Karte in einer Notfallsituation nicht bei sich trägt etc? Gemäss Unterlagen des EDI sollen sowohl Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer mit der Einführung einer solchen Karte verpflichtet werden. Aus Rechtssicherheitsgründen sowie aus Gründen der Transparenz sollte zudem noch deutlicher aus dem neuen Art. 42a Abs. 2 KVG hervorgehen, dass der Leistungserbringer bei der Rechnungsstellung und der Versicherte bei Geltendmachung der Leistungsrückerstattung die Versichertenkarte einsetzen müssen.	ÖKKV
42a		Il est indispensable de séparer les données administratives nécessaires à la facturation à l'usage des assureurs-maladie qui ne devraient connaître que les seules informations nécessaires à l'identification de l'assuré. Les données sur l'état de santé ne pourraient être consultées que par le corps médical, pour autant qu'il en ait reçu l'autorisation expresse de l'assuré. Ces données ne pourront en aucun cas être transmises à des tiers.	MPF
42a		La carte d'assuré proposée est prévue d'abord avec une utilisation précise et restreinte: la facturation des prestations selon la présente loi. De son nom et de son rôle, on déduit qu'elle serait faite et gérée par l'assureur (ou par les assureurs pour tenir compte des changements de caisses). Des élargissements d'utilisation à d'autres données personnelles, médicales surtout, sont prévues ou envisagées. Or, pour nous, tout élargissement de l'utilisation ne doit pouvoir se faire que dans une carte strictement indépendante de l'assureur, avec des verrouillages informatiques ne permettant l'accès à ces données personnelles qu'à des fournisseurs de soins et au titulaire de la carte, moyennant encore des conditions très précises. Toute autre personne, y compris tout assureur, ne doit pas avoir accès à ces données personnelles. Finalement, nous sommes opposés à l'introduction de cette carte d'assuré dont l'utilité ne nous paraît pas s'imposer et dont les dangers de se substituer à une véritable "carte de santé" sont évidents.	VASOS/ FARES
42a		Il salue les innovations que constituent la carte d'assuré. Il demande toutefois, conformément à ses prises de position antérieures sur le sujet, que l'introduction de la carte d'assuré se fasse dans le strict respect de la protection des données, vu le caractère sensible des informations enregistrées. A cet égard, il importe notamment que le cercle des personnes qui peuvent consulter ces informations soit délimité avec précision afin d'éviter toute diffusion à des tiers. Il importe également que non seulement les standards techniques, mais aussi le contenu de la carte d'assuré soit fixé par le Conseil fédéral.	Bureau féd. de la consommation, Com. cons.
42a	1	Wir begrüessen den Grundsatz, dass für alle Sozialversicherungen dieselbe Nummer verwendet wird.	kf
42a	2	Wir stimmen dem Grundsatz zu, dass die Versichertenkarte für die Rechnungsstellung benutzt wird.	kf
42a	2	Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der	H+

		Leistungen <u>und zur Kostengutsprache</u> nach diesem Gesetz verwendet.	
42a	3	Es scheint uns richtig und wichtig zu sein, dass der Bundesrat die Einführung und die technischen Standards bestimmt, so dass die Einheitlichkeit des Systems garantiert wird.	kf
42a	4	Dass nur mit dem Einverständnis der versicherten Person persönliche Daten auf der Karte enthalten sind, begrüßen wir. Es scheint uns auch unumgänglich, dass die Dauer des Verbleibs auf der Karte und der Umfang klar geregelt werden.	kf
42a	4	Daten festlegen, die <u>mindestens</u> auf der Karte ...	H+

Rechnungslegung der Versicherer (Art. 60 Abs. 4 bis 6)

Présentation des comptes des assureurs (art. 60, al. 4 à 6;)

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
60	Die Neuerungen zur Berichterstattung und Rechnungsführung der Versicherer werden begrüsst; weil sie die Basis für bessere Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen der Versicherer schaffen.	AR
60	La présentation des comptes des assureurs devrait être étendue au domaine des assurances complémentaires afin de garantir la transparence et une juste répartition des charges/coûts administratifs entre l'assurance obligatoire des soins et les assurances régies par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).	FR
60	Die Neuerungen zur Berichterstattung und Rechnungsführung der Versicherer werden begrüsst. Damit wird die Basis für bessere Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen der Versicherer geschaffen.	GR
60	Demande à ce que la différenciation des charges et des produits (y compris frais administratifs, frais de publicité, etc.) entre l'activité liée à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et celle liée aux assurances privées puisse être clairement établie dans les chiffres remis par les assureurs à l'autorité de surveillance. La transparence des chiffres fournis par les assureurs-maladie qui travaillent aussi bien au niveau de l'AOS que des assurances privées doit encore être améliorée	JU
60	Das Vorgehen wird befürwortet.	SZ, TG
60	Condividiamo la proposta concernente l'articolo 60 che permette di migliorare la trasparenza contabile e di gestione delle casse malati.	TI
60	Die Neuerungen zur Berichterstattung und Rechnungsführung der Versicherer begrüssen wir. Damit wird die Grundlage für bessere Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen der Versicherer geschaffen.	ZH
60	Des exigences nouvelles concernant les comptes des assureurs sont les bienvenues. Ces derniers devraient être en effet, de façon urgente, plus transparents, plus rapides et publics. En outre, les Services fédéraux devraient bénéficier des moyens utiles à ce contrôle, qu'il s'agisse de compétences comptables, juridiques et sociales ou d'un nombre suffisant de personnel.	POP
60	Den uns unterbreiteten Vorschlägen können wir zustimmen.	SGV/USAM
60	Malheureusement, bien qu'étant le premier concerné et le plus important payeur, l'assuré n'a strictement rien à dire dans la gestion des comptes des assureurs et n'y a pas accès, la transparence de ces comptes, bien que réclamée depuis des décennies est toujours inexistante. Une réglementation concernant l'élaboration, le contenu et la publication du rapport de gestion des assureurs doit impérativement être introduite dans la loi, qui permette l'accessibilité du public aux comptes qui le concernent direc-	ASSUAS

	tement.	
60	La présentation des comptes des assureurs mérite une attention particulière, soit plus de transparence et de rapidité. Ces comptes devraient être accessibles au public et faciles à consulter et à comprendre. L'OFSP doit également disposer des forces nécessaires pour effectuer un contrôle efficace. L'un ne peut se faire sans l'autre.	AVIVO
60	Mit dem Vorschlag des Bundesrates, die Pflicht der Krankenversicherer zur Erstellung eines Geschäftsberichts auf Gesetzesstufe zu regeln, sind wir einverstanden.	Pro Senectute
60	Saluent la disposition	acsi, Bureau féd. de la consommation, Com. cons.
60	Le MPF insiste pour que le Conseil fédéral demande à tous les assureurs, qui sont constitués en « groupes » (Helsana, groupe mutuel, etc.) de présenter et de publier des comptes consolidés. Le MPF juge indispensable que tant les comptes que les rapports de gestions des assurances-maladies soient accessibles au public.	MPF
60	Le Conseil fédéral doit aussi édicter les dispositions nécessaires sur les statistiques (assurés, prestations, franchises) qui doivent figurer dans le rapport annuel ; les modalités à observer par les assureurs pour rendre accessible au public l'ensemble de leur rapport de gestion (à leurs assurés en particulier). La présentation et le contenu du rapport de gestion, donc des comptes et du rapport annuels, doit rendre possible la transparence de la gestion de l'assureur pour le public en général, pour ses assurés et candidats-assurés en particulier. L'accès de ces derniers à ces documents doit être garanti par des mesures claires et précises, éventuellement par la voie de résumés, avec accès sur demande aux documents plus complets.	VASOS/ FARES

Verlängerung des Risikoausgleiches (Art.105 Abs. 4bis)

Prolongation de la compensation des risques (art. 105, al. 4bis)

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
	Die geplante Verlängerung der bis zum Jahre 2006 befristeten Regelung für die finanzielle Abgleichung der strukturbedingten Unterschiede zwischen den Versicherern ist sinnvoll, da sich die durch Alter und geschlechtsspezifische Zusammensetzung bedingten ungleichen Risiken in den letzten Jahren nicht ausgeglichen haben. Der Ausgleich ist auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Eine erneute Befristung des Risikoausgleichs auf weitere fünf Jahre erscheint deshalb nur dann zweckmässig, wenn während dieser Zeit neue Wege zur Verminderung der Risikounterschiede bzw. Verbesserungen des Risikoausgleichs gesucht werden.	AR
	Wir sind mit der Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre einverstanden, regen aber an, in dieser Zeit nach Möglichkeiten zu suchen, um den Risikoausgleich zu verbessern.	BE
	Der Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre ist zuzustimmen, da er, mit dem KVG befristet bis Ende 2005 eingeführt, ein weitgehend unbestrittenes Element für den Wettbewerb unter den Versicherern ist und der Risikoselektion durch die Versicherer entgegenwirkt. Die Verlängerung darf aber nicht zu einer Zementierung des Status Quo führen, Vielmehr ist es Unabdingbar, in den nächsten fünf Jahren die geltende	BS

	<p>Regelung -wo immer möglich - zu optimieren. Im übrigen ergibt sich aus den Unterlagen des Bundesrates, dass sich seit Einführung des Risikoausgleichs vor 10 Jahren die Unterschiede der Risikostruktur in den verschiedenen Kassen nicht verringert haben. Offenbar vermochte die Freizügigkeit einen Risikoausgleich nicht herbeizuführen. Wir sind daher der Meinung, dass auf eine Befristung zu verzichten und der Risikoausgleich definitiv in das KVG aufzunehmen ist. Schliesslich wäre wünschenswert, wenn man zukünftig die Kriterien Alter und Geschlecht mit weiteren Indikatoren ergänzen würde. Durch eine Verfeinerung des Risikoausgleichs (z.B. bestimmte Diagnosen) könnte eine Annäherung an das effektive Risiko erzielt werden.</p>	
	<p>Nous sommes d'accord avec le principe d'une prolongation de 5 ans du mécanisme de compensation des risques. Toutefois, à notre avis, il serait judicieux de fondre en un seul fonds les réserves obligatoires des assureurs et la compensation des risques, ce qui simplifierait les choses lors de changements d'assureur et permettrait d'éviter des augmentations de primes dues uniquement aux fluctuations d'assurés.</p>	FR
	<p>Le régime actuel doit effectivement être prolongé, parce qu'on assiste à un nouveau phénomène de désolidarisation avec l'apparition de caisses bon marché au sein de certains groupes d'assureurs. La seule manière de mettre un frein efficace aux nouveaux phénomènes de désolidarisation auxquels on assiste, est une approche consolidée des groupes, aussi bien sous l'angle comptable que sous celui de la fixation des primes et du niveau des réserves, Par ailleurs, les groupes doivent présenter distinctement ce qui est du ressort des assurances sociales et de celui des assurances complémentaires. Création d'un pool unique des réserves, qui favorise la mobilité des assurés sans impact sur les primes et, dès lors, incite à la concurrence voulue entre les assureurs-maladie. En effet, il est important de dissocier la mobilité des assurés de la reconstitution de réserves : seul un pool unique permettra cette ouverture.</p>	GE
	<p>Die geplante Verlängerung der bis zum Jahre 2006 befristeten Regelung für die finanzielle Abgleichung der strukturbedingten Unterschiede zwischen den Versicherern ist sinnvoll; da sich die durch Alter und geschlechtsspezifische Zusammensetzung bedingten ungleichen Risiken in den letzten Jahren nicht ausgeglichen haben. Der Ausgleich ist auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Eine erneute Befristung des Risikoausgleichs auf weitere fünf Jahre erscheint deshalb nur dann zweckmässig, wenn während dieser Zeit neue Wege zur Verminderung der Risikounterschiede bzw. Verbesserungen des Risikoausgleichs gesucht werden.</p>	GR
	<p>Wir unterstützen die beantragte Verlängerung Daneben soll nach Möglichkeiten gesucht werden, den Risikoausgleich mit dem Ziel zu verbessern, einen echten Wettbewerb unter den Versicherern zu fördern und der Risikoselektion vorzubeugen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Reserven bei einem Wechsel des Versicherers zur neuen Versicherung gehen sollten.</p>	LU
	<p>Die Berechnungen und Zahlungen im Rahmen des Risikoausgleichs machen deutlich, in welchem Ausmass im heutigen Versicherungssystem Solidarleistungen der Jüngeren gegenüber dem älteren Teil der Bevölkerung erbracht werden. Aus der Statistik der Gemeinsamen Einrichtung KVG zum Risikoausgleich lassen sich die Proportionen der Generationensolidarität wie folgt ersehen (detaillierte Auswertung vgl. Anhang): Die Altersgruppen vom 19. bis zum 55. Altersjahr erbringen jährliche Solidarleistungen von gut 4 Mrd. Franken oder gut Fr. 1'000.- pro Kopf und Jahr zugunsten der älteren Bevölkerung. Die Gesamtheit der über 55-Jährigen profitiert von diesen Solidarbeiträgen der Jüngeren in einem Ausmass von durchschnittlich rund 2'000 Franken pro Person und Jahr. Die Versicherungskosten der Kinder (ca. 1,1 Mrd. Franken pro Jahr) werden durch die Eltern individuell finanziert.</p>	SH

Mit dem bisherigen Modell ist die Generationensolidarität erstaunlich einseitig ausgestaltet: Die „Alterslasten“ werden ohne Berücksichtigung der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit über die Kopfprämien auf die Gesamtheit der Prämienzahler verteilt, während bei den „Jugendlasten“ kein entsprechender Ausgleich wirkt. Die Konsequenzen dieser allzu einseitigen Konstruktion sind augenfällig: Fast die Hälfte der Haushalte mit Kindern benötigen individuelle Prämienverbilligung (IPV), gegenüber knapp 20% bei den Haushalten ohne Kinder (inkl. Rentner). Auch bei den Jungen in Ausbildung hat die bisherige Regelung unsinnige Konsequenzen. Weil die Versicherer auch für die 19 - 25-Jährigen ungekürzte Zahlungen an den Risikoausgleich abführen müssen, sind die Möglichkeiten zur Gewährung von Prämienrabatten an Junge massiv eingeschränkt: Lehrlinge und Studenten müssen deshalb mit ihren Prämien hohe Beiträge an die Krankenversicherungskosten ihrer Grosseltern zahlen, die ihnen anschliessend über die IPV flächendeckend rückerstattet werden.

Zur Korrektur der offensichtlichen Mängel schlägt der Bundesrat vor, die Familien bei der Prämienverbilligung zusätzlich zu begünstigen (Vorlage 1C). Dies macht eine weitere Aufblähung der ohnehin schon grossen IPV-Bürokratie erforderlich, mit sehr begrenztem Gewinn an „Gerechtigkeit“. Konsequenter und wesentlich einfacher wäre es, die Kinder generell prämienfrei zu versichern (solidarische Finanzierung durch die Gemeinschaft der erwachsenen Prämienzahler, mit entsprechender Anrechnung im Rahmen des Risikoausgleichs).

Konkret schlagen wir folgende Änderungen bzw. Ergänzungen des Gesetzes vor:

Art. 61, Abs. 1 bis 3

¹ Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest.

² Für Personen ab vollendetem 22. Altersjahr werden die Prämien einheitlich festgelegt. Die Prämien für Personen zwischen dem vollendeten 18. und dem vollendeten 22. Altersjahr betragen 50 % der Prämien für ältere Erwachsene.

³ Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr sind in der Versicherung der Eltern bzw. der erziehungsberechtigten Person prämienfrei versichert.

Art. 105, Abs. 1 (neu)

Im Rahmen des Risikoausgleichs werden zusätzlich die mittleren Kosten der prämienfrei versicherten Kinder berücksichtigt. Bei den Personen zwischen dem vollendeten 18. und dem vollendeten 22. Altersjahr wird die reduzierte Prämie berücksichtigt.

Die wichtigsten Konsequenzen einer solchen Neuregelung präsentieren sich wie folgt:

Die Prämien der Erwachsenen steigen im nationalen Mittel um knapp 20 Franken pro Monat, entsprechend rund 8 %.

Bei den über 55-Jährigen, die von den Solidarleistungen der Jüngeren profitieren, steigt der Eigenfinanzierungsgrad unter dem Strich von ca. 70% auf ca. 75 % an. Der Aufschlag ist sachlich vertretbar und für die meisten Betroffenen auch tragbar.

Für die Jüngeren ohne Kinder ist ein erhöhter Solidarbeitrag ebenfalls tragbar und vertretbar: Wer selbst keine „Netto-Zahler von morgen“ heranzieht, kann und soll erhöhte Vorleistungen für sein eigenes Alter erbringen.

Für Familien mit einem Kind geht die Belastung marginal zurück; grössere Familien werden substanziell entlastet. Die Zahl der Personen, die IPV beziehen, reduziert sich durch den Wegfall der Kinder und eines Teils der Eltern um rund ein Drittel. Der ärgerliche Umstand, dass zahlreiche Mittelstandsfamilien zu Unrecht in den Geruch der staatlichen Unterstützungsbefähigung geraten, fällt dahin. Der administrative Aufwand der

	<p>Prämienverbilligung sinkt spürbar, da sich bei den Familien mit Kindern, deren IPV-Bedarf markant sinken wird, besonders viele Mutationen ergeben (Geburten, Einkommensveränderungen, Scheidungen etc), deren zeitgerechte Erfassung aufwändig und mit Fehlerquellen behaftet ist. Bei den Jungen werden die Jahrgänge zwischen 18 und 22 Jahren, die mehrheitlich erst ein geringes Einkommen aufweisen und deshalb Prämienverbilligungen erhalten, entlastet, bei gleichzeitiger Kompensation durch die frühere Anwendung der normalen Erwachsenenprämie ab dem 23. Altersjahr.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Mittelbedarf für die Prämienverbilligung wird bei gleichem Sozialziel um mindestens 200 Mio. Franken pro Jahr reduziert, weil der Anteil der IPV-Bezüger bei den Personen und Haushalten, die durch die vorgeschlagene Neuregelungen entlastet werden, wesentlich grösser ist als bei den zusätzlich belasteten Personen. • Die Transferzahlungen im Rahmen des Risikoausgleichs zwischen Kassen mit vielen Jungen und solchen mit vielen Alten werden markant reduziert; gleichzeitig werden auch die Prämienunterschiede zwischen „jungen“ und „alten“ Kantonen kleiner. 	
	<p>Grundsätzlich Ja. Wir fordern dazu auf, im Verlaufe der Erarbeitung der neuen Gesetzgebung eine Ergänzung des Kriterienkatalogs für den Gesundheitszustand zu prüfen und allenfalls zusätzliche Kriterien zu erarbeiten.</p>	SZ
	<p>Die geplante Verlängerung der bis zum Jahre 2006 befristeten Regelung für die finanzielle Abgleichung der strukturbedingten Unterschiede zwischen den Versicherern ist sinnvoll, da sich die durch Alter und geschlechtsspezifische Zusammensetzung bedingten ungleichen Risiken in den letzten Jahren nicht ausgeglichen haben. Der Ausgleich ist auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Eine erneute Befristung des Risikoausgleichs auf weitere fünf Jahre erscheint deshalb nur dann zweckmässig, wenn während dieser Zeit neue Wege zur Verminderung der Risikounterschiede bzw. Verbesserungen des Risikoausgleichs gesucht werden. In diesem Zusammenhang erneuern wir die von uns bereits früher eingebrachte Forderung nach einer gesetzlichen Regelung, wonach Versicherte beim Kassenwechsel ihr persönliches angespartes Risikokapital auf den neuen Krankenversicherer übertragen.</p>	TG
	<p>Le Conseil d'Etat vaudois se déclare d'accord avec la prolongation de la compensation des risques. Il ajoute qu'un réexamen du système de compensation doit être fait rapidement, en raison de paramètres qui n'avaient pas pu être pris en considération à l'origine de la loi de 1994, notamment les regroupements familiaux suite aux accords bilatéraux Suisse - Union européenne, l'afflux des jeunes, en particulier d'Europe de l'Est, en état de santé parfois précaire ; les changements d'assureurs, assez importants dans le canton de Vaud, suite à l'alignement des primes des jeunes de 19 à 25 ans sur celles des adultes et à l'instauration des régions (3 dans le canton de Vaud) avec primes différenciées.</p> <p>Les réserves devraient être constituées non pas auprès de chaque assureur, mais auprès du Fonds de compensation des risques. Cette formule évitera que chaque fois qu'un assuré change d'assureur, l'ancien assureur puisse conserver les réserves et le nouveau doive les reconstituer ; le taux des réserves constituées auprès du Fonds de compensation des risques pourra alors être abaissé de manière substantielle et le montant des primes, de ce fait, abaissé lui aussi.</p>	VD
	<p>Prolongement de la compensation des risques de cinq ans: la CDS suggère de se mettre en quête pendant ce temps de possibilités d'améliorer la compensation des risques. Par ailleurs, s'agissant des réserves, on examinera si, en cas de changement de caisse de l'assuré, elles devraient être elles aussi transférées en conséquence. On pourrait par exemple aussi imaginer de rassembler les réserves pour l'ensemble des assurés dans un pool.</p>	CDS, JU, NE, TI

	Die EVP unterstützt die Verlängerung um 5 Jahre, fordert gleichzeitig aber die Ausarbeitung von Morbiditätsindikatoren für die gerechtere Erfassung der Risiken.	EVP
	Da die erheblichen Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherer durch die volle Freizügigkeit der Versicherten nicht ausgeglichen werden konnten, braucht es nach wie vor einen Risikoausgleich. Die FDP unterstützt somit die Verlängerung (um 5 Jahre) der heute geltenden Regelung zum Ausgleich der Risikostrukturunterschiede, da diese Ende 2005 auslaufen wird. Eine Neuausgestaltung des Risikoausgleichs wäre in dieser kurzen Frist nicht realisierbar. Die Tatsache, dass der Risikoausgleich auch im Zusammenhang mit Reformschritten in anderen Bereichen der Krankenversicherung betrachtet werden muss (wie bspw. bei den Managed Care Modellen), rechtfertigt die Verlängerung der heutigen Regelung zusätzlich.	FDP
	Wir sind mit einer Verlängerung von maximal fünf Jahren einverstanden. Die SP Schweiz fordert jedoch, dass zwischenzeitlich Alternativen geprüft und dem Parlament unterbreitet werden. Eine zu prüfende Alternative ist - unter Einbezug der dazu bereits geleisteten Vorarbeiten des EDI - , die Schaffung eines sozialverträglich finanzierten Hochkostenpools. Unbestritten ist der in den Erläuterungen unter Teil „Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflēgetarife, Spitalfinanzierung“ gemachte Hinweis, dass gegenüber dem alten Krankenversicherungsgesetz mit verschiedenen Massnahmen (z.B. Versicherungsobligatorium, volle Freizügigkeit) die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten gestärkt werden konnte. Allerdings ist das Solidaritätsziel noch nicht erreicht. Der Risikoausgleich ist eines dieser Instrumente und darf deshalb nicht ersatzlos gestrichen werden. Es ist bekannt, dass der heute nach Alter, Geschlecht und Kanton funktionierende Risikoausgleich nicht befriedigt. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Versicherten wenig wandern und wenn, dann sind es vor allem die jüngeren und gesünderen Versicherten die zu einem Versicherer mit günstiger Prämie wechseln. Das heutige System setzt der Entsolidarisierung in der Grundversicherung zuwenig entgegen, weshalb in absehbarer Zeit neue Systeme geprüft und eingeführt werden müssen. Der erwähnte sozialverträglich finanzierte Hochkostenpool überwindet das System des reinen Kostenausgleichs, stoppt die Entsolidarisierung indem es die Krankenversicherer von Behandlungsfällen mit sehr hohen Kosten entlastet. Somit wären kostenintensive Patientinnen und Patienten nicht mehr dem Wettbewerb ausgesetzt.	SPS
	D'accord avec la prolongation de 5 ans de la compensation des risques. Il estime qu'elle ne doit pas être modifiée, car elle doit être fondée uniquement sur des critères objectifs. Cela étant, la question se pose de savoir si cette compensation des risques ne doit pas être mise dans les dispositions transitoires de la loi	LPS
	Der Forderung nach einem Risikoausgleich kann nochmals akzeptiert werden. Jedoch gehört dieser in die Übergangsbestimmungen und nicht in Art. 105 KVG. Nach weiteren 5 Jahren soll dieser aufgehoben werden. Auch in den Erklärungen sollte auf alle Hinweise verzichtet werden, die einen Ausbau des Risikoausgleichs zur Diskussion stellen. Die Vermischung von wettbewerblichen Elementen mit planwirtschaftlichen ist grundsätzlich falsch und widerspricht den politischen Zielsetzungen der SVP.	SVP
	Eine kontinuierliche Verbesserung des Risikoausgleiches ist in jedem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem notwendig, in dem effiziente Betreuungsprozesse und nicht Risikoselektion belohnt werden sollen. Mit Übernahme von Budgetverantwortung durch die Leistungserbringer würde die Thematik noch aktueller. Die Leistungserbringer haben wesentlich mehr Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten als die Versicherer. Der Risikoselektion kann nur vorgebeugt werden, indem	SKS

	<p>für schlechte Risiken auch ein grösseres Budget zur Verfügung steht oder mehr Kosten über eine Rückversicherung abgedeckt werden. Der heutige Risikoausgleich könnte mit gewissen Diagnoseklassen, die heute dank der Codierung in den Spitälern bald überall vorahnden sind, ergänzt werden. Zusätzlich wäre die Einführung eines Hochkosten- oder Hochrisikopools im Sinne einer Rückversicherung möglich. Mit dem Pool kann neben einer Verbesserung des Risikoausgleichs erreicht werden, dass die Betreuung der verhältnismässig wenigen (2 – 5 % der Versicherten), aber sehr teuren und kranken PatientInnen (30 – 50 % der Kosten) nicht dem Wettbewerb ausgesetzt wird. Bei diesen PatientInnen sind oft spitzmedizinische Ressourcen notwendig. Ein Grossteil der PatientInnen könnten von Disease Management Programmen profitieren. Die Rückversicherung könnte, mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet, auf nationaler Ebene eine Rolle bei der Koordination und Steuerung der Leistung dieser Grossrisiken übernehmen.</p>	
	<p>Die Botschaft thematisiert den altersstrukturbedingten Risikoausgleich zwischen Versicherern. Das ist sicher ein berechtigtes Anliegen. Die Mitglieder des Schweizerischen Städteverbandes müssen aber darauf dringen, dass endlich auch die den Prämienregionen nach Art. 61 Abs. 2 KVG immanente unsolidarische Behandlung der namentlich in den Städten konzentrierten schlechten Risiken beseitigt wird. Wenn einem Krankenversicherer mit altersmässig ungünstiger Risikostruktur dafür von Gesetzes wegen ein Ausgleich seiner finanziellen Belastung gewährt wird, ist nicht einzusehen, warum eine Bevölkerungsgruppe an einem Ort mit schlechten Risiken nicht auch einen Ausgleich erhält, sondern den Ausgleich durch höhere Prämien selber finanzieren muss.</p>	Schweiz. Städteverband
	<p>Der Risikoausgleich unter den Versicherern ist nötig als Kompensation für ihre Pflicht, Individuen mit unterschiedlichen Risiken zu Einheitsprämie aufzunehmen. Zudem bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherer, die trotz der vollen Freizügigkeit der Versicherten nicht ausgeglichen werden konnten. Folglich braucht es nach wie vor einen Risikoausgleich, dessen Verlängerung nach Alter und Geschlecht economiesuisse unterstützt.</p> <p>Man muss sich aber bewusst sein, dass die heurige Ausgestaltung des Risikoausgleichs unbefriedigend ist, da der Risikoausgleich lediglich ein Mittel gegen die Risikoselektion auf der Versicherer-, nicht aber auf der Leistungserbringerseite darstellt. Zudem wirkt er nur retrospektiv und erklärt mit den verwendeten Erklärungsvariablen Alter und Geschlecht lediglich ca. 4% der Gesundheitskosten. Es ist zu befürchten, dass sich der ungenügende Risikoausgleich im Rahmen der Vertragsfreiheit negativ auswirken wird im Sinne einer verstärkten Risikoselektion der Versicherer unter den Ärzten (Jagd nach Ärzten mit kostengünstigen Patienten) und folglich der Ärzte unter den Patienten.</p>	economiesuisse
	<p>Der Risikoausgleich unter den Versicherern ist als Kompensation für ihre Pflicht, Individuen mit unterschiedlichen Risiken zu Einheitsprämie aufzunehmen, nötig. Nach wie vor bestehen erhebliche Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherer, die trotz der vollen Freizügigkeit der Versicherten nicht ausgeglichen werden konnte. Folglich braucht es weiterhin einen Risikoausgleich, dessen Verlängerung nach Alter und Geschlecht der Schweizerische Arbeitgeberverband unterstützt.</p> <p>Die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs ist zwar retrospektiv, aber sie beruht auf den eindeutigen Kriterien Alter und Geschlecht. Deshalb ist er im Rahmen dieses Revisionspaketes beizubehalten. Sollte sich der Risikoausgleich, im Rahmen der Vertragsfreiheit, negativ auswirken, müsste er später überprüft werden.</p>	SAGV
	<p>Die Erfahrung zeigt, dass es seit Inkraftsetzung des KVG zu keiner eigentlichen Durchmischung der Versichertenbestände gekommen ist. Um der Jagd nach guten Risiken nicht noch stärker Auftrieb zu geben, erscheint es uns deshalb unerlässlich, den Risikoausgleich in seiner heuti-</p>	SGV/USAM

	gen Form zu verlängern. Eine materielle Ausdehnung mittels Einbezug weiterer Risikokriterien lehnen wir dagegen ab.	
	<p>Der SGB erachtet den Risikoausgleich als zentrales Element, um die Entsolidarisierung zwischen den Versicherten zu verhindern und unterstützt daher dessen Verlängerung. Leider ist der bestehende Risikoausgleich ungenügend, weil der Gesundheitszustand der Versicherten ungenügend berücksichtigt wird.</p> <p>Deutlich müsste der Risikoausgleich jedoch verbessert werden, falls der Kontrahierungszwang gelockert werden sollte. Die Versicherungen könnten die ArztInnen mit dem Ziel auswählen, die guten Patienten zu behalten und die schlechten Risiken auf andere Versicherungen abzuschieben.</p> <p>Gemäss einer Studie (Spycher, 2002) kann der heutige Risikoausgleich nur 7% der individuellen Varianz erklären. Gemessen an dem, was die Versicherer aufgrund ihrer Datenlage prognostizieren können, entspricht dies nur 18 Prozent. Der Risikoausgleich kann auf zwei Arten verbessert werden einerseits kann der Risikoausgleich mit einem (einfachen) Indikator des Gesundheitszustandes ergänzt werden. Dazu gibt es von Prof. Holly einen praktikablen Vorschlag mit Diagnosekostengruppen. Dieser muss geprüft werden. Andererseits kann mit einer Art „Hochrisikopool“ ein System der Risikoteilung eingeführt werden. Mit der Risikoteilung können die Kosten der teuersten Versicherten an einen Pool abgegeben und damit die Risikoselektionsanreize reduziert werden. Damit für die Versicherer aber die Kostenspar-Anreize erhalten bleiben, müsste für sie eine substantielle Kostenbeteiligung eingeführt werden. Dabei wären jedoch die Erfahrungen aus Deutschland zu berücksichtigen, wo ein zu grosser Selbstbehalt der Versicherer (40%) und eine zu hohe Eintrittsschwelle (20'000 Euro) die Wirksamkeit der Risikoteilung stark eingeschränkt hat. Die Schwelle der „Hochrisiken“ dürfte daher nicht zu hoch angesetzt werden.</p>	SGB/USS
	Die heutige Form des Risikoausgleichs hat nicht verhindert, dass die Krankenversicherer eine Risikoselektion zum Schaden von älteren und kranken Menschen vornehmen. Die Konsumentenorganisationen haben dem Bundesamt für Gesundheit zu dieser Thematik einen Brief gesandt. Deshalb verlangen wir, dass die Verlängerung um 5 Jahre von Regeln begleitet werden, welche die Versicherer dazu bringen, sich von der ungerechten Risikoselektion abzuwenden.	kf
	<p>Le système introduit par voie d'arrêté en 1993 et intégré au droit ordinaire avec l'entrée en vigueur de la LAMal n'est pas contesté dans son principe. Il constitue une mesure permettant à la fois de promouvoir la concurrence entre les caisses et d'éviter des phénomènes tels que la chasse aux «bons risques».</p> <p>Nous soutenons dès lors la prolongation pour cinq ans, sans aménagements nouveaux, du système actuellement en vigueur, tout en relevant que certaines améliorations pourraient lui être apportées.</p>	Centre patronal
	<p>Il sistema attuale di compensazione dei rischi non ha permesso di evitare la selezione dei rischi praticata da alcuni assicuratori a scapito degli assicurati meno giovani e malati. Gli esempi sono numerosi e dimostrano che il sistema di compensazione ha bisogno di correttivi. A questo proposito ricordiamo la recente lettera inviata dalle associazioni consumereste all'UFSP.</p> <p>Se non si intendono introdurre modifiche chiediamo che la proroga di 5 anni dell'attuale sistema sia accompagnata da direttive precise all'attenzione degli assicuratori malattia affinché rinuncino alle pratiche di selezione dei rischi che penalizzano in modo inaccettabile alcune categorie di assicurati.</p>	acsi, FRC
	Unter dem gültigen Risikoausgleich haben die Krankenversicherungen primär Risiken selektioniert. Das heisst, teure Patienten werden abgeschoben oder nicht aufgenommen. Dies geht unter anderem aus einem	H+

	<p>im März veröffentlichten Papier der OECD hervor. Der Risikoausgleich ist deshalb so zu verbessern, dass die durch die Einheitsprämien bedingten Fehlanreize reduziert werden. Dies insbesondere auch darum, weil den Krankenversicherern mit verschiedenen Massnahmen und geplanten Neuerungen im Rahmen des Vernehmlassungspakets weitere Instrumente zur möglichen Risikoselektion gegeben werden sollen. Erwähnt seien hier insbesondere die durch die Krankenversicherungen geforderte systematische Übermittlung von Diagnosen auf Rechnungen und die Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich. Da die Risikoberechnung als eine der Kernaufgaben und -kompetenzen von Versicherungen gilt, stellt sich die Frage, ob die einzelnen Parameter für den Risikoausgleich überhaupt einheitlich festgelegt werden müssen. So wäre unserer Ansicht nach als alternatives Instrument des Risikoausgleichs denkbar, dass jede Versicherung jährlich einen festzulegenden Anteil der Patientinnen und Patienten vorgängig für den Risikoausgleich melden kann. Die Zahlungen für diese Patientinnen und Patienten erfolgen durch den Risikopool, wobei ein genügender Selbstbehalt weiterhin über die Versicherung läuft, damit ein gutes Fallmanagement gewährleistet bleibt. Eine Verbesserung des Risikoausgleichs muss sofort an die Hand genommen werden. Vorschlag: 105 Abs. 1 Zweiter Satz (neu): Der Bundesrat kann weitere Kriterien aufnehmen 105 Abs. 1 erster Satz unterstützt, wenn KVG Artikel 105 Abs. 4 zweiter Satz <i>neu</i> : <u>Der Bundesrat passt den bestehenden Risikoausgleich innerhalb von 6 Monaten nach in Kraft setzen an. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen.</u></p>	
	<p>Im Risikoausgleich müssten auch jene Behandlungsfälle abgedeckt werden, wo die Patienten zwar keinen Versicherungsschutz mehr geniessen, weil die Prämien nicht bezahlt sind, aber dennoch eine Leistung erhalten müssen (analog Autohaftpflicht-Versicherungspool).</p>	SBV
	<p>Beim In-Kraft-Treten des Gesetzes wollte man den Risikoausgleich auf zehn Jahre befristen. Damit sollte Rechnung getragen werden, dass verschiedene Kassen höhere Risiken trugen als andere. Nachdem offenbar auf Raten das Provisorium in einen Dauerzustand übergeführt werden soll, ist auch zu überlegen, ob der Risikoausgleich nicht umfassender geschehen soll. Es gibt andere, bekannte Grossrisiken, die vielen Versicherern zu schaffen machen. Als ein Beispiel seien die obligatorisch versicherten Asylbewerber zu nennen. Die Versicherer weisen ohne weiteres nach; dass beispielsweise Asylbewerber, selbst wenn sie Männer und jung sind, erheblich grössere Gesundheitskosten konsumieren, als der übrige statistische Durchschnitt. Vielfach sind sie auch bereits bei der Ankunft krank. So gibt es auch andere Risikogruppen. Wir beantragen deshalb, in Abs. 2 nicht nur weniger Frauen und ältere Personen zu nennen, sondern auch ausdrücklich „andere, bekannte Risikogruppen“ zu ergänzen. Dies ermöglicht auf dem Verordnungsweg die dringend nötigen Korrekturen vorzunehmen</p>	PULSUS
	<p>D'accord avec la prolongation</p>	AVS/AHV
	<p>santésuisse ist mit der Verlängerung um 5 Jahre einverstanden.</p>	santésuisse
	<p>Dem Instrument des Risikoausgleichs stehen die Privatversicherer grundsätzlich kritisch gegenüber. Es bestraft Versicherer mit einer guten Risikostruktur und umgekehrt. In einem Wettbewerbsmarkt, wo auf die Eigenverantwortung der Marktteilnehmer gesetzt wird, ist eine derartige Massnahme eigentlich fehl am Platz. Wir sind uns jedoch darüber im Klaren, das: das heutige System der Kopfprämie einen Ausgleichsmechanismus notwendig macht. Deshalb sind wir mit einer Verlängerung um fünf Jahre <u>einverstanden</u>. Indessen lehnen wir eine „Anreicherung“ des Risikoausgleichs mit weiteren Faktoren wie Gesundheitszustand bzw. durchschnittliche Gesundheitskosten ab.</p>	SVV

	<p>Wir unterstützen die Verlängerung des Risikoausgleichs. Dieser scheint uns im geltenden System der Krankenversicherung im Hinblick auf einen fairen Wettbewerb unabdingbar. Unseres Erachtens wäre es gar sinnvoll, den Risikoausgleich <i>definitiv</i> ins Gesetz aufzunehmen und nicht nur befristet fortzuführen.</p> <p>Was die bestehenden Ausgleichskriterien (Alter, Geschlecht) betrifft, so vermögen diese dem effektiven Kostenrisiko für die Versicherer nur partiell gerecht zu werden. Insbesondere jüngere Menschen mit einer behandlungsintensiven chronischen Krankheit werden kaum richtig erfasst, weshalb es nicht erstaunt, dass Berichte bekannt sind von Versuchen einzelner Versicherer, solche Versicherte zu einem Kassenwechsel zu bewegen. Wir sind uns bewusst, dass es nicht ganz einfach ist, den Gesundheitszustand als Ausgleichskriterium zu erfassen und abzugrenzen, doch müsste diese Methode geprüft werden.</p> <p>Eine Alternative zur Verfeinerung des Risikoausgleichs könnte auch darin bestehen, eine <i>Rückversicherungslösung</i> für gewisse kostenintensive Fälle gesetzlich zu verankern ("Hochkostenpool"). Wir meinen, dass dieser Weg weiter abgeklärt werden müsste.</p>	GELIKO
	<p>Wir sind mit dem Vorschlag des Bundesrates einverstanden, den Risikoausgleich um fünf Jahre zu verlängern. In der Zwischenzeit sollen Alternativen (beispielsweise die Schaffung eines steuerfinanzierten Hochkostenpools bzw. die Subventionierung kostenintensiver Behandlungsfälle) geprüft und dem Parlament unterbreitet werden.</p>	Pro Senectute
	<p>Die Risikokriterien sind auszuweiten, der Schweregrad der Morbidität ist einzuschliessen.</p>	SVBG
	<p>Die Verlängerung des Risikoausgleichs ist grundsätzlich zu begrüßen, eine Aufhebung dieses Instruments würde beim ÖKKV hohe Kosten nach sich ziehen. Wie sich aus den Unterlagen des Bundesrates ergibt, haben sich seit Einführung des Risikoausgleichs vor 10 Jahren die Unterschiede der Risikostruktur in den verschiedenen Kassen nicht verringert. Offenbar vermochte die Freizügigkeit einen Risikoausgleich nicht herbeizuführen. Somit bleibt nach dieser langen Zeitspanne festzustellen, dass dieses Instrument unbestritten und unerlässlich ist. Daher schlagen wir vor, auf die Befristung zu verzichten und den Risikoausgleich definitiv in das KVG aufzunehmen. Zudem würden wir eine Ergänzung der Kriterien Alter und Geschlecht mit weiteren Indikatoren (z.B. Diagnosen) begrüßen. Dadurch könnte das System des Risikoausgleichs verfeinert und damit eine Annäherung an das effektive Risiko erzielt werden.</p> <p>Auch aus einem weiteren Grunde ist die Definition des Risikoausgleichs zu ergänzen: Mit dem Swiss-DRG-Projekt wird ein gesamtschweizerisches Fallpreispauschalensystem für die Abgeltung von stationären Leistungen angestrebt. Gemäss (ambitiösem) Einführungsplan soll per 1. Januar 2007 auf Swiss-DRG umgestellt werden. Als eine der Hauptforderungen für die Einführung haben wir in verschiedenen Gremien das Vorhandensein eines einem solchen System angepassten Risikoausgleichs (mit morbiditätsorientierten Elementen) gefordert. Wird nun der „alte“ Risikoausgleich unverändert um fünf Jahre verlängert, ist aus unserer Sicht eine flächendeckende Einführung vor dem Jahr 2010 nicht angebracht.</p>	ÖKKV
	<p>Cette solution a été adoptée lorsque les « petites » caisses-maladie existaient encore. Avec la compensation actuelle des effectifs, il serait judicieux d'examiner si une compensation se justifie encore. Si oui, ce serait reconnaître l'échec de la concurrence entre les assureurs qui devait équilibrer ces risques. D'ailleurs, l'autorisation donnée par votre Office de créer ou de laisser subsister des groupes d'assureurs, plus ou moins autonomes, au sein de la même société (Helsana qui a créé 2 nouvelles entités d'assurances ou le groupe Mutuel qui comprend 17 assurances-maladie) fausse la concurrence que vous continuez à soutenir malgré son inadéquation à ce secteur d'activité.</p>	MPF

	<p>Wir unterstützen die Verlängerung des Risikoausgleichs. Dieser scheint uns im geltenden System der Krankenversicherung im Hinblick auf einen fairen Wettbewerb unabdingbar. Unseres Erachtens wäre es gar sinnvoll, den Risikoausgleich definitiv ins Gesetz aufzunehmen und nicht nur befristet fortzuführen. Was die bestehenden Ausgleichskriterien (Alter, Geschlecht) betrifft, so vermögen diese dem effektiven Kostenrisiko für die Versicherer nur partiell gerecht zu werden. Insbesondere jüngere Menschen mit einer behandlungsintensiven chronischen Krankheit werden kaum richtig erfasst, weshalb es nicht erstaunt, dass Berichte bekannt werden von Versuchen einzelner Versicherer, solche Versicherte zu einem Kassenwechsel zu bewegen. Wir sind uns zwar bewusst, dass es nicht ganz einfach ist, den Gesundheitszustand als Ausgleichskriterium zu erfassen und abzugrenzen, sind aber etwas überrascht, dass sich in der Vorlage kein Hinweis auf die bisherigen Abklärungen zu dieser Thematik findet.</p> <p>Eine Alternative zur Verfeinerung des Risikoausgleichs könnte auch darin bestehen, eine <u>Rückversicherungslösung</u> für gewisse kostenintensive Fälle gesetzlich zu verankern (Idee des Hochkostenpools). Wir meinen, dass dieser Weg weiter abgeklärt werden müsste.</p>	SAEB
	<p>Le rapport évoque la prise en compte, non réalisée dans ce projet, de "l'état de santé" comme un élément qui pourrait être un facteur intervenant dans la compensation des risques entre assureurs. Nous tenons à préciser d'emblée que cette piste de recherche est, pour nous, à rejeter. La prise en compte de ce risque par les assureurs serait totalement en contradiction avec le caractère d'assurance obligatoire de base de la LAMal, où ce risque ne doit pas être pris en compte; au contraire de ce qui se passe dans les assurances-maladie complémentaires où il est pris en compte par les assureurs. Dans la LAMal, les assureurs et la gestion de la compensation des risques ne doivent pas avoir accès à un type de données personnelles tel que "l'état de santé".</p>	VASOS/ FARES

Einfrieren der Pflgetarife (Übergangsbestimmung)

Gel des tarifs de soins (Dispositions transitoires)

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Die Zielsetzung, die Pflgetarife bis zur Neuordnung der Pflegefinanzierung unter Anpassung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen einzufrieren, ist grundsätzlich zu unterstützen. Damit kann der Bundesrat weiterhin weit unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für die Pflege zu Hause und in Heimen vorschreiben. Allerdings ist es notwendig, dass die Tarifbegrenzung auf Pflegeheime beschränkt wird. Auch erwartet die Ständekommission, dass die beiden oberen Bedarfsstufen nach BESA an die realen Kosten angepasst werden, bevor die Tarife eingefroren werden.</p> <p>Parallel zur Tarifeinfrierung ist es unabdingbar, dass die in diesem Bereich bestehende Tarifschutzkontroverse gelöst wird. Streitig ist nämlich bereits bei der geltenden Lösung, wer bis zum Zeitpunkt der nach dem KVG grundsätzlich vorgesehenen vollen Übernahme der Pflegekosten für die Differenz zu tieferen Rahmentarifen aufzukommen hat. Der Tarifschutz für die über den Beitrag der Versicherer hinausgehenden Pflegekosten hat ausdrücklich zu entfallen. Nur damit wird es gelingen, endlose neue Rechtsprozesse zu verhindern und gegebenenfalls Rückforderungen in der Höhe von Hunderten von Millionen Franken zu Lasten der Kantone auszuschliessen.</p>	AI
<p>Der Bundesrat wird weiterhin unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für die Pflege zuhause und in Heimen vorschreiben können. Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit diesem Vorschlag einverstanden, sofern mittels einer Ergänzung der vorgelegten Übergangsbestimmung Klarheit geschaffen wird, dass für die über den Beitrag der</p>	AR

<p>Versicherer hinausgehenden Pflegekosten der Tarifschutz nicht gilt, um eine Kostenverlagerung auf die öffentliche Hand zu vermeiden. Überdies muss die Übergangsmassnahme auf Pflegeheime beschränkt bleiben. Ein Einfrieren der Pflgetaxen für die ambulante Krankenpflege zu Hause wäre insofern unverhältnismässig, als sich dort kein analoger Kostenschub zu jenem in den Pflegeheimen abzeichnet.</p> <p>Nach dem erläuternden Bericht besteht die Absicht, die Rahmentarife der oberen zwei Pflegebedarfsstufen, die auch gemäss Beurteilung des Bundesrates zu tief sind, zu erhöhen. In diesem Zusammenhang werden Ausführungen über das Ausmass der vorgesehenen Erhöhung vermisst. Es wird davon ausgegangen, dass die Rahmentarife für die dritte Pflegebedarfsstufe auf mindestens 40 bis 70 Franken und für die vierte Pflegebedarfsstufe: auf mindestens 70 bis 100 Franken erhöht werden.</p> <p>Der Regierungsrat ist nicht einverstanden mit dem Vorschlag, jene neuen Tarife zu belassen, welche die Rahmentarife bereits überschreiten. Eine solche Regelung führt sowohl innerhalb der Kantone wie auch zwischen den Kantonen zu einer rechtsungleichen Behandlung der Pflegeheime und schafft ungleiche Ausgangslagen im Falle einer Neuregelung der Finanzierung der Pflege.</p>	
<p>Das Einfrieren der Pflgetarife bis zur Neuordnung der Pflegefinanzierung sowie die vorgängige Anpassung der beiden obersten Pflgetarifstufen liegen in unserem Sinne. Doch sollte auch der Teuerungsausgleich auf den Tarifen im Rahmen der Kostenentwicklung in den Pflegeheimen vorgesehen werden. In diesem Zusammenhang möchten wir betonen, dass gleichzeitig der Tarifschutz explizit zu lockern ist, um Rechtsstreitigkeiten oder schleichende Kostenverlagerungen von finanziell gut gestellten Heimbewohnern auf die Steuerzahler zu vermeiden. Der Tarifschutz darf nur in bezug auf die Rahmentarife bzw. die geltenden Tarife zum Tragen kommen. Anderenfalls ist auch zu befürchten; dass Präjudizien für die ordentliche Neuregelung der Pflegefinanzierung geschaffen würden, welche die politische Konsensfindung erschweren. Überdies muss die Bestimmung in Artikel 104a Abs. 2 KVG so angepasst werden, dass die fixierten Pflgetarife nicht umgangen werden können, indem nach Einzelleistungen verrechnet wird.</p> <p>Weiter erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass diese Übergangsmassnahme einzig auf die Pflegeheime anzuwenden ist. Ein Einfrieren der Pflgetaxen für die ambulante Krankenpflege zu Hause wäre unverhältnismässig, weil sich dort kein analoger Kostenschub zu jenem in den Pflegeheimen abzeichnet.</p>	BE
<p>Auch hier stimmen wir grundsätzlich überein. Die GDK hat in den letzten Jahren wiederholt auf den Handlungsbedarf in diesem Leistungsbereich, - bes. bei der <u>Pflegeheimfinanzierung</u> - hingewiesen und dem EDI diverse Positionspapiere mit Lösungsansätzen unterbreitet. Wir plädieren in Übereinstimmung mit der GDK weiterhin für eine beschränkte Leistungspflicht der Krankenversicherer und sind der Auffassung, dass nicht zusätzliche Kosten von geschätzt 800 - 1'100 Mio. CHF auf die OKP verschoben werden sollten, was ohne Gesetzesrevision aber resultieren würde. Mit dem Bundesrat stimmen wir somit überein, dass durch die OKP ein Beitrag an die Pflege erbracht wird, der sich im bisherigen Rahmen (der Rahmentarife) bewegt. Die Rahmentarife für die obersten Pflegebedarfsstufen sollen dabei moderat angehoben werden. Wenn auf Grund der Teuerung Tarifanpassungen nötig sind, sollten die Rahmen-tarife zudem entsprechend angepasst werden, denn es ist unklar, wie rasch eine Einigung über die generelle Neuregelung der Pflegefinanzierung gefunden werden kann. Dies deckt die gemäss KVG geschuldeten Leistungen ab und der Tarifschutz ist auf diesen Beitrag beschränkt. Es stellt sich die Frage, ob der Hinweis in der Vorlage des Bundesrates ausreicht (S. 20, Titel "Übergangsbestimmungen Absatz I": „..... festgesetzten Pauschalen decken die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV, während die übrigen Pflichtleistungen separat verrechnet werden können.“) oder ob nicht besser auf Gesetzesebene eine klare Bestimmung dazu aufzunehmen ist. Denn es ist nicht ausreichend, einzig die Tarife auf dem bisherigen Niveau gesetzlich einzufrieren, sondern es sind u. E. Gesetzespräzisierungen auch zur Relativierung des Tarifschutzes in den Übergangsbestimmungen vorzunehmen:</p> <p>KVG, Art. 104a (Abs. 1 und 2) streichen KVG, Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... <i>In Abweichung von Art. 25 Abs. 2 Bst. a legt das Departement bis zum Inkrafttreten</i></p>	BL

<p>einer Neuregelung der Finanzierung der Pflegeleistungen gemäss Artikel 50 durch Verordnung fest, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden dürfen (Festsetzung von Rahmentarifen). Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben. Diese werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt. In Abweichung von Art. 44 Abs. 1 leisten die Versicherer somit einen Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen beim Aufenthalt in einem Pflegeheim.</p> <p>KLV, Art. 9a Abs. 1 und 3 streichen KLV, Art. 9a Abs. 2 neu formulieren auf der Basis der obigen neuen KVG-Übergangsbestimmung.</p> <p>Es erscheint uns wichtig, dass diese eingeschränkte Leistungspflicht auf die Leistungen in den Pflegeheimen beschränkt ist. Der Einbezug der ambulanten Krankenpflege und der Spitex in diese Ausnahmeregelung schiesst über das Ziel hinaus. Hier ist eine volle Deckung der Pflegekosten durch die Krankenversicherung gerechtfertigt.</p>	
<p>Diese zweistufige Vorgehensweise - Einfrieren der Rahmentarife in einem ersten, gesetzliche Neuregelung der Pflegefinanzierung in einem zweiten Schritt- ist richtig und hat zudem den Vorteil, die weiteren Revisionschritte in der Krankenversicherung von einem politisch sensiblen Themenbereich zu entlasten. Nebst dem Einfrieren muss aber unbedingt eine Regelung getroffen werden, wie das Modell von 4 Rahmentarifen auf ein heute in vielen Kantonen gängiges Abrechnungssystem von 12 Stufen angewendet werden soll. Im Kanton Basel-Stadt beispielsweise liegt die oberste Stufe bei einem Betrag von CHF 105.--. Ist dies bei einem Einfrieren der Tarife und einer Obergrenze gemäss Rahmentarif von z.B neu CHF 80,-- gesetzeswidrig oder kann eine gewichteter Durchschnitt der obersten drei Stufen herangezogen werden? Die Ueb.Best äussert sich zu den Rahmentarifen, die solange zur Anwendung kommen sollen, bis eine von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitete Grundlage der Tarifberechnung gemäss Art. 104a KVG besteht. Werden jedoch die Pflegeheime den Anforderungen der Kostentransparenz gerecht, wären sie genau genommen gemäss der Übergangsbestimmung II nicht an die eingefrorenen Rahmentarife gebunden. Dann kämen nach Art. 104a KVG die nach VKL ermittelten Tarife zur Anwendung. Dies war gemäss den Unterlagen nicht der Sinn der Übergangsregelung, Um absolute Klarheit zu erreichen, empfehlen wir daher dringend, die Übergangsbestimmung wie folgt zu ergänzen:</p> <p>In Abweichung von Art. 25 Abs. 2 Buchstabe a ... Rahmentarife nicht überschritten werden. <i>Dies gilt auch dann, wenn die Leistungserbringer die Transparenzvorgaben nach VKL bereits erfüllen.</i></p> <p>An dieser Stelle möchten wir auch auf die Frage des Tarifschutzes hinweisen und regen in Übereinstimmung mit der GDK zu einer Lockerung an. Aufgrund von Gerichtsurteilen - wie bereits im Kanton Waadt erfolgt - könnten sonst die Kantone zu namhaften Differenzzahlungen verpflichtet werden, die klar nicht Absicht des Gesetzgebers waren.</p>	BS
<p>Nous nous rallions à la procédure prévue par le Conseil fédéral en matière de prise en charge des coûts dans le domaine des soins jusqu'à la mise en place d'une nouvelle réglementation du financement des soins. Dans ce cadre, on veillera à trouver avec la nouvelle réglementation du financement un instrument et un cadre applicable, crédible, et durable sur lequel les prestataires de soins puissent effectivement s'appuyer. Ce n'est pas le cas en effet aujourd'hui, la réglementation actuelle (l'article 25 al. 2 let. a LAMal et l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations OCP) n'étant pas appliquée en matière tarifaire bien que les prestataires remplissent déjà partiellement les conditions qui y sont fixées. Il est indispensable d'augmenter les tarifs des deux niveaux de soins requis les plus élevés qui sont sans conteste trop bas. De même, il faut prévoir la compensation du renchérissement sur les tarifs. L'aide et les soins à domicile ne doivent pas être concernés par cette mesure de gel des tarifs.</p>	FR
<p>Nous souhaitons tout autant éviter une augmentation abrupte des primes maladie, qu'une augmentation de charges fiscales. Ainsi, nous sommes favorables à un gel du tarif des soins en établissements médico-sociaux, sous réserve des adaptations nécessaires aux deux catégories supérieures et d'une adaptation régulière de</p>	GE

<p>l'ensemble des catégories au coût de la vie. Ceci n'est toutefois acceptable qu'à condition d'abroger la protection tarifaire pour la part des soins non couverte par les assureurs-maladie en établissement médico-social. Il importe de relever ici que le gel des tarifs de soins ne doit pas s'appliquer au financement des soins à domicile, et que ces derniers doivent rester sujets à protection tarifaire.</p>	
<p>Hier ist vorgesehen, dass der Bundesrat weiterhin weit unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für die Pflege zuhause und in Heimen vorschreiben kann. Wir sind grundsätzlich mit diesem Vorschlag einverstanden, sofern mittels einer Ergänzung der vorgelegten Übergangsbestimmung Klarheit geschaffen wird, dass für die über den Beitrag der Versicherer hinausgehenden Pflegekosten der Tarifschutz nicht gilt. Gemäss dem erläuternden Bericht besteht die Absicht, die Rahmentarife der oberen zwei Pflegebedarfsstufen, die auch gemäss Beurteilung des Bundesrates zu tief sind, zu erhöhen. Wir vermessen in diesem Zusammenhang Ausführungen über das Ausmass der vorgesehenen Erhöhung. Wir gehen davon aus, dass die Rahmentarife für die dritte Pflegebedarfsstufe auf mindestens 40 - 70 Franken und für die vierte Pflegebedarfsstufe auf mindestens 70 - 100 Franken erhöht werden. Nicht einverstanden sind wir mit dem Vorschlag, in denjenigen Fällen, in denen bereits neue Tarife zur Anwendung kommen, die Rahmentarife überschreiten, die Tarife auf der ab 1. Januar 2004 geltenden Höhe zu belassen. Eine solche Regelung führt sowohl innerhalb der Kantone wie auch zwischen den Kantonen zu einer rechtsungleichen Behandlung der Pflegeheime und schafft im Übrigen auch ungleiche Ausgangslagen im Falle einer Neuregelung der Finanzierung der Pflege. Auf den Vertrauensschutz können sich im Übrigen neben den im erläuterten Bericht erwähnten Pflegeheimen auch diejenigen Pflegeheime berufen, die, obschon sie die im erläuternden Bericht für die in Aussicht genommene Regelung ins Feld geführten Anforderungen zur Kostentransparenz gemäss VKL erfüllen, auf den 1. Januar 2004 noch keine die Rahmentarife überschreitenden Tarife zugestanden erhalten haben.</p>	GR
<p>Wir begrüssen die Weiterführung der Pflgetarife und die Anpassung der obersten 2 Pflegestufen an die realen Kosten. Zusätzlich sollte aber auch der Teuerungsausgleich auf den Tarifen im Rahmen der Kostenentwicklung in den Pflegeheimen vorgesehen werden. Es muss unbedingt verhindert werden, dass die Kantone eine Finanzierungslücke decken müssen. Der Tarifschutz muss deshalb jetzt geregelt, bzw. ausdrücklich gelockert werden. Art. 104a Abs. 2 KVG ist so anzupassen, dass die Tarife durch Einzelleistungsverrechnungen nicht umgangen werden können. Die Übergangsregelung soll nur anwendbar sein für Pflegeheime, nicht aber für Spitexleistungen. Bei der Inkraftsetzung und den Übergangsbestimmungen ist darauf zu achten, dass die Kantone schon bald die Tarife für 2005 genehmigen müssen.</p>	LU
<p>Die <i>Zielsetzung</i>, die Pflgetarife bis zur Neuordnung der Pflegefinanzierung unter Anpassung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen einzufrieren, wird unterstützt. Wir verbinden diese Zustimmung mit der bestimmten Erwartung, dass die beiden oberen Bedarfsstufen nach BESÄ an die <i>realen</i> Kosten angepasst werden, bevor die Tarife eingefroren werden, der Tarifschutz für die über den Beitrag der <i>Versicherer</i> hinausgehenden Pflegekosten ausdrücklich entfällt und die Tarifbegrenzung auf Pflegeheime beschränkt wird.</p>	SG
<p>Hier ist vorgesehen, dass der Bundesrat weiterhin weit unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für die Pflege zuhause und in Heimen vorschreiben kann. Wir sind grundsätzlich mit diesem Vorschlag einverstanden, sofern mittels einer Ergänzung der vorgelegten Übergangsbestimmung Klarheit geschaffen wird, dass für die über den Beitrag der Versicherer hinausgehenden Pflegekosten der Tarifschutz nicht gilt. Ansonsten wären endlose Prozesse und gegebenenfalls Rückforderungen in der Höhe von Hunderten von Millionen Franken zu erwarten.</p>	SH
<p>Am 3. Juli 2002 hat der Bundesrat die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) erlassen, welche die Ziele und Rahmenbedingungen für die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik in den Grundzügen vorgibt. Werden die Voraussetzungen der VKL erfüllt, so haben die Krankenversicherer die KVG-pflichtigen Leistungen voll zu übernehmen. Der Regierungsrat des Kantons Solothurn hat mit Beschluss vom 26. Januar 2004 die Tarife denn auch entsprechend festgelegt. Gegen diesen Beschluss ist eine Beschwerde beim Bundesrat hängig. Mit dem nun vorliegenden Vorschlag, die</p>	SO

<p>Rahmentarife einzufrieren, wird dieser Mechanismus torpediert. Wird zudem der Tarifschutz bei den Pflegeheimen nicht aufgehoben, so ist die vorgeschlagene Maßnahme vollends abzulehnen. Wird der Tarifschutz nämlich aufrechterhalten, so müsste die öffentliche Hand die Differenz zwischen den effektiv anfallenden KVG-pflichtigen Pflegekosten und den von den Krankenversicherern in der Höhe der Rahmentarife übernommenen Kosen, tragen. Dies ist schlicht, unakzeptabel. Bezüglich der übrigen Revisionspunkte der Vorlage 1A wird auf die Stellungnahme der GDK vom 29. März 2004 verwiesen.</p>	
<p>Grundsätzlich Ja. Der zweistufigen Vorgehensweise, dem Einfrieren der Pflgetarife als erstes und der ausdifferenzierten gesetzlichen Neuordnung als zweites, wird zugestimmt. Wir geben jedoch zu bedenken, dass damit jene Leistungserbringer belohnt werden, die bereits heute über den Rahmentarifen liegende Tarife verrechnen. Die Anpassung der obersten zwei Pflegestufen wird befürwortet. Des Weiteren wird die Haltung der GDK, dass die Übergangsregelung nicht auf die ambulante Pflege zu Hause (Spitex) auszudehnen sei, unterstützt.</p>	SZ
<p>Hier ist vorgesehen, dass der Bundesrat weiterhin weit unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für die Pflege zuhause und in Heimen vorschreiben kann. Grundsätzlich sind wir mit diesem Vorschlag einverstanden, aber nur, wenn mit Bezug auf die in diesem Bereich herrschende Tarifschutzkontroverse Klarheit geschaffen wird. Streitig ist nämlich bereits unter der geltenden Lösung, wer bis zum Zeitpunkt der nach dem KVG grundsätzlich vorgesehenen vollen Übernahme der Pflegekosten für die Differenz zu tieferen Rahmentarifen aufzukommen hat. Um hier endlose neue Prozesse und gegebenenfalls Rückforderungen auszuschliessen, muss die neue Übergangsbestimmung um die Passage ergänzt werden, dass für die über den Beitrag der Versicherer hinausgehenden Pflegekosten der Tarifschutz nicht gilt. Wir sind aber klar der Meinung, dass ein Einfrieren der Pflgetaxen einzig für die Pflegeheime gelten darf. Für die ambulante Krankenpflege zu Hause wäre eine solche Massnahme vor dem Hintergrund der viel geringeren Kostenentwicklung unverhältnismässig.</p>	TG
<p>Siamo favorevoli, in attesa della presentazione da Parte del Consiglio federale di un messaggio sulla riorganizzazione del finanziamento delle cure, previsto entro la fine del 2004, di congelare le tariffe, soprattutto per evitare un'importante crescita dei costi a carico dell'assicurazione malattia sociale. La proposta è quindi da noi accettata per far fronte ad una fase transitoria che dovrebbe permettere di trovare forme alternative di finanziamento che tengano conto del necessario coordinamento tra le assicurazioni sociali, le prestazioni cantonali e l'assistenza sociale.</p>	TI
<p>Der vorgeschlagenen Regelung stimmen wir zu, sofern der Teuerungsausgleich auf den Tarifen im Rahmen der Kostenentwicklung in den Pflegeheimen möglich bleibt. Die Spitex ist von dieser Neuordnung auszunehmen.</p>	UR
<p>Le rapport explicatif propose le maintien de la réglementation actuelle et le gel des tarifs-cadre à leur niveau de 2004, après toutefois avoir adapté les montants des deux niveaux supérieurs de l'art. 9a al. 2 de OPAS. Les tarifs et conventions tarifaires ne pourront donc pas dépasser les tarifs-cadre jusqu'à l'adoption d'une nouvelle réglementation, sous réserve de ceux qui l'ont déjà fait au 1er janvier 2004. Ceux-ci seront, eux, limités au niveau du tarif valable le 1^{er} janvier 2004. Cette proposition, compte tenu des effets juridiques et économiques réels quelle provoque, est inacceptable pour le Conseil d'Etat vaudois.</p> <p>Contrairement à l'affirmation contenue dans le rapport explicatif sous 4.1, les conséquences financières pour les cantons ne seront pas nulles mais considérables : pour l'ensemble des cantons, on peut estimer le surcoût dû au maintien et à l'application généralisée de la protection tarifaire en EMS à quelques 450 millions de Francs par année. Le Conseil d'Etat vaudois ne voit des lors que deux possibilités :</p> <p>soit le maintien d'une contribution partielle des assureurs-maladie au prix coûtant des soins en EMS, à la condition expresse que la protection tarifaire soit abrogée des le 01.01.2005, pour la part non couverte et que ce montant puisse être reporté sur les résidents avec intervention des prestations complémentaires à l'AVS/AI, cas échéant, d'une aide cantonale ; c'est ce que préconise aussi la CDS : soit la prise en charge du coût total des soins par l'assurance-maladie, fondé sur les résultats de la comptabilité analytique qui seront connus des juillet 2004.</p>	VD

<p>Le Conseil d'Etat vaudois considère l'abrogation de la protection tarifaire comme une <i>condition</i> sine qua non pour le maintien d'une contribution partielle de l'assurance-maladie. Il construit son budget 2005 sur cette base. Il ne se départira pas de cette détermination, notamment en cas de recours dans le cadre duquel il invoquerait l'égalité de traitement.</p>	
<p>Le projet proposé prévoit que les tarifs-cadres fixes ne peuvent pas être dépassés jusqu'à, la nouvelle réglementation et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2006. Or, comme vous le savez, durant cette période ni les coûts ni l'évolution de la santé des pensionnaires d'EMS ne va se stabiliser. Dès lors, si les tarifs sont gelés, il appartiendra aux pensionnaires ou aux collectivités publiques cantonales de financer la part des assureurs qui ne sera plus remboursée par ces derniers. Par ailleurs, cette mesure est inéquitable et favorise les établissements et les cantons qui ont au 01.01.2004 négocié des tarifs bien plus hauts que les tarifs-cadres. Ainsi, par exemple en 2004, le tarif selon le système BESA 4 s'élève à Fr. 70.- alors que dans le système Plaisir, un forfait de Fr. 160.- a été accepté pour des pensionnaires avec le même degré de soins. De plus, le financement partiel des coûts des soins en EMS par l'assurance-maladie implique l'abrogation de la protection tarifaire pour la part de coûts subsistants. Aussi, en attendant les nouvelles mesures de financement annoncées, nous vous demandons de renoncer à ce gel tarifaire.</p>	VS
<p>Der Bundesrat soll weiterhin weit unter den Vollkosten liegende Rahmentarife für die Pflege zu Hause und in Heimen vorschreiben können. Grundsätzlich sind wir mit diesem Vorschlag einverstanden, jedoch nur, wenn mit Bezug auf die in diesem Bereich herrschende Tarifschutzkontroverse Klarheit geschaffen wird. Streitig ist nämlich bereits unter der geltenden Lösung, wer bis zum Zeitpunkt der nach dem KVG grundsätzlich vorgesehenen vollen Übernahme der Pflegekosten für die Differenz zu tieferen Rahmentarifen aufkommen muss. Um hier endlose neue Prozesse und gegebenenfalls Rückforderungen in der Höhe von Hunderten von Millionen Franken auszuschliessen, muss die neue Übergangsbestimmung so ergänzt werden, dass für die über den Beitrag der Versicherer hinaus gehenden Pflegekosten der Tarifschutz nicht gilt.</p>	ZH
<p>Gel des tarifs de soins en attendant une nouvelle réglementation du financement des soins: La CDS souscrit à la réglementation et à l'adaptation préalable des tarifs de soins des deux niveaux supérieurs. Toutefois, on prévoira aussi la compensation du renchérissement des tarifs dans le cadre de l'évolution des coûts au niveau des établissements médico-sociaux.</p> <p>La CDS ne soutient cette disposition que s'il est clairement réglé que la protection des tarifs est assouplie. Ce n'est que moyennant cette précision que l'on pourra éviter des litiges juridiques ou des transferts de coûts larvés de pensionnaires d'EMS bien situés vers les contribuables. La protection tarifaire ne doit en effet s'appliquer qu'au niveau des tarifs-cadre ou des tarifs en vigueur. Autrement, il est à craindre que l'on ne crée un précédent d'une nouvelle réglementation du financement des soins, rendant ainsi difficile le consensus politique.</p> <p>De surcroît, il convient à l'évidence d'adapter la disposition de l'art. 104 al. 2 <i>LAMal</i> de telle manière que les tarifs des soins fixés ne puissent être contournés par le décompte de prestations individuelles.</p> <p>Last but not least, nous tenons à rappeler que cette mesure transitoire ne doit s'appliquer qu'aux EMS. Un gel des taxes pour les soins ambulatoires à domicile serait disproportionné dans la mesure où l'envolée des coûts dans ce domaine n'est pas comparable à celle qui affecte les EMS.</p>	CDS, NE
<p>Die EVP unterstützt die Verlängerung um 5 Jahre, fordert gleichzeitig aber die Ausarbeitung von Morbiditätsindikatoren für die gerechtere Erfassung der Risiken.</p>	EVP
<p>Die im Januar 2003 in Kraft getretene Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegheime (VKL) ermöglicht es diesen Institutionen, die erbrachten Pflegeleistungen gegenüber den Krankenversicherern unabhängig von Rahmentarifen auf transparente Weise abzurechnen. Infolge dieser Kostentransparenz werden die Krankenkassen mittelfristig mit Mehrkosten rechnen müssen, was die Grundversicherungspramien wiederum in die Höhle treiben könnte. Um einen solchen Prämien Schub zu verhindern, müssen die Pfl egetarife vorerst weitergeführt und auf dem jetzigen Niveau eingefroren werden, so wie es im ersten Revisionspaket</p>	FDP

<p>vorgesehen ist.</p> <p>Die Finanzierung von Pflegeleistungen wird angesichts der demographischen, medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung – und des damit zusammenhängenden steigenden Pflegebedarfs im Alter – zu einer der grössten Herausforderungen in unserem Gesundheitswesens werden. Die FDP spricht sich daher für eine baldige Neuordnung der Pflegefinanzierung aus, wobei eine Koordination zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen sowie der kantonalen Leistungen und Fürsorgeleistungen im Vordergrund stehen muss. Ursprünglich wollte man die Pflegefinanzierung im Rahmen einer 3. KVG-Revision regeln, für deren Vorbereitung eine departementinterne Arbeitsgruppe im Jahr 2003 einen Bericht erstellt hat. Diese Arbeiten sind nun rasch voranzutreiben, weshalb die FDP das bundesrätliche Vorhaben, spätestens im Dezember 2004 eine Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung zu verabschieden, sehr begrüsst.</p>	
<p>Die SP Schweiz lehnt die vorgeschlagene Übergangslösung ab. Wir schlagen vor, die Neuregelung der Finanzierung der Pflege zügig an die Hand zu nehmen zumal eine vom BSV im Jahr 2003 eingesetzte Expertengruppe verschiedene Modelle ausgearbeitet und in einem Schlussbericht festgehalten hat.</p> <p>Die SP Schweiz ist sich bewusst, dass die heutige Regelung die Krankenversicherer zunehmend belastet und Prämien erhöhungen begünstigt. Wir schlagen deshalb vor, dass ab 2003 bis zur Inkraftsetzung der Neuregelung der Finanzierung der Pflege die von den Kantonen beim Bund nicht abgeholten Beiträge zur Prämienverbilligung unbürokratisch zur Verbilligung der Kinderkrankenkassenprämie eingesetzt werden. Die SP Fraktion hat im September 2003 eine Parlamentarische Initiative in der Form der allgemeinen Anregung eingereicht. Sie verlangt ein dringliches Bundesgesetz mit dem Ziel, die 2003 nicht ausgeschöpften Beiträge zur Prämienverbilligung sinnvoll einzusetzen. Zu diesem Zweck sollen diese etwa 400 Millionen Franken zur Senkung der Kinderprämien eingesetzt werden, was mindestens 250 Franken pro Kind und Jahr ausmachen würde.</p> <p>Im Hinblick auf eine Neuregelung der Finanzierung der Pflege schlagen wir ein Modell mit einer Aufschlüsselung der Vollkosten der Pflege (im Pflegeheim, ambulant und zu Hause) zwischen Versicherer und steuerfinanziertem Anteil (dual/fix) vor. In diesem Zusammenhang ersuchen wir das Departement des Innern prüfen zu lassen, inwieweit der steuerfinanzierte Teil über eine Erbschaftssteuer refinanziert werden könnte. Die nach Abzug der Pflegeleistungen verbleibenden Kosten wären von den Patientinnen und Patienten zu tragen und sollten durch Ergänzungsleistungen mitfinanziert werden.</p> <p>Die SP Schweiz fordert in diesem Zusammenhang eine Lösung die verhindert, dass pflegebedürftige Menschen, die im Heim leben müssen, auf Sozialhilfe angewiesen sind. Pflegebedürftigkeit, insbesondere im Alter, ist ein kollektives Risiko, dessen Folgen durch ein kollektives System solidarisch durch das Kollektiv der Versicherten bzw. Steuerzahlenden getragen werden sollte. Zudem kann Pflegebedürftigkeit im Alter erwiesenermassen verhindert oder zeitlich hinausgezögert werden, wenn auf Gesundheitsförderung und Empowerment gesetzt wird. Eine kohärente Alterspolitik, die auf Lebensqualität und Autonomie setzt, führt zu erheblichen Einsparungen bei den Pflegekosten. Die SP fordert den Bundesrat auf, vermehrt Anstrengungen in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung zu unternehmen.</p>	SPS
<p>Die Pflēgetarife sollten gemäss den Entscheiden der Eidg. Räte bei der 2. KVG-Revision wieder aufgenommen werden. Die Einfrierung der Pflēgetarife erscheint der SVP richtig.</p>	SVP
<p>Les propositions du Conseil fédéral, soit la prolongation des tarifs-cadres apparaissent acceptables. Mais il ne peut s'agir que d'une solution provisoire dans l'attente d'une résolution des problèmes de fond. Le Parti libéral suisse estime qu'il convient de réétudier largement la question de la définition des soins et de la répartition de ces derniers entre l'assurance maladie et les autres assurances sociales en fonction de leur destination, du traitement des maladies aiguës et des affections dues au grand âge.</p>	LPS
<p>Il est parfaitement illogique et contraire aux promesses de vouloir geler les tarifs-cadres avant de réaliser la transparence des coûts. La conséquence en sera sans doute une diminution des prestations, ce qui est inacceptable.</p>	POP

D'accord	acsi, FRC
Wir können dem Projekt des Einfrierens der Pflgeetarife bis zu einer definitiven Neu- regelung der Pflegefinanzierung zustimmen.	kf
Der Schweizerische Städteverband kann sich - wenn auch nur mit Bedenken - dem vorläufigen Einfrieren der Vergütungen für Leistungen der Krankenpflege zu Hause; ambulant oder im Pflegeheim anschliessen, allerdings nur unter zwei Voraussetzun- gen: a) Werden die Tarife auf nicht kostendeckender Höhe eingefroren, müssen auch die Gesetzesnormen, welche vom sachlichen Zusammenhang her nur in Verbindung mit kostendeckenden Vergütungen sinnvoll und gerechtfertigt sind, als vorübergehend nicht anwendbar erklärt werden. Es geht hierbei insbesondere um den Tarifschutz (Art. 44 KVG) sowie um die Vorschriften über die Kosten- und Leistungserfassung für Pflegeheime (Art. 50 KVG, letzter Satz). Der Tarifschutz hat sein Korrelat in der Fest- setzung von mindestens kostendeckenden Tarifen. Eine Verpflichtung der Leistungserbringer, Leistungen zu klar nichtkostendeckenden Preisen zu erbringen, was bei Privaten zwangsläufig zum Konkurs führen müsste, ist sachlich und verfassungsrechtlich nicht haltbar. Die Führung einer Kostenrechnung dient dem Zweck der Festlegung kostengerechter, wirtschaftlicher Tarife. Entfällt der Zweck vorübergehend, muss auch der Anspruch von Krankenversicherern und Ge- nehmigungsbehörden auf derartige Daten vorübergehend dahinfliegen. Offengelassen sei eine neu zu formulierende Kompetenz der Bundesbehörden, stich- probeweise Kostenrechnungen von Pflegeheimen anzuordnen, damit so die Relation zwischen Vollkosten und Versicherungsbeitrag periodisch überprüft werden kann. Antrag: Ziffer II des einschlägigen Bundesbeschlusses (Übergangsbestimmung) sei durch einen Absatz 2 etwa wie folgt zu ergänzen: „Während der Geltungsdauer dieser Übergangsbestimmung sind die Vorschriften über den Tarifschutz (Art 44 KVG) sowie über die Kosten- und Leistungsermittlung und Betriebsvergleiche in Pflegeheimen (Art 50 KVG, letzter Satz) für Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim nicht anwendbar“. b) Die in der Verordnung konkret vorgesehenen Tarifsätze müssen zum Voraus be- kannt gegeben werden. Eine Alternative wäre, da es sich ja nur um eine zeitlich be- fristete Übergangsbestimmung handelt, dass der Minimal- und den Maximalsatz direkt in den Gesetzestext aufgenommen wird (z.B. "zwischen Er. 10.- und Fr. 100.- pro Pflegetag"). Diese Forderung ist sehr begründet: Die Leistungserbringer haben mit Zusicherungen des Departements des Innern auf Anpassung der Rahmentarife bisher leider nur schlechte Erfahrungen gemacht. Antrag: Die künftigen Rahmentarife sind jetzt bereit in Franken zu beziffern c) Absolut abzulehnen ist die in der Übergangsbestimmung vorgesehene faktische Rückwirkung auf 1.1. 2004. Dies widerspricht allen rechtsstaatlichen Grundsätzen. ANTRAG: Die Inkraftsetzung und Wirksamkeit der Übergangsbestimmungen ist auf einen Zeitpunkt nach der rechtskräftigen Beschlussfassung anzusetzen.	Schweiz. Städtever- band
Aufgrund der im Januar 2003 in Kraft getretenen VKL können diese Institutionen bei Vorliegen einer transparenten Kostenrechnung neu die Vollkosten der erbrachten Pflegeleistungen und nicht nur die Rahmentarife zu Lasten der Versicherer abrechn- en. Da in Zukunft zunehmend mehr Leistungserbringer eine transparente Kosten- rechnung ausweisen werden, würden den Krankenkassen ohne Einschreiten des Gesetzgebers mittelfristig Mehrkosten erwachsen, die Grundversicherungsprämie in die Höhe treiben könnten. Das Einfrieren der Pflgetarife und die Begrenzung der Kostenübernahme für die Pflegeleistung durch die Krankenversicherung unabhängig vom Erreichen der Kostentransparenz scheint uns deshalb angebracht und nötig, um einer Neuregelung der Finanzierung der Pflege nicht durch das Schaffen einer „fait accompli“ vorzugreifen. economiesuisse unterstützt somit diese Übergangsbestim- mung. Das Einfrieren darf jedoch nicht ein Präjudiz sein, um die Neuregelung der Pflegefinanzierung ad calendae grecas aufzuschieben (nur zeitlich befristete Über- gangslösung).	economie- suisse
Aufgrund der im Januar 2003 in Kraft getretenen Verordnung über die Kostenermitt- lung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL) können diese In- stitutionen bei Vorliegen einer transparenten Kostenrechnung neu die Vollkosten der	SAGV

<p>erbrachten Pflegeleistungen und nicht nur die Rahmentarife zu Lasten der Versicherer abrechnen. Da in Zukunft zunehmend mehr Leistungserbringer eine transparente Kostenrechnung ausweisen werden, würden den Krankenkassen ohne Einschreiten des Gesetzgebers mittelfristig Mehrkosten erwachsen, welche die Grundversicherungsprämie in die Höhe treiben könnten. Das Einfrieren der Pflegetarife und die Begrenzung der Kostenübernahme für die Pflegeleistung durch die Krankenversicherung, unabhängig vom Erreichen der Kostentransparenz, scheint uns deshalb angebracht und nötig, um einer Neuregelung der Finanzierung der Pflege nicht durch das Schaffen einer "fait accompli" vorzugreifen. Der Schweizerische Arbeitgeberverband unterstützt somit diese Übergangsbestimmung. Das Einfrieren darf aber kein Präjudiz sein, um die Neuregelung der Pflegefinanzierung einfach aufzuschieben.</p>	
<p>Im Sinne einer Übergangslösung können wir Ihren Vorschlägen, welche eine Weiterführung der heutigen Rahmentarife und die Einfrierung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen (nach vorgängiger Anpassung) beinhalten, zustimmen. Gleichzeitig legen wir aber Wert darauf, dass die laufenden Arbeiten zur Neuordnung der Pflegefinanzierung zügig vorangetrieben werden und es zu keinen weiteren zeitlichen Verzögerungen kommt.</p>	SGV/USAM
<p>Les propositions du Conseil fédéral sont acceptables, dans la mesure où il s'agit - à titre transitoire - de prolonger la validité des tarifs-cadres par ailleurs gelés depuis six ans, non sans avoir adapté le tarif pour les deux niveaux de soins les plus élevés. Il convient en effet de se donner le temps pour résoudre les problèmes sur le fond et réétudier fondamentalement la définition des soins aux personnes âgées, ainsi que la répartition de leur financement entre l'assurance-maladie et les autres assurances sociales. On peut regretter toutefois que l'on récompense ainsi la mauvaise volonté des assureurs, qui trouvent par la une échappatoire à l'application de la loi actuelle, au moment où celle-ci est rendue possible par la mise en place d'une comptabilité uniforme dans les EMS.</p>	Centre patronal
<p>Das Einfrieren der Rahmentarife (als Folge der Motion 03.3597 SGK-NR/Neuordnung Pflegefinanzierung) können wir nur unterstützen, wenn einerseits vorgängig die Obergrenzen der Spitex-Rahmentarife (Artikel 9a Abs. 1 KLV) der Lohnentwicklung im Pflegebereich angepasst werden und andererseits der Tarifschutz bei den Spitex-Pflegeleistungen beibehalten wird.</p> <p>Die Finanzierung der Spitexpflege ist heute nur gewährleistet, wenn die Krankenversicherer und die öffentliche Hand sich daran beteiligen. Spitex ist daher darauf angewiesen, dass der Tarifschutz bei den KVG-Pflegeleistungen weiterhin Geltung hat. Die mit santésuisse vereinbarten kantonalen Spitex-Tarife decken rund 50% der Pflegekosten; die andere Hälfte finanzieren die öffentliche Hand und die Patientinnen.</p> <p>Antrag: Bevor die Rahmentarife für die Spitexpflege im Rahmen der Übergangsbestimmung II eingefroren werden, müssen im Verlauf des Jahres 2004 die Obergrenzen aller Spitex-Rahmentarife (Grundpflege, Behandlungspflege und Abklärung und Beratung: KLV 9a Abs. 1. lit a-c) der Entwicklung der Lohnkosten im Pflegebereich seit 1998 angepasst werden.</p> <p>Begründung: Seit 2001 anerkannten verschiedene kantonale Gerichtsurteile Lohnklagen von Pflegenden als berechtigt, die in öffentlichen Spitälern arbeiten. Folge davon war, dass die Löhne der Pflegenden in den Spitälern markant angehoben werden mussten. Zwar sind diese Gerichtsurteile für Spitex nicht bindend, indirekt aber betreffen sie auch die Spitex-Organisationen. Will sich Spitex dem Vorwurf der Lohndiskriminierung entziehen, müssen die Spitex-Organisationen die Löhne der neuen Gerichtspraxis anpassen. Spitex musste und muss diese Entwicklung auch nachvollziehen, damit das Spitex-Personal nicht in diejenigen Spitäler abwandert, welche die Löhne der Pflegenden gegen oben korrigiert haben.</p> <p>Gemäss Spitex-Statistik des BSV stiegen die Personalkosten pro verrechnete Stunde bereits von 1998 bis 2001 um 21.3%/x. Das Departement des Innern hat jedoch die Spitex-Rahmentarife seit 1.1.1998 nie der Lohnentwicklung angepasst. Der Spitex-Tarifübersicht 2004 (vgl. Beilage) kann entnommen werden, dass die mit santésuisse ausgehandelten kantonalen Spitex-Tarife die Rahmentarife bereits heute weitgehend ausschöpfen. Werden die Rahmentarife auf den 1.1.2005 eingefroren, ohne dass die Rahmentarife für Grundpflege, Behandlungspflege sowie Abklärung und Beratung gegen oben korrigiert werden, kann Spitex die aufgrund der erwähnten Gerichtsurteile</p>	Spitex CH

<p>weiterhin notwendigen Lohnkorrekturen allenfalls bis 2007 nicht vornehmen. Personalmangel in der Spitex könnte die Folge sein verbunden mit einem Engpass bei der Erbringung der notwendigen Spitexpflegeleistungen.</p> <p>Ausserordentliche Anpassungen - als Folge der oben erwähnten Gerichtsurteile - sind nur möglich, wenn die öffentliche Hand und die Krankenversicherer sich daran beteiligen. Berechtigterweise wehren sich Kantone und Gemeinden, diese gerichtlich durchgesetzten Lohnansprüche der Pflegenden allein zu Lasten der öffentlichen Hand umzusetzen.</p>	
<p>Die Revision sieht vor, die Pflegetarife einzufrieren, bis die volle Transparenz der Kostenübernahme durch die Versicherer gewährleistet ist. Der SPITEX Verband des Kantons Bern begrüsst diese Massnahme.</p> <p>Der SPITEX Verband des Kantons Bern bemüht sich seit Jahren darum, zusammen mit den Krankenversicherern - wie im heute gültigen Krankenversicherungsgesetz gefordert - ein gemeinsam erarbeitetes Kostenrechnungsmodell zu entwickeln. Bisher haben sich die Krankenversicherer unserem Ansinnen jedoch mit dem Hinweis verschlossen, dass ein solches Modell auf gesamtschweizerischer Ebene erarbeitet werden müsse. Dem SPITEX Verband des Kantons Bern ist bewusst, dass ein solches Modell auf lange Sicht gesehen schweizweit angewendet werden muss. Bis es aber soweit ist, macht ein kantonale durchgeführtes Pilotprojekt mit einem solchen Kostenrechnungsmodell durchaus Sinn.</p> <p>Wenn der Transparenzvorschrift nachgekommen werden soll, müssen alle Beteiligten die dazu nötigen Arbeiten in Angriff zu nehmen.</p>	Spitex BE
<p>H+ fordert deshalb die Umsetzung geltenden Rechts, d.h. die Vollkostenentschädigung der Pflege.</p> <p>Damit kann insbesondere auch das Sparpotential der Übergangspflege als wichtiges Element der integrierten Versorgungsketten genutzt werden. Die gegenwärtige finanzielle Ungleichbehandlung der Übergangspflege gegenüber der stationären Akutpflege führt zu massiven volkswirtschaftlichen Mehrkosten (z.B. Verbleib in der teureren Akutversorgung; ambulante Rehabilitationsprogramme werden nicht genutzt).</p> <p>Die gegenwärtige unterschiedliche kantonale Finanzierung führt zu stossenden, unterschiedlichen Behandlungen der Patientinnen und Patienten. Je nach Kanton oder Region sind bereits heute 50 bis 70% der Pflegebedürftigen auf Ergänzungsleistungen angewiesen.</p> <p>Eine zukünftige Anpassung der Sozialversicherung darf für wirtschaftlich schwächere Pflegebedürftige keine unzumutbare Belastung ergeben. Auf keinen Fall sollen pflegebedürftige ältere Menschen zu „Sozialfällen“ degradiert werden. Diesbezüglich halten wir auch die Unterscheidung von alters- und krankheitsbedingter Pflege in der Botschaft für gefährlich und diskriminierend. Pflegebedürftigkeit ist immer an eine körperliche oder psychische Einschränkung gekoppelt.</p> <p>H+ hat sich im letzten Jahr aktiv und konstruktiv für eine Neuregelung der Vollkosten der Pflege eingesetzt. In diesem Sinne hat sich H+ in Vorverhandlungen bereit erklärt, der Aufstockung der beiden Tarifstufen 3 und 4 (gemäss VO KLV Art. 9a Abs. 2 lit. c) und d) und danach einer befristeten Weiterführung der angewandten Finanzierung zuzustimmen. Dies bedeutet konkret, dass die Kosten der Pflege gemäss KVG während einer Übergangszeit durch neu festgelegte Rahmentarife einerseits und - im Sinne von KVG Art. 44 (Tarifschutz) - durch Mittel der öffentlichen Hand (gemäss bundesrätlicher Empfehlung an die Kantone vom September 1997) andererseits zu finanzieren sind.</p> <p>Mit der übergangsweise geplanten Revision der angewandten Pflegefinanzierungsregeln werden oben genannte Aspekte nicht berücksichtigt. So wird im Gesetz nur eine Befristung festgelegt, ohne dass die Aufstockung der Rahmentarife annähernd besprochen wird. Da das vorschlagende Bundesamt das gleiche für Revision und Aufstockung ist, muss zuerst die festzulegende Höhe der Tarifstufen diskutiert und partnerschaftlich insbesondere mit den nationalen Leistungserbringerverbänden festgelegt werden.</p> <p>Die Verlängerung bis zum 31.12.2006 erscheint angesichts der vorliegenden Lösungsvorschläge für die Neufinanzierung als zu lange, bevorteilt sie doch den Status Quo und damit die Versicherer, die damit kaum noch Anreize haben, einer national einheitlichen Lösung der sie belastenden Pflegekosten Hand zu bieten. Die Anliegen</p>	H+

<p>von H+ lassen sich wie folgt zusammenfassen: Sofortige Umsetzung geltenden Rechts, d.h. Vollkostenentschädigung der Pflege. Als befristete Übergangsregelung sind die seit 1998 eingefrorenen Rahmentarife an die Kostenentwicklung und den Pflegeaufwand anzupassen. Um unterschiedliche kantonale Regelungen zu vermeiden, ist mittelfristig eine einheitliche nationale Finanzierungsregelung notwendig. Antrag: ...ambulant oder im Pflegeheim, spätestens bis zum 31. Dezember 2005, die auf Grund von Artikel 104a vom Departement festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden. <u>Das Departement erhöht die Pflegetarife der Stufen 3 und 4 von Artikel 9a KLV auf die Einführung dieses Gesetzes um mindestens die aufgelaufene Teuerung über alle Tarifestufen. Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife...</u></p>	
<p>Der heute gültige (gegenüber dem KVG viel zu tiefe) Rahmentarif gilt nur solange, bis die Leistungserbringer die Transparenzvorgaben erfüllen. Nachdem nun per 1. Januar 2003 (6 Jahre nach Inkraftsetzung des KVG!) die entsprechende VKL endlich in Kraft ist, befürchtet der Bundesrat, die Heime (Leistungserbringer) könnten nun die Bedingungen erfüllen und die volle Kostendeckung nach KVG verlangen. Damit dies verhindert werden kann, sollen jetzt einfach die Rahmentarife per Gesetzesrevision (11 Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...) nochmals für zwei Jahre (bis Ende 2006) festgelegt werden (immerhin wird eine moderate Anpassung bei zwei Stufen vorgeschlagen). Wertung: Dieses Vorgehen ist unannehmbar. Zuerst hat man jahrelang - durch Hinausschieben der VKL - die Leistungserbringer daran gehindert, die Bedingungen zur Kostentransparenz überhaupt erfüllen zu können. Jetzt, nachdem die Leistungserbringer die Kostenrechnungen mit erheblichem Aufwand der VKL angepasst haben, sagt man: Auch wenn die Leistungserbringer alle Bedingungen erfüllen, gibt es keine neuen individuellen Tarifverhandlungen, es bleibt der Rahmentarif. Dies ist gesetzeswidrig, verstösst gegen Treu und Glauben und führt dazu, dass sich die Leistungserbringer und auch die Pflegeheimbewohner, insbesondere die Selbstzahler, "verschaukeln" fühlen. Zudem kommt, dass der Rahmentarif nur drei Stufen vorsieht. In vielen Kantonen ist jedoch inzwischen das RAI/RUG-System eingeführt worden, welches über wesentlich mehr und differenziertere Tarife verfügt. Die vorgeschlagene Übergangsbestimmung ist ersatzlos zu streichen. Es ist endlich dem Gesetz nachzuleben. Die Ausrichtung auf ein monistisches Finanzierungssystem ist anzustreben, um die im Wettbewerb wesentliche Belohnung von Effizienz seitens des Spitalleistungserbringers nutzen zu können und die Mehrfachrolle der Kantone zu beseitigen. Mit der Einführung und Umsetzung der VKL haben die Spitäler erhebliche und aufwendige Umtriebe in Kauf genommen. Damit sind erste Voraussetzungen geschaffen, den Schritt in das monistische System vorzunehmen. Eine in der Vorlage skizzierte dual-fixe Finanzierung der Spitäler erscheint als falsche Weichenstellung und widerspricht dem Wettbewerbspostulat. Im Vordergrund eines mittelfristigen Spitalfinanzierungsmodells muss die Entschädigung der Leistung auf betriebswirtschaftlicher Basis stehen.</p>	SVPK
<p>Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass bis zu einer Neuregelung der Pflegefinanzierung die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) umgesetzt werden muss. Wenn bereits heute die Pflegetarife eingefroren werden, werden weder die Kantone noch die Krankenversicherer ein Interesse an einer schnellen Neuregelung der Pflegefinanzierung haben. Antrag - Die Rahmentarife in Pflegeheimen müssen in der Pflegestufe 3 und 4 substantiell angehoben werden, ohne dass diese Anhebung in den unteren Stufen kompensiert wird. - Für die Rahmentarife der Pflegeheime und der Spitex verlangen wir die Preisindexierung an die Teuerung seit 1998. - Die zeitliche Limitierung der Übergangsbestimmung ist längstens auf 2 Jahre bis 2006 zu beschränken. - Der Tarifschutz darf in keinem Falle, auch nicht für die Pflegeheime, aufgehoben werden.</p>	SBK
CURAVIVA hat sich mit den anderen Verbänden des Forums stationäre Altersarbeit	CURAVIVA,

Schweiz in den Vorverhandlungen stets dafür eingesetzt, dass zwingend eine Erhöhung der beiden in KLV Art. 9a Abs. 2 lit. c und d festgehaltenen Tarifstufen 3 und 4 im Rahmen einer befristeten Weiterführung der angewandten Finanzierung vorgenommen wird. Im Wortlaut der vorgesehenen gesetzlichen Übergangsbestimmung wird hingegen nur die Befristung der Rahmentarife bis spätestens Ende Dezember 2006 stipuliert, ohne jedoch die auch vom BAG in Aussicht gestellte Erhöhung der Rahmentarife explizit aufzuführen. Unseres Erachtens ist es unerlässlich, dass das BAG zuerst die festzulegende Höhe der Tarifstufen diskutiert und insbesondere mit den nationalen Leistungserbringerverbänden partnerschaftlich und verlässlich abspricht. Eine Befristung der Einfrierung der Rahmentarife bis zum 31.12.2006 scheint uns sodann angesichts der vorliegenden Lösungsvorschläge für eine Neuregelung der Pflegefinanzierung als zu lange bemessen. Dadurch bevorteilt die vorgeschlagene Übergangslösung den Status quo und damit die Krankenversicherer, die nun kaum noch Anreize haben, einer national einheitlichen Lösung der zu übernehmenden Pflegekosten Hand zu bieten.

Weiter sind zwingend die sich gegenseitig behindernden KVG-Bestimmungen zu koordinieren. Einerseits sollen die Rahmentarife bis zur Einführung neuer Finanzierungsregeln weiterhin bestehen bleiben und nicht überschritten werden dürfen. Andererseits verbietet es der Tarifschutz nach Art. 44 KVG, für KVG-Pflichtleistungen gemäss KLV 7 weitere Rechnungen zu stellen, als die mit den Krankenversicherern vereinbarten Tarife (begrenzt noch durch Rahmentarife, die der Versicherer nicht freiwillig - auch bei aller Transparenz nicht- vertraglich überschreitet). Ferner gilt es in diesem Zusammenhang mit aller Deutlichkeit festzuhalten, dass der bundesrätliche Brief vom September 1997 an die Kantonsregierungen mit der Empfehlung, dass sich die Kantone einerseits nicht aus der Mitfinanzierung der Pflegeleistungen zurückziehen dürfen und andererseits gar allfällige Finanzierungslücken, die sich aus der Anwendung der Rahmentarife ergeben, schliessen müssten, zum Teil nicht umgesetzt wurde bzw. sich die Kantone immer mehr aus der Verantwortung zurückziehen. So können die Kantone aufgrund der geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu Recht festhalten, dass das KVG die volle Kostendeckung von Pflegeleistungen vorsehe und deshalb für sie kein weiterer Finanzierungsbedarf gegeben sei. Die Kostendeckung kann aber mit den Rahmentarifwerten bei weitem nicht erzielt werden. Um die bestehenden Kosten zu decken, bleibt in der Praxis für die Pflegeheime in jenen Kantonen, in denen keine Restfinanzierung der ungedeckten Pflegekosten durch die öffentlichen Hand erfolgt, wohl nur das mehr oder weniger offenkundige Verletzen des Tarifschutzes.

Angesichts der bestehenden gravierenden Finanzierungslücke, die nicht länger bestehen bleiben darf, ist deshalb gleichzeitig und zwingend in der Übergangsbestimmung eine Regelung einzubauen, die bezüglich des geltenden Tarifschutzes resp. der im KVG nirgends vorgesehenen anderweitigen Kostendeckung für Pflegeleistungen (z.B. über die Kantone oder Gemeinden) eine Handhabung vorsieht, die den Pflegeheimen eine gesetzeskonforme Handlungsfähigkeit ermöglicht.

Für die Dauer der Übergangsbestimmung fordert deshalb CURAVIVA in Übereinstimmung mit dem Forum stationäre Altersarbeit Schweiz, dass die Pflegeheime berechtigt sind, in Aufhebung des Tarifschutzes die Differenz zwischen dem Rahmentarif und den nachweisbaren effektiven Pflegekosten den kantonal deklarierten Akteuren wie Kanton Gemeinden, Sozialversicherung oder dem Versicherten (Heimbewohner) in Rechnung zu stellen.

Die vorgeschlagene Übergangsbestimmung ist wie folgt zu ändern:

„In Abweichung von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a dürfen bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Kostenübernahme der Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim, spätestens bis zum 31. Dezember 2005, die auf Grund von Artikel 104a vom Departement festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden. Das Departement erhöht die Pflegeetarife der Stufen 3 und 4 von Artikel 9a KLV auf die Einführung dieses Gesetzes um mindestens die aufgelaufenen Teuerung über alle Tarifstufen. Die Pflegeheime sind berechtigt, während dieser Übergangsfrist bis zum 31.12.2005 in Aufhebung des KVG-Tarifschutzes die Differenz zwischen dem gültigen Rahmentarif und den nachweisbaren effektiven Pflege-

Forum

<p><u>leistungskosten unter Abzug der Vergütungen der Kantone dem Versicherten in Rechnung zu stellen.</u> Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben. Diese werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt."</p>	
<p>Die Frist der möglichen Einfrierung der Pflorgetarife bis spätestens 31. Dezember 2006 ist zu lang. Eine Verkürzung der Frist bis längstens Ende 2005 könnte den notwendigen Druck für die Neudefinition erhöhen.</p>	SVBG
<p>Nachdem die Pflegeheime die gemäss VKL gestellten Anforderungen an die Kostentransparenz erfüllt haben, ist eine Anpassung zumindest der beiden oberen Pflegebedarfsstufen gefordert. Einer anschliessenden Einfrierung der Rahmentarife bis zu einer Neuregelung der Pflegefinanzierung können wir zustimmen. Diese ist jedoch bis spätestens 31. Dezember 2005 zu befristen.</p> <p>K3 fordert, dass ungedeckte KVG-pflichtige Pflegekosten durch die öffentliche Hand als Verbundaufgabe von Gemeinden und Kantonen zu tragen sind, was auch eine effiziente Zusammenarbeit zwischen Akut- und Langzeitpflege ermöglicht. Sollte diese Deckung während dieser Übergangsregelung weiterhin nicht gewährleistet sein, müsste der Tarifschutz zumindest teilweise aufgehoben werden, damit die bestehenden Pflegekosten anderweitig (über Wohnertaxen) finanziert werden können.</p>	K3
<p>santésuisse unterstützt diese Übergangsbestimmung nachdrücklich. Zweck dieser Bestimmung ist es, die Verteilung der Finanzierungslasten, abgesehen von kleineren Korrekturen, bis zu einer Neuregelung der Pflegefinanzierung auf dem aktuellen Stand zu belassen. Die Krankenversicherer wollen eine drohende starke Mehrbelastung der Prämienzahler verhindern. Die Kantone sollen dadurch nicht mehr belastet werden, es soll aber auch kein Leistungsabbau der Kantone stattfinden. Einverstanden ist santésuisse mit der Beibehaltung der Rahmentarife im Pflegebereich und damit, dass die Vorlage sämtliche Leistungserbringer einschliesst und auf eine Unterscheidung zwischen akuter und Langzeitbehandlung verzichtet. Eine generelle Anhebung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen vor dem Einfrieren der Tarife, wie sie im Kommentar zur Vorlage erwähnt wird, lehnt santésuisse ab, weil starke Kostensteigerungen befürchtet werden müssen. Sollte der Bundesrat diese beiden Bedarfsstufen trotzdem anheben, müsste er gleichzeitig die beiden unteren Bedarfsstufen, die heute zu hoch angesetzt sind, senken. Das heutige Gesamtkostenvolumen im Pflegebereich darf zwingend nicht überschritten werden (Kostenneutralität). Dem Kommentar zur Vorlage ist zu entnehmen, dass auch Leistungserbringer, welche die Transparenzvorgaben gemäss VKL bereits erfüllen, sich an die Rahmentarife halten müssen. Im Text der Übergangsbestimmung fehlt aber dieser Hinweis. Der Text müsste entsprechend ergänzt werden. Mit der Bemerkung, dass Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben, auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt werden, können wir uns einverstanden erklären.</p> <p>Im Übrigen stellt sich die Frage, ob Artikel 104a nicht gestrichen werden müsste, weil er der neuen Übergangsbestimmung II widerspricht. Die Übergangsbestimmung müsste hingegen umformuliert werden, um die neue Grundlage für die Rahmentarife zu bilden</p>	santésuisse
<p>Mit dem Vorschlag des Bundesrates, eine Übergangsregelung zur Finanzierung der Langzeitpflege zu etablieren, sind wir nur teilweise einverstanden.</p> <p>Wir halten es für ausgesprochen problematisch, eine geltende Verordnung – nämlich jene über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL) – teilweise auszuhebeln. Mit der seit 1. Januar 2003 in Kraft befindlichen VKL sollte endlich Kostentransparenz im Pflegeheimbereich geschaffen werden. Diese war seit Jahren eingefordert worden. Nachdem sich jetzt zeigt – wie das auch zu erwarten war –, dass die vereinbarten Rahmentarife die tatsächlichen Kosten der medizinisch indizierten Pflegeleistungen nicht decken, sondern bedeutend höhere Ansätze erforderlich sind, wehren sich die Krankenversicherer gegen die Umsetzung der Verordnung. Sie argumentieren mit drohenden Prämien erhöhungen. Es war allerdings bereits bei der Einführung des KVG absehbar, dass die Übernahme der Pflegekosten im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems Probleme schaffen würde. Wir bemängeln, dass nicht von Anfang an mit offenen Karten gespielt wurde. Die Botschaft des Bundesrates hält fest, dass in zwei von vier Pflegestufen zu tiefe Tarife gelten. Diese sollen erhöht werden, um danach das gesamte Tarifsystem bis spätes-</p>	Pro Senectute

tens 31. Dezember 2006 einzufrieren. Die Botschaft vergisst zu erwähnen, dass es sich um die beiden unteren Stufen handelt. Sie legt sich auch nicht fest, was den Umfang dieser Erhöhungen betrifft. Wir fordern das EDI auf, konkrete Zahlen zu nennen. Wir fordern zudem, dass für alle Pflegestufen ein jährlicher Teuerungsausgleich vorgesehen wird.	
Geler les tarifs -cadres avant de réaliser la transparence des coûts revient à diminuer subrepticement les prestations. Ce n'est pas acceptable.	AVIVO
D'accord	AVS/AHV
Wir unterstützen den Vorschlag, die bestehenden Rahmentarife teilweise zu erhöhen und danach bis Ende 2006 einzufrieren. Dies erlaubt es, ohne Druck eine seriöse Regelung der Pflegefinanzierung zu entwickeln. Da verschiedene Zweige der Sozialversicherung involviert sein werden und komplexe Rechtsfragen zu klären sind (Tarifschutz), ist eine <i>Übergangsregelung</i> gerechtfertigt. Was die Vorarbeiten für eine endgültige Regelung der Pflegefinanzierung betrifft, so bedauern wir, dass die vorhandenen Expertenberichte bislang nicht zugänglich gemacht worden sind. Die GELIKO legt ausdrücklich Wert darauf, dass bei den weiteren Vorarbeiten die Organisationen der von der Revision betroffenen pflegebedürftigen chronischkranken Menschen einbezogen werden.	GELIKO
Die Rahmentarife der Übergangsbestimmung II kommen solange zur Anwendung, bis eine von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitete Grundlage der Tarifberechnung gemäss Art. 104a KVG zur Anwendung kommt. Genau genommen sind jedoch mit der Regelung in der Übergangsbestimmung II diese Rahmentarife für die Pflegeheime nicht verbindlich, sobald sie den Anforderungen der Kostentransparenz nachkommen. Dann kämen nach Art. 104a KVG die nach VKL ermittelten Tarife zur Anwendung. Gemäss den Erläuterungen in den Revisionsunterlagen soll jedoch mit dem vorgeschlagenen Vorgehen unabhängig vom Erreichen der Kostentransparenz eine Begrenzung der Kostenübernahme für die Pflegeleistungen durch die Krankenversicherung statuiert werden. Für eine Klarstellung dieser Zielsetzung müsste daher die Übergangsbestimmung wie folgt ergänzt werden: Übergangsbestimmung II: In Abweichung von Art. 25 Abs. 2 Buchstabe a Rahmentarife nicht überschritten werden. <i>Dies gilt auch dann, wenn die Leistungserbringer die Transparenzvorgaben nach VKL bereits erfüllen.</i>	ÖKKV
Wir unterstützen den Vorschlag, die bestehenden Rahmentarife teilweise zu erhöhen und danach bis Ende 2006 einzufrieren. Dies erlaubt es, ohne Druck eine seriöse Regelung der Pflegefinanzierung zu entwickeln. Da verschiedene Zweige der Sozialversicherung involviert sein werden und komplexe Rechtsfragen zu klären sind (Tarifschutz), ist eine Übergangsregelung gerechtfertigt. Wir gehen davon aus, dass die in Aussicht gestellte Erhöhung der Rahmentarife in den beiden oberen Tarifstufen die Kostenentwicklung der letzten 6 Jahre in diesem Sektor auffangen soll. Was die Vorarbeiten für die "definitive" Regelung der Pflegefinanzierung betrifft, so sind wir etwas erstaunt, dass die vorhandenen Expertenberichte bis zum heutigen Tag noch nicht zugänglich gemacht worden sind. Die SAEB wünscht ausdrücklich, dass bei den weiteren Vorarbeiten die Organisationen der von der Revision betroffenen pflegebedürftigen behinderten und chronischkranken Menschen einbezogen werden.	SAEB

Dringliches Bundesgesetz über die Spitalfinanzierung

Loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Die Verlängerung des Dringlichen Bundesgesetzes zur Begrenzung der kantonalen	AR

Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und subventionierten Spitäler' wird im Grundsatz begrüsst. Wie vorgeschlagen, befürwortet der Auserrhoeder Regierungsrat eine Verlängerung um zwei Jahre bis Ende 2006.	
Bezüglich der Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes (dBG) bis zum Inkrafttreten der Neuregelung der Spitalfinanzierung gehen wir mit dem Bundesrat einig, dass das dBG gemäss Regelung für 2004 unverändert zu verlängern ist, um ein Vollzugschaos zu vermeiden. Der vorgesehene Zeithorizont der Geltungsdauer bis Ende 2006 ist jedoch zu öffnen.	BE
Wir gehen mit dem Bundesrat einig, dass das dBG vom 21. Juni 2002 gemäss Regelung für 2004 unverändert zu verlängern ist, um ein Vollzugschaos zu vermeiden. Der vorgesehene Zeithorizont der Geltungsdauer bis Ende 2006 sollte u. E. zumindest bis zum 31.12.2007 verlängert oder generell offener formuliert werden. Die Finanzierungsreihenfolge (KVG, Kanton, VVG) ist im dBG zu verankern.	BL
Bis zum Inkrafttreten der Neuregelung der Spitalfinanzierung muss das dringliche Bundesgesetz verlängert werden, um ein Vollzugschaos in den Kantonen bis zum Inkrafttreten der Neuregelung der Spitalfinanzierung zu vermeiden.	BS
Die Verlängerung des Dringlichen Bundesgesetzes zur Begrenzung der kantonalen Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und subventionierten Spitäler wird im Grundsatz begrüsst. Anders als vorgesehen beantragen wir indessen eine Verlängerung nicht nur um zwei Jahre (bis Ende Jahr 2006) sondern mindestens bis 31. Dezember 2008, nachdem die aufgrund der bisher mit tiefgreifenden Umstellungen im Spitalfinanzierungssystem gemachten Erfahrungen gezeigt haben, wie schwierig es ist, tragfähige Konsenslösungen zu finden.	GR
Wir sind mit der Verlängerung einverstanden, beantragen aber eine Verlängerung um mindestens 3 Jahre. Die Annahme, die neue Spitalfinanzierung trete in 3 Jahren in Kraft, ist sehr optimistisch. Überdies sollte die Abfolge der Rechnungsabgleichung im dBG präzisiert werden: Zuerst bezahlt die Grundversicherung, dann die Kantone und zuletzt die Zusatzversicherung.	LU
Die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 wird begrüsst. Anders als vorgesehen beantragen wir indessen eine Verlängerung nicht nur um zwei Jahre, sondern mindestens bis 31. Dezember 2008, nachdem bisherige Erfahrungen mit tiefgreifenden Umstellungen im Spitalfinanzierungssystem gezeigt haben, wie schwierig es ist, tragfähige Konsenslösungen zu finden. Eine allfällige Erweiterung des Geltungsbereiches dieses dringlichen Bundesgesetzes (beispielsweise auf die Privatspitäler) müssten wir entschieden ablehnen.	SG
Die Verlängerung des Dringlichen Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 zur Begrenzung der kantonalen Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und subventionierten Spitäler wird im Grundsatz begrüsst. Anders als vorgesehen beantragen wir indessen eine Verlängerung nicht nur um zwei Jahre, sondern mindestens bis Ende 2007, nachdem die bisher gemachten Erfahrungen gezeigt haben, wie schwierig es ist, tragfähige Konsenslösungen für ein grundlegend modifiziertes Spitalfinanzierungssystem zu finden.	SH
Die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes wird unterstützt. Der Zeithorizont bis 2006 ist allerdings strittig, da sehr kurz bemessen. Die anrechenbaren Kosten im Spitalbereich sind zuwenig klar definiert und bedürfen dringend einer Regelung auf Gesetzesstufe. Das Augenmerk ist insbesondere auf die Abgrenzung von ambulanten und stationären Leistungen zu richten wie auch auf die für die OKP-Versicherung anrechenbaren Investitionen. Die Investitionskosten sind zurzeit ausgeschlossen, und dieser Umstand belastet die Kantone zu Gunsten der Krankenversicherer. Die neue Regelung wird starke Kostenverschiebungen verursachen. Da bis heute keine exakten Angaben über deren Umfang vorliegen, sollten zwingend Übergangsfristen vorgesehen werden.	SZ
Die Verlängerung des Dringlichen Bundesgesetzes zur Begrenzung der kantonalen Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und subventionierten Spitäler wird im Grundsatz begrüsst. Anders als vorgesehen beantragen wir	TG

<p>indessen eine Verlängerung nicht nur um zwei Jahre (bis Ende Jahr 2006) sondern mindestens bis 31. Dezember 2008, nachdem die aufgrund der bisher mit tiefgreifenden Umstellungen im Spitalfinanzierungssystem gemachten Erfahrungen gezeigt haben, wie schwierig es ist, tragfähige Konsenslösungen zu finden.</p>	
<p>Einer unveränderten Verlängerung des dBG gemäss Regelung für 2004 stimmen wir zu, damit ein Vollzugschaos vermieden wird. Die vorgeschlagene Geltungsdauer bis Ende 2006 erachten wir aber als zu kurz.</p>	UR
<p>Die Verlängerung des Dringlichen Bundesgesetzes zur Begrenzung der kantonalen Beiträge an die innerkantonalen stationären Behandlungen von Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der öffentlichen und subventionierten Spitäler begrüßen wir im Grundsatz. Anders als vorgesehen beantragen wir indessen eine Verlängerung nicht nur um zwei Jahre (bis Ende Jahr 2006), sondern mindestens bis 31. Dezember 2008, nachdem die auf Grund der bisher mit tief greifenden Umstellungen im Spitalfinanzierungssystem gemachten Erfahrungen gezeigt haben, wie schwierig es ist, tragfähige Konsenslösungen zu finden.</p>	ZH
<p>La CDS est d'accord avec le Conseil fédéral que la LFu doit être prolongée telle quelle selon la réglementation de 2004, afin d'éviter une situation chaotique au niveau de l'application. On fera toutefois en sorte que la durée de validité prévue se prolonge au-delà de l'horizon 2006. Par la même occasion il faudrait préciser la chronologie du règlement des factures au niveau de la LFu : les assureurs « de base » paient en premier, puis les cantons et finalement les assureurs à titre complémentaire.</p> <p>Proposition de réglementation concrète :</p> <p>Art. 1 1 En dérogation de l'art. 49 al. 1 et 2 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, les cantons participent dès le 1er janvier 2005 aux coûts des traitements hospitaliers dispensés sur leur territoire, en division semi-privée ou privée des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, à raison de 100% des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné.</p> <p>Art. 2 1 Sur le montant de la facture, s'applique d'abord le tarif de l'assurance obligatoire des soins, puis la contribution due par le canton. Le solde est facturé à l'assureur à titre complémentaire. 2 Les hôpitaux remettent la facture aux assureurs après déduction de la participation du canton. 3 Les cantons règlent les modalités de décompte entre eux-mêmes et les hôpitaux.</p> <p>Art. 3 1 La présente loi est déclarée urgente conformément à l'art. 165 al. 1 de la Constitution. Elle est sujette au référendum en vertu de l'art. 141 al. 1 let. b. de la Constitution. 2 Elle entre en vigueur au 1er janvier 2005 et a effet jusqu'au 31 décembre 2007.</p>	GDK/CDS
<p>Das aufgrund eines Entscheides des Eidgenössischen Versicherungsgerichts verfasste dringliche Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Spitalfinanzierung (Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen), welches bis Ende 2004 befristet ist, muss verlängert werden, damit die Zeit bis zum Inkrafttreten der – in einer zweiten Etappe angestrebten – Neuordnung der Spitalfinanzierung überbrückt werden kann. Diese Kurzfristmassnahme wird von der FDP aus Gründen der Rechtssicherheit befürwortet, da die Bemessung des kantonalen Beitrags an die Kosten der Spitalbehandlung von zusatzversicherten Personen nach Ablauf dieses Bundesgesetzes wohl erneut zu Diskussionen führen würde. Die Realisierung der dual-fixen Spitalfinanzierung, welche bereits <i>Inhalt der gescheiterten</i> 2. KVG-Revision war und seitens der FDP als den Wettbewerb fördernde Massnahme (weitgehende Gleichbehandlung der verschiedenen stationären Leistungsanbietern) unterstützt wurde, wird ein Schwerpunkt des zweiten Gesetzgebungspakets darstellen. Das dual-fixe Finanzierungsmodell sieht einen Wechsel von der heutigen Objektfinanzierung zu einer Leistungsfinanzierung vor, indem die der Planung entsprechenden Leistungen der öffentlichen wie auch der privaten Spitätern</p>	FDP

<p>je zur Hälfte durch die Kantone und die Krankenversicherer entschädigt werden. Auf diese Weise kann eine eindeutige Finanzierungsaufteilung angeführt und die Quersubventionierung zwischen Grund- und Zusatzversicherten können reduziert werden. Für die FDP steht jedoch nach wie vor der Übergang zum monistischen Spitalfinanzierungssystem im Vordergrund, welches die Partei ursprünglich im Hinblick auf eine 3. KVG-Revision gefordert hatte. Die Einführung des dual-fixen Finanzierungsmodells ist aus Sicht der FDP gerechtfertigt, sofern dies einem Zwischenschritt auf dem Weg zur monistischen Spitalfinanzierung entspricht. Praxisorientierten Kriterien muss entsprechend Rechnung getragen werden, damit ein möglichst schneller und kostengünstiger Übergang vom einen zum anderen Finanzierungssystem möglich sein wird.</p>	
<p>Quant au financement moniste des hôpitaux dont il est question, il n'est acceptable, aux yeux du Parti suisse du Travail, qu'à condition qu'il s'agisse d'un financement exclusivement public, c'est-à-dire payé par des impôts qui sont par principe calculés selon le revenu des contribuables et non par les assureurs, qui tirent leurs ressources des cotisations fixées par tête (une aberration) et sans modulation tenant compte des ressources des assurés.</p> <p>L'obligation faite aux cantons de financer la part d'hospitalisation des patients en cliniques privées ou en secteur privé des hôpitaux publics, ne devrait pas durer et le PST POP s'associe aux mouvements de protestation visant à supprimer une telle mesure.</p>	POP
<p>Mit der Verlängerung einverstanden. Die primären Träger der Versorgung sind die medizinischen öffentlichen und öffentlich subventionierten Leistungserbringer mit Leistungsauftrag. Wir befürworten die Weiterführung der Kantonsbeiträge an Zusatzversicherte, aber nur in Einrichtungen mit einem öffentlichen Leistungsauftrag.</p>	SPS
<p>Wir unterstützen aus Gründen der Rechtssicherheit die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes bis zum Inkrafttreten der Neuregelung der Spitalfinanzierung, da nach dem Ablauf des Bundesgesetzes am 31.12.04 die kantonalen Beiträge an die Zusatzversicherten wohl erneut umstritten wären.</p> <p>Mit dem zweistufigen Vorgehen (zuerst dringliches Bundesgesetz, anschliessend Neuregelung der Spitalfinanzierung) sind wir vom Prinzip her einverstanden. Wir verlangen jedoch, dass der Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung ohne Zwischenschritt über die dualfixe Spitalfinanzierung erfolgt. Die monistische Spitalfinanzierung soll allerdings erst nach einer Übergangsfrist von 3-5 Jahren nach in Kraft treten der Revision eingeführt werden, um der Systemumstellung genügend Zeit einzuräumen.</p> <p>Um eine Wettbewerbsverzerrung zu verhindern und eine effiziente Spitalfinanzierung zu erzielen, fordern wir Sockelbeiträge der Kantone auch für Spitalaufenthalte in Privatspitälern.</p>	economie-suisse
<p>Der Schweizerische Arbeitgeberverband unterstützt aus Gründen der Rechtssicherheit die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes bis zur Neuregelung der Spitalfinanzierung. Um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, sollen private Spitäler dabei nicht benachteiligt werden.</p> <p>Mit dem zweistufigen Vorgehen (zuerst dringliches Bundesgesetz, anschliessend Neuregelung der Spitalfinanzierung) sind wir vom Prinzip her einverstanden. Wir verlangen jedoch, dass der Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung ohne Zwischenschritte über die dual-fixe Finanzierung erfolgt. Sollte dieser Übergang aus unüberwindlichen, praktischen Gründen nicht in einem Schritt erfolgen können, wären wir allenfalls bereit, die dual-fixe Finanzierung als Zwischenschritt zu akzeptieren. Die monistische Spitalfinanzierung soll erst nach einer Übergangsfrist von 3 - Jahren nach in Kraft trete der Revision eingeführt werden, um der Systemumstellung genügend Zeit einzuräumen.</p>	SAGV
<p>Wir verlangen, dass im Zuge der Verlängerung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen, der wir grundsätzlich zustimmen können, auch die privaten Listenspitäler mit einbezogen werden, damit die heutige Benachteiligung zumindest teilweise beseitigt werden kann. Die im vergangenen Jahr vom Parlament getroffene Regelung, wonach auch nicht subventionierte Privatspitäler, soweit sie in der Spitalplanung integriert sind, den "Sockelbeitrag" für ihre Patienten mit Zusatzversicherung erhalten sollen,</p>	SGV/USAM

<p>ist in das zu verlängernde Bundesgesetz aufzunehmen. Nachdem sich das Parlament im vergangenen Jahr für die Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung ausgesprochen hat, erscheint es uns nicht sinnvoll, nun vorerst auf eine dual-fixe Finanzierung umstellen zu wollen. Wir befürchten, dass der zweimalige Wechsel einen zu grossen Zusatzaufwand mit sich bringt und unnötige Risiken birgt. Gestützt auf den bisherigen Erfahrungen mit den KVG-Revisionen befürchten wir gar, dass die Umstellung der Spitalfinanzierung nach Vollzug des ersten Schritts ins Stocken geraten könnte und wesentlich länger an der dual-fixen Finanzierung festgehalten würde, als uns lieb ist. Wir plädieren deshalb dafür, sofort den Wechsel zur monistischen Spitalfinanzierung einzuleiten und auf Zwischenschritte zu verzichten.</p>	
<p>Das Thema Spitalfinanzierung muss neu als Leistungsentschädigung aufgegleist werden. Dabei fordert H+ insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verankerung der unternehmerischen Freiheit auch für die stationären Leistungserbringer • Die Gleichbehandlung aller Leistungserbringer unabhängig von Ihrer Trägerschaft • Die Klärung respektive Auflösung der Mehrfachrolle der Kantone • Prospektive Preise statt vergangenheitsbezogene Tarife <p>Zum dringlichen Bundesbeschluss: Mit der übergangsweise geplanten Fortführung der gültigen Spitalfinanzierungsregeln werden all diese Aspekte nicht berücksichtigt. Insbesondere müssen im Hinblick auf ein vermehrt wettbewerbliches System um die medizinisch, qualitativ und wirtschaftlich effizientesten Leistungen alle Leistungserbringer, unabhängig ob öffentlich oder private, bezüglich Rechten und Pflichten sofort gleich gestellt werden. Wie bei der Pflegefinanzierung setzt sich H+ auch bei der Leistungsentschädigung in Spitälern dafür ein, dass eine klare nationale Regelung gilt. Da die Versicherer weniger als 50% der Tarife für die Betriebskosten vergüten und die Kantone gemäss Vorschlag nur den gleichen Anteil („in der Höhe der von den Versicherern“) übernehmen müssten, sind die Defizite der Spitalbetriebe absehbar. Das ist weder sinnvoll noch annehmbar für H+.</p> <p><i>Art. 1 Abs. 1</i> <i>...Halbprivat- und Privatabteilungen von allen Spitälern bis zur Deckung der Kosten der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals abzüglich der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife.</i></p> <p><i>Abs. 3 (neu)</i> <i>Die Kantone berücksichtigen das Leistungsangebot der öffentlichen und privaten Institutionen, das dem Stand ihrer Spitalplanung vom 1. Januar 2004 entspricht. Die Art der Trägerschaft ist kein hinreichender Grund für die Ungleichbehandlung der Institutionen .</i></p>	H+
<p>1. Spitalfinanzierung (dringliches Bundesgesetz) Die Verlängerung des dringlichen Bundesbeschlusses betreffend den "Sockelbeitrag" für Zusatzversicherte kann nicht "tel quel" hingenommen werden. Die seinerzeitige Regelung schaffte Ungleichbehandlung zwischen öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Spitälern einerseits und nicht subventionierten Spitälern andererseits, Was als Übergangslösung mit einem seinerzeit angenommenen Zeithorizont von ca. 2 1/2 Jahren von den Privatspitälern nolens volens (und von den Versicherern) akzeptiert werden, kann weder unter dem Gesichtspunkt der Handels- und Gewerbe-freiheit noch jenem des Binnenmarktgesetzes in einer zweiten Auflage hingenommen werden. Dies umso weniger, als der Bundesrat selber bezüglich der definitiven Spitalfinanzierung (Gesetzgebungspaket 2) keine präziseren Zeitpläne aufzustellen vermag.</p> <p>Antrag: Die seinerzeit im vergangenen Dezember vom Nationalrat getroffene Regelung, wonach auch nicht subventionierte Privatspitäler, soweit sie in der Spitalplanung integriert sind, den "Sockelbeitrag" für ihre Patienten mit Zusatzversicherung erhalten sollen, ist bereits in die aktuell vorliegende Vorlage aufzunehmen. Damit verbunden sein muss aber auch ein Moratorium betreffend die Spitalplanung, wie seinerzeit ebenfalls vom Nationalrat beschlossen, um kurzfristige Änderungen der Spitalplanung zuungunsten der Privatkliniken durch die Kantone zu verhindern.</p>	SVPK

<p>2. Spitalplanung Im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung ist auf die Spitalplanung hinzuweisen. Das Revisionspostulat "mehr Wettbewerb" ruft nach weniger Spitalplanung. Dabei gilt es auch, der Mehrfachrolle der Kantone Einheit zu gebieten und Interessenkollisionen (Planungsorgan, Zulassungsstelle, Spitalbetreiberin, Tarifbeschwerdeinstanz u.a.m.) zu vermeiden.</p> <p><i>Antrag</i> Die Spitalplanung beschränkt sich auf die Versorgungssicherheit vorweg in den Randgebieten mit geringer Bevölkerungsdichte sowie die Notfallorganisation. Die Kantone sind dabei gehalten, eine kantonsüberschreitende Zusammenarbeit zu realisieren. Sie haben die Leistungserbringer unabhängig von ihrer Trägerschaft gleich zu behandeln</p>	
<p>Wir können der Erneuerung des dringlichen Bundesgesetzes bis zur Neuregelung der Spitalfinanzierung nur dann zustimmen, wenn alle auf den Spitallisten der Kantone aufgeführten Spitalleistungserbringer bzw. deren Patienten den "Sockelbeitrag" des Kantons erhalten, unbeschadet um eine öffentliche oder private Trägerschaft. Gleichzeitig ist mit einer (Moratoriums-)Bestimmung zu verhindern, dass die Kantone kurzfristig die Privatspitäler von den Listen streichen, um sich der Zahlungspflicht auf diese Weise zu entziehen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf frühere Vernehmlassungsantworten unsererseits sowie die mehrheitsfähige Lösung im Nationalrat (Dezember 2003).</p> <p>Eine Gleichbehandlung der Spitalleistungserbringer drängt sich nicht nur aus Gründen des Wettbewerbs und des Binnenmarktgesetzes auf, der Sockelbeitrag ist Teil des <u>Versicherungsobligatoriums</u>. Die Benachteiligung von rund 30 % der Versicherten erscheint unstatthaft.</p> <p>Im Revisionsprojekt ist zwar die Spitalplanung direkt nicht erwähnt. Dennoch halten wir entschieden fest, dass mehr Wettbewerb im KVG gefordert ist, was die Spitalplanung in vielen Bereichen überflüssig macht.</p> <p>Eine Spitalplanung, die sich mit der Gesundheitsversorgung in Randgebieten und der Koordination der eigentlichen Spitzenmedizin befasst, ist nach unserem Dafürhalten ausreichend.</p> <p>Schliesslich ist bei dieser Gelegenheit auf die unbefriedigende Mehrfachrolle der Kantone hinzuweisen, die neben Tarifbeschwerdefragen ebenso Betriebsbewilligungen und Spitalplanungen bearbeiten müssen, wiewohl sie selber auch Spitaleigentümer und Spitalbetreiber sind. Die Interessenkollision lässt sich nicht bestreiten.</p>	SBV
<p>Eine Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes zur Spitalfinanzierung wird grundsätzlich unterstützt. Die bestehende Übergangslösung muss indessen klar befristet werden, um die Planung der Umstellung auf die Leistungsfinanzierung effizient durchführen zu können.</p>	K3
<p>Wir sind der klaren Überzeugung, dass angesichts der stetig zunehmenden Angleichung von stationärer und ambulanter Behandlung von deren rechtlicher und finanzieller Ungleichbehandlung abgekommen werden muss. Dies bedeutet für uns, dass die sogenannte Spitalfinanzierung, genauer die Finanzierung der stationären Behandlung dringlich an die Hand genommen und ein monistisches System eingeführt werden muss.</p>	SCG
<p>santésuisse ist den Kantonen bei der Umsetzung des EVG-Urteils vom 30. November 2001 zur Finanzierung von stationären Behandlungen zusatzversicherter Personen in öffentlichen Spitälern weit entgegen gekommen. Statt die Erstattung der vollen Kosten für die Leistungen im Rahmen der Grundversicherung zu verlangen, hat sie zu einer Lösung Hand geboten, die auf einer stufenweisen Übernahme der Tarife der allgemeinen Abteilung basierte. santésuisse ist weiterhin bereit, auf die volle Kostendeckung zu verzichten und einem entsprechenden dringlichen Bundesgesetz (dBG) zuzustimmen, verlangt allerdings als Kompensation den Einschluss der privaten Listenspitäler. Die Geltungsdauer des neuen dBG sollte auf zwei Jahre beschränkt werden, weil gemäss Planung des Bundesrates die ordentliche Revision der Spitalfinanzierung am 1.1.2006 in Kraft gesetzt werden kann. Die Forderung nach einem Einschluss der Privatspitäler in ein neues dBG liegt zudem im Interesse der Gleichbehandlung aller Marktteilnehmer und kommt die Kantone günstiger zu</p>	santésuisse

stehen (100 - 150 Mio. Franken) als die Umsetzung des EVG-Entscheides.	
L'AVIVO n'est favorable à un financement moniste des hôpitaux qu'à condition qu'il s'agisse d'un financement public et non d'un pouvoir totalitaire garanti aux assureurs au cas où le système moniste leur confierait, à eux seuls, la gestion financière des hôpitaux. L'AVIVO peine à suivre l'obligation faite aux cantons de participer aux frais hospitaliers d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire et soutiendra sans doute tout mouvement permettant de corriger cette disposition.	AVIVO
D'accord	AVS/AHV
Mit dem Vorschlag des Bundesrates, die Wirksamkeit des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern bis spätestens Ende Dezember 2006 zu verlängern, sind wir einverstanden.	Pro Senectute
Die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes zur Spitalfinanzierung bis zur Einführung einer definitiven Regelung (dual-fixes Finanzierungssystem auf einer Basis 60:40 oder 65:35) wird vom ÖKKV grundsätzlich unterstützt. Wir schlagen jedoch vor, neu den Finanzierungsanteil der Kantone auf die privaten, nicht subventionierten Spitäler auszudehnen. Dies aus folgenden Gründen: Bereits beim Erlass des nun geltenden dringlichen Bundesbeschlusses kamen die Krankenversicherer den Kantonen entgegen. Auch der nun vorliegende Vorschlag berücksichtigt die Interessen der Versicherer nicht ausreichend. Mit einer Verlängerung des dringlichen Bundesbeschlusses würde der Finanzierungsanteil der Kantone weiterhin hinter der vom EVG geforderten Übernahme von mindestens der Hälfte der vollen anrechenbaren Betriebskosten gesamtschweizerisch um schätzungsweise 100 bis 250 Mio. CHF zurückbleiben. Da im dringlichen Bundesbeschluss ein Kantonsanteil auf der Basis der Tarife für die allgemeine Abteilung vorgesehen ist, fällt dieser in Kantonen wie z.B. Basel-Stadt mit einem eher niedrigen Kostendeckungsgrad der Spitäler noch einmal deutlich geringer aus, als eigentlich im EVG-Entscheid vom 30. November 2001 vorgeschrieben ist. Zudem fehlt in der Vorlage eine weitere Erhöhung des kantonalen Finanzierungsanteils und damit auch eine schrittweise Heranführung an den vom EVG angestrebten Endzustand. Im Kanton Basel-Stadt hätte dieses Vorgehen ohnehin finanziell keine weiterführenden Konsequenzen, da die Behandlungen in den grossen Privatspitälern traditionell seit langer Zeit subventioniert werden und die Kantonsbeiträge gemäss der geltenden Regelung geschuldet sind. Hingegen würde dies eine weitere Entlastung der Zusatzversicherungen bei Behandlungen in ausserkantonalen Privatspitälern führen. Zudem ist fraglich und müsste rechtlich vertieft geklärt werden, ob eine Verlängerung eines dringlichen Bundesbeschlusses, welcher nie zur Abstimmung gelangt ist, überhaupt möglich ist. Denn in Art. 165 Abs. 4 der BV ist vorgesehen, dass ein dringlich erklärtes Bundesgesetz, das in der Abstimmung nicht angenommen wird, nicht erneuert werden kann.	ÖKKV

Vorlage 1B/Projet 1B

Generelle Bemerkungen

Remarques générales

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Mit dem Auslaufen des Zulassungsstopps per 3.7.2005 ist nahtlos eine Neuregelung zu finden, wobei eine Weiterführung des Zulassungsstopps kritisch zu beurteilen ist. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung der Vertragsfreiheit ist für die Kantone mit einem hohen Vollzugsaufwand verbunden. Diesem Umstand ist bei den Übergangsfristen Rechnung zu tragen.</p> <p>Die Kantone sind bezüglich Praktikabilität und Wirksamkeit einer solchen Regelung skeptisch. Die verschiedenen Vorbehalte betreffen in erster Linie den grossen Aufwand bei den Vertragsabschlüssen, die Gefahr einer unzureichenden Abdeckung kleinerer Kassen sowie einer Mengenausweitung durch Ärzte, die einen Teil ihres Patientenstamms einbüßen und die Ertrageinbussen zu kompensieren versuchen. Die GDK ist der Auffassung, dass mit Blick auf die Verhältnismässigkeit und Zweckmässigkeit eine allfällige Einführung der Vertragsfreiheit nicht für den gesamten ambulanten Bereich anzustreben ist, sondern lediglich für jene Leistungserbringer, welche Leistungen anordnen und zugleich auf die selber erbrachte Leistungsmenge Einfluss nehmen können. Daher genügt es, gegebenenfalls die Regelung im Grundsatz auf die Ärzte und die Chiropraktoren zu beschränken. Die Kantone sollen die Regelung auf weitere Kategorien ambulanter Leistungserbringer anwenden können.</p> <p>Einige Kantone äussern sich besorgt über die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung in peripheren Gebieten. Das Gesetz sollte daher den Kantonen explizit die Möglichkeit einräumen, anlässlich ihrer Rahmenplanung die räumliche Verteilung des Angebots sicherzustellen, indem die Versicherer in die Pflicht genommen werden können.</p> <p>Des Weiteren zeigen sich die Kantone besorgt über die unzureichende Datenlage, welche sie zur Planung im Sinn des Gesetzesentwurfes vorfinden. Wohl sieht das Medizinalberufegesetz vor, ein Register der ambulanten Leistungserbringer zu erstellen. Die Datenerhebung ist jedoch bereits heute an die Hand zu nehmen, damit die Daten 2007 zur Verfügung stehen.</p>	GDK/CDS
<p>Die Einführung der Vertragsfreiheit wird ausdrücklich begrüsst. Damit die Vorlage in den Kantonen überhaupt umgesetzt werden kann, müssen nachstehende Punkte angepasst bzw. geklärt werden:</p> <p><i>Verträge der Versicherer mit den Leistungserbringern</i></p> <p>Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass der Tarifbereich nicht Bestandteil des Zulassungsvertrages bildet. Gemäss den Ausführungen kann ein Tarifvertrag erst abgeschlossen werden, wenn zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer ein Zulassungsvertrag vorliegt. Kommt kein Tarifvertrag zustande, ist die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, verpflichtet, einen Tarif festzusetzen. Wir sind der Auffassung, dass die mit der Aufhebung der Kontrahierungszwanges artgestrebte Stärkung der Vertragsautonomie unter Leistungserbringern und Versicherern nur Wirkung zeigt, wenn gleichzeitig der Wettbewerb im Tarifbereich eingeführt wird. Es ist deshalb zu prüfen, ob die tarifliche Regelung fester Bestandteil des Zulassungsvertrages sinnvoll ist. Die Aufnahme des Tarifelementes in den Zulassungsvertrag kann allenfalls auch in einem 2. Schritt erfolgen. Zum Rechtsschutz hält der erläuternde Bericht fest, dass im Rahmen dieser Vorlage das Verfahren nicht wieder aufgenommen wurde, wonach Leistungserbringer und Versicherer die Verweigerung eines Zulassungsvertrages einer kantonalen Schiedskommission unterbreiten können. Es stellt sich die Frage, ob stattdessen gestützt auf Art. 89 Abs. 1 KVG die Verweigerung eines Zulassungsvertrages dem kantonalen Schiedsgericht unterbreitet werden kann. Sofern diese Möglichkeit nicht gegeben ist, besteht die Gefahr, dass nicht berücksichtigte Leistungserbringer von den im Kartellgesetz enthaltenen Rechtsmitteln Gebrauch machen werden.</p>	AR, GR, SH, TG, ZH

<p><i>Vollzugsaufgaben der Kantone</i> Weil entsprechende Ausführungen fehlen, wird davon ausgegangen, dass der vom Kanton zu treffende Entscheid, wie viele Leistungserbringer für die bedarfsgerechte Versorgung der Kantonsbevölkerung erforderlich sind, nicht justiziabel ist. Sollte dies trotzdem der Fall sein, wären zahlreiche und langwierige Verfahren, wie sie die Kantone im Rahmen des Erlasses der Spitalisten erfahren mussten, unausweichlich.</p>	
<p>Die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung der Vertragsfreiheit wird im Grundsatz als Massnahme zur Kostendämpfung durch eine mengenmässige Beschränkung der Leistungserbringer und durch die Erhöhung des Wettbewerbsdrucks im ambulanten Bereich begrüsst. Die Festlegung einer Bandbreite notwendiger Leistungserbringer durch den Bund wird ebenfalls positiv beurteilt. Auch wenn wir die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Leistungsbereich in der Stossrichtung grundsätzlich befürworten, haben wir hinsichtlich der Praktikabilität des vorliegenden Entwurfs schwerwiegende Bedenken. Wir befürchten, dass mit der vorgeschlagenen Lösung keine Kostendämpfung sondern das genaue Gegenteil erreicht wird! Für die Versicherten wird ausserdem aufgrund zahlreicher Unklarheiten eine erhebliche Rechtsunsicherheit geschaffen, für die keine zufriedenstellenden Lösungen angeboten werden. Es besteht zudem die Befürchtung, dass die Vollzugsproblematik in einer ausufernden Bürokratie mündet, die weder für die beteiligten Partner, noch für die Versicherten zumutbar ist. Für den Vollzug sind viele zentrale Fragen offen, exemplarisch seien hier einige erwähnt: Das System kann kostentreibend anstatt kostendämpfend wirken. Jeder Versicherer muss mit dieser Mindestzahl von Ärzten einen Vertrag abschliessen. Wenn nicht alle Versicherer mit den gleichen Ärzten Verträge abschliessen, so wird sich damit die Gesamtzahl der Ärzte zwingend erhöhen! Diese werden zu einer Mengenausweitung bzw. Überarztung ihrer Patienten gezwungen sein, um ihr ökonomisches Überleben sicherzustellen. Diesem Effekt könnte entgegengetreten werden, wenn alle Versicherer mit den gleichen Leistungserbringern Verträge abschliessen würden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges birgt für die Versicherten die Gefahr versteckter Risikoselektion durch die Versicherer. Die Versicherer können den Leistungserbringern mit überaltertem oder gesundheitlich schlechtem Patientenstamm einen Zulassungsvertrag verweigern. Ausserdem besteht die Möglichkeit, dass Leistungserbringer aufgrund ihrer ungünstigen Patientenstruktur trotz guter Arbeit keinen Vertrag erhalten. Eine andere Gefahr besteht darin, dass teure Patienten von Ärzten nicht mehr aufgenommen werden, da diese sonst Gefahr laufen, keinen Vertrag mehr zu erhalten. Letztlich müssen diese Patienten durch die Kantone behandelt werden. Diese Effekte sind unerwünscht und müssen durch geeignete Massnahmen verhindert werden.</p>	BL
<p>Eine Neuauflage des Zulassungsstopps ist zu vermeiden. Für den Fall, dass das Referendum gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ergriffen wird, muss eine Übergangsregelung gefunden werden. Die Einführung der Vertragsfreiheit ist ein Mittel, um die Kostenentwicklung zu dämpfen. Die konkrete Umsetzung und der administrative Aufwand in der Praxis muss aber vertieft geprüft werden. Damit effektiv Kosten eingespart werden könnten, müsste gerade im Kanton BS mit seiner hohen Ärztedichte eine wesentliche Reduktion der Ärztezahlen aufgrund der Neuregelung durchgesetzt werden können. Im Detail geregelt werden müssten insbesondere folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klare Kompetenzregelung des Verhältnisses zwischen der Vertragsfreiheit der Versicherer und der kantonalen Bedarfsplanung. - Definition der Kriterien/Parameter, anhand derer der kantonale Bedarf zur - Sicherstellung der Versorgungssicherheit im ambulanten Bereich geplant wird. - Prüfung der Schaffung von planerischen Versorgungsregionen in der ambulanten Bedarfsplanung. - Einbezug spitalambulanter Leistungen. - Einbezug der Planung von Grossapparaten in die kantonale Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. 	BS
<p>La suppression de l'obligation de contracter n'aura en tout état qu'un effet marginal sur les coûts de la santé, eux-mêmes soumis à une forte concurrence, comment croire en effet que les assureurs, après avoir exclu quelques "brebis galeuses", n'offri-</p>	GE

<p>ront pas à leurs assurés le choix entre le plus grand nombre possible de médecins admis dans leur rayon d'activité ? Inefficace et vouée de surcroît à l'échec en votation populaire, cette réforme doit être abandonnée. Nous proposons par contre, sans passer par la restriction induite par la liberté de contracter, de favoriser la carte "santé" et les modèles de managed care.</p>	
<p>Sur le principe; la RCJU s'oppose à la liberté de contracter. En effet, l'introduction de cette dernière telle que proposée par le Conseil fédéral s'accompagnerait pour les cantons d'une charge de travail élevée en matière d'application.</p>	JU
<p>Die Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich soll den Zulassungsstopp ablösen. Die vorgeschlagene Regelung ist aber nicht geeignet das Ziel zu erreichen oder kann sogar eine Überversorgung fördern! Wenn verschiedene Kassen mit verschiedenen Ärzten Verträge abschliessen und jeder einzelne Versicherer gleichzeitig verpflichtet ist, mit einer bestimmten Mindestzahl Ärzten (mit denen die Versorgung minimal abgedeckt ist) Verträge abzuschliessen, hat man automatisch eine Überversorgung. Das Ziel könnte mit andern Worten nur dann erreicht werden, wenn alle Versicherer mit den gleichen Ärzten einen Vertrag abschliessen müssten. Das würde aber bedeuten, dass sich die Versicherer auf die Anbieter einigen müssten. Eigene Ärztenetze und der Wettbewerbsgedanke unter den Versicherern wären nicht mehr möglich. In den Diskussionen wird meistens betont, der Grossteil der Ärzte wäre davon nicht betroffen. Offenbar soll die Vertragsfreiheit aber auch bezüglich des Inhalts gelten. Der Tarmed wäre nicht mehr zwingend Auch die Preise würden nicht mehr vorgeschrieben. Diese Änderung könnte für alle Beteiligten gewaltige Konsequenzen haben. Auch die Ärzte sind dann nicht mehr verpflichtet, für eine Versicherung zu arbeiten. Was aber gilt beispielsweise, wenn nicht genügend Ärzte bereit sind, zu den von einer Versicherung offerierten Konditionen einen Vertrag abzuschliessen? Was ist, wenn sich beispielsweise alle Urologen in einem Kanton weigern, mit einer grossen Kasse einen Vertrag abzuschliessen? Es ist wohl kaum haltbar, dass dann der Kanton bestimmte Ärzte (welche?) verpflichten könnte, zu einem bestimmten Tarif für eine Versicherung zu arbeiten. Eine gesetzliche Grundlage fehlt dazu. Der Kanton kann wohl den Tarif festlegen, aber nicht den Arzt verpflichten, mit einer bestimmten Versicherung zusammenzuarbeiten. Um das angestrebte Ziel zu erreichen, wäre es wesentlich einfacher, wenn die Kantone, wie mit der geltenden Regelung, über die Zulassung bestimmen würden. Die Versicherer müssen allerdings die Möglichkeit haben, bei ungenügender Qualität und Wirtschaftlichkeit die Verträge aufzulösen. Die heutige Regelung könnte diesbezüglich ausgebaut werden. Denkbar ist aber auch eine völlige Vertragsfreiheit.</p>	LU
<p>Nous sommes extrêmement sceptiques en ce qui concerne la faisabilité et l'efficacité d'une telle proposition. Nous faisons référence aux différentes réserves qui ont été apportées lors de la consultation confédérale. Elles concernent en premier lieu la charge de travail nécessaire par la passation des contrats, le risque d'une couverture insuffisante de petites caisses ainsi qu'une augmentation du volume des prestations de médecins qui se voient privés d'une partie de leurs patients et qui cherchent à compenser leur manque à gagner.</p>	NE
<p>Wir erachten es auch als richtig, dass die für die Gesundheitsversorgung zuständigen Kantone bestimmen, wie viele Leistungserbringer in jedem Bereich für die bedarfsgerechte Versorgung der Kantonsbevölkerung erforderlich sind.</p>	SG
<p>Grundsätzlich begrüssen wir die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Insgesamt wird die Durchführbarkeit des Vorschlags wegen dem damit verbundenen organisatorischen Aufwand innert nützlicher Frist ohne übermässige Kostenfolge allerdings in Frage gestellt und in dieser Form bezweifelt. Folgende Argumente werden hervorgehoben: 1. Eine Verlängerung des Zulassungsstops von Leistungserbringern ist seitens des Kantons nicht wünschenswert, deshalb sollte per 4. Juli 2005 auch aus unserer Sicht eine neue und angemessene Lösung gefunden werden. 2. Der Vollzug der vorgeschlagenen Vertragsfreiheit gesattelt sich für die Kantone im Dreiecksverhältnis Bund, Kantone, Versicherer jedoch sehr problematisch. In der Vorlage werden die Versicherer zu wenig in die Pflicht genommen. Damit kann die Ver-</p>	SZ

<p>sorgungsplanung und -steuerung durch die Kantone untergraben werden. Die Versicherer müssten durch die Kantone verpflichtet werden können, für adäquaten Ersatz zu sorgen, wenn durch eine Entscheidung des Versicherers eine Unterversorgung entstehen sollte. Die regionale Verteilung der Leistungserbringer insbesondere in den peripheren Gebieten muss ebenfalls sichergestellt werden. Nötigenfalls sollen die Kantone steuernd eingreifen können. Zu diesem Zweck sollte den Kantonen in bestimmten Fällen das Recht auf Intervention eingeräumt werden. Die Kantone sollten auch die Kompetenz erhalten, Leistungserbringer, deren Leistungen nachweislich ungenügend sind, unabhängig vom Zulassungsentscheid der Versicherer auszuscheiden.</p> <p>3. Detaillierte Kriterien zur Selektion der Leistungserbringer fehlen. Dadurch wird die Position der Versicherer zusätzlich gestärkt. Es ist zu befürchten, dass bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs in der vorgeschlagenen Form und einem allfälligen Vollzug unerwünschte Nebenwirkungen wie beispielsweise die Verschiebung der Marktmacht zu den Versicherern und Unübersichtlichkeit des Systems für die Versicherten auftreten werden.</p> <p>4. Die Selektion der Leistungserbringer durch die Versicherer schränkt die Wahlfreiheit der Versicherten übermässig ein.</p> <p>5. Zu befürchten ist auch eine Kostensteigerung durch Zunahme des administrativen Aufwands sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei den Versicherern und den Kantonen. Dies insbesondere dann, wenn jeder Leistungserbringer mit verschiedenen Versicherern Einzelverträge abschliessen muss.</p>	
<p>Avant de supprimer l'obligation de contracter, nous estimons que les connaissances en matière de démographie médicale doivent impérativement être améliorées, afin de pouvoir maîtriser et garantir durablement l'approvisionnement médical dans chaque région. Pour cela, il importe de constituer rapidement un registre national des médecins; mettre à jour les données dont disposent les cantons; adopter une base légale (Ordonnance fédérale sur la statistique ou LAMal) garantissant aux cantons l'accès aux données Tarmed sous forme anonyme; mettre en oeuvre le postulat pour une étude sur la démographie médicale menée par la Confédération en collaboration avec les cantons; charger l'OFS d'établir des statistiques selon les besoins des cantons; légiférer de façon à inciter (ou forcer) l'installation de fournisseurs de soins dans les régions périphériques. Compte tenu de ce qui précède, nous réservons notre position jusqu'à la mise en application de ces exigences.</p>	VS
<p>Approviamo il progetto proposto soprattutto il nuovo articolo 35a cpv. 2 in cui si attribuisce al Consiglio federale la responsabilità di fissare i limiti minimi e massimi del numero di fornitori di prestazioni necessario per garantire nei Cantoni la copertura del fabbisogno di cure ambulatoriali. In particolare sosteniamo la proposta di cui all'articolo 41 cpv. 1, la quale prevede che la tariffa definita fra assicuratore e fornitore di prestazione e pure oggetto del contratto di autorizzazione, il che implica che i prezzi (valore del punto) non sono più garantiti da un tariffario unico ma verrebbero fissati nell'ambito dei negoziati contrattuali tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, con la conseguenza di una parziale liberalizzazione dei prezzi.</p> <p>Siamo tuttavia coscienti del fatto che la soppressione dell'obbligo di contrarre non sarà facilmente accettata dalla popolazione. Gli Svizzeri sembrano essere in effetti poco propensi a limitare la propria libertà di scelta del fornitore di cure. Se si vuole che la proposta venga accettata gli assicurati devono ricevere in cambio sufficienti garanzie per quanto concerne la trasparenza del processo decisionale. Ci sembra quindi opportuno esplorare la possibilità di coinvolgere l'insieme dei Partner (FMH in primo luogo), assegnando alle associazioni professionali un ruolo significativo nell'elaborazione di criteri di scelta trasparenti per ottenere dagli ordini medici consenso all'applicazione della nuova normativa.</p> <p>Sarà inoltre necessario considerare che, con la scadenza della normativa concernente la clausola del bisogno (moratoria), qualora un referendum blocchi il progetto di legge sarà inevitabile l'apertura delle frontiere elvetiche ai medici dell'UE. E' quindi probabile un ulteriore aumento del numero dei fornitori in ambito ambulatoriale, con un conseguente incremento dei costi (moltiplicazione degli atti). Di conseguenza; sarebbe pure opportuno evidenziare le eventuali ripercussioni negative di una bocciatura della legislazione concernente la soppressione dell'obbligo di contrarre. in effetti,</p>	TI

<p>un rifiuto di tale regolamentazione non significherebbe necessariamente il ritorno alla situazione precedente (pagamento all'atto, libertà d'installazione per ogni medico, ecc.). E' quindi ipotizzabile che altre misure di contenimento dei costi siano prese a livello di finanziamento, come p.es. il passaggio ad un finanziamento dell'attività ambulatoriale per "quota capitaria", con conseguenze notevoli rispetto al tipo di remunerazione attuale dei fornitori di cura. In questo senso sembra pertanto importante poter sensibilizzare i fornitori di cura sulle conseguenze concrete, soprattutto a livello finanziario, di un'eventuale rifiuto della normativa proposta nel progetto.</p>	
<p>Le Conseil d'Etat VD reconnaît la nécessité d'agir sur l'offre ambulatoire; il prend acte de la décision du Conseil fédéral de renoncer, d'une part, à proroger l'ordonnance en vigueur aujourd'hui et, d'autre part, à introduire un budget global pour la secteur ambulatoire. Des lors, la liberté de contracter doit être envisagée. Cependant, cette liberté doit être assortie de conditions qui permettent aux cantons d'assumer leur responsabilité par rapport à l'approvisionnement en soins de toute la population et de garantir une offre suffisante par spécialité et par région. Enfin, il importe de relever que l'implantation de la liberté de contracter entraînera des dépenses supplémentaires pour les cantons, notamment parce qu'il faudra établir les bases d'information nécessaires à la définition des besoins et au contrôle de l'offre.</p> <p><u>Accès aux données</u></p> <p>L'expérience du moratoire sur les cabinets médicaux a montré que les cantons n'ont pas accès aux informations qui leur sont indispensables pour assumer les responsabilités qui leur sont confiées. Pour cette raison, la CDS propose de modifier l'article 21 al. 4 LAMal en y incluant les cantons comme destinataires obligatoires des données communiquées par les fournisseurs de prestations et les assureurs.</p> <p><i>Détermination du Conseil d'Etat vaudois:</i></p> <p>Le Conseil d'Etat VD considère que la modification de l'art. 21 al. 4 LAMal dans le sens proposé par la CDS est un préalable indispensable à l'introduction de la liberté de contracter.</p> <p><u>Protection des assurés souffrant de pathologies chroniques et nécessitant des traitements de longue durée</u></p> <p>La rapport explicatif relève que la liberté de contracter induit un risque de sélection et d'exclusion des «mauvais risques», soit notamment les patients souffrant de pathologies chroniques qui nécessitent des traitements de longue durée. Le projet de loi ne contient aucune disposition pour contrer ce risque.</p> <p><i>Détermination du Conseil d'Etat vaudois</i></p> <p>Le Conseil d'Etat VD demande que le projet de loi prévoie des dispositions qui protègent l'intérêt des personnes qui suivent des traitements de longue durée. Il s'agit également d'éviter que la liberté de contracter provoque, sur décision des assureurs, une exclusion systématique des praticiens qui soignent les cas lourds et complexes.</p>	VD
<p>Bei der Einführung der Vertragsfreiheit ist eine Spezialregelung für chronischkranke Personen, die eine langjährige therapeutische Beziehung zu ihrem Arzt haben, vorzusehen. Die freie Arztwahl ist ein politisches sensibles Thema in der Bevölkerung. Aus diesem Grund sind bei der Einführung der Vertragsfreiheit Rahmenbedingungen vorzusehen.</p>	CVP
<p>Aus rechtsstaatlichen Überlegungen unterstützen wir grundsätzlich die Vertragsfreiheit. Allerdings müssten diesbezüglich flankierende Massnahmen getroffen werden. Die Wahl zwischen einem schlechten und einem noch schlechteren System ist keine echte Wahl.</p>	EDU
<p>Die Vorlage enthält gewichtige Mängel und wird von uns deshalb in dieser Form abgelehnt.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>1. Sie schränkt die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten ein. Das Volk hat aber in Umfragen immer wieder bezeugt, dass es nur auf die freie Arztwahl verzichten will; beispielsweise in Hausarzt- oder HMO-Modellen, wenn dafür spürbare Prämienermässigungen gewährt werden (mindestens 10%).</p> <p>2. Die Zulassungskriterien, nach welchen sich die Versicherer ihre Vertragsärzte auswählen, wurden erneut nicht festgelegt. Die Versicherer sind völlig frei in ihrer Wahl, sie müssen nur eine Grundzahl an Verträgen einhalten. Die Gefahr ist gross, dass diejenigen Ärzte mit tiefen Fallkosten ausgewählt werden. Welcher Arzt ist unter die-</p>	EVP

<p>sen Umständen noch bereit, teure Patienten zu behandeln, welche seine Fallkosten in die Höhe treiben? Er wird sie möglichst bald abschieben, denn es könnte ihn die Vertragserneuerung und damit seine finanzielle Existenz kosten. Damit aber wird die unsolidarische Risikoselektion Realität.</p> <p>3. Die Versicherer erhalten sehr viel Macht dadurch, dass Ärzte in ein Abhängigkeitsverhältnis gelangen, gewissermassen Angestellte der Versicherer werden. Letztere werden dann auch über Therapien und Tarife entscheiden können.</p> <p>4. Schwarze Schafe unter den Ärzten können bereits mit dem geltenden Gesetz sanktioniert werden.</p> <p>5. Die Vertragsfreiheit ist denkbar, falls zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit nicht nur Alter, Geschlecht und Spezialgebiet, sondern auch der im Thurgau entwickelte und zur Zeit in Erprobung befindliche Morbiditätsindikator beigezogen wird. Die gesamtschweizerische Installation des Morbiditätsindikators ist zu fördern und mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges bis dahin zu warten. Gleichzeitig könnten Ärztenetze gefördert werden. Sollte die Vertragsfreiheit dann aufgehoben werden, werden diese Netzwerke grosse Bedeutung bekommen. Sie werden die Basis bilden, auf welcher Versicherer und Ärzte gleichberechtigt zusammen arbeiten.</p>	
<p>Der Einführung der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich, welche im Rahmen dieses ersten Gesetzgebungspaketes als Ablösung der Ärztestoppmodells thematisiert wird, steht die FDP hingegen sehr positiv gegenüber.</p> <p>Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen kann nur mittels einer Steuerung der Leistungsmengen gebremst werden. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern (desselben Berufsstandes) wird verstärkt, indem die Krankenversicherer nicht mehr verpflichtet sind, mit allen Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen. Die Leistungserbringer haben somit ein Interesse daran, bei Behandlungen die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit einzuhalten sowie Qualitätsstandards zu befolgen, was nicht zuletzt auch den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt. Im gleichen Zug soll in gewissen Regionen, wo dies notwendig ist, ein Überangebot medizinischer Leistungen im ambulanten Bereich beschränkt werden, wobei die Kantone in die Verantwortung gezogen werden müssen. Eine überkantonale Koordination ist auch gefordert, wenn es um den Ausgleich zwischen Regionen mit zu vielen Leistungserbringern und Regionen, wo es nachweislich zu wenig Ärzte hat, geht.</p> <p>Nebst der Einschränkung der freien Arztwahl wird seitens der Kritiker der Vertragsfreiheit immer wieder die Gefährdung der medizinischen Versorgungssicherheit ins Feld geführt. Die FDP ist einerseits davon überzeugt, dass die Versicherten in einem freiheitlichen Vertragssystem letztendlich profitieren, da auf Leistungserbringerseite „schwarze Schafe“ besser ausgegrenzt werden können; in Realität würde es nur sehr wenige Fälle geben, wo Versicherte den Arzt ihres Vertrauens wechseln müssten, damit die Leistungen von der Krankenkasse vergütet werden. Andererseits wird auch bei der FDP das Gebot der Versorgungssicherheit hoch gehalten. Diese Versorgungssicherheit wird beim vorgeschlagenen Modell der Vertragsfreiheit gewährleistet, indem die Krankenversicherer eine von den Kantonen bestimmte Mindestzahl von Leistungserbringern einhalten müssen. Eine gänzliche Aufhebung des Vertragszwanges ist somit zwar nicht möglich, doch wäre dieser erste Schritt zur Vertragsfreiheit ohne eine solche Versorgungssicherheitsklausel politisch wohl kaum realisierbar. Es bleibt zu fragen, ob die kantonalen Grenzen die geeignetste Einheit zur Festlegung von Leistungserbringerkontingenten sind; soll die Vertragsfreiheit jedoch in kürzerer Frist umgesetzt werden können, so sind durch die Kantone festgelegte Mindestzahlen wohl die am einfachsten realisierbare Lösung. Die FDP erwartet demnach, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) die Verantwortung für die notwendige Koordination und Harmonisierung zwischen den einzelnen Kantonen übernimmt. Im Zusammenhang mit einer späteren Einführung des monistischen Systems in der Spitalfinanzierung wäre es aus Sicht der FDP sinnvoll, wenn Elemente der Vertragsfreiheit auch im stationären Bereich Eingang finden würden.</p>	FDP
<p>Le Parti libéral constate que la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire seulement est une fausse libéralisation. En réalité, cette proposition va à l'encontre du libre choix du médecin et n'est pas susceptible de produire les</p>	LPS

<p>effets économiques escomptés. L'objectif de diminuer l'offre apparaît pour le moins en décalage avec la réalité puisque l'on s'achemine plus vers une pénurie de médecins que vers une pléthore de ceux-ci au cours des prochaines années. Quant au système mis en place pour organiser cette suppression de l'obligation de contracter, il nous paraît très administratif et s'apparente plus à du « socialisme libéral » qu'à du libéralisme réel.</p> <p>S'il s'agit de lutter contre ceux que ce projet de message qualifie de « moutons noirs », la suppression de l'obligation de contracter passe à côté de la cible. Mieux vaut renforcer les mesures des art. 56ss. LAMal de manière à pouvoir exclure plus rapidement les soignants qui abuseraient manifestement de leur situation.</p> <p>S'agissant d'une libéralisation réelle du secteur de la santé, il conviendrait avant toute chose, de libéraliser les prix, de le faire dans tous les secteurs et non seulement dans le secteur ambulatoire en permettant ensuite aux assureurs de négocier librement les tarifs qu'ils seraient d'accord d'appliquer. On se trouverait alors dans un véritable système d'économie concurrentiel, alors que la simple suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire n'est probablement qu'un emplâtre sur une jambe de bois.</p>	
<p>Für die SP Schweiz ist die Aufhebung des Vertragszwangs so wie sie vom Bundesrat vorgeschlagen wird inakzeptabel. Dieser vom Bundesrat angestrebte Umbau der Grundversicherung in Richtung einer Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Grundmodell kann die SP sozialpolitisch nicht mittragen. Zu befürchten ist, dass mit diesem Schritt das Prinzip der „eingeschränkten Wahl“ in der Grundversicherung verankert wird und letztlich auch auf andere Bereiche, z.B. Zugang zu neuen medizinischen Leistungen ausgeweitet wird. Mit dem vorgeschlagenen Modell der Aufhebung des Vertragszwangs wird Tür und Tor für eine für die SP Schweiz inakzeptable Zweiklassenmedizin geöffnet.</p> <p>Beim vorgeschlagenen Modell ist zudem zu befürchten, dass trotz der vorgesehenen Informationspflicht es für Versicherte zunehmend komplexer und schwieriger wird zu entscheiden, bei welcher Versicherung sie gut versichert sind. Sie hätten zukünftig nicht nur die Prämien zu vergleichen sondern parallel dazu die Liste der Ärzte, um zu verhindern, dass bei einem Kassenwechsel der vertraute Hausarzt verloren geht. Es fehlen zudem Massnahmen die Sicherstellen, dass kein Patient, die angefangene Behandlung abrechnen muss, weil der Arzt nicht auf der Liste der Krankenkasse ist. Im vorgeschlagenen Modell entscheiden die Krankenversicherer allein mit welchem Leistungserbringer sie einen Vertrag abschliessen wollen. Dabei sind sie an keinerlei Qualitätskriterien gebunden. Diese alleinige Entscheidungskompetenz bringt den Versicherer eine Monopolstellung die wir ablehnen. Das Fehlen von Qualitätskriterien birgt die Gefahr in sich, dass nur nach rein ökonomischen Kriterien entschieden wird, was wir in keiner Art und Weise unterstützen könnten. Obwohl mit dem Vorschlag das Versorgungsziel an sich sichergestellt wird weisen wir darauf hin, dass dies wegen des grossen Spardrucks in vielen Kantonen gefährdet sein kann. Wir denken da insbesondere an die Versorgung im psychiatrischen Bereich.</p> <p>Inakzeptabel ist für die SP Schweiz auch der Umstand, dass im Modell des Bundesrates keine Instanz vorgesehen ist an die man sich bei einem ablehnenden Zulassungsentscheid wenden kann.</p> <p><u>Vorschlag</u></p> <p>Wir schlagen vor, den Vertragszwang nicht aufzuheben sondern die Zulassung insbesondere an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien zu binden. Sind diese Kriterien erfüllt, soll die Zulassung stattfinden können. Wir sind überzeugt, dass mit Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerung kostenlenkende und kostendämpfende Wirkung erzielt werden kann. Folgende Zulassungskriterien schlagen wir vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzttitel und regelmässige Weiter- und Fortbildung, definiert nach Fachrichtung • Kenntnisse/Kurs in Gesundheitsökonomie, Praxisführung, Informatik • Tätig sein in einem strukturierten Netzwerk mit gemeinsamer Kostenverantwortung von Versicherer und Leistungserbringern • Nachweisliches Qualitätsmanagement • Das Alter 65 noch nicht erreicht <p>Mit der vom Bundesrat vorgeschlagenen Rahmenbedingung bezüglich Versorgungssicherheit (Bundesrat bestimmt Bandbreiten; Kantone legen die Anzahl der Leistungs-</p>	SPS

<p>erbringer fest unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten; Angebot der Nachbar Kantone und Leistungsangebot von Ärztinnen und Ärzten, die in Einrichtungen gemäss Art. 36a KVG angestellt sind, ist zu berücksichtigen) sind wir einverstanden. Sie sind auch Teil unseres Vorschlages.</p>	
<p>Obwohl die SVP dem Wettbewerb verpflichtet ist, beantragt sie, den Problemkreis Vertragsfreiheit im gegenwärtigen Zeitpunkt zu streichen und stattdessen umgehend die Spitalfinanzierung (Botschaft 2A) in Angriff zu nehmen. Wenn der Wechsel zum monistischen System erfolgt ist, so kann anschliessend die geplante Änderung, d. h. Aufhebung des Kontrahierungszwanges für alle Leistungserbringer, vorgenommen werden. Als flankierende Massnahme kann der Ärztestopp weitergeführt werden.</p>	SVP
<p>Le POP est totalement opposé à la suppression de l'obligation de contracter. Les critères de choix laissés aux assureurs sont complexes et flous. On peut craindre que les coûts des soins ne soient les seuls déterminants, avec tous les dérapages possibles.</p>	POP, AVIVO
<p>L'USS n'a pas de position définitive sur l'obligation de contracter. Le passage à la liberté de contracter renforce nettement la position des assureurs. Comme les instruments visant à garantir l'approvisionnement de base restent vagues, on peut craindre que les assureurs ne concluent plus de contrats avec des fournisseurs de prestations dont les patients se composent pour l'essentiel de malades chroniques ou de personnes âgées. D'où le risque que, par crainte de se voir refuser l'accès au marché de l'assurance-maladie, les fournisseurs de prestations soient eux-mêmes incités à sélectionner leur clientèle en fonction des risques qu'elle présente et à se débarrasser des patient(e)s qui génèrent des coûts élevés. C'est pourquoi l'obligation de contracter ne peut être levée qu'en parallèle à une nette amélioration de la compensation des risques.</p> <p>Il s'agirait de plus, en cas de suppression de l'obligation de contracter, d'empêcher les assureurs d'utiliser leur liberté en vue de gagner certains groupes d'assuré(e)s pour des assurances complémentaires déterminées, ce par le biais d'une détérioration des prestations fournies aux assuré(e)s en division commune. C'est pourquoi il convient d'examiner l'opportunité d'une séparation entre fournisseurs de l'assurance de base et fournisseurs d'assurances complémentaires.</p> <p>Aucun système global de garantie de la qualité n'est introduit, lequel guiderait les assureurs dans la mise en place d'un système adéquat de contrôle de la qualité. Des garanties de qualité doivent permettre de s'assurer, dans une période transitoire, à la fois que toute caisse fournit une offre de prestations suffisantes et de haute qualité et que les assurés peuvent poursuivre leurs traitements auprès de leurs médecins, même si leur caisse a l'intention de les supprimer de sa liste.</p> <p>Comme la suppression de l'obligation de contracter n'a que peu de chances de passer la rampe au niveau politique et qu'elle demande un dispositif compliqué de mesures d'accompagnement, nous invitons le Conseil fédéral à préparer aussi d'autres mesures en matière de maîtrise des coûts. On pourrait par exemple habiliter les cantons (ou éventuellement la Confédération pour des régions déterminées) à limiter les fournisseurs en termes quantitatifs et qualitatifs et à fixer des enveloppes budgétaires dans le secteur ambulatoire.</p>	SGB/USS
<p>Contre le principe de la suppression de l'obligation de contracter qui signifie d'une part, la fin du libre choix du médecin pour les assurés, donc un changement radical de système et d'autre part, le risque du développement d'une médecine à deux vitesses puisque les assureurs seront libres de proposer dans le secteur lucratif des assurances complémentaires une offre "libre choix des prestataires de soins". Or, en l'état, les assurés n'ont aucune garantie de pouvoir conclure une telle assurance (la LCA prévoit que c'est l'assureur qui décide qui il assure) et bon nombre d'assurés n'en auront pas les moyens financiers.</p> <p>La liberté de contracter est à même d'entraver la mobilité des assurés et de rendre encore plus difficile le changement de caisse-maladie, notamment pour les personnes malades. De plus, laisser aux caisses-maladie la possibilité de choisir les prestataires de soins avec qui elles souhaitent travailler nous semble dangereux, dans la mesure où cette possibilité pourrait être utilisée comme un outil de sélection des risques.</p> <p>La suppression de l'obligation de contracter appliquée à tous les fournisseurs de prestations de soins qui dispensent des prestations sous forme ambulatoire rendra la vie</p>	FRC, kf, acsi

<p>des assurés particulièrement compliquée. Si la liberté de contracter nous apparaît comme un moyen pouvant inciter certains médecins à s'installer dans les régions à faible densité médicale, son impact sur les vocations à devenir médecins n'a pas suffisamment été analysé. Nous n'avons aucune information concernant la possibilité de garantir, à terme, la couverture des besoins en soins.</p>	
<p>Konkrete Forderungen und Umsetzungsvorschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Ärztstopp wird per Ende Juni 2005 aufgehoben - Der Kontrahierungszwang wird für Spezialärzte per Ende Juni 2005 aufgehoben - Es wird eine zweijährige Übergangsregelung folgenden Inhalts geschaffen: Anreize für Versicherte, Leistungen im Rahmen von Hausarztmodellen mit Budgetverantwortung zu beziehen; Anreize für Versicherer, Hausarztmodelle anzubieten; der Risikoausgleich wird (mit einfachen Mitteln) verfeinert und zusätzlich wird ein Hochrisikopool geschaffen. <p>Nach einer zweijährigen Übergangsfrist gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherte, die ihre Behandlung in Absprache mit ihrem frei gewählten Hausarzt/ Vertrauensarzt/Ärztenez mit Budgetverantwortung planen und durchführen, bezahlen einen tieferen Selbstbehalt und/oder Franchise. Im Rahmen des Hausarztmodells/ Ärztenetzes müssen sämtliche Leistungen der Grundversicherung angeboten werden. - Ärztenetze müssen eine Qualitätskontrolle vorweisen können. Kriterien für die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Medizin werden vom Bund vorgegeben. - Der Kontrahierungszwang wird für sämtliche Leistungserbringer (Ärzte, Apotheken und Spitäler) aufgehoben. - Der Hochrisikopool könnte durch die bei den Kantonen frei werdenden Mittel finanziert werden. Ärztenetze mit Budgetverantwortung respektive Versicherer können im Sinne einer Rückversicherung auf den Pool zurückgreifen. Der Hochrisikopool respektive die Rückversicherung wird mit Kompetenzen ausgestattet, um auf nationaler Ebene die Spitzenmedizin (ambulant und stationär) zu koordinieren und steuern. 	SKS
<p>La suppression de la limitation actuelle de l'admission des fournisseurs de soins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire ne doit pas être compensée par une limitation de l'obligation de contracter. Même dans la version quelque peu édulcorée qui est proposée par le Conseil fédéral, la suppression de l'obligation de contracter ne semble en effet pas susceptible de produire les effets escomptés. L'objectif de diminuer la couverture excédentaire des besoins en soins ambulatoires apparaît en décalage avec la pénurie de médecins qui se dessine à moyen terme. Quant à la mise à l'écart du marché de l'assurance obligatoire de ceux que le projet de message qualifié de « moutons noirs », elle peut assurément être obtenue par un biais autre qu'une mesure dont on sait qu'elle sera mal reçue non seulement par l'ensemble du corps médical - qui la perçoit à juste titre comme une défiance généralisée - mais aussi par la population qui demeure très attachée au principe du libre choix du médecin. Cette position ne remet évidemment pas en cause la recherche d'une économicité des traitements, dont le principe figure dans la législation et n'est pas contesté. Plusieurs pistes peuvent être évoquées à cet égard et mériteraient d'être approfondies et discutées. Il s'agit notamment du renforcement des articles 56 et suivants LAMal, de la mise en place d'un « contrat collectif » entre assureurs et médecins, de la systématisation du régime du tiers garant pour le remboursement des médicaments, de la faculté de sanctionner plus rapidement certains soignants en cas d'abus manifeste.</p>	Centre patronal, FER
<p>Die Vertragsfreiheit wird grundsätzlich unterstützt, weil sie die sinnvollere Lösung ist als der Zulassungsstopp. Ferner stellt sie den Versicherern das klassische Wettbewerbsinstrument zur Verfügung, nämlich die Möglichkeit, beim Vertragsabschluss zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu wählen. Sie ist längerfristig auch stationär einzuführen.</p> <p>Die flankierenden Massnahmen des Bundes und der Kantone zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit können im Rahmen des geplanten Umwandlungsprozesses des Gesundheitswesens in Richtung mehr Markt vorübergehend hingenommen werden. Bezüglich der Umsetzung dieser Massnahme erwarten wir langfristig eine bessere regionale und fachliche Verteilung der Ärztedichte.</p> <p>Wir begrüssen es, dass die Vorlage keine zusätzlichen gesetzlichen Kriterien als Voraussetzung für den Vertragsabschluss auführt. Diese sollen den Vertragspartnern</p>	economie-suisse, SAGV

<p>überlassen werden. Wir erwarten, dass die im KVG bereits bestehenden Kriterien bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität massgebend sind für die Zulassung, ohne Zutrittsberechtigungen darzustellen.</p> <p><u>Anträge</u></p> <p>Wir sind der Ansicht, dass mit der Einführung der Vertragsfreiheit das Kartellgesetz auch im KVG Bereich zur Anwendung kommen muss, um einerseits Absprachen unter den Versicherern zum gemeinsamen Ausschluss von Leistungserbringern und andererseits Absprachen unter den Leistungserbringern zum Boykott eines Krankenversicherers zu verhindern. Hierzu müssen die vorbehaltenen Vorschriften im KVG, die die Anwendung des Kartellgesetzes ausschliessen, gestrichen werden (Art. 43, 46, 47, 48 KVG). Dies bedeutet, dass Krankenversicherer und Leistungserbringer frei in der Verhandlung von Tarifen (Höhe und Art der Vergütungsform;) sein müssen und Tarifverträge keiner behördlichen Genehmigung mehr bedürfen. Bei Nichteinigung der Vertragspartner sollen allerdings im Sinne der Rechtssicherheit die Tarife behördlich festgesetzt werden. Die Erfüllung dieser Voraussetzung hätte u. a. zur Folge, dass die heute im Grundversicherungsbereich vorherrschenden Verbandstarife durch Einzel- bzw. Gruppenverträge abgelöst werden müssten.</p>	
<p>Der Schweizerische Gewerbeverband hat sich bereits im Rahmen der gescheiterten KVG-Revision für eine Lockerung des Vertragszwangs ausgesprochen und er wird dieses Ansinnen auch in Zukunft unterstützen. Nach unserem Dafürhalten ist die Einschränkung des Vertragszwangs das wesentlich bessere und wirksamere Instrument zur Steuerung des Leistungsangebots als der Mitte des nächsten Jahres auslaufende Zulassungsstopp. Die oft geäusserte Befürchtung, dass die Versicherer bei der Lockerung des Vertragszwangs zu mächtig würden, können wir nicht teilen. Die Versicherer stehen selber auch im Wettbewerb und müssen bestrebt sein, möglichst attraktive Angebote zu machen. Hierzu gehört sicher auch die Zusammenarbeit mit denjenigen Leistungserbringern, welche bei den Versicherten auf die grösste Akzeptanz stossen. Nach unserem Dafürhalten wird ein Versicherter, der lediglich über eine Grundversicherung verfügt, eher seine Versicherung wechseln als dass er seinen Hausarzt wechselt.</p> <p>Was die Modellwahl betrifft, haben wir grosse Zweifel, ob es Sinn macht, ein neues Modell zu propagieren. Nachdem sich das Parlament im vergangenen Jahr nach zähem Ringen auf ein Modell geeinigt hat, das sich zumindest bei den beiden Räten als mehrheitsfähig erwies, dürfte viel Zeit eingespart werden, wenn man weiterhin auf dieses Modell setzen würde. Der Wechsel zu einem neuen Modell erschiene uns nur dann zweckmässig, wenn es damit gelänge, den Widerstand der Ärzteschaft zu brechen und eine Referendumsabstimmung zu verhindern. Dies scheint aber ganz offensichtlich nicht der Fall zu sein, weshalb wir eher dafür plädieren, auf die Gesetzesbestimmungen zurückzugreifen, welche sich in den Eidgenössischen Räten bereits einmal als mehrheitsfähig erwiesen haben. Weiter gilt es anzumerken, dass das vom Parlament verabschiedete Modell den Leistungserbringern den besseren Rechtsschutz bot, was aus unserer Sicht doch von Bedeutung ist.</p>	SGV
<p>Auf die Einführung der Vertragsfreiheit im KVG sei gänzlich zu verzichten, oder es sei diese Änderung zumindest aus dem Sofortpaket herauszulösen und zurückzustellen. Der Städteverband ist der Auffassung, dass der Bund sich mit dieser Vorlage unzulässig in die in der Zuständigkeit der Kantone liegende Aufgabe der Gesundheitsversorgung einmischt, indem damit faktisch der Bund bzw. die Krankenversicherer bestimmen. Wer als Leistungserbringer für die Gesundheitsversorgung zugelassen ist. Stossend ist dabei, dass es nicht einmal direkt der Bund ist, der ja an der Verantwortung für die soziale Wohlfahrt mitträgt, sondern dass die Verfügungsgewalt den Krankenversicherern übertragen werden soll. Deren Handeln bestimmt sich nicht nur nach sozialen Zielen. Um die "Gratwanderung" des Bundesrates zwischen der Bundeskompetenz (Krankenversicherung) und der kantonalen Kompetenz (Gesundheitsversorgung) halbwegs akzeptabel über die Runden zu bringen, werden zwar einige Vorbehalte zugunsten der Kantone eingebaut, aber es resultiert daraus keine klare Lösung, sondern ein Wirrwarr von vorprogrammierten Konflikten und unberechenbaren Wechselwirkungen. Die Krankenversicherung soll grundsätzlich den Versicherten helfen, die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten abzusichern. Wen Versicherte für die Behandlung ihrer Krankheit in Anspruch nehmen, soll primär deren Sache sein. So-</p>	Schweiz. Städteverband

<p>wenig es Sache etwa der Autokasko-Versicherer ist, über die Zulassung von Karrosseriewerkstätten zu entscheiden, sowenig kann es Sache der Krankenversicherer sein, über die Zulassung medizinischer Leistungserbringer zu entscheiden. Natürlich steht es den Versicherern frei, mit ausgewählten Leistungserbringern Vorzugsverträge abzuschliessen und den Versicherten entsprechende Vergünstigungen zu gewähren, wenn diese ihre Leistungen ausschliesslich bei den Vertragspartnern beziehen (gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG bereits unter dem aktuellen Regime möglich). Wer aber die "ordentliche" Versicherungsprämie zahlt, soll frei sein bei der Wahl des Leistungserbringers.</p> <p>Über die Zulassung sollen alleine die Kantone entscheiden. Wir haben keine Einwände, wenn der Bund die Kantone einlädt, in ihrer Gesetzgebung eine Bedürfnisklausel für medizinische Leistungserbringer einzuführen. Und falls der Bund sich auf dem Wege einer Verfassungsrevision die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung übertragen lassen will, kann dies diskutiert werden. Bei der gegenwärtigen Rechtslage muss aber die kantonale Zulassungszuständigkeit respektiert werden.</p>	
<p>Als KVG-Leistungserbringer (im Bereich der ambulanten Ergotherapie) ist das SRK grundsätzlich gegen die Vertragsfreiheit in der in der Vorlage vorgeschlagenen Form. Wir befürchten, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwanges anstelle der erhofften Kostendämpfung im Gegenteil eine Kostensteigerung zur Folge haben wird. Bei medizinisch-therapeutischen Behandlungen spielt für den Behandlungserfolg das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut eine zentrale Rolle. Wenn in einem Bereich wegen Restriktionen der Krankenkasse, die nicht zwingend vom Preis gesteuert sein müssen, der Zugang zur Vertrauensperson verschlossen wird, führt dies zur Verzögerung oder zum Misserfolg in der Behandlung.</p> <p>Bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sind die Interessen der Versicherten nicht berücksichtigt. Die Versicherungen vertreten die Interessen ihres Unternehmens und nicht zwingend diejenigen der Versicherten, was oftmals mit einem Verlust an Transparenz für die Versicherten verbunden ist. Wenn bereits heute in den Zusatzversicherungen für den Versicherten Quervergleiche kaum mehr möglich sind, dürfte dies mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs auch für die Grundversicherung zunehmend der Fall werden. Nur dank Quervergleichen kann aber der Versicherte (als Konsument) ein Kostenbewusstsein entwickeln. Der Versicherte müsste zudem jährlich die Liste der Leistungserbringer seiner Versicherung überprüfen, was sogar eine Verschlechterung seiner Position gegenüber den Zusatzversicherten zur Folge hätte.</p> <p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs dürfte nur sinnvoll sein, wenn sie gleichzeitig im ambulanten und stationären Bereich stattfindet. Die Ausweitung der Vertragsfreiheit würde aber umso mehr Massnahmen (Qualitätssicherung, Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Gewährleistung der Versorgungssicherheit etc.) nötig machen, damit die erhofften kostendämpfenden Wirkungen erzielt würden und umso wichtiger würden auch Sanktionen. Der für Leistungserbringer und Versicherer damit verbundene Mehraufwand dürfte nicht unerheblich sein.</p> <p>Wenn die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit dem Wettbewerbsargument begründet wird, stimmt dieses Argument zumindest für alle Leistungserbringer nicht, die - wie im Fall der Ergotherapie - auf Anordnung eines Arztes arbeiten. Für diese müsste zumindest die Möglichkeit zur direkten, eigenverantwortlichen Leistungserbringung für die Krankenversicherung gegeben sein, wenn das Argument des Wettbewerbs stichhaltig sein soll.</p>	SRK/CRS
<p>Was die im Vernehmlassungspaket vorgeschlagenen Reformen angeht, so schliessen wir uns grundsätzlich der Stellungnahme der FMH an. Wichtigstes Anliegen ist für uns, dass die freie Arztwahl der Patienten nicht tangiert wird. Wie zahlreiche Umfragen bei den Patienten gezeigt haben, stellt dieses Recht ein sehr hohes Gut dar, das nicht eingeschränkt werden darf. Sind doch die Ärzte die jeweiligen Vertrauenspersonen der Patienten, während die Kassen das zwischen den Patienten und Ärzten vereinbarte vertragliche Verhältnis erst in zweiter Instanz abzugelten haben. Somit darf es nicht die Aufgabe der Kassen oder des Staates sein, die Patienten in ihrer Vertragsfreiheit einzuschränken.</p>	APA
<p>Die Vorlage für die Einführung der Vertragsfreiheit ist inakzeptabel: ErgotherapeutInnen können nur auf Anordnung des Arztes zu Lasten der OKP tätig</p>	EVS, SVBG

<p>werden - dies verlangt nach einer anderen Behandlung als sie für die Ärzte und andere „direkte“ Leistungserbringer vorzusehen ist.</p> <p>Die Vorlage verunmöglicht neuen Leistungserbringern in der Ergotherapie, auf den Markt zu kommen. Damit verhindert sie, dass das ambulante Angebot, das kostengünstig an dem Ort stattfindet, wo es nötig und sinnvoll ist, aufgebaut wird.</p> <p>In der Ergotherapie gibt es nach wie vor Gebiete mit klarer Unterversorgung; es handelt sich zudem um einen Frauenberuf, in dem viele Teilzeit arbeiten, was in der Bedarfsberechnung zu wenig berücksichtigt wird.</p> <p>Die selbständige Ergotherapeutin steht in Konkurrenz zu Organisationen der Ergotherapie, Angeboten der Spitex und im „spitalambulanten“ Bereich. Organisationen der ET wären nicht daran gehindert, ihr Angebot auszubauen. Die Vorgaben zur Berechnung des Bedarfs an Leistungserbringern sind schwammig und unklar.</p> <p>Sie ist kein geeignetes Mittel zur Reduktion des Kostenanstiegs. Als Mittel zur Qualitätssicherung ist sie nicht notwendig. Es braucht die Vertragsfreiheit nicht, damit der Zulassungsstopp aufgehoben werden kann. Der EVS hat kein Interesse an „schwarzen Schafen“ und noch weniger an einem Verlust an Qualität in der Ergotherapie. Um die Qualitätsorientierung zu stärken, würden wir eine positive Formulierung der Kriterien, die eine Ergotherapeutin zur Erreichung eines Zulassungsvertrages erfüllen muss, bevorzugen. Diese Kriterien sind zu koppeln an eine Garantie, dass jede Ergotherapeutin die diese Kriterien erfüllt, einen Zulassungsvertrag erhält.</p> <p>Wir begrüßen, dass der Bundesrat vorsieht, in einem der nächsten Teilrevisionspakete das Thema Managed Care wieder aufzunehmen. In Managed Care-Modellen sehen wir sinnvollere Möglichkeiten, das Angebot der Leistungen neu anders zu strukturieren.</p>	
<p>Auf die Geburtenzahl hat die Hebamme keinen Einfluss, somit kann von dieser Seite auch nicht von einer Kostensteigerung durch Hebammen gesprochen werden. Die Statistik der Krankenkassen macht die Hebammen für eine Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen verantwortlich.</p> <p>In den letzten Jahren haben sich Frühentlassungen nach der Geburt gesteigert. Pflegten wir im Jahr 2000 noch 5588 Frauen ab dem 4. Wochenbetttag, so waren es 2002 bereits 12000 Frauen (Tendenz steigend).</p> <p>Im Juni 2002 waren auf der offiziellen Adressliste des SHV 600 freipraktizierende Hebammen erschienen. Die Anzahl der vollzeitbeschäftigten freipraktizierenden Hebammen liegt wahrscheinlich zwischen 5-10%. Die Teilzeitbeschäftigung überwiegt in dieser Tätigkeit. Die Hebammenleistungen zu Lasten der Grundversicherung sind zu differenzieren. Nicht alle Hebammen bieten alles an. Mehrheitlich arbeiten die Hebammen im Bereich der Kurse und/oder in der Wochenbettbetreuung.</p> <p>Bei der Vertragsfreiheit müssten hilfeschuchende Mütter abgewiesen werden, da in einigen Kantonen ein Hebammenmangel besteht.</p>	SHV
<p>Der Schweizer Physiotherapie Verband anerkennt die Absicht des Bundesrates, die Kosten des Gesundheitswesens im Griff halten zu wollen. Mit den Reformvorschlägen darf jedoch berechtigerweise die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Massnahmen bezweifelt werden.</p> <p>Physiotherapeuten gehören zu den Leistungserbringern, die im Bereich des KVG Leistungen nur auf Verordnung des Arztes erbringen können. Der verordnende Arzt bestimmt, ob eine Physiotherapie indiziert ist oder nicht. Demzufolge hat die Physiotherapie keinen direkten Einfluss auf die erwähnte Mengenausweitung. Eine Gleichbehandlung mit den Ärzten in Bezug auf die Zulassung wäre dann gerechtfertigt, wenn der direkte Zugang zur Physiotherapie gewährleistet wäre. Dieser direkte Zugang ist jedoch bei der vorliegenden Revision des KVG nicht vorgesehen. Deshalb sind die Physiotherapie und alle anderen Leistungserbringer, welche auf Verordnung eines Arztes arbeiten, von der Vertragsfreiheit auszunehmen.</p> <p>Die Absicht des Bundesrates, mit der Einführung der Vertragsfreiheit primär „Schwarze Schafe“ besser sanktionieren zu können, erzielt in der Physiotherapie keine Wirkung. Wie oben ausgeführt, entscheidet primär der verordnende Arzt, ob Physiotherapie indiziert ist, ohne dass er daraus einen monetären Nutzen zieht. Zudem ist der Physiotherapeutarivvertrag derart ausgestaltet, dass Physiotherapeuten gar nicht in der Lage sind, mehr Leistungen zu erbringen und in Rechnung zu stellen, als indiziert sind.</p>	FISIO

<p>Die Physiotherapie ist vorwiegend ein Frauenberuf. Damit verbunden ist ein sehr hoher Anteil von selbständigen Physiotherapeutinnen, die ihren Beruf in einem Teilzeitpensum ausüben. Ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, kann deshalb nicht aufgrund von entsprechenden Zahlstellenummern begründet werden.</p> <p>Wir bedauern es ausserordentlich, dass Aspekte der Qualität keine oder allenfalls eine sehr untergeordnete Rolle spielen, wenn es um die Frage der Zulassung geht. Wir befürchten, dass die Krankenversicherer eine allfällige Zulassung nur auf rein ökonomischen Kriterien abstellen. Sollte der Bundesrat an der Aufhebung des Kontrahierungszwanges festhalten, müssten unserer Ansicht nach Kriterien festgelegt werden, deren Erfüllung eine Zulassung garantieren.</p>	
<p>Der Zulassungsstopp gemäss Art 55a KVG ist ersatzlos zu streichen; er hat sein Ziel der Kostendämmung erwartungsgemäss verfehlt. Die flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist auf andere Weise sicherzustellen. Die vorgesehene, mit Bedarfsplanungen verbundene Aufhebung des Vertragszwanges, darf nicht zu einem Zulassungsstopp mit anderen Mitteln führen.</p> <p>Am Vertragszwang ist grundsätzlich festzuhalten; Modifikationen sind unter folgenden Voraussetzungen diskutabel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die freie Arztwahl als das tragende Element der Arzt-Patientenbeziehung ist sichergestellt; mehr noch: Sie soll für jeden Versicherten für die ganze Schweiz gelten; - Der Vertragszwang wird für Spital und Praxis auf den gleichen Zeitpunkt in gleicher Weise modifiziert; - Die Verträge werden partnerschaftlich, d.h. unter gleichberechtigten Partnern ausgehandelt. Eine Überantwortung des Systems an die Versicherer wird kategorisch abgelehnt; - Die Verträge werden in ein staatlich kontrolliertes System der Qualitätssicherheit und Überwachung der partnerschaftlichen Verhandlungen eingebettet. - Der Risikoausgleich wird morbiditätsbezogen und differenziert ausgestaltet. - Horizontale und vertikale Vernetzung sind zu fördern; ihre Verordnung per Gesetz wird rundweg abgelehnt. Die vertragliche Ausgestaltung dieser Netzwerke ist einzig und alleine Sache der beteiligten Leistungserbringer und Versicherer - bis hin zu einer partiellen Budgetverantwortung - Der Arzt ist nur seinem Patienten verantwortlich, der als Bürger entscheiden können muss, ob er die anvisierten Systemänderungen akzeptieren will. Die FMH wird dies nötigenfalls mit einem Referendum garantieren. 	FMH
<p>Wir begrüßen ausdrücklich die Absicht des Bundesrates, Art. 55a KVG zu streichen. Der seit Juni 2002 durch die entsprechende Bundesratsverordnung wirksame "Zulassungsstopp" erwies sich als ungeeignete und wirkungslose Massnahme. Wir bedauern allerdings, dass der Bundesrat nicht erkannt hat, dass die in der Vorlage vorgeschlagene Aufhebung des Kontrahierungszwangs faktisch auf eine Fortführung des Zulassungsstopps hinausläuft, da Praxisneueröffnungen in Zukunft kaum mehr möglich sein werden.</p> <p>Wir anerkennen den Willen des Bundesrats, das Gesundheitswesen der Schweiz durch ein kontrolliertes Kostenwachstum auch in Zukunft finanzierbar zu halten. Der speziell von Seite der Versicherer propagierte und nun in der bundesrätlichen Vorlage erneut favorisierte Ansatz, die Leistungsmenge durch eine Begrenzung der Leistungserbringer steuern zu wollen, halten wir allerdings für falsch und ungeeignet.</p> <p>Der VSAO Schweiz lehnt die vorgeschlagene Neuregelung der Zulassung zur Krankenversicherung mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs als zentrales Element klar ab.</p> <p><u>Argumente, welche uns zu dieser ablehnenden Stellungnahme geführt haben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die im Gesetzesvorschlag vorgesehene Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeutet eine erhebliche Einschränkung der freien Arztwahl. - Die vorgeschlagene Gesetzesänderung gibt den Krankenversicherern eine allzu starke Position: Sie entscheiden nach eigenen, nicht offenzulegenden Kriterien, welche Leistungserbringer einen Zulassungsvertrag erhalten und welche nicht. - Es ist im Gesetz keine Qualitätssicherung vorgesehen. - Faktisch wird mit dem Vorschlag der Zulassungsstopp weiter geführt. Statt mehr Wettbewerb wird somit ein Protektionismus der bestehenden Leistungserbringer im 	VSAO

<p>Gesetz festgeschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uns droht ein gravierender Ärztemangel. Dieser wird mit der Vorlage verschärft, da falsche Zeichen gesetzt werden. - Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bringt zahlreiche, kaum zu lösende Umsetzungsprobleme mit sich, welche zu einer Qualitätseinbusse bei der bisherigen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung führt. - Es gibt keinen Beweis, dass die Massnahme kostenwirksam ist. <p><u>Alternative Anträge:</u> Grundsätzlich sehen wir 3 Säulen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verhinderung unnötiger Leistungen zulasten der Krankenversicherung Ärzteseitig: Griffige Massnahmen gegen "Schwarze Schafe" sowie eine qualitativ hochstehende und kontinuierliche Aus-, Weiter- und Fortbildung Versichertenseitig: Einführung einer Patientenkarte, welche auch medizinische Behandlungsdaten enthält und dadurch unnötige Leistungen verhindern hilft 2. Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen zur Förderung integrierter Netzwerke von Leistungserbringern Ein Netzwerk definiert sich als System von Leistungserbringern, welche eine gemeinsame Qualitäts- und Effizienzkontrolle betreiben. Ziel der Netzwerke ist ein optimierter langfristiger Behandlungsprozess. In Netzwerken besteht eine freie Grundversorgerwahl für Versicherte, welche diesem Netzwerk beigetreten sind Pro Region können mehrere Netzwerke existieren, so dass in Ballungsgebieten mehrere Netzwerke spezifische Schwerpunkte ihrer Tätigkeit ausbilden können Netzwerke werden durch versichertenseitige (Prämienermässigung, niedrigerer Selbstbehalt) und ärzteseitige Anreize gezielt gefördert. 3. Effizienzoptimierung der erbrachten Leistungen Entwicklung nationaler Qualitätsstandards Prüfung der Kosteneffektivität neuer Leistungen unter Einschluss der pharmazeutischen Produkte und Produkte der Medizinaltechnik. Nationale Koordination der Spitzenmedizin Die Festlegung der Anzahl Leistungserbringer nach Fachgebiet und Region ist nach unserem Modell Aufgabe der Netzwerke, welche hierdurch flexibel auf demographische und medizinische Entwicklungen reagieren können. 	
<p>Die vorgeschlagene Regelung zur Aufhebung des Vertragszwangs ist ungenügend und muss wesentlich angepasst werden. Die Vertragsfreiheit ohne die dazu notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen führt nicht zu einem medizinisch, qualitativ und wirtschaftlich effizienteren System und ist damit nicht im Interesse der Patienten. Dies aus folgenden Gründen:</p> <p>Unter den heute gültigen Rahmenbedingungen dürfen die Krankenversicherer nicht freie Hand bei der Auswahl der Leistungserbringer haben. Zwei Gefahren sind hervor zu heben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Negativselektion teurer Patientinnen und Patienten über die Auswahl ihrer Leistungserbringer (medizinisch unerwünschte Risikoselektion); - Die nicht-medizinische Risikoselektion: Der Ausschluss nach willkürlichen Prinzipien. Hier muss das Gesetz klar festlegen, nach welchen Kriterien Leistungserbringer ausgeschlossen werden dürfen. <p>Die in der Botschaft vorgeschlagene Vertragsfreiheit ist nicht realisierbar, weil sie auch stationäre Leistungserbringer betrifft, also Art. 35 für alle Leistungserbringer anstatt nur Art. 36-38 für ambulante Leistungserbringer in der Praxis.</p> <p>Die Art der ambulanten Behandlung in Spitälern mit deren Infrastruktur (Apparaturen, Behandlungs- und Operationssälen, sowie medizinischen und paramedizinischen Spezialisten) unterscheidet sich wesentlich von jener der frei praktizierenden Ärzte. Die betriebliche Verknüpfung von ambulanten und stationären Behandlungen in einem Spital lässt unterschiedliche vertragliche Regelungssysteme dieser beiden Bereiche nicht zu. Die Institution Spital wurde damit führungsmässig auseinandergerissen, Die unterschiedliche vertragliche Situation von stationären und ambulanten Behandlungen innerhalb desselben Spitals wird zu Verschiebungen führen, wie sie aus der Ungleichbehandlung der Finanzierung schon bekannt sind. Dies kann zu einer volkswirtschaftlich und aus Patientensicht unsinnigen Verschiebung vom ambulanten in</p>	H+

<p>den stationären Bereich führen, mit entsprechenden höheren Steuern. Die Einführung der Vertragsfreiheit muss mit klaren Rahmenbedingungen, der Einführung des Monismus und mit einem klar verbesserten Risikoausgleich abgestimmt werden.</p> <p>Im Sinne eines raschen Übergangs zu einem funktionierenden wettbewerblichen System mit Vertragsfreiheit schlägt H+ vor, dass sich die jetzige Neuregelung auf die ambulanten frei praktizierenden Leistungserbringer beschränkt. Als unabdingbare Voraussetzung hierzu ist der Risikoausgleich gleichzeitig zu verbessern, damit auch auf Seite der Krankenversicherer die notwendigen Rahmenbedingungen für einen echten Wettbewerb geschaffen werden. Mit diesen Massnahmen - zusammen mit der Erhöhung der Kostenbeteiligung - liegen gleichzeitig verbesserte Voraussetzungen für Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl vor.</p> <p><u>Anträge:</u> KVG Art. 35 Abs. 1 Bst. a und b (neu) a. welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 39-40 erfüllen, oder b. welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36-38 erfüllen und einen Zulassungsvertrag nach Art. 35a mit einem oder mehreren ...</p> <p><u>Übergangsbestimmungen 1 und 2</u> ^{3 (neu)} Art. 35 Abs. 1 Bst. a, Art. 35a (neu), Art. 35b (neu), Art. 41 Abs. 1 und 2 Bst. a, Art. 45 Abs. 2 (neu), Art. 46 Abs. 5 und Art. 47 Abs. 2 treten mit dem angepassten Risikoausgleich gemäss 105 Abs. 4 in Kraft. KVG Artikel 105 Abs. 4 zweiter Satz neu .. <u>Der Bundesrat passt den bestehenden Risikoausgleich innerhalb von 6 Monaten nach in Kraft setzen an. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen ...</u></p>	
<p>Die Privatkliniken Schweiz sind gegen die Vertragsfreiheit in der vorgeschlagenen Form. Grund dafür ist die Erweiterung auf den ambulanten Bereich in den Spitälern. Unterschiedliche Zulassungsbestimmungen für den ambulanten und den stationären Spitalteil würden zu grossen Schwierigkeiten in der praktischen Handhabung führen. Die beiden Bereiche sind im Alltag eng ineinander verknüpft. Es würden zudem neue falsche Anreize geschaffen, die ökonomisch sinnvolle, über Jahre erfolgte Verschiebung vieler Behandlungen in den ambulanten Bereich, wieder rückgängig zu machen.</p>	SVPK
<p>Nous soutenons le plaidoyer en faveur d'une médecine libérale guettée rapidement par l'étatisation si elle ne trouve pas son chemin dans les règles du marché et de l'initiative privée. Mais la solution retenue par le DFI va à l'encontre de ces objectifs, pour les raisons suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elle donne un pouvoir disproportionné aux assureurs par rapport aux fournisseurs de prestations; - les assureurs ne représentent pas les intérêts du public de façon neutre; l'Etat ne peut donc pas leur déléguer son rôle d'arbitre; - des critères de qualité et d'économicité paritairement admis sont impérativement nécessaires pour justifier une exclusion; - pour baisser les coûts, notre contre-proposition est la concurrence sur la qualité, en corrigeant systématiquement les incitations économiques allant à contresens et en récompensant clairement les efforts méritoires qui ont fait leurs preuves, comme les cercles de qualité pharmaciens-médecins selon le modèle fribourgeois - le nombre de pharmacies, de même que celui des fournisseurs de prestations exerçant à charge de la LAMal sur prescription médicale, n'a pas pour effet d'augmenter les dépenses à charge de celle-ci mais offre une chance de les diminuer. <p><u>Demandes de révision</u> Nous vous demandons d'réintroduire dans un des projets de révision qui ne soit pas voué d'avance au référendum les propositions suivantes qui n'ont pas fait l'objet de divergences entre les Chambres lors de la 2ème révision. <u>Art. 47 al. 3 révisé:</u> "Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, l'Autorité qui l'a approuvée peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, ladite Autorité fixe le tarif après avoir consulté les intéressés". <u>Art. 64. al. 9 (nouveau):</u> "Les cadeaux offerts par les fournisseurs de prestations aux patients qui occasionnent</p>	SAV/SSPh

<p>des frais à la charge de l'assurance obligatoire de soins sont interdits, en particulier lorsqu'ils dépendent du montant de ces coûts ou sont versés en espèces ».</p>	
<p>Le pharmacien n'est pas prescripteur et les prix et honoraires qu'il pratique sont fixés respectivement par l'Etat (Liste des spécialités) et par convention au sens de la LAMal. Dans ce contexte, le nombre de pharmacies n'est donc pas en soi un facteur de renchérissement. Bien au contraire, la possibilité pour chacun de trouver une officine à proximité de son domicile, d'y rencontrer gratuitement et sans rendez-vous un membre d'une profession médicale, constitue un confort qu'il serait absurde de vouloir supprimer.</p> <p>L'introduction de la liberté de contracter favoriserait, dans les endroits de grand passage, l'apparition d'officines de types drugstore seules en mesure d'offrir aux caisses-maladie des rabais importants. Mais en contrepartie, la liberté de contracter impliquerait probablement aussi la constitution de monopoles de distribution. Cela se ferait au détriment de l'officine de proximité qui n'aurait alors plus qu'à disparaître. Or, cette dernière occasionne davantage d'économie en existant qu'en disparaissant. D'autre part, à terme, la constitution de monopoles n'est guère compatible avec les économies.</p> <p>Adopter la liberté de contracter c'est aussi donner l'arme absolue aux caisses-maladie. Elle va de fait à l'encontre des principes de la LAMal qui préconisent la liberté conventionnelle. Donner trop de poids à un partenaire déjà très structuré comme la santé suisse risque de mener à une forme de monopole de la distribution au profit du plus résistant économiquement, sinon du plus performant médicalement, cela au détriment de la population.</p>	<p>Société vaudoise de pharmacie</p>
<p>Les pharmaciens d'officine sont totalement opposés à la suppression de l'obligation de contracter qui donne un pouvoir total aux assureurs. De plus, les règles du jeu pour établir les critères de choix ne sont pas définies. Les assureurs seront tentés de choisir les prestataires avec lesquels ils veulent travailler en fonction de critères purement économiques alors que d'autres critères sont importants: qualité, proximité, disponibilité.</p>	<p>SSPO</p>
<p>Der SBK ist nicht grundsätzlich gegen eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs, doch darf dieser weder zu einer Qualitätseinbusse, noch zu einer Zweiklassenversorgung im Gesundheitswesen führen. Das vorgeschlagene Modell erfüllt aus unserer Sicht diese Anforderungen nicht, sondern führt vielmehr zu einer unzulässigen Steigerung der Macht der Krankenversicherer. Ein Qualitätsverlust in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung wird die Folge sein, da letztlich nur noch ökonomische Kriterien über eine Zulassung entscheiden werden. Es ist für uns in der heutigen Situation nicht zwingend, dass auch die Leistungserbringer, welche auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen, sowie Organisationen, die solche Personen beschäftigen - namentlich auch die Pflege - von der Vertragsfreiheit betroffen sind. Für die massive Kostenentwicklung im Gesundheitswesen werden vor allem die Spezialärzte verantwortlich gemacht, da in diesem Bereich eine Überversorgung besteht. Die Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Zulassungstopp haben aufgezeigt, dass bei ambulanten Angeboten der Pflege bei weitem nicht von einer Überversorgung gesprochen werden kann. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass der Zulassungstopp für diese Leistungserbringer in vielen Kantonen aufgehoben wurde.</p> <p>Aus der Vorlage geht nicht hervor, ob die Krankenversicherer nebst dem vorgeschlagenen Grundmodell der eingeschränkten Arztwahl die Möglichkeit haben, andere Modelle der freien Arztwahl mit erhöhten Prämien anzubieten. Sollte dies möglich sein, so wäre es ein klares Signal Richtung Zweiklassenversorgung.</p> <p><u>Antrag</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Vertragsfreiheit wird in der vorliegenden Form abgelehnt. - Bei Vertragsfreiheit müssen folgende Rahmenbedingungen sicher gestellt werden: <ul style="list-style-type: none"> - Die Entscheidungskompetenz wer zugelassen wird, darf nicht alleine bei den Krankenversicherer liegen. - Die Leistungserbringer müssen bei einer ablehnenden Zulassungsentscheidung die Möglichkeit haben, ein Schiedsgericht anzurufen. - Klare Qualitätskriterien müssen definiert werden, welche über eine Strukturqualität hinausgehen, z.B. Beteiligung an einem Qualitätsprogramm, regelmässiger Nachweis von Fort- und Weiterbildung etc. 	<p>SBK</p>

<p>- Netzwerk- und managed care-Modelle müssen gefördert werden.</p> <p>Der SVBG ist absolut gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges in der Vorlage vorgeschlagenen Form.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Einführung der Vertragsfreiheit ist mit dem Zulassungsstopp kein geeignetes Mittel, um das anvisierte Ziel der Kosteneindämmung zu erreichen. Mit der Beschränkung auf den ambulanten Bereich kann der gewünschte vermehrte Wettbewerb nicht spielen. Eine Verschiebung zum stationären Bereich ist zu befürchten. Der Wettbewerb unter Leistungserbringern, die auf eine Verordnung des Arztes angewiesen sind, ist praktisch unmöglich. Die Möglichkeit zur direkten, eigenverantwortlichen Leistungserbringung für die Krankenversicherung müsste gegeben sein. Der Gefahr der Selektion der guten Risiken resp. des Abschiebens von schlechten Risiken ist durch einen verbesserten Risikoausgleich zu begegnen. Die Kriterien für die Definition der Versorgungssicherheit und Festlegung der Maximalzahlen durch die Kantone sind unbekannt. Die Beschränkung muss unbedingt vom tatsächlichen Bedarf und dem Leistungsvolumen der Leistungserbringung ausgehen. Bei der Festlegung der Menge sind die folgenden Aspekte unbedingt zur berücksichtigen: - Bei den genannten Berufsgruppen handelt es sich vorwiegend um Frauenberufe. Sehr viele unter ihnen arbeiten Teilzeit. - Bei den einzelnen Leistungserbringern, vor allem in den Ambulatorien der Spitäler, den Organisationen der Ergotherapie und den Spitex-Organisationen, können beliebig Personen angestellt werden. Es besteht die Gefahr der Bevorzugung von Leistungserbringern mit tiefen Fallkosten statt besten Behandlungsergebnissen. Massnahmen zur Qualitätssicherung sind ungenügend definiert. Sollte kurzfristig die Beschränkung der Zahl der Leistungserbringer als unumgänglich erachtet werden, könnte sich der SVBG auch mit einer Verlängerung der heutigen kantonalen Ausgestaltung des Zulassungsstopps abfinden.</p>	SVBG
<p>Wir lehnen diese Auflösung des Kontrahierungszwanges aus den folgenden Gründen ab:</p> <p>- <i>Unterversorgung an dipl. Ernährungsberaterinnen:</i> Die Feststellung, dass in der Schweiz eine Unterversorgung an Ernährungsberaterinnen besteht, hat heute immer noch Gültigkeit; es gibt doch Kantone, in denen keine einzige freischaffende Ernährungsberaterin tätig ist. Somit ist ersichtlich; dass dipl. Ernährungsberaterinnen nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit keine Mengenausweitung betreiben.</p> <p>- <i>Aussagegehalt Anzahl ZSR-Nr.:</i> Über die Hälfte der dipl. Ernährungsberaterinnen arbeiten zwischen 10 % und 50 %. Teilweise haben dipl. Ernährungsberaterinnen zwei verschiedene ZSR-Nummern, da sie in zwei verschiedenen Kantonen arbeiten. Die Anzahl der ZSR-Nummern korreliert damit nicht mit der Anzahl der Ernährungsberaterinnen. Unsere Statistik zeigt, dass die Anzahl der ZSR-Nummern von dipl. Ernährungsberaterinnen nicht gestiegen ist.</p> <p>- <i>Regulierung durch Ärztebestand:</i> Da die diplomierte Ernährungsberaterinnen nur auf ärztliche Verordnung hin abrechnen können, ist die Mengenausweitung bereits über die Anzahl der Ärzte limitiert.</p> <p>- <i>Kosten vs. Nutzen:</i> Die Auflösung des Kontrahierungszwanges würde einen unverhältnismässig grossen administrativen und finanziellen Aufwand mit sich bringen. Der Aufwand würde dem Nutzen in keiner Weise entsprechen, die Ziele der Reform könnten nicht erreicht werden,</p> <p>- <i>Qualität:</i> Es ist uns wichtig, über Mittel zu Sanktionsmöglichkeiten zu verfügen. Noch in diesem Jahr wird unser Verband eine umfassende Qualitätssicherung einführen, die für alle Verbandmitglieder verpflichtend ist.</p> <p>- <i>Kein Wettbewerb:</i> Wenn den Krankenversicherungen faktisch das Recht gegeben wird, Verträge nur auf der Basis der Kosten abzuschliessen, kann gar kein richtiger Wettbewerb entstehen.</p>	SVDE

<p>Zudem herrscht zwischen den beiden Akteuren, d. h. den Versicherern und der Leistungserbringern, kein Gleichgewicht, da die Krankenversicherungen mit den vorgeschlagenen Instrumenten über eine ungerechtfertigte, einseitige Marktmacht verfügen.</p>	
<p>Generell ist festzuhalten, dass der Vorschlag des Bundesrates in beträchtlichem Mass über das hinausgeht, was in der Differenzvereinbarung der eidgenössischen Räte während der Wintersession 2003 zur Diskussion stand. Grenzen und Leitlinien fehlen. Der Vernehmlassungsbericht stützt sich in seinen Aussagen weitgehend auf die Studie Domenighetti / Crivelli "Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter" ab. In diesem Sinne ist der Bericht unvollständig. Bezüglich dieser Studie ist vorerst festzuhalten, dass der Auftraggeber und dessen politische Position, was die Aufhebung des Kontrahierungszwanges betrifft, durchaus bekannt und offensichtlich sind.</p> <p>Die Vorlage überlässt die "Vertragsfreiheit" den Kassen, die - zwar innerhalb der von den Kantonen bestimmten Vorgaben - absolut frei bestimmen können, mit welchen Leistungserbringenden sie zu welchen Bedingungen kontrahieren wollen. Gewisse Leitplanken, welche noch Bestandteil der KVG-Revision 2 in den eidgenössischen Räten waren, fehlen in der heutigen Vorlage. Der Hinweis auf das Kartellgesetz in Art. 35a Abs. 1 ist im wahrsten Sinne des Wortes deklaratorischer Natur, ist doch davon auszugehen, dass die acht grössten Krankenversicherer der Schweiz über 80 % der Bevölkerung versichern, und somit auf der Kostenträgerseite eine oligopole Situation vorliegt.</p> <p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeutet auch das Ende des "Prinzips der freien Arztwahl". Dieses Ziel steht jedoch im Gegensatz zu der von der Mehrheit der Versicherten / Patienten geäusserten Meinung und die in der Plaut Studie (Zweifel et ei. und Plaut Economics 2004) erneut bestätigt wurde.</p> <p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges verstösst gegen die Bundesverfassung (Duc Jean-Louis, "Que penser d'une suppression de l'obligation de contracter dans l'assurance-maladie obligatoire des soins régie par la LAMal?", AJP 4/2004, S. 470).</p>	SSO
<p>Wir halten die vorgeschlagene Form des Wegfalls des Kontrahierungszwangs für inakzeptabel. Zum einen ergeben sich erhebliche Schwierigkeiten bei der teilweisen Kontrahierung des Belegarztes im Spital (stationär) und Nichtberücksichtigung im Praxisbereich (ambulant). Zum anderen ist dadurch faktisch für den in der sozialen Grundversicherung nicht kontrahierten Arzt ein Berufsverbot statuiert, sofern nicht die ambulante Behandlung neuerdings wieder in der Zusatzversicherung abgedeckt werden kann.</p> <p>Im Sinne von Begleitmassnahmen müsste jedenfalls die Monopolstellung der Kassen bezüglich Kontrahierung dadurch gebrochen werden, dass ein paritätisches Gremium als Rekursinstanz eingesetzt würde, das bei verweigerter Kontrahierung anzurufen wäre.</p> <p>Der Wegfall des Kontrahierungszwangs führt insgesamt aber zu erheblichen Unsicherheiten, die vor allem auf Patientenseite mehr Fragezeichen und auch mehr Kosten als Einsparungen bewirken.</p>	SBV
<p>Wir sind gegen die von Ihnen anvisierten Änderungen mit dem Ziel, den Vertragszwang der Krankenkassen im KVG abzuschaffen. Letztlich geht es nicht um den Vertragszwang der Krankenkassen, sondern um die freie Arztwahl der Patienten. Es ist unseres Erachtens staatspolitisch nicht vertretbar, in einer Teilrevision die zentralste Frage der Krankenversicherung zu ändern und die freie Arztwahl aufzuheben. Alle Ausführungen, der Patient sei in der Wahl seines Arztes nach wie vor frei; sind letztlich eine Augenauswischerei, weil die zur Auswahl stehenden Ärzte eben auf diejenigen beschränkt werden, die Verträge mit Krankenkassen bzw. mit der entsprechenden Krankenkasse abgeschlossen haben.</p> <p>Wir sind deshalb entgegen den Ausführungen in den Vernehmlassungsunterlagen der Meinung, die Beschränkung der ärztlichen Leistungen im obligatorischen Bereich sei durch eine transparente Beschränkung des Leistungskataloges zu erzielen, und nicht über die Vertragsfreiheit der Krankenkassen.</p> <p>Mit dem Versuch, die freie Arztwahl über den Weg der Vertragsfreiheit der Krankenkassen zu beschränken, wird die Verantwortung für die notwendige Beschränkung der ärztlichen Leistungen im obligatorischen Bereich von der politischen Ebene an die Krankenkassen delegiert.</p>	PULSUS

<p>Die Statistiken (sowohl der Krankenkassen wie auch die des Bundesamtes) weisen zudem nach, dass im ambulanten Bereich die Kosten nicht gestiegen oder nicht wesentlich gestiegen sind. Der grosse Geldbedarf im Gesundheitswesen liegt im Bereich der Spitäler. Die Aufhebung des Vertragszwanges bzw. der freien Arztwahl betrifft aber fast ausschliesslich den ambulanten, niedergelassenen Arzt. Mit anderen Worten: Man nimmt der Schweizer Bevölkerung die freie Arztwahl, ohne das zur Begründung herangezogene Problem (zu hohe Gesundheitskosten) zu lösen.</p> <p>Die Aufhebung der freien Arztwahl widerspricht direkt den Patienteninteressen und gefährdet die Qualität der ärztlichen Versorgung unseres Landes. Es ist auch eine Delegation der „Verantwortung“ von den politischen Behörden an die Krankenkassen. Die Aufhebung der freien Arztwahl bzw. des Vertragszwanges wird letztlich auch zur Zweiklassenmedizin führen. Der erfolgreiche Arzt wird sich kaum dem Diktat der Krankenkassen unterwerfen. Er wird sich nur noch privaten Patienten zuwenden. Die grosse Masse der Bevölkerung wird sich mit dem Kassenarzt und der zunehmend lichternden Praxisdichte begnügen müssen. Es wird wie im Ausland aus Kapazitätsgründen zu einer Rationierung der ärztlichen Leistungen für die grosse Mehrheit der Bevölkerung führen. Dies senkt die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz.</p> <p>Es mag ja unter Umständen noch angehen, dass der Patient aufgrund der Vorgaben seiner Krankenversicherung den Hausarzt wählt.</p> <p>Sobald aber eine spezialärztliche Behandlung notwendig ist, wird die medizinische Versorgung erheblich eingeschränkt, weil nicht nur die zeitliche Verfügbarkeit der Spezialärzte für die Behandlung eine Rolle spielt, sondern auch noch die von der betreffenden Krankenkasse getroffene Vorauswahl dieser Spezialärzte. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass wegen der nunmehr abgeschaffenen freien Arztwahl im Bereich der Spezialärzte eine medizinische Abklärung nicht rechtzeitig erfolgt, nur weil der Patient auf das beschränkte Angebot der Krankenkasse angewiesen ist. Somit kann abschliessend festgehalten werden, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung als Ganzes im obligatorischen Bereich nicht mehr gewährleistet ist.</p> <p>Hier ist noch einmal festzuhalten, mit der von Ihnen befürworteten Massnahme wird die Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht bekämpft, da diese nicht im ambulanten, niedergelassenen Arztbereich erfolgt, sondern im (vorzugsweise) öffentlichen Bereich der Spitäler.</p>	
<p>Die Vorlage legt die Vertragsfreiheit neu auf. Wir verhehlen nicht, dass wir diesem Vorhaben und insbesondere dessen isoliertem Vorziehen skeptisch gegenüberstehen. Die Vorlage will die Aufhebung des Kontrahierungszwangs lediglich für den ambulanten Bereich einführen. Damit werden sich weitere Wettbewerbsverzerrungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ergeben. Selbst der umstrittene Begriff der teilstationären Behandlung feiert Urstände.</p> <p>Wir sind der klaren Überzeugung, dass angesichts der stetig zunehmenden Angleichung von stationärer und ambulanter Behandlung von deren rechtlicher und finanzieller Ungleichbehandlung abgekommen werden muss. Dies bedeutet für uns, dass die sogenannte Spitalfinanzierung, genauer die Finanzierung der stationären Behandlung dringlich an die Hand genommen und ein monistisches System eingeführt werden muss. Erst in der Folge oder allenfalls damit verbunden kann über die Fragen des Zulassungsvertrags sinnvoll wieder gesprochen werden. Wir schlagen Ihnen demzufolge vor, auf eine Vorlage 1 B mit Inhalt Vertragsfreiheit zu verzichten und an deren Stelle die Spitalfinanzierung mit dem Übergang zu einem monistischen System vorzuziehen.</p> <p>Wir sind uns bewusst, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auch als Nachfolgeregelung von Artikel 55 a KVG gedacht ist, dessen Geltung ausläuft. Falls es sich im Hinblick auf das Freizügigkeitsabkommen mit der EU tatsächlich als notwendig erweisen sollte, diese Bestimmung zu verlängern, wurden wir uns nicht dagegen sträuben. Immerhin sind wir diesfalls der Auffassung, dass dabei die Bestimmung der betroffenen Leistungserbringer zusammen mit deren Verbänden neu zu überprüfen ist.</p>	SCG
<p>santésuisse begrüsst, dass die Aufhebung des Vertragszwangs schon ins erste Revisionspaket aufgenommen wird. Die Vorlage des EDI ist konsequent und klar formuliert. Unnötige Einschränkungen (Netzwerkartikel und Schiedsgerichtsklausel) und allzu lange Übergangsfristen, wie sie im Rahmen der abgelehnten 2. KVG-Revision vorge-</p>	santésuisse

<p>schlagen wurden, fallen weg.</p> <p>Den Leitplanken der Vertragsfreiheit, wie sie die neue Vorlage vorsieht, kann santésuisse im Prinzip zustimmen. So ist es für die Krankenversicherer auch klar, dass die Kantone weiterhin Verantwortung für die Versorgungssicherheit tragen müssen. Ein Kanton darf dabei aber nicht einfach das bestehende Angebot als Grundlage der Versorgungssicherheit nehmen, vor allem wenn er eine im schweizerischen Vergleich überdurchschnittliche Versorgungssicherheit aufweist.</p> <p>santésuisse spricht sich für die Aufhebung des Vertragszwangs auch im ambulanten Spitalsektor aus, weil in diesem Bereich in den letzten Jahren eine Mengenausweitung stattgefunden hat, die nicht immer medizinisch zu begründen war. Der entsprechende Hinweis in den Erläuterungen ist deshalb zu begrüssen.</p> <p>santésuisse setzt sich zwar mit Nachdruck dafür ein, dass das politisch und ökonomisch höchst fragwürdige Regime der Zulassungsbeschränkungen durch das System der Vertragsfreiheit abgelöst wird, stellt sich aber die Frage, wie es weiter geht, sollte sich das Parlament, oder im Falle eines Referendums das Volk, gegen die Vertragsfreiheit entscheiden. Sollte der Bundesrat für diesen Fall nicht trotzdem eine Verlängerung des Zulassungsstopps (als kleineres Übel gegenüber einer unkontrollierten Zunahme der Zahl der zugelassenen Ärzte) vorsehen?</p>	
<p>Die Einführung der Vertragsfreiheit ist notwendig, damit sich ein verstärkter Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern entwickeln kann. Sie darf aber nicht mit planerischen Elementen „verwässert“ werden. Der Staat soll erst dann eingreifen, wenn der Markt versagt, und die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet ist. Im Übrigen würden wir einer Verlängerung des ungerechten Zulassungsstopps unter keinen Umständen zustimmen.</p>	SVV/ASA
<p>Die Behandlung von HIV-positiven Menschen durch einen HIV-Spezialisten ist sehr wichtig, ist doch gerade auf diesem Gebiet durch die ständigen medizinischen Fortschritte entscheidend, dass die Ärzte auf dem neusten Stand der Forschung sind und diese Forschungsergebnisse in die Behandlung einfließen lassen. Dies führt dazu, dass auf HIV/Aids spezialisierte Ärzte in der Regel teure Ärzte sind, was dazu führen könnte, dass sie von den Krankenkassen nicht in deren Liste aufgenommen werden. Dies muss unbedingt vermieden werden.</p> <p>Auch darf darauf hingewiesen werden, dass das Vertrauensverhältnis zum Arzt bzw. zur Ärztin bei HIV-positiven Patienten von besonderer Wichtigkeit ist. Eine HIV-Infektion ist immer noch mit viel Stigma und falschen Vorstellungen behaftet, auch seitens mancher Ärzte. Es muss dafür gesorgt werden, dass diese Patienten weiterhin bei ihrem Vertrauensarzt in Behandlung bleiben können.</p> <p>Menschen mit HIV benötigen meist intensive und langdauernde ärztliche Hilfe, sie gehören deshalb zu den sogenannten „teuren“ Patienten. Wir befürchten des Weiteren, dass manche Ärzte diese Patienten in Folge der Abschaffung des Kontrahierungszwangs nicht weiter behandeln, um sich damit den Vertrag mit den Krankenkassen sichern zu können.</p> <p>Eine gesetzliche Regelung sollte dafür sorgen, dass diese drei oben genannten Szenarien, welche unseres Erachtens als realistisch eingeschätzt werden können, vermieden werden.</p>	Aids-Hilfe Schweiz
<p>Contre la suppression de l'obligation de contracter</p>	ASSUAS
<p>Mit der vorgeschlagenen Aufhebung des Vertragszwangs sind wir nicht einverstanden.</p> <p>Ohne Zweifel wird durch die Mengenausweitung bei Leistungserbringern und Leistungen im ambulanten Bereich ein Kostenanstieg zu Lasten der Versicherer und damit der Versicherten ausgelöst. Es ist auch bemerkenswert, dass eine unterschiedliche Ärztedichte keinen Einfluss auf die Effektivität der medizinischen Versorgung zu haben scheint. Der Argumentation des Bundesrates, eine gute medizinische Versorgung sei auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte – und damit auch zu niedrigeren Kosten – zu erreichen, lässt sich kaum widersprechen.</p> <p>Die vorgeschlagene Aufhebung des Vertragszwangs scheint uns allerdings der falsche Weg zu sein, um die Zahl der Leistungserbringer zu begrenzen. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Lösung überlässt es weitgehend den Krankenversicherern, eine Auswahl unter den von ihnen benötigten Leistungserbringern zu treffen, und stärkt damit ihre Macht. Mehr Transparenz auf dem Gesundheitsmarkt würde jedoch</p>	Pro Senectute

<p>bedeuten, dass die Zulassungskriterien schärfer gefasst werden und zudem öffentlich kontrollierbar bleiben. So könnte beispielsweise von Ärzten und Ärztinnen gefordert werden, dass sie in strukturierten Netzwerken mit gemeinsamer Kostenverantwortung von Versicherern und Leistungserbringern tätig sind, dass sie regelmässige Weiter- und Fortbildung betreiben sowie über Kenntnisse in Gesundheitsökonomie, Praxisführung und Informatik verfügen.</p>	
<p>Contre la suppression de l'obligation de contracter des assureurs. Elle porte une atteinte très importante à la liberté économique (art. 27 Constitution féd.) des médecins en leur empêchant le libre accès à une activité économique et à son libre exercice. Elle va aussi à l'encontre du principe d'égalité (art. 8 al.1 Constitution fédérale) puisque tous les médecins ne seront pas traités de manière égale par les assureurs.</p>	<p>AVS/AHV, SSRV</p>
<p>Aus der Sicht behinderter und chronischkranker Menschen muss befürchtet werden, dass die Aufhebung des Vertragszwangs die Versorgungssicherheit beeinträchtigt. In den Erläuterungen zur Vorlage wird richtig festgehalten, dass einige Krankenversicherer dazu verleitet werden könnten, keine Verträge mit Leistungserbringern abzuschliessen, deren Patientenstruktur sich vorwiegend aus chronischkranken und/oder aus betagten Personen zusammensetzt. Verschiedene Leistungserbringer werden in solchen Fällen die Behandlung derartiger Patienten auf ein Minimum zu reduzieren versuchen.</p> <p>Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs kann deshalb nur akzeptiert werden, wenn flankierende Massnahmen eine derartige Entwicklung verhindern. Entweder werden die Kantone im Rahmen von Art. 35a Abs. 2 gezwungen, nicht nur die Zahl der Leistungserbringer festzulegen, sondern auch sicherzustellen, dass genügend Leistungserbringer einen Vertrag erhalten, welche die Behandlung von behinderten und chronischkranken Menschen sicherstellen, oder es wird eine Lösung gewählt, wie sie bereits anlässlich der 2. KVG-Revision vom Parlament vorgesehen worden ist (sog. "Sonderfall"): Behandlungen, bei denen die Beziehung zwischen einem Leistungserbringer und einer versicherten Person aufgrund ihrer Langjährigkeit sowie des Alters oder des Leidens der versicherten Person aus therapeutischen Gründen aufrecht erhalten werden müssen, sollen von den Versicherern unabhängig vom Abschluss eines Vertrags finanziert werden. Die SAEB beantragt die Aufnahme einer solchen Klausel.</p>	<p>SAEB, GELIKO</p>
<p>Wir lehnen die Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Bereich nicht grundsätzlich ab, fordern aber zumindest in einer längeren Übergangsphase starke Leitplanken. Dazu gehören eine Erweiterung des Risikoausgleichs, eine Stärkung der Rolle der Patientinnen, klare Verfahren der Qualitätssicherung und eine Förderung von Managed Care Einrichtungen. Die Fortführung des bestehenden Risikoausgleichs reicht u.E. nicht, eine verstärkte negative Risikoselektion durch die Krankenkassen zu verhindern. Weder Krankenversicherer noch Leistungserbringer haben bisher „Unternehmertum“ bezüglich einer Verbesserung der Versorgungsqualität für Chronisch- kranke und den Abbau von Zugangsbarrieren für sozial schwächere Bevölkerungsgruppen gezeigt. Ohne eine verbesserte Informationsbasis der Versicherten (über einen Guide Santé oder Beratungsstellen) und eine reichere Umschreibung und Messbarkeit von Versorgungsqualität ist auch unter den Bedingungen eines verstärkten Wettbewerbs ein solches Handeln nicht zu erwarten.</p> <p>Wir können uns auch eine selektive Aufhebung des Vertragszwangs gegenüber der Spezialmedizin vorstellen, wobei wir die Pädiatrie als Teil der Allgemeinpraktik betrachten.</p>	<p>Pro Juventute</p>
<p>Il ne doit pas être donné suite à ce projet. Nous sommes conscients qu'il faut agir pour freiner la spirale des coûts de la santé à charge des assurés. Nous nous demandons cependant si et dans quelle mesure le système propose permettra de maîtriser les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette incertitude ne justifie pas la suppression de l'obligation de contracter, dont l'introduction sera préjudiciable aux assurés à plusieurs niveaux :</p> <p>le système proposé empêche l'assuré de choisir son médecin ou son assureur selon les critères auxquels il est profondément attaché, soit, pour le médecin, la relation de confiance et/ou la proximité géographique et, pour l'assureur, la modicité des primes ; l'introduction de la liberté de contracter va entraîner des coûts pour l'assuré, puisque</p>	<p>Bureau féd. de la consommation, Com. cons.</p>

<p>ce système engendre un surcroît de travail administratif tant pour l'administration fédérale, les cantons que les assureurs.</p> <p>le système projeté pose la question du fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire. Un assuré peut devoir faire appel non seulement à un généraliste, mais aussi à un spécialiste. Comment pourra-t-il être couvert intégralement par l'assurance-maladie obligatoire, si l'assureur auquel il est affilié n'est en relation contractuelle qu'avec le généraliste ?</p> <p>Le Bureau fédéral de la consommation demande que les points ci-dessous soient examinés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La révision prévue se fonde notamment sur une concurrence toujours plus forte. Si on suit ce raisonnement, ne faudrait-il pas alors abandonner le caractère obligatoire de l'assurance, de manière à laisser à chacun la liberté de s'assurer ou non et surtout comme il veut ? 2. Avec le changement de système prévu, l'assuré sait qu'il va perdre le libre choix du médecin. Il ignore toutefois totalement dans quelle mesure le système proposé entraînera une évolution à la baisse ou à la hausse des coûts de l'assurance-maladie. 	
<p>La Commission fédérale de la consommation demande qu'il ne soit pas donné suite à ce projet pour les raisons suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les sondages montrent que les assurés tiennent absolument à conserver le libre choix de leur médecin. C'est ce qui explique en bonne partie le peu de succès qu'ont eu les modèles de « réseaux de santé ». Si ce projet est adopté par le Parlement, un référendum est pratiquement inévitable et il aurait de bonnes chances devant le peuple. 2. Ce projet concerne tous les fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Par rapport au but visé, qui est de contrer la surconsommation médicale, il n'existe aucune raison d'étendre le projet aux autres fournisseurs de prestations (pharmaciens, physiothérapeutes, fournisseurs de soins infirmiers à domicile, etc) car ils sont mis en oeuvre par les médecins. Pour ce qui est des pharmaciens, il existe déjà une régulation quasi-automatique, un trop grand nombre de pharmacies à un endroit donné aboutissant à la non-rentabilité. 3. Le projet paraît s'appuyer sur la doctrine économique classique de la libre concurrence grâce à un marché plus libre: le « consommateur médical » (le patient) serait en principe amené automatiquement à privilégier la meilleure offre en termes de prix et de prestations. Cette doctrine est juste pour des prestations simples pour lesquelles le consommateur peut effectivement - seul ou en se référant à des publications spécialisées tels que des tests comparatifs - comparer entre les différentes offres. Mais cela ne joue pas pour la médecine: il n'y a pas de transparence de l'offre, notamment quant à la « qualité » de tel ou tel médecin; la relation patient-médecin repose sur la confiance, facteur souvent irrationnel et insaisissable, et a effet dans la durée. Ainsi, les conditions fondamentales d'un marché libre, qui sont la transparence de l'offre et la liberté, pour l'acquéreur, de passer instantanément d'un fournisseur à un autre, font défaut dans le domaine de l'assurance obligatoire. 4. En pratique, la « double-fonction » de patient d'une part et d'assuré d'autre part rend très difficile sinon impossible le fonctionnement de la concurrence. L'« achat » ne se situe en effet pas au même moment : la conclusion du contrat d'assurance se situera par hypothèse au 1er janvier et la consultation du médecin aura lieu en cours d'année. Le projet admet implicitement que l'assuré donnera sa prééminence au choix de l'assureur sur le choix du médecin, en s'enquérant, au moment de conclure l'assurance, si son médecin est ou non "conventionné". Ce n'est possible que, si au moment de choisir l'assureur, on a déjà un médecin de confiance »; c'est loin d'être le cas de tous les assurés. 	Com. cons.
<p>Les mesures proposées dans ce paquet ne satisfont qu'en partie une application de la liberté de contracter conforme aux règles du marché. Telle que présentée, la liberté de contracter se limite à la conclusion de contrats entre assureurs et fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire, sans tenir compte d'autres facteurs de concurrence, comme le niveau et la forme des tarifs ou du remboursement.</p> <p><u>Propositions</u></p> <p>1. <i>Conventions tarifaires (cf. art. 43 al. 4 et 5, 46 al. 1, 2 et 4, 47 et 48 LAMal)</i></p>	Comco

<p>La Comco propose de modifier les art. 43, al. 4 et 5, art. 46 al. 1, 2 et 4, 47, 48 LAMal en ce sens que les conventions tarifaires doivent être établies en conformité avec les règles de la concurrence et soumises à la LCart. Aucune mention ne doit être faite dans ces articles à l'intervention des associations faïtières ou de l'Etat dans le processus d'élaboration et d'approbation des conventions tarifaires.</p> <p><i>2. Garantie de la couverture des besoins en soins (cf. art. 35a al. 1, let. a et b, 2 et 3 LAMal)</i></p> <p>La Comco propose de laisser aux assureurs la liberté de décider du nombre de fournisseurs de prestations, y compris ceux qui exercent en dehors de la Suisse, avec lesquels ils veulent conclure un contrat. L'art. 35a doit être biffé.</p> <p><i>3. Offre complémentaire par les assureurs-maladie</i></p> <p>La Comco propose de préciser dans le rapport explicatif que le libre choix du fournisseur de prestations pourra être proposé dans l'assurance obligatoire des soins par les assureurs-maladie.</p> <p><i>4. Dispositions transitoires (cf. al. 1)</i></p> <p>La Comco propose de biffer l'al. 1 des dispositions transitoires qui ne fait que prolonger le gel actuel des admissions.</p>	
<p>Der ÖKKV bejaht die vorgesehene Änderung betreffend der Lockerung des Vertragszwanges im KVG. Im Hinblick auf den starken Anstieg der ambulanten Kosten und der bilateralen Abkommen mit der EU, welche zu einer starken Erhöhung der Anzahl Leistungserbringer führen könnte, ist die Festlegung planerischer Elemente im ambulanten Bereich auf Gesetzesstufe sehr zu begrüßen. Ebenfalls ist die konsequente Regelung zu unterstützen, dass der Versicherer den Abschluss eines Zulassungsvertrags verweigern kann, sobald er die Mindestanzahl von Zulassungsverträgen abgeschlossen hat und die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erreicht ist. Nur so kann eine Lockerung des Vertragszwanges auch wirklich umgesetzt werden.</p>	ÖKKV
<p>Für unsere Mitglieder bedeutet die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zunächst, dass ihre Wahlfreiheit im Rahmen ihres bestehenden Versicherungsvertrages u.U. eingeschränkt wird, sofern ihr Hausarzt und/oder Diabetologe die Kontrahierung verliert (sofern die Versicherer von der Freiheit Gebrauch machen, nicht mehr mit allen Leistungserbringern ein Vertragsverhältnis einzugehen). Unsere Mitglieder müssen also u.U. die Versicherung wechseln, wenn sie weiterhin von ihrem Arzt betreut werden wollen. Für die Grundversicherung ist dies auch für chronisch Kranke problemlos möglich, da die obligatorische Krankenpflegeversicherung gesetzlich verpflichtet ist, neue Mitglieder ohne Ausschluss von Risiken aufzunehmen.</p> <p>Trotz dieser Bedenken scheint es der SDG vertretbar, auf den Kontrahierungszwang zu verzichten. Für unsere Mitglieder ist es wichtig, dass das Obligatorium bleibt und dass mit allen Mitteln versucht wird, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Primär sind nämlich immer die chronisch Kranken die Leidtragenden zusätzlicher Sparübungen des Bundes.</p>	SDG
<p>Le MPF s'oppose fortement à la suppression de l'obligation de contracter. Elle donne le pouvoir aux caisses-maladie de choisir les médecins qu'elles voudront bien rembourser. Ceci est une ingérence intolérable sur le droit des assurés à choisir son médecin et ouvre la porte à des décisions totalement subjectives et arbitraires. De plus les personnes qui ont un passé médical important devront se soumettre à de nouveaux examens auprès de leur nouveau médecin qu'elles auront dû obligatoirement consulter. Ceci engendre des coûts supplémentaires mal venus.</p> <p>La suppression de l'obligation de contracter va conduire à ce que certains médecins spécialistes seront mis hors réseaux et ne seront consultés que par des personnes aisées avec comme conséquence la naissance d'une médecine à deux vitesses.</p>	MPF
<p>Die heutigen Medizinstudierenden werden an unseren Universitäten sehr gut ausgebildet. Bereits im Studium lernen wir, eine hochqualitative und kostenbewusste Medizin anzuwenden und in den Spitälern werden wir künftig vermehrt auch ökonomische Faktoren mitberücksichtigen müssen. Wir sind uns sicher, dass die kommenden Ärztegenerationen mit dieser Aus- und Weiterbildungskonstellation einen positiven Einfluss auf das Gesundheitssystem ausüben werden.</p> <p>Auf der anderen Seite wird die niedergelassene Tätigkeit für immer mehr Ärztinnen und Ärzte unattraktiver, ohne dass effektive Alternativen an den Spitälern existieren würden. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges führt zu einer Steigerung des</p>	VSM

<p>ökonomischen Risikos einer Praxiseröffnung und zu einem zusätzlichen Administrationsaufwand bedingt durch die stets nötigen Verhandlungen mit den Versicherungen. Durch diese Faktoren und durch eine für uns fragliche Festlegung eines Bedarfes an Leistungserbringern, wird eine Art modifizierte Weiterführung des Niederlassungsstopps erwirkt, den wir nicht unterstützen können. Die vorgeschlagene „Vertragsfreiheit“ erscheint uns in ungleichem Masse die jüngeren Ärztegenerationen, welche sich in Aus- und Weiterbildung befinden, zu benachteiligen.</p> <p>Aus diesen oben genannten Gründen können wir Medizinstudierenden die Vorlage 1B mit der darin enthaltenen „Vertragsfreiheit“ nicht unterstützen.</p>	
<p>Au vu de la conclusion du concept pour la promotion de la sécurité, dont le mandat a été donné par santesuisse, il est primordial qu'une campagne d'information soit mise sur pied afin de sensibiliser la population sur cet état de fait.</p> <p>En effet, comment rester de marbre devant cette réalité, 13 médecins pour la Suisse centrale et 32 pour Genève, sans avoir de répercussion significative sur la qualité des soins. Allons donc de l'avant et supprimons cette obligation de contracter, en insistant auprès des récalcitrants qu'il n'y a pas d'alternative et qu'il est temps pour eux de redescendre de leur planète.</p> <p>Conséquences économiques :</p> <p>Depuis le temps que l'on démontre cette relation directe entre la densité médicale et les coûts, il serait grand temps que le doute ne soit plus de mise pour l'ensemble de la population Suisse. N'oublions pas, et il faudrait là aussi une communication mieux ciblée, que comme il est spécifié au point 1.5, il n'y a aujourd'hui et également demain pas trop de médecin en Suisse. Par contre un fait indiscutable, c'est qu'il y a trop de cabinet ouvert et une pénurie de médecin dans le secteur hospitalier.</p>	Girard, Orny
<p>Das Ziel den Kontrahierungszwang abzuschaffen, kann nur mit erheblichen Korrekturen am bundesrätlichen Vorschlag weiterverfolgt werden.</p> <p>Das KVG hat die Zwangsversicherung für jeden und jede in der Schweiz eingeführt. Jeder und jede zahlt eine Krankenversicherungsprämie. Im Gegenzug besteht heute noch eine vollständig freie Arztwahl, verbunden mit einem Tarifschutz für die Patienten. Durch die Abschaffung des Kontrahierungszwanges wird auch die freie Arztwahl abgeschafft. Das verlangt systemgerecht ein Korrektiv:</p> <p>Im Gegenzug zum Kontrahierungszwang muss der Tarifschutz abgeschafft werden. Der Preis für die Behandlung muss zwischen Arzt und Patient frei verhandelbar sein. Die Krankenversicherung entschädigt dann, was sie mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbart hat. Der Rest ist durch den Patienten zu übernehmen.</p> <p>Für Patienten, die Leistungserbringer ohne Zulassungsvertrag wählen wollen, muss eine freiwillige Zusatzversicherung eingeführt werden. Die Krankenversicherer sind zu verpflichten, eine solche Versicherung auf der Basis der Gegenseitigkeit (ohne Gewinn und Vorbehalte) einzuführen.</p> <p>Weiter muss die Austauschbefugnis der Leistungen gesetzlich gewährleistet werden. Leistungen, die wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind, sind durch die Krankenversicherung, allenfalls zu einem reduzierten Tarif, auch zu übernehmen, wenn sie nicht durch einen Leistungserbringer mit Zulassungsvertrag erbracht worden sind. Dieses System der Austauschbefugnis kennt das KVG bereits heute, zahlen die Krankenversicherer ja auch die Sockelbeiträge an Aufenthalte in Privatspitäler ohne Leistungsauftrag. Die ambulanten Behandlungen sind den stationären gleichzustellen. Der Bundesrat sieht neu ein zweistufiges Verfahren vor. Die Verbände der Leistungserbringer sollen einen Tarifvertrag aushandeln. Jeder einzelne Leistungserbringer braucht zusätzlich noch einen Zulassungsvertrag. Es ist einsichtig, dass die Versicherer Zulassungsverträge nur mit einem Nachlass auf dem offiziellen Tarif vergeben werden. Die Qualität der angebotenen Behandlungen wird unbeachtlich sein, was schlussendlich inakzeptabel ist.</p>	FMP
<p>Wir lehnen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ab.</p> <p>Der Patient soll die Leistungserbringer frei wählen dürfen. Das ist fundamental. Es bedeutet eine Zumutung für den Patienten, diejenige Krankenkasse herauszufiltern, die seinen Kinderarzt, seinen Frauenarzt, seinen Hausarzt und seinen Chiropraktoren, von den Spezialisten ganz zu schweigen, entschädigt und die obendrein noch am günstigsten und kundenfreundlichsten ist. Es ist auch nicht gewiss, ob ihm dies gelingt. Es sind nämlich so viele Möglichkeiten denkbar, dass eine Krankenkasse, die</p>	SVPC/ASPC

<p>gerade diese bestimmte Kombination von Leistungserbringern anbietet, reiner Zufall wäre. Dies umso mehr, als die Patienten nicht nur Leistungserbringer an ihrem Wohnort aufzusuchen, sondern oft weite Strecken zurücklegen, um zu "ihrem" Arzt oder Chiropraktor zu gelangen, zu dem sie Vertrauen gefunden haben. Solche Verbundenheit und Treue bleiben häufig ein Leben lang bestehen, ungeachtet inzwischen erfolgter Wohnortswechsel.</p> <p>Einem Arzt, der von allen Ausbildungen die allerlängste und schwierigste durchlaufen hat, ist nicht zuzumuten, dass seine Tätigkeit schliesslich von einer formellen Bewilligung abhängt. Wer sich als junger Student auf den harten Ausbildungsweg macht, muss sicher sein, dass er seine Dienste dereinst den Patienten anbieten darf. Erfolg kann ihm niemand garantieren. Aber die Chance, sich als Arzt überhaupt betätigen zu dürfen und zwar in seinem Heimatland, indem er aufgewachsen ist und in dem seine Eltern Steuern bezahlt haben, muss ihm bleiben.</p> <p>Wegen der Aussortierung der "schwarzen Schafe" ist ein derartiger Systemwechsel gewiss nicht nötig. Die "schwarzen Schafe" im Strassenverkehr kann man ja auch ohne Kontingentierung ausmustern. Wenn es nicht gelingt, griffige Kriterien zum Erkennen von Missbräuchen und zum Aussortieren der "schwarzen Schafe" festzulegen, wird es auch nicht möglich sein, faire, sachliche und berechenbare Kriterien aufzustellen, unter denen die Leistungserbringer mit den Krankenkassen zusammenarbeiten "dürfen".</p> <p>Nach wie vor besteht kein gesicherter Zusammenhang zwischen Arztdichte und dem Anstieg der Kassenleistungen (vgl. SAeZ 2004, S. 887).</p>	
<p>Der SVMTT Gesundheit stellt sich klar gegen den vorliegenden Entwurf. Eine Kosteneindämmung im Gesundheitswesen kann nach Ansicht des SVMTT Gesundheit nur durch den Einsatz von effektiven und effizienten Massnahmen erreicht werden, was auf die Aufhebung des Vertragszwanges nicht zutrifft. Sollte die Vertragsfreiheit dennoch beschlossen werden, so sind aus unserer Sicht die Leistungserbringer, welche auf ärztliche Verordnung hin Leistungen erbringen, von dieser Massnahme zu befreien.</p>	SVMTT
<p>La FARES/VASOS est opposée à cette liberté laissée aux assureurs de choisir quels fournisseurs de soins ils acceptent de rembourser (même s'ils doivent choisir au moins un nombre déterminé par le canton pour chaque domaine de prestations). Les assureurs n'ont pas la légitimité, médicale notamment, pour opérer de tels choix. Ils se borneront à les faire en privilégiant des critères relevant surtout d'une vision technocratique et économique des prestations des fournisseurs de soins, aux dépens des aspects médicaux, humains et relationnels de celles-ci. Or ces aspects sont fondamentaux pour les patients, âges en particulier. En consacrant à ses patients âgés l'attention et le temps nécessaires, le fournisseur de soins se verra pénalisé par l'assureur, et, en dernier ressort, son patient âgé le sera aussi. Les patients, âges particulièrement, tiennent à leur médecin, à le choisir librement, et à le conserver. On ne peut faire fi de la déstabilisation, voire de l'angoisse, face au changement; par exemple si leur assureur ne reconnaît plus leur médecin.</p> <p>Le pouvoir donné aux assureurs par cette liberté serait disproportionné par rapport à l'objectif de mise au pas des "moutons noirs" qui figureraient parmi les fournisseurs de soins.</p> <p>Cette mesure étendrait la concurrence existant déjà entre les assureurs, et qui n'a d'ailleurs pas prouvé son efficacité sur la maîtrise des coûts de la santé, à une concurrence entre médecins qui, à terme, nuirait à la qualité du secteur de la santé. Ce dernier serait alors réduit à ce qu'il ne doit pas être: un simple marché économique des soins, au lieu d'être un lieu de services de soins. Les assurés seraient alors des "clients" au lieu d'être des "patients", et les soins des "produits" au lieu d'être des "services". Nous ne saurions admettre une telle déviance par rapport aux objectifs, humains notamment, du secteur de la santé.</p>	FARES/ VASOS

Vertragsfreiheit (Art. 35, 35a – b, 41, 45, 46, 47, 59, Übergangsbestimmungen)

Liberté de contracter (art. 35, 35a – b, 41, 45, 46, 47, 59, dispositions transitoires)

Artikel Article		Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge <i>Observations, critiques, suggestions, propositions</i>	Verfasser Auteurs
35	1	In einem ersten Schritt soll die Aufhebung des Vertragszwangs auf die Ärzte und Chiropraktoren beschränkt bleiben. Bestimmung: <i>Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche</i> a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen; und b. wenn sie als Ärztinnen oder Ärzte bzw. als Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren tätig sind, 1. einen Zulassungsvertrag nach Art. 35 a mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben, oder 2. ihre gesamten Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes, das mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag abgeschlossen hat, erbringen.	GDK/CDS
35	1	<i>Betroffene Gruppen:</i> In einem ersten Schritt soll die Aufhebung des Vertragszwangs auf die Ärzte beschränkt bleiben. Es sind die Ärzte, die schergewichtig die kassenpflichtigen Leistungen selbst erbringen oder auslösen. <i>Einbindung der Spitalambulatorien:</i> Die Notfallstationen der Spitäler müssten von der Aufhebung des Vertragszwangs ausgenommen bleiben. Die ausserhalb des Notfalldienstes angebotene ambulante Tätigkeit soll jedoch, wie es die Vorlage vorsieht, von der Auflösung des Vertragszwangs miterfasst werden. Ein Abstellen allein auf die Kopfzahl kann aber hier nicht das massgebliche Zulassungskriterium sein. Hier wäre wohl eine Lösung zu treffen, welche die Zulassung auf Behandlungen beschränkt, die auf Grund von Zuweisungen durch niedergelassene Ärzte erfolgen.	SG, TG, ZH
35	1b	<i>Einbindung der Spitalambulatorien:</i> Die von den Spitälern ausserhalb des Notfalldienstes angebotenen ambulanten Leistungen sollen gemäss Vorlage von der Auflösung des Vertragszwangs mit erfasst werden. Daraus werden sich erhebliche Abgrenzungsprobleme ergeben. Ein Abstellen auf die Zahl der ambulant tätigen Spitalärzte kann hier nicht das massgebliche Zulassungskriterium sein, da die meisten Spitalärzte vor allem im stationären Bereich tätig sind. Die Spitäler sind vorwiegend auf Zuweisung der niedergelassenen Ärzteschaft hin tätig. Deshalb ist eine Lösung zu favorisieren, die diesem Umstand Rechnung trägt: Für ambulante Behandlungen, die auf Zuweisung von zugelassenen Ärzten hin erfolgen, sollen die Spitäler bzw. die dort tätigen Ärzte in jedem Falle zugelassen bleiben.	SH
35	1b	Le projet de loi prévoit que la liberté de contracter s'applique à tous les professionnels selon les art. 36 à 40 LAMal qui dispensent des prestations de soins ambulatoires. Cette proposition est inapplicable car elle implique que les cantons établissent pour chacune des professions concernées les bases d'information en matière d'offre et de besoin. Le Conseil d'Etat vaudois appuie la position de la CDS qui propose de limiter la liberté de contracter aux fournisseurs de prestation prescripteurs. Il souhaite cependant la limiter aux seuls médecins sans l'étendre aux chiropraticiens. Les chiropraticiens sont en effet très peu nombreux et l'impact de la suppression de l'obligation de contracter sur une éventuelle maîtrise des coûts serait par conséquent quasi nul. La charge pour les cantons d'établir une planification pour cette profession serait donc disproportionnée, d'autant plus qu'aucune base d'information n'existe actuellement.	VD
35	1b	Der SBK ist sich der Bedeutung der Kosteneindämmung im ambulanten Bereich durchaus bewusst, doch solange die Aufhebung des Vertrags-	SBK/ASI

		zwanges die ambulante Tätigkeit der Spitäler nicht tangiert, wird es lediglich zu einer Verlagerung der Angebote kommen.	
35	1b	Aus Sicht des SGV darf sich die Lockerung des Vertragszwangs nicht bloss auf den ambulanten Bereich beschränken, sondern muss auch den stationären Bereich umfassen. Diese Erweiterung ist einerseits ordnungspolitisch angezeigt. Andererseits würde sie die praktische Handhabung wesentlich erleichtern, da die beiden Bereiche im Alltag oft eng miteinander verknüpft sind. Wir beantragen, dass die Vorlage entsprechend angepasst wird.	SGV/USAM
35	1b	Wir sind der Auffassung, dass geprüft werden muss, ob die Aufhebung des Kontrahierungszwangs nicht auf Ärzte und Chiropraktoren beschränkt werden kann, die letztlich für die Festlegung der Leistungsmenge verantwortlich sind. Zumindest scheint uns im Rahmen von Art. 35 Abs. 1 b eine Ausnahme für die Spitex-Organisationen aus mehreren Gründen gerechtfertigt zu sein: Einerseits dürfte es den Kantonen schwer fallen, die Anzahl der Leistungserbringer im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung festzulegen, da es sich um Organisationen ganz unterschiedlicher Grösse und wechselndem Personalbestand handelt; andererseits subventionieren Kantone und Gemeinden einen erheblichen Teil der Spitex-Organisationen, sodass sie bei ihren Entscheiden kaum frei von Interessen entscheiden können.	SAEB, GELIKO
35a		Le Conseil fédéral doit prévoir, dès le début de la phase transitoire, un mécanisme de correction de la fourchette à l'intérieur de laquelle le canton devra déterminer le nombre minimal de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins de sa population. Ce mécanisme de correction doit permettre de modifier cette fourchette pour tenir compte de l'évolution de la population dans des cantons comme le canton de Fribourg à forte progression. La loi ne précise pas si les limites maximales sont établies sur la base de chiffres absolus (x médecins) et relatifs (x médecins/1000 habitants). Une fixation des limites en pour-cent de la population aurait l'avantage de corriger la fourchette automatiquement en fonction de l'évolution de la population.	FR
35a		Die Vorlage sieht vor, dass die von den Kantonen festzulegende Zahl der Leistungserbringer, die für die Versorgung der Bevölkerung insgesamt benötigt werden (Art. 35 a Abs. 2), gleichzeitig die Minimalzahl sein solle, an der sich die einzelnen Versicherer beim Abschluss von Zulassungsverträgen orientieren müssten (Art. 35a Abs. 3). Mit diesen Vorgaben können die anvisierten Ziele allerdings nicht erreicht werden: <ul style="list-style-type: none"> • Wenn alle Versicherer mit den gleichen Ärzten Verträge abschliessen würden, so würde ein vergleichbares Ergebnis wie beim heutigen Zulassungsstopp erreicht. Ein derartiges einheitliches Vorgehen aller Versicherer wird aber durch den Hinweis auf das Kartellgesetz ausdrücklich ausgeschlossen (Art. 35a Abs. 1); es ist gemäss Erläuterungen zur Vorlage auch nicht erwünscht, da der Markt spielen und differenzierte Angebote hervorbringen soll. • Führen die einzelnen Versicherer dagegen unterschiedliche Ärztelisten unter Einhaltung der vom Kanton definierten Minimalzahlen, so wird die Zahl der Ärzte, die bei Gesamtbetrachtung aller Versicherer zu Lasten der OKP tätig sein kann, über dem von den Kantonen definierten Richtwert liegen, womit die planwirtschaftliche Übung ihren Sinn verliert. Als Alternative wäre denkbar, dass die Kantone die Versorgungslage nach Fachgebieten und Regionen analysieren und wie folgt differenzieren: <ul style="list-style-type: none"> • Regionen / Fachbereiche mit Unterversorgung; • Regionen / Fachbereiche mit angemessener Versorgung; • Regionen / Fachbereiche mit Überversorgung. Auf der Basis dieser Definitionen wären die einzelnen Versicherer zu ver-	SH

		<p>pflichten, mit abgestuften Anteilen der Leistungsanbieter Verträge abzuschliessen (z.B. 100 % in unterversorgten, 85 % in angemessen versorgten und 70 % in überversorgten Bereichen). Damit könnte mit geringen staatlichen Interventionen eine marktgerechte Steuerung erreicht werden, verbunden mit echten Anreizen für neue Leistungsanbieter zur Meldung überversorgter Gebiete bzw. zur Praxiseröffnung in unterversorgten Gebieten.</p>	
35a		<p>Wir halten den Auftrag, eine bedarfsgerechte Anzahl Leistungserbringer pro Kanton festzulegen für schlicht nicht erfüllbar. Aufgrund welcher Kriterien will der Bundesrat festlegen, welches der Bedarf an bspw. Kinderpsychiatern, Ophthalmologen oder Viszeralchirurgen pro Kanton ist? Hier fehlen ausreichende wissenschaftliche Grundlagen. Die Ausführungen in den Erläuterungen zum Gesetzesartikel räumen diese fehlende wissenschaftliche Untermauerung ein, indem sie einen "pragmatischen Ansatz" als Grundlage bezeichnen. Die in diesem Zusammenhang erwähnte vergleichende Analyse der medizinischen Versorgung in unterschiedlichen Kantonen entbindet den Bund aus unserer Sicht nicht davon, bei der Festlegung von Maximalzahlen sicherzustellen, dass damit den Kantonen die verfassungsmässige Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung ermöglicht wird.</p> <p>Weiter wird ausser Acht gelassen, dass die Medizin eine ausserordentlich dynamische Wissenschaft ist, welche innert kurzer Zeit enorme Veränderungen in Bezug auf Diagnostik und Therapie erfahren kann, so dass die Anzahl Leistungserbringer pro Fachgebiet und Kanton resp. Region ebenfalls periodisch angepasst werden müsste. Eine periodische Überprüfung der Mindestzahlen ist im vorliegenden Gesetzestext jedoch nicht vorgesehen.</p> <p>Weiter fordern wir bei einer derart weitgehenden Vertragsfreiheit die Einführung eines Rekursverfahrens für den Fall der Ablehnung oder Auflösung eines Zulassungsvertrages. Wir weisen darauf hin, dass die Ablehnung resp. Auflösung eines Zulassungsvertrages durch einen grösseren Versicherer faktisch ein Berufsverbot für den betroffenen Leistungserbringer in der ambulanten Praxis bedeutet mit der Konsequenz, dass die bisherige Erwerbstätigkeit in der Praxis sowie sämtliche dafür eingegangenen Verbindlichkeiten (Anstellung von Praxispersonal, Erwerb von medizinisch-technischen Apparaten, Praxisfinanzierung durch Aufnahme von Krediten, Miete der Praxisräumlichkeiten etc.) nicht mehr eingehalten werden könnten. Im Umfeld des Schweizerischen Gesundheitssystems mit einer Versicherungspflicht und einem umfassenden Leistungskatalog ist es nur wenigen spezialisierten Leistungserbringern möglich, ausserhalb der Krankenversicherung nach KVG eine Praxis zu betreiben.</p>	VSAO
35a		<p>Das mit der Einführung der Vertragsfreiheit geplante Vorgehen zur Bestimmung des Bedarfs an Leistungserbringern durch Bund (Festlegung der Bandbreite Minimum-Maximum) und Kantone (Bestimmung des notwendigen Minimums innerhalb dieser Bandbreite) erscheint unklar und wenig aussagekräftig, als dabei die Kriterien für die Definition der Versorgungssicherheit durch die Kantone gänzlich unbekannt sind.</p>	SRK
35a		<p>Der Hinweis auf das Kartellrecht ist ein politisches Feigenblatt. Schon heute behaupten die Krankenversicherer im Privatversicherungsbereich, dass nur effizient verhandelt werden könne, wenn sie sich zu Verhandlungskartellen zusammenschliessen (Verfahren vor der Wettbewerbskommission wegen den Halbprivatverträgen mit den Spitälern im Kanton Aargau). Die Versicherer werden auch weiterhin mit diesem Hinweis erst recht als Kartelle verhandeln. Wenn sie es nicht schaffen, bei wenigen Aargauer Spitälern effizient einzeln zu verhandeln, können sie dies auch bei Tausenden von Leistungserbringern nicht. Die Versicherer sind deshalb gesetzlich an ihre Pflichten zu erinnern. Verbandsverträge und Verhandlungsgemeinschaften der Versicherer sind im Gesetz explizit zu verbieten. Andernfalls könnte auch gleich die Einheitskasse eingeführt</p>	FMP

		werden.	
35a		Lors de l'établissement de la densité des fournisseurs de prestations, il est impératif de tenir compte aussi des pharmacies privées des médecins (en croissance) et pas seulement des pharmacies publiques (nombre stable) puisque l'art. 37 al. 3 LAMal assimile le médecin autorisé à pratiquer la propharmacie à un pharmacien.	SAV/SSPh
35a		Malgrado la nostra opposizione al principio della libertà di contrarre se venisse introdotta sottolineamo l'importanza di questo articolo secondo cui il Consiglio federale fisserà i limiti minimi e massimi del numero di fornitori di prestazioni necessario a garantire nei cantoni la copertura del fabbisogno mentre ai cantoni spetterà stabilire all'interno di questi margini il numero di fornitori di prestazioni. Ci opponiamo nel modo più fermo a qualsiasi soluzione che demandasse questo compito agli assicuratori.	acsi
35a	1	Bestimmung: <i>Die Ärzte und Chiropraktoren sowie die Versicherer sind in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:</i> <i>a. die medizinische Versorgung nach Absatz 2 sichergestellt ist;</i> <i>b. die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gewährleistet sind (Art. 56 und 58);</i> <i>c. beim Abschluss des Vertrages die Regeln des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 nicht verletzt werden;</i>	GDK/CDS
35a	1	Gemäss den Ausführungen zu Art. 35a Abs. 1 sind die Leistungserbringer und die Versicherer in der Wahl ihrer Vertragspartner grundsätzlich frei. Zumindest hinsichtlich der Leistungserbringer ist die Stärkung der Vertragsautonomie unter Leistungserbringern und Versicherern problematisch, weil auf schweizerischer Ebene etwa 80 % der Bevölkerung bei 5 Krankenkassen versichert und auf kantonaler Ebene rund 50 % bei zwei Krankenkassen versichert ist. Der Verweis auf die Bestimmungen des Kartellgesetzes dürfte den Leistungserbringern bei ihren Vertragsverhandlungen mit den Krankenversicherern wenig hilfreich sein. Die vorgesehene Verpflichtung der Kantone, eine Mindestzahl von Leistungserbringern zu bestimmen, die für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung notwendig ist, vermag trotz der gegenteiligen Ausführungen im erläuternden Bericht nicht zu verhindern, dass Krankenversicherer im Sinne der Risikoselektion keine Verträge mit Leistungserbringern abschliessen, deren Patientenschaft sich vorwiegend aus Chronischkranken oder betagten Personen zusammensetzt. Wenn - wie vorgesehen - mit einer Beschränkung der Zahl der Leistungserbringer operiert wird, muss daher zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit der Leistungsinhalt und Leistungsumfang qualitativen und quantitativen Vorschriften unterliegen. Die Grundzüge dazu müssen zur Schaffung klarer Verhältnisse bereits im Gesetz selbst vorgeschrieben sein. Entsprechend ist in Art. 35a EntwKVG eine zusätzliche Bestimmung aufzunehmen, wonach Versicherer und Leistungserbringer den Leistungsumfang qualitativ und quantitativ vertraglich festzulegen haben. Ohne eine solche Bestimmung würde es den Versicherern möglich, lediglich auf die Kopfzahl vor: Leistungserbringern abzustellen, ohne den dahinterstehenden Leistungsumfang zu kennen. Dies wiederum ermöglichte es, Vertragsabschlüsse zu tätigen welche schlechte beziehungsweise teure Risiken ausschliessen würden.	AR, GR, SH, TG, ZH
35a	1	santésuisse erachtet es als wichtig, dass die Versicherer in der Wahl ihrer Partner für den Zulassungsvertrag frei sind. Im Sinne der Rechtssicherheit scheint es uns wichtig, dass im Gesetz verankert ist, dass sich die Versicherer beim Abschluss des Zulassungsvertrages im Bereich der Privatautonomie und nicht im Bereich des öffentlichen Rechts befinden. Abs. 1 wie folgt ergänzen: <i>...ist. Beim Abschluss des Zulassungsvertrages sind die Bestimmungen des Privatrechts und des Kartellgesetzes anwendbar.</i>	santésuisse
35a	2	Bestimmung:	GDK/CDS

		<p>Die Kantone bestimmen für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Ärzte und Chiropraktoren zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten. Der Bund legt die Bandbreiten im Sinne von der Mindest- und der Maximalversorgung fest. Jeder Versicherer muss in jedem Kanton, in dem er tätig ist, Verträge über die Zulassung mit mindestens der vom Kanton festgelegten Anzahl Ärzte und Chiropraktoren abschliessen. Die Kantone können den Vertragsabschluss in den von ihnen bezeichneten peripheren Lagen als verbindlich erklären. Die Kantone können die Bestimmungen gemäss Art. 35 Abs. 1 und Art. 35a auf weitere Kategorien ambulanter Leistungserbringer ausdehnen.</p>	
35a	2	<p>santésuisse erachtet es als richtig, dass die Kantone weiterhin Verantwortung für die Versorgungssicherheit tragen müssen. Ein Kanton darf dabei aber nicht einfach das bestehende Angebot als Grundlage der Versorgungssicherheit nehmen, vor allem wenn er eine im schweizerischen Vergleich überdurchschnittliche Versorgungssicherheit aufweist. Deshalb befürwortet santésuisse gesamtschweizerische Vorgaben für die Mindest- und die Höchstgrenze (Bandbreite) zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Gesundheitsversorgung. Auch hier gilt, dass sich die Höchstgrenze nicht einfach am bestehenden Angebot orientieren darf. Massgeblich müssen vielmehr Gutachten unabhängiger Experten sein.</p>	santésuisse
35a	2	<p>Le projet de loi confirme le principe de la compétence des cantons en matière de définition du nombre de fournisseurs nécessaires à la couverture des besoins. La proposition de donner la compétence à la Confédération de fixer des fourchettes est toutefois en contradiction avec cette détermination. Il appartient aux cantons de s'organiser entre eux pour assumer cette responsabilité.</p> <p>Le Conseil d'Etat vaudois s'oppose à ce que la Confédération établisse des fourchettes. Par contre, il demande que la Confédération conduise en concertation avec les cantons une étude approfondie portant sur une analyse de l'offre ainsi que des besoins de la population, compte tenu de l'évolution démographique et des modes de vie.</p> <p>Le rapport explicatif indique que la densité doit être calculée en tenant compte du pourcentage d'activité, mais la loi n'indique rien à ce sujet. Il s'agit cependant d'une donnée indispensable pour avoir une vision complète et réaliste de l'offre.</p> <p>Le Conseil d'Etat vaudois demande que l'art. 35 a al. 2 soit complété de la manière suivante :</p> <p>Art. 35a, al. 2</p> <p><i>Les cantons déterminent [...]. Ils tiennent compte notamment à cet égard de leurs pourcentages d'activité. [...].</i></p>	VD
35a	2	<p>Im Art. 35a Bst. 2 darf demzufolge nicht nur die Anzahl Leistungserbringer festgelegt werden, sondern es müssen auch die Arbeitsprozente berücksichtigt werden.</p>	SVH
35a	2	<p>Die Vorlage sieht auch die Aufhebung des Vertragszwanges für die Leistungserbringer gemäss Art. 35 abs. 2 lit. e vor und somit auch der Pflegefachpersonen. Hier muss klar unterschieden werden zwischen einzelnen Leistungserbringern und Organisationen. Es darf nicht sein, dass die Organisationen in der Anzahl der angestellten Pflegefachpersonen nicht beschränkt werden. Bei der Festlegung des Bedarfs muss daher zwingend vom Leistungsvolumen und nicht von der Anzahl Zahlstellennummer ausgegangen werden. Gerade freiberufliche Pflegefachpersonen leisten häufig nur Teilzeitarbeit.</p>	SBK
35a	2	<p>Die in Abs. 2 vorgesehene Festlegung der Mindest- und Höchstgrenzen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung kommt der Quadratmeter eines Kreises gleich. Es gibt keine allgemein anerkannten Kriterien, nach denen solche Grenzen festgelegt werden können. Zudem darf nicht allein auf die Wohnbevölkerung abgestellt werden, da</p>	SSO

		nicht nur der Wohnort für die Inanspruchnahme von Leistungen in Frage kommt, sondern ebenso der Arbeitsort (vgl. hierzu die Bestimmungen im heute gültigen KVG-Artikel 41 Abs. 2 lit. a). Zudem lässt die Zahl der Leistungserbringer keinen Rückschluss auf deren Ausmass der Tätigkeit zu. Teilzeitarbeit ist nicht zuletzt vorab bei Frauen recht verbreitet, wobei unter den Leistungserbringer ein stetiger Anstieg des Prozentsatzes weiblicher Personen zu verzeichnen ist. Das Abstellen auf reine Kopffzahlen würde indirekt zu einer Diskriminierung dieser Leistungserbringer führen.	
35a	2	Geändert werden könnte die Massnahme dahingehend, dass die Kanton selber entscheiden, wie viele Leistungserbringer welcher Art sie zulassen wollen. Auch der Vertragsinhalt muss möglichst frei sein, d.h. es darf bei der Vertragsschliessung nur eine Mindestanforderung vorgeschrieben werden, sonst ist die Vertragsfreiheit ein zu schwaches Instrument. Art. 35a lit. 2 <i>Die Festlegung einer Höchstgrenze der zur Sicherstellung der bedarfsge-rechten Versorgung nach Absatz 1 in den Kantonen notwendigen Anzahl der Leistungserbringer ist in einem wettbewerbsorientierten System überflüssig.</i>	SVP
35a	4	Dieser Absatz grenzt sich inhaltlich nicht klar von Art. 45 Abs. 2 ab. Die gewählte Formulierung verpflichtet das Bundesamt eine Massnahme zu ergreifen. Dass die Aufsichtsbehörde immer dann, wenn eine Aufsichtsmassnahme angebracht ist, eine entsprechende Massnahme ergreifen muss, versteht sich von selbst und muss an dieser Stelle nicht speziell erwähnt werden. Möglicherweise kann die Aufsichtsbehörde aber gar keine Massnahme ergreifen, weil ein Unterversorgungsfall gemäss Art. 45 Abs. 2 vorliegt, oder das Kartellrecht zur Anwendung gelangt. Wir beantragen deshalb, den letzten Teilsatz zu streichen. Abs. 4 letzter Teilsatz ist zu streichen: Andernfalls haben sie das Bundesamt zu informieren. (streichen)	santésuisse
35b		Sollte das Parlament die Vertragsfreiheit annehmen, ist es unumgänglich, dass sich die KonsumentInnen nicht nur bei der eigenen Versicherung über die Liste der Leistungserbringer informieren können, sondern auch bei andern Versicherungen, da die KonsumentInnen bei einem Versicherungswechsel nicht wissen, ob ihre bisherigen Leistungserbringer bei der neuen Versicherung auch unter Vertrag stehen.	kf, acsi
35b		Wir erachten Art. 35b in der vorgeschlagenen Form als unabdingbar bei einem System mit allfälliger Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Zu präzisieren wäre, dass die Information der Versicherer früh genug zu erfolgen hat, damit die Versicherten allfällige Angebote anderer Kassen einholen und einen Versicherungswechsel vornehmen können. Unseres Erachtens müssten die Versicherer ihre Listen der Vertrags-Leistungserbringer für das nachfolgende Jahr bis spätestens Ende August des Vorjahres bereinigt haben.	SAEB, GELIKO
35b		In Absatz 2 wird im letzten Satz festgehalten, dass bei einer Unterlassung des Hinweises des Leistungserbringers auf die Tatsache, dass diese keine Leistung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfe, gesetzlich festgelegt, dass damit ein zivilrechtlicher Honoraranspruch entfalle. Wir vertreten die Meinung, dass dies einer "Expropriation" gleichkommt, die nicht in Einklang mit den Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention bzw. der Bundesverfassung steht.	SSO
41	1a	Nach Artikel 41 Abs. 1 der Vorlage können die „Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern ...frei wählen“. Aus dieser Regelung geht nicht klar hervor, ob damit die Freizügigkeit der Patienten für Behandlungen auch in anderen Kantonen gewährleistet ist. Dies ist u.a. davon abhängig, ob eine gesamtschweizerisch tätige Versicherung oder ein nur kantonal tätiger Krankenversicherer als Vertragspartner auftritt.	BL

		Diese Fragen sind insbesondere für Kantone mit erheblichen ausserkantonalen Patientenströmen (beispielsweise BS/BL), bei getrenntem Wohn- und Arbeitsort, bei Krankheitsfällen während Ferienaufenthalten, sowie bei zentrumsmedizinischen ausserkantonalen Behandlungen von wichtiger Bedeutung. Die vorgesehene Notfallregelung vermag diese Fälle nur ungenügend abzudecken.	
41	2a	Widersprüchlich ist die Regelung bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht in einem Vertragsverhältnis zum Versicherer stehen. Behandlungen bei Leistungserbringern ohne Zulassungsvertrag sollen zugelassen werden, wenn medizinische Gründe vorliegen. Das heisst, wenn ein Notfall vorliegt oder wenn die Leistung nicht von einem Leistungserbringer im Wahlrecht erbracht wird. Letzteres dürfte nicht vorkommen, da Bund und Kantone durch die Vorgabe von nach Fachrichtungen differenzierten Richtwerten gewährleisten müssen, dass so viele Leistungserbringer unter Vertrag genommen werden müssen, dass alle notwendigen Leistungen abgedeckt sind. Die Ausnahmeregelung nach Art. 41 Abs. 2, Bst. a KVG sollte daher auf Notfallbehandlungen beschränkt werden. Zudem wäre wünschenswert, den Umfang einer Notfallbehandlung auf eine Erstversorgung zu beschränken, bis der Versicherte einen Leistungserbringer aufsuchen kann, der im Wahlrecht steht.	ÖKKV
45	2	Art. 35a Abs. 4 Satz 3 und Art. 45 Abs. 2 sehen beide Massnahmen vor, die ergriffen werden müssen, wenn eine Unterversorgung besteht. Santé-suisse ist der Ansicht, dass der Anwendungsbereich der beiden Bestimmungen genauer aufeinander abgestimmt werden muss. Art. 45 Abs. 2 ist wohl nur anwendbar, wenn nicht genügend Leistungserbringer bereit sind, Zulassungsverträge mit Versicherern abzuschliessen. Wenn ein Versicherer nicht genügend Zulassungsverträge abschliesst, wird die Aufsichtsbehörde reagieren (Art. 35a Abs. 4 Satz 3).	santésuisse
45	2	Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedingt zwangsweise auch eine Neu Beurteilung der Frage der Verantwortlichkeit für die Versorgungssicherheit. Wenn der Markt teilweise liberalisiert wird, müssen auch die entsprechenden Verpflichtungen und Aufsichtsfunktionen angepasst werden. Dem neuen System entspricht es, wenn die Versicherer mit ihrer Verpflichtung zur Kontrahierung einer ausreichenden Anzahl von Leistungserbringern auch eine entsprechende Eigenverantwortung für die Versorgungssicherheit gesetzlich zugeschrieben erhalten. Es geht nicht an, einseitig die Kantone für allfällige negative Folgen der Marktfreigabe in Pflicht zu nehmen. Für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sind primär die Versicherer unter der Aufsicht des BAG verantwortlich zu erklären. Art. 45 EntwKVG ist entsprechend zu ergänzen bzw. an den in diesem Sinn bereits neu gestalteten Art. 35a Abs. 4 EntwKVG anzupassen. Wenn keine Zulassungsverträge zu Stande kommen oder wenn die vom Kanton geforderte Mindestzahl für die Versorgung der Versicherten nicht erreicht wird, sieht Art. 45 Abs. 2 EntwKVG vor, dass die Kantonsregierungen befristete Massnahmen ergreifen, um die Behandlung der Versicherten unter Einhaltung des Tarifschutzes sicherzustellen. Der erläuterte Bericht enthält keine Hinweise, was Gegenstand dieser befristeten Massnahmen sein kann. Wenn es zu den befristeten Massnahmen gehört, dass die Kantone bestimmte Krankenversicherer und Leistungserbringer verpflichten, miteinander einen befristeten Zulassungsvertrag abzuschliessen, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien die Kantone diese Bestimmung vornehmen sollen.	AR, GR, SH, TG, ZH
46	5	Gemäss Art. 35 Abs. 1 Bst. b ergibt sich bereits genügend klar, dass ein ambulanter Leistungserbringer ohne Zulassungsvertrag keine KVG-Leistungen erbringen darf. Aus diesem Sinne ist der 2. Satz überflüssig und ersatzlos streichen: <i>Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktritts- erklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate. (Nacher strei-</i>	santésuisse

		<i>chen)</i>	
46, 47	5, 2	Im erläuternden Bericht zu den Art. 46 Abs. 5 und Art. 47 Abs. 2 EntwKVG wird festgehalten, dass der Tarifbereich nicht Bestandteil des Zulassungsvertrages bildet. Gemäss den Ausführungen kann ein Tarifvertrag erst abgeschlossen werden, wenn zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer ein Zulassungsvertrag vorliegt. Kommt: kein Tarifvertrag zustande, ist die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, verpflichtet, einen Tarif festzusetzen. Der Regierungsrat ist der Auffassung, dass die mit der Aufhebung der Kontrahierungszwanges artgestrebte Stärkung der Vertragsautonomie unter Leistungserbringern und Versicherern nur Wirkung zeigt, wenn gleichzeitig der Wettbewerb im tariflichen Bereich eingeführt wird. Es ist deshalb zu prüfen, ob die tarifliche Regelung fester Bestandteil des Zulassungsvertrages sinnvoll ist. Die Aufnahme des Tarifelementes in den Zulassungsvertrag kann allenfalls auch in einem zweiten Schritt erfolgen.	AR, GR, SH, TG, ZH
47	2	santésuisse ist der Ansicht, dass auch Abs. 1 geändert werden muss, denn dieser Absatz ist neu nur noch im stationären und teilstationären Bereich anwendbar. Abs. 1 ist wie folgt anzupassen: <i>Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern im stationären und teilstationären Bereich kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.</i> Ebenso ist Absatz 2 neu nur noch für den stationären und teilstationären Bereich anwendbar. Ambulante Leistungen, die ausserhalb eines Zulassungsvertrages erbracht werden, werden abschliessend durch Art. 41 Abs. 2 Bst.a geregelt. Abs. 2 ist wie folgt zu ändern: <i>Besteht für die stationäre oder teilstationäre Behandlung einer versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.</i>	santésuisse
59		santésuisse befürwortet die Übernahme dieses Artikels aus der abgelehnten 2. KVG-Revision. Diese Bestimmung wurde bisher auch von den Leistungserbringern nicht bestritten. Weil die Vorlage 1B politisch umstritten sein wird, schlagen wir vor, die unbestrittene Revision des Artikels 59 in die Vorlage 1 A oder 1 C einzugliedern. Zum vorgeschlagenen Text haben wir folgende Bemerkungen: Die vorgeschlagenen Sanktionen sind nicht nur bei Verstössen gegen Art. 56 und 58 und bei Verstössen gegen vertragliche Abmachungen, sondern bei jedem Verstoß gegen das KVG sinnvoll. Entsprechend sollte auch die Bestimmung weiter formuliert werden. - Abs. 1 <i>Gegen Leistungserbringer, welche gegen das KVG, insbes. Art. 56 und 58 und gegen vertragliche Abmachungen verstossen,</i> - Bst. b An dieser Stelle sollten auch auf die Informationspflichten gemäss Art. 35b Abs. 2 und Art. 42 Abs. 3 verwiesen werden. <i>b. die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Art. 57 Abs. 6, Art. 35b Abs. 2 oder Art. 42 Abs. 3.</i> - Bst. f Wir sind der Ansicht, dass das Wort „betrügerisch“ gestrichen werden soll. Der strafrechtliche Betrugs-Begriff beinhaltet ein hohes Mass an krimineller Energie. santésuisse ist der Meinung, dass jede bewusste Manipulation von Abrechnungen die Sanktionen gemäss Art. 59 auslösen soll. Aus diesem Grunde soll das Wort „betrügerisch“ gestrichen werden <i>f. die Manipulation oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen</i>	santésuisse
59		Wir unterstützen den vorgesehenen Art. 59 Abs. 1 und 2 (und insbesondere die explizite Erwähnung von Verstössen wie die Nichtbeachtung des	SAEB, GELIKO

		Tarifschutzes oder die Verletzung der Informationspflicht) unter einem Vorbehalt: Das Recht, Verstösse vor das Schiedsgericht tragen zu können, muss ebenfalls den Organisationen der Versicherten oder einzelnen Versicherten zustehen, die von den Verstössen unmittelbar betroffen sind. Falls dies über die Versicherer geschehen soll, so müsste das Gesetz diese explizit in Art. 59 verpflichten, berechnete Klagen von Versicherten vor dem Schiedsgericht zu vertreten.	
59		Le projet prévoit des sanctions pour les fournisseurs de prestations ne respectant pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantir de la qualité des prestations prévues par la LAMal. Ces sanctions seraient prononcées par le Tribunal arbitral, sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs. Composé notamment de représentants des fournisseurs de prestations et des assureurs, et chargé des litiges entre les précités, le Tribunal arbitral -dont le représentant des assureurs se trouvera le plus souvent dans la situation de devoir se récuser- n'apparaît pas comme l'instance adéquate pour prononcer ces sanctions, qui sont de nature administrative. Cette tâche devrait être confiée aux autorités de surveillance des professions de la santé, sous réserve de recours devant une juridiction administrative.	GE
59	2	Reprenre parmi les critères d'exclusion des fournisseurs de prestations les lettres g) et h) de l'art. 59 al. 2 tels que retenus par la Conférence de conciliation dans le cadre des débats sur la 2ème révision partielle de la LAMal. Le compérage entre professions médicales et l'influence sur le patient à visées pécuniaires doivent être interdits dans le droit fédéral.	SAV/SSPh
59	2	Grundsätzlich begrüessen wir die Anforderung an die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Es handelt sich hier jedoch um strafrechtliche Vorschriften, welche voraussetzen, dass die entsprechenden Definitionen der Tatbestände klar sind. So wird in Abs. 2 lit. a beispielsweise die "Überarztung" genannt. Wie steht es jedoch mit der mangelhaften Versorgung ("Unterarztung")?	SSO
59		Wir begrüessen grundsätzlich das Vorhaben des Bundesrates, Leistungserbringer, welche systematisch unnötige Leistungen zulasten der Krankerversicherung erbringen, zu sanktionieren. Wir sind jedoch der Ansicht, dass der Begriff der Überarztung missverständlich und kaum abschliessend zu definieren ist. Sinnvoller scheint uns, die im bestehenden KVG bereits eingeführten Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit anzuwenden.	VSAO
59		Unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit können wir uns auch eine Überprüfung von Artikel 59 KVG vorstellen. Diese könnte aus unserer Sicht durchaus auch in Richtung der neu vorgeschlagenen Absätze 1 und 2 gehen, wobei allerdings die Verstösse nach Absatz 2, insbesondere die sogenannte Überarztung noch genauer zu definieren bzw. zu exemplifizieren sind.	SCG
59	2	Die Anwendung von Art. 59 Abs.2 (neu) scheint uns nicht praxistauglich und könnte zum grotesken Ergebnis führen, dass in gewissen Kantonen keine Ernährungsberaterin eine Zulassung erhalten würde.	SVDE
59		Dem Art. 59 Abs.1 und 2 können wir trotz Ablehnung der Vertragsfreiheit zustimmen.	EVP
59		Die FDP unterstützt im Weiteren die Verstärkung der Sanktionsmöglichkeiten gegen Leistungserbringer, wie sie bereits im Rahmen der 2. KVG-Revision in Artikel 59 vorgesehen war. Der Katalog von Sanktionen, die ein kantonales Schiedsgericht oder die Beschwerdeinstanz auf Antrag eines Krankenversicherers oder Versicherungsverbandes gegen einen Leistungserbringer, der sich nicht an die im laufenden Vertrag stipulierten Bestimmungen hält, aussprechen kann, soll erweitert werden.	FDP
59		Le Parti libéral est favorable à cette disposition.	LPS
59		economiesuisse unterstützt im Weiteren die Ausweitung der Sanktionsmöglichkeiten gegen Leistungserbringer, wie sie bereits im Rahmen der 2. KVG-Revision in Artikel 59 vorgesehen war. Diese Bestimmung wäre	economiesuisse

		für die Krankenversicherer insbesondere im Falle einer Ablehnung der Botschaft über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges von grosser Bedeutung. Deshalb sollte sie in einer anderen, weniger umstrittenen Vorlage (z.B. 1 A) Aufnahme finden.	
59		<p>Mit dem neuen Art. 59 wird der Rahmen des KVG gesprengt. Es wird ein eigentliches Sondergericht mit einer speziellen Straf- und Sanktionsnorm eingerichtet. Das bisherige Tarifgericht (Art. 89) wird zur umfassenden Aufsichtsbehörde der Leistungserbringer nach KVG. Kompetenzen werden ebenfalls massiv vergrössert. Währenddem das bisherige kantonale Schiedsgericht Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern in tariflicher Hinsicht zu beurteilen hatte, sollen im neuen Art. 59 nicht nur Tarifstreitigkeiten, sondern Bussen und Strafen ausgesprochen werden.</p> <p>Auch in verfahrensmässiger Hinsicht ist das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG nicht geeignet, derart schwerwiegende Sanktionen aussprechen zu können. Das Schiedsgericht soll ein einfaches und rasches Verfahren anwenden. Für Sanktionen gemäss Art. 59 und 89 KVG ist jedoch für den betroffenen Leistungserbringer ein umfassendes Prozessverfahren notwendig.</p> <p>Unseres Erachtens verletzt der vorgeschlagene neue Art. 59 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Art. 89 KVG Art. 30 Bundesverfassung. Das Schiedsgericht erfüllt den verfassungsmässigen Anspruch auf ein durch Gesetz geschaffenes, zuständiges, unabhängiges und unparteiisches Gericht nicht.</p>	PULSUS
59		Wir begrüssen die Erweiterung des Katalogs der Sanktionen. Wir sind aber klar der Meinung, dass dieser Katalog ergänzt werden muss in dem Sinne, dass Sanktionen ausgesprochen werden können auch wegen unwirtschaftlicher Praxisführung. Zusätzlich fordern wir, dass auch Versichertenverbände (Patienten-, Konsumenten- und Behindertenorganisationen) Antrag auf Sanktionen stellen können.	SPS, Pro Senectute
59		<p>Auch Versicherte sollten die Möglichkeit erhalten, bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen einen Antrag zu Sanktionen an das Schiedsgericht zu stellen. Deshalb ist der Schlusssatz von Art. 59 Abs. 1 folgendermassen zu ergänzen: Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers, eines Verbandes der Versicherer oder eines Versicherten.</p>	Aids-Hilfe Schweiz
DT	1	<p>Bestimmung: <i>Die Versicherer sind verpflichtet, mit allen Leistungserbringern im ambulanten Bereich, welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, einen Zulassungsvertrag von drei Jahren abzuschliessen.</i></p>	GDK/CDS
DT	1	Mit der Übergangsfrist von zwei Jahren wird faktisch der Zulassungsstopp auf total fünf Jahre verlängert. Nachdem aber nach der geltenden Bestimmung der Zulassungsstopp explizit auf maximal drei Jahre beschränkt ist, ist die Verlängerung um weitere zwei Jahre verfassungsmässig zumindest problematisch.	TG, ZH
DT	1	Die vorgesehene Frist von zwei Jahren ist unangemessen und viel zu kurz.	SSO
DT	1	Si le législateur persistait dans sa volonté de supprimer l'obligation de contracter, celle-ci devrait impérativement être soumise à une période transitoire, des 1'entrée en vigueur, permettant aux pharmaciens liés contractuellement de faire face aux divers investissements consentis par eux pour l'installation et la bonne marche de la pharmacie. De même, tout nouveau contrat devrait être d'une durée adéquate permettant aux officines de remplir leurs obligations financières sans dommage.	SSPO
DT	2	<p>Bestimmung: <i>Die Kantone müssen Artikel 35a Abs. 2 drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Änderung entsprechen. Der Bund stellt bis spätestens zu diesem</i></p>	GDK/CDS

		<i>Zeitpunkt die notwendige statistische Datenbasis bereit. Bis zu diesem Zeitpunkt und so lange wie die Kantone keinen Bedarf ausweisen, gilt die Anzahl der Leistungserbringer, auf welche sich die Bestimmungen gemäss Art. 35 Abs. 1 und Art. 35a beziehen und welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, als maximale Grenze.</i>	
DT	2	Bei der Festlegung der Übergangsfrist ist zu beachten, dass die Planung der Kantone für den ambulanten Bereich ein Jahr vor Aufhebung des Kontrahierungszwanges vorliegen sollte, damit den Krankenversicherern und den Leistungserbringern für die Verhandlungen und für den Abschluss der Zulassungsverträge genügend Zeit bleibt.	AG
DT	2	Cette disposition pénalise les cantons/régions qui sont en sous-dotation au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, puisqu'il est prévu que cette dotation devienne automatiquement la dotation maximale pour deux ans. Cette dotation maximale cimenter par ailleurs le statu quo dans les cantons qui sont en sur-dotation, alors qu'il n'est pas démontré que l'offre actuelle soit optimale (voir importantes différences entre les cantons du ratio offre/1000 habitants).	FR
DT	2	Le Conseil d'Etat vaudois partage l'avis de la CDS qu'il faut augmenter le délai transitoire avant l'entrée en vigueur de cette disposition. Il propose que le délai soit de 4 ans. En effet, les travaux à conduire seront nouveaux et complexes. Pour être utilisables, ils ne devront pas tenir compte que des médecins en exercice mais également des médecins en formation prégraduée et postgraduée. Par ailleurs, il faudra prévoir l'élaboration d'une base légale cantonale.	VD
DT	2	Mit der Fixierung des Status quo bei Einführung des Gesetzes als Maximalgrenze, wird die Behebung der teilweise vorhandenen Unterversorgung in den Bereichen Hebammen, Ergotherapie, Pflege, Ernährungsberatung verunmöglicht.	SVBG
DT	2	Im Sinne eines reibungslosen Übergangs vom Kontrahierungszwang zur Vertragsfreiheit erachten wir eine Besitzstandsgarantie während einer bestimmten Zeitspanne als rechtsstaatlich geboten.	economie-suisse
DT	2	Sollten die Kantone innerhalb der vorgesehenen Übergangsfrist keine Mindestzahl an Leistungserbringern festlegen, so soll für die Versicherer die untere Grenze der vom Bundesrat vorgegebenen Bandbreite als massgebende Mindestzahl gelten.	santésuisse
DT	2	Wir regen zudem an, dass der Bundesrat sehr bald die Bandbreiten der Zahl der Leistungserbringer festlegt (Übergangsbestimmung II Abs. 2), sodass die Kantone mit der Planung beginnen können. Zudem könnten dann die Versicherer bald mit den Verhandlungen für die Zulassungsverträge beginnen. Nur so kann die Übergangsfrist von 2 Jahren auch eingehalten werden. Sollten die Kantone in den zwei Jahren die Mindestanzahl der Leistungserbringer nicht festlegen, soll die untere Grenze der vom Bundesrat vorgegebenen Bandbreite gelten. Wir schlagen daher folgende Ergänzung vor: Übergangsbestimmung II Abs. 3 (neu) <i>Steht nach zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung die kantonal festgelegte Mindestanzahl der Leistungserbringer nicht fest, so soll die untere Grenze der vom Bundesrat vorgegebenen.</i>	ÖKKV

Vorlage 1C / Projet 1C

Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 64a)

Non-paiement des primes et des participations aux coûts (art 64a)

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Die geplante Gesetzesänderung sieht in Artikel 64a Absatz 2 vor, dass die Leistungen der Krankenversicherer bereits nach dem Stellen des Fortsetzungsbegehrens sistiert werden können. Dies erachten wir als äusserst problematisch. Stellt man - wie bis anhin - auf das Vorliegen eines Verlustscheins ab, ist sichergestellt, dass die säumige Person in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebt. Wenn in solchen Fällen die Prämie vom Kanton übernommen wird, ist dies gerechtfertigt, da feststeht, dass es sich um eine Person handelt, welche mit dem Existenzminimum auskommen muss. Wenn hingegen die Prämie bereits dann vom Kanton übernommen wird, wenn die Versicherer ein Fortsetzungsbegehren gestellt haben, werden einerseits die Versicherten dazu verleitet, ihre Prämien nicht zu bezahlen im Wissen darum, dass diese vom Kanton übernommen werden. Andererseits werden die Versicherer davon befreit, das Betreibungsverfahren zu Ende zu führen, indem sie kein Verwertungsbegehren mehr stellen müssen. Auch wenn die Prämienübernahme durch den Kanton mit einer Legalzession verbunden wäre - was für den Fall des Einführens dieser Bestimmung dringend nötig wäre - würde dies nach Artikel 77 SchKG dazu führen, dass der Betriebene nochmals Rechtsvorschlag erheben könnte und der Kanton dann die Rechtsöffnung anstreben müsste. Ein solches Vorgehen können wir nicht unterstützen. Aus diesen Gründen beantragen wir, die Möglichkeit zur Sistierung der Leistungen weiterhin vom Vorliegen eines Verlustscheins abhängig zu machen. Wie oben dargelegt wurde, führen die vorgeschlagenen Bestimmungen zu rechtlichen Problemen und Rechtsunsicherheiten. Sofern dennoch an der geplanten Gesetzesänderung festgehalten wird, sollte die Prämienforderung der Krankenversicherer mittels Legalzession auf den Kanton übergehen. Eine solche Legalzession wäre im KVG gesetzlich zu verankern.</p>	BE
<p>Wir stimmen mit Ihnen überein, dass bezüglich der uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen eine unbefriedigende Situation besteht. Dies betrifft v.a. die Möglichkeit von säumigen Versicherten, die Versicherung zu wechseln und so einer allfälligen Leistungssistierung zu entgehen. Dass diese Möglichkeit inskünftig ausgeschlossen werden soll, begrüssen wir ausdrücklich.</p> <p>Hingegen sehen wir den Sinn der früheren Meldung säumiger Versicherter an die Sozialbehörden der Kantone nicht. Auf diese Weise würde das Inkassorisiko einfach auf die Kantone, resp. Sozialhilfebehörden verschoben. Das eigentliche Problem in diesem Bereich besteht nicht im Zeitpunkt der Meldung der Zahlungsver säumnisse, sondern darin, dass das Gesetz nicht klar regelt, was aufgrund einer entsprechenden Meldung zu geschehen hat. Gemäss unseren Abklärungen bestehen diesbezüglich zwischen den Kantonen, wie teilweise auch innerhalb der Kantone (d.h. auf Gemeindeebene) erhebliche Unterschiede. Seitens der Versicherer wird eine generelle Zahlungspflicht der Behörden postuliert. In zahlreichen Kantonen werden Schuldscheine nur dann übernommen, wenn die Versicherten von der Sozialhilfe abhängig sind. In der Praxis führt dies zu zahlreichen Auseinandersetzungen. Zum Beispiel ist umstritten, ob eine Leistungssistierung aufgehoben werden muss, wenn eine Schuldschein getilgt wurde, jedoch bereits wieder neue offene Forderungen bestehen. Grundsätzlich widerspricht eine Übernahme von aufgelaufenen Schulden auch den Prinzipien der Sozialhilfe. Ungeklärte Fragen bestehen auch bezüglich der Leistungspflicht der Kantone im Falle eines Wohnsitzwechsels. Eine Verschiebung des Inkassorisikos zu den Behörden lehnen wir klar ab. Hingegen würden wir die Ausarbeitung einer klaren und einheitlichen Regelung bezüglich der Übernahme von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen nach Vorliegen eines Schuldscheins begrüssen.</p>	BS
<p>Le remplacement de "l'acte de défaut de biens" par la simple "réquisition de continuer la poursuite" (article 64a) pour suspendre le paiement décharge les assureurs tout en pénalisant les assurés aura pour effet de reporter ces charges (frais d'administration et prise en charge des arriérés) sur les pouvoirs publics. Nous demandons donc au Conseil fédéral de renoncer à cette nouvelle réglementation.</p> <p>Nous sommes favorables à la disposition selon laquelle les assurés ne peuvent changer d'assureurs tant que les primes ou les participations aux coûts restent impayées.</p>	FR

<p>En matière de non-paiement des primes, nous sommes d'avis de maintenir les dispositions actuelles de l'OAMal, soit le canton rembourse sur base d'un acte de défaut de biens.</p>	GE
<p>Die Zuständigkeit für die Bezahlung von ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten bei Wohnortwechseln zahlungsunfähiger Versicherter ausserhalb des bisherigen Wohnkantons während des Betreibungsverfahrens ist, da eine entsprechende Regelung im KVG fehlt, in den einzelnen Kantonen unterschiedlich geregelt. Die meisten Kantone - so auch der Kanton Graubünden - verpflichten diejenige Gemeinde, in der die betroffene Person zum Zeitpunkt der Zahlungsfälligkeit Wohnsitz oder Aufenthalt hatte, zur Zahlung der Ausstände. Andere Kantone hingegen sehen die Zuständigkeit derjenigen Gemeinde vor, in der die Person im Zeitpunkt der Einreichung des Verlustscheins ihre Schriften hinterlegt hat. Aufgrund dieser Ausgangslage ist die Zuständigkeit für die Zahlung von Prämienausständen bei Wohnortwechseln ausserhalb des bisherigen Wohnkantons während des Betreibungsverfahrens bundesrechtlich zu koordinieren.</p>	GR
<p>La réglementation concernant le non-paiement des primes et la participation aux coûts n'est pas convaincante. Telle que proposée, elle suppose un transfert du risque au recouvrement des assureurs vers les fournisseurs de prestations. De surcroît, la communauté sera davantage appelée à pallier les manquements si les assureurs négligent de poursuivre les impayés. La RCJU demande au Conseil fédéral de renoncer à cette nouvelle réglementation, tout comme le proposent la CDS et la CRASS. La RCJU demande donc que la pratique actuelle d'exiger un acte de défaut de biens avant l'intervention financière des collectivités publiques soit maintenue. Dans ce domaine, la RCJU suit la position de la CDS en précisant qu'elle estime que les frais de poursuites et les intérêts moratoires ne doivent pas être remboursés aux assureurs par les cantons.</p>	JU
<p>Die Regelung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligung vermag nicht zu überzeugen. Die Kantone scheinen dabei gleich einem doppelten Risiko ausgesetzt: einerseits als Spitalbetreiber und -finanzierer und andererseits als Mitfinanzierer der Sozialhilfe. Sinnvoll erachten wir hingegen die Regelung, wonach die Versicherer den Versicherer nicht wechseln dürfen, solange die Prämien der Kostenbeteiligung ausstehend sind.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass es sich bei der zuständigen kantonalen Stelle für die Entgegennahme der Meldung der Krankenversicherer für den Leistungsaufschub um die nach ZUG zuständige Stelle der Wohnsitzgemeinde handelt (Art. 64a Abs. 2).</p>	LU
<p>La réglementation concernant le non-paiement des primes et la participation aux coûts n'est pas convaincante. Telle que proposée, elle suppose de facto et avant l'heure un transfert du risque au recouvrement des assureurs vers les fournisseurs de prestations puisque, en cas de suspension des prestations, les factures des prestataires ne sont plus réglées, elles non plus. De surcroît, la communauté sera davantage appelée à pallier aux manquements si les assureurs négligent de poursuivre les impayés. Les cantons seraient ainsi exposés à un risque accru à deux titres, d'une part en tant qu'exploitants et financeurs des hôpitaux et, d'autre part, en tant que co-financeurs de l'aide sociale. Et, last but not least, cette disposition amènerait à un noyautage de l'obligation de s'assurer. Nous proposons dès lors au Conseil fédéral de renoncer à cette nouvelle réglementation. En revanche, nous trouvons judicieuse la disposition selon laquelle les assurés ne peuvent pas changer d'assureur tant que les primes ou les participations aux coûts restent impayées.</p> <p>De fait, la révision de la loi devrait ancrer les principes suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'assuré est tenu de payer primes et participations aux coûts. 2. L'assureur est tenu de poursuivre la procédure d'encaissement jusqu'à la délivrance d'un acte de défaut de biens. 3. Le canton est tenu de prendre l'acte de défaut de biens en charge, pour autant que la procédure de recouvrement menée par l'assureur soit diligente. 4. Toute suspension de couverture ou compensation de créance par l'assureur est interdite (même en cas de procédure de recouvrement non diligente). <p>Le Conseil fédéral fixe les conditions de diligence que doivent respecter les assureurs pour prétendre aux remboursements des actes de défauts de biens.</p>	NE

<p>Die vorgeschlagene Regelung über den Leistungsaufschub bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen ist abzulehnen. Die bisherige Lösung, die den Leistungsaufschub erst nach Vorliegen eines Verlustscheins erlaubt, hat sich bei den Partnern (Versicherer, Kantone, Gemeinden) eingespielt. Mit der Möglichkeit, den Leistungsaufschub bereits nach gestelltem Fortsetzungsbegehren zu verfügen, wird das Inkassorisiko faktisch vorzeitig vom Versicherer auf den Leistungserbringer überwältzt, weil bei einem Leistungsaufschub tendenziell auch die Rechnungen der Leistungserbringer nicht mehr beglichen werden. Die Allgemeinheit wird überdies eher Ausfälle tragen müssen, wenn sich die Versicherer nicht adäquat um das Eintreiben der Ausstände bemühen. Die Kantone wären dem erhöhten Risiko gleich doppelt ausgesetzt, einmal als Spitalbetreiber und -finanzierer und ein weiteres Mal als Mitfinanzierer der Sozialhilfe. Wir beantragen, in Art. 64 a Abs. 2 die bisher in Art. 90 KW verankerte Regelung zu überführen.</p> <p>Sinnvoll ist hingegen die Bestimmung von Art. 64 a Abs. 4, wonach die Versicherten den Versicherer nicht wechseln dürfen, solange Prämien und Kostenbeteiligungen ausstehend sind.</p>	SG
<p>Der Vorschlag, dass der Versicherer bereits nach der Stellung des Fortsetzungsbegehrens die Leistungen aufschieben kann, wird abgelehnt. Diese Massnahme führt zu einer weiteren Ausweitung der Leistungsaufschübe, sie unterläuft geradezu das Versicherungsobligatorium. Zudem wird damit indirekt eine Kostenverlagerung zu Lasten des Gemeinwesens ausgelöst. Damit die Wohngemeinde z.B. bei einem Spitalaufenthalt des Schuldners bei Bestehen eines Leistungsaufschubs nicht zahlungspflichtig wird, ist sie selbstverständlich daran interessiert, dass dieser Leistungsaufschub raschestens aufgehoben wird. Sie wird somit - wie im Kanton Solothurn bei Vorliegen eines Verlustscheins bereits heute vorgesehen - die Ersatzleistungen nach Art. 90 Abs. 4 KVV (Prämien, Kostenbeteiligungen, Betriebskosten und Verzugszinse) bereits nach dem Fortsetzungsbegehren auf Betreibung bezahlen, nota bene bevor die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners überhaupt festgestellt ist. Dies kann nicht Sinn und Zweck der Übung sein.</p>	SO
<p>Im Art. 64a (neu) - insbesondere Absatz 2 - wird nicht geregelt, welche Rolle den Kantonen (oder den Gemeinden) zukommen soll, wenn die Meldung der ausstehenden Prämien erfolgt ist. Im Weiteren ist nicht ersichtlich, ob in Zukunft der Kanton für den Einzug der Prämien zu sorgen hat. Sofern die Meinung vertreten wird, dass der Kanton via Prämienverbilligung die ausstehenden Prämien übernimmt, so ist im Gesetz auch die Zuständigkeit der Kantone (Wohnsitzfrage gemäss ZGB) zu regeln. Die bis jetzt fehlende Regelung hat am meisten Probleme bei der Übernahme der ausstehenden Prämien im Rahmen der Prämienverbilligung ergeben (hoher Handlungsbedarf).</p>	SZ
<p>Per quel che concerne il mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni, il nostro cantone esprime delle perplessità, nella misura in cui la soluzione proposta dal progetto di revisione implica, in effetti, un trasferimento del rischio dagli assicuratori verso i fornitori di prestazioni ed un probabile incremento di finanziamento a carico della collettività (cantoni). La revisione e inoltre in opposizione con il principio di un' assicurazione sociale obbligatoria di carattere universale, il cui scopo e anche quello di garantire, in ogni momento, un'equità d'accesso al sistema sanitario.</p>	TI
<p>L'expérience de notre canton en la matière montre que les nouvelles dispositions prévues sont inadéquates. Comme toute entreprise privée, mais aussi comme les caisses de compensation AVS par exemple, les assureurs-maladie doivent être tenus de mener à terme les poursuites qu'ils ont ouvertes, donc jusqu'à obtention de l'acte de défaut de biens.</p> <p>Les dispositions proposées vont à l'encontre de l'obligation de couverture de l'ensemble de la population et du droit fondamental à l'accès aux soins (objectifs fixés par la LAMal elle-même), puisqu'elles renforcent les possibilités d'exclusion des personnes éprouvant des difficultés à payer leurs primes. Or, ces personnes se trouvent généralement dans une situation sociale et sanitaire des plus précaires. Il importe donc d'éviter toute suspension de la couverture d'assurance, de manière à rester conforme à l'esprit de la LAMal.</p> <p>En premier lieu, le Conseil d'Etat vaudois demande que soit maintenue l'obligation faite aux assureurs de mener à terme la poursuite avec diligence et d'obliger les</p>	VD

<p>cantons à rembourser les montants dus (primes, participation aux coûts, frais de poursuite, intérêts moratoires selon l'article 90 OAMAL) à l'assureur sur présentation d'un acte de défaut de biens (ou autre justificatif admis par le canton). La suspension de la couverture, ainsi que la compensation entre arriérés et prestations dues, pourraient dès lors être formellement interdites conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. En second lieu, le Conseil d'Etat vaudois demande que l'ensemble des montants arriérés remboursés dans le cadre de cette procédure soit financé par l'enveloppe affectée à la réduction des primes et non pas, comme une directive de l'OFAS (aujourd'hui OFSP) le prévoit, par l'aide sociale cantonale pour les participations aux coûts et intérêts moratoires : ces montants sont inséparables des primes et leur non-remboursement annihilerait les objectifs visés.</p>	
<p>Pour ce qui est du non-paiement des primes, nous sommes fort surpris que vous souhaitez que les assureurs-maladie suspendent les prestations dès le dépôt de la réquisition de continuer la poursuite, c'est-à-dire après le 1^{er} rappel déjà. En effet, cette mesure va à l'encontre de l'obligation de couverture de l'ensemble de la population et du droit fondamental à l'accès aux soins. Nous vous proposons par conséquent de maintenir les dispositions actuelles de l'OAMal.</p>	VS
<p>La réglementation concernant le non-paiement des primes et la participation aux coûts n'est pas convaincante. Telle que proposée, elle suppose de facto et avant l'heure un transfert du risque au recouvrement des assureurs vers les fournisseurs de prestations puisque, en cas de suspension des prestations, les factures des prestataires ne sont plus réglées, elles non plus. De surcroît, la communauté sera davantage appelée à pallier les manquements si les assureurs négligent de poursuivre les impayés. Les cantons seraient ainsi exposés à un risque accru à deux titres, d'une part en tant qu'exploitants et financeurs des hôpitaux et, d'autre part, en tant que co-financeurs de l'aide sociale. Et, last but not least, cette disposition amènerait à un noyautage de l'obligation de s'assurer. Nous proposons dès lors au Conseil fédéral de renoncer à cette nouvelle réglementation. En revanche, nous trouvons judicieuse la disposition selon laquelle les assurés ne peuvent changer d'assureur tant que les primes ou les participations aux coûts restent impayées.</p>	GDK/CDS
<p>Die EVP unterstützt auch die Neuregelung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen im neuen Art. 64a. Die Zunahme der Prämienausstände – derzeit 400 Mio. Franken - zeigen auf, dass das System auf zu einfache Art ausgenutzt werden kann. Über viele Monate hinweg können Leistungen bezogen werden, ohne dass Prämien und Kostenbeteiligungen bezahlt werden. Darunter leiden alle Prämienzahler.</p>	EVP
<p>Im Rahmen des ersten Gesetzgebungspakets greift der Bundesrat auch das Problem der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auf, da die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber der Versicherer sowie die Folgen der Nichterfüllung im geltenden Recht nicht formell-gesetzlich geregelt sind; auch wird der Bundesrat gemäss geltendes Recht nicht beauftragt, hierzu sowie zum Wechsel des Versicherers nähere Bestimmungen zu erlassen. Im Wissen darum, dass die Erfüllung der Prämienzahlungs- und Kostenbeteiligungspflicht durch die Versicherten für die Finanzierung der Krankenversicherung unentbehrlich ist, unterstützt die FDP die im neuen Artikel 64a KVG stipulierten Massnahmen bezüglich Mahnverfahren, Leistungssistierung und Verbot des Kasseewechsels bei Nichtbezahlung der Prämien.</p>	FDP
<p>Le Parti libéral suisse approuve cet article déjà adopté lors de la 2eme révision LA-Mal.</p>	LPS
<p>Il est paradoxal de voir le Conseil fédéral vouloir imposer une normalisation des subventions dans les cantons alors qu'en même temps, il laisse les assureurs caracoler en toute indépendance dans le domaine de la santé, au point de laisser entendre que les prestations de soins ne seraient plus accordées en cas de cessation de paiement des primes alors que certains assureurs mettent des mois pour rembourser ce qu'elles doivent aux assurés sans encourir le moindre reproche.</p>	POP
<p>Die SP Schweiz ist mit dem Aufschub der Übernahme der Kosten für die Leistungen nicht einverstanden. Sie lehnt jede Einstellung der obligatorischen Versicherungsdeckung ab. Der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen in der obligatorischen Grundversicherung muss jederzeit für alle möglich sein, unabhängig der aktuellen finanzi-</p>	SPS

ellen Situation. Einverstanden sind wir mit dem Vorschlag, dass säumige Versicherte die Kasse nicht wechseln können, solange die Ausstände nicht gedeckt sind.	
Concernant le non paiement des primes ainsi que ses conséquences sur les assuré-e-s, la FRC a toujours protesté contre la suspension du remboursement des prestations par les assureurs, ne l'estimant pas légale. Nous nous opposons à ce qu'une base légale autorisant ce genre de pratique soit ancrée dans la LAMal. La FRC refuse que seule une procédure de rappel ainsi qu'un dépôt d'une réquisition de continuer la poursuite suffisent à l'assureur pour suspendre ses prestations à l'égard des assuré-e-s concernés. Si les arriérés de paiement ont augmenté au fil des années, cela est principalement dû au niveau élevé des primes que bon nombre d'assuré-e-s ont de plus en plus de peine à prendre en charge.	FRC
Dass die Krankenversicherer die Leistungen bei nicht bezahlten Prämien oder Kostenbeteiligungen innert den genannten kurzen Fristen die Kosten der Leistungen aufschiebt, scheint uns für gewisse Fälle eine sehr harte Regelung zu sein. Aus unserer Sicht müsste in jedem Fall noch einmal mit den betroffenen PatientInnen eine gütliche Lösung gesucht werden. Gleichzeitig scheint es uns unumgänglich im Gesetz auch eine Ziffer einzufügen, die bestimmt, dass die Versicherer die ausstehenden Zahlungen innerhalb von 30 Tagen zu vergüten haben. Unsere Beratungsstellen erhalten sehr viele Meldungen von Fritten von bis zu 90 Tagen bis zur Rückzahlung durch gewisse Versicherer. Wir fordern die Einfügung eines Absatzes 6: "Die Versicherer sind verpflichtet, den Versicherten die ihnen zustehenden Rückzahlungen innert 30 Tagen zu leisten."	kf
Per ciò che concerne il mancato pagamento dei premi e le conseguenze per gli assicurati abbiamo sempre ritenuto che la sospensione dei rimborsi delle prestazioni da parte degli assicuratori fosse illegale. Ci opponiamo dunque all'intenzione di creare una base legale che ancori questa pratica nella LAMal. Tanto più che per gli assicuratori non esiste nella LAMal alcun termine entro il quale effettuare i rimborsi agli assicurati. Numerosi assicurati non pagano i premi in quanto devono attendere a volte mesi per ottenere il rimborso delle loro fatture da parte della loro cassa malati. Chiediamo quindi formalmente che nella LAMal venga introdotto un termine vincolante di 30 giorni entro il quale gli assicuratori devono rimborsare le fatture agli assicurati.	acsi
Ziel der Prämienverbilligung müsste sein, einen von der Sozialhilfe unabhängigen Versicherungsschutz zu gewähren. Dieses Ziel kann mit Art. 64a in der vorliegenden Konzeption aber nicht erreicht werden. Problematisch ist, dass ein Leistungsaufschub auch dann möglich ist, wenn die Prämien - nicht zuletzt dank Verbilligung - zwar bezahlt sind, nicht aber allfällige offene Kostenbeteiligungen. In diesem Falle (das heisst wenn die Prämien bezahlt sind) sollte von einem Leistungsaufschub abgesehen werden. Es genügt, dass der Versicherer offene Kostenbeteiligungen mit geschuldeten Versicherungsleistungen verrechnen darf. Antrag: Art. 64a KVG sei so zu fassen, dass eine nicht bezahlte Kostenbeteiligung nur zum Verbot des Versichererwechsels, nicht aber zu einer Leistungssperre führt. Der Versicherer hat dafür das Recht, geschuldete Versicherungsleistungen mit offenen Kostenbeteiligungen zu verrechnen.	Schweiz. Städteverband
Die Zahlungsausstände bei den Krankenversicherern haben alarmierende Ausmasse angenommen. Werden keine Gegenmassnahmen ergriffen, wird diese Entwicklung für die ordentlichen Prämienzahler zusehends negativere Konsequenzen zeitigen, was nicht korrekt ist. Aus diesem Grund begrüssen wir den neuen Art. 64a, welcher den säumigen Versicherten verunmöglicht, vor Begleichung sämtlicher ausstehenden Prämien und/oder Kostenbeteiligungen den Versicherer zu wechseln. Keinesfalls schwächen darf man jedoch die rechtliche Situation der Leistungserbringer. Vielmehr sollte nach zusätzlichen Lösungen gesucht werden, um auch deren Delkredererisiko zu verringern.	SGV/USAM
Die vorgesehene Aufnahme des Art. 64a deckt sich nicht mit dem vorgegebenen Titel der Vorlage 1C ("Prämienverbilligung"). Im Übrigen ist der Artikel 64a einzig auf die Situation der Kassen zugeschnitten. Nach der Vorlage können sie ihre Zahlungen früher einstellen, als dies nach bisherigem Recht möglich ist. Damit wächst der Umfang der Leistungen, welche zwar erbracht wurden, für welche die Kosten jedoch nicht von der Krankenversicherung zu übernehmen sind.	SSO

<p>Dabei ist jedoch Folgendes zu berücksichtigen: Für diejenigen Leistungserbringer, die gemäss den gesetzlichen Vorschriften insbesondere in Notfällen zur Erbringung von Leistungen verpflichtet sind, für welche die Krankenversicherung wegen offener Zahlungen die Kostenübernahme jedoch ablehnen kann, ergibt sich ein "rechtsfreier Raum", der durch eine entsprechende Gesetzesbestimmung parallel zu der hier nun vorgesehenen Lösung für die Kassen zu schliessen ist. Es ist vom Bund zu regeln, wer für die entstehenden Kosten des Leistungserbringers aufzukommen hat (z.B. Fürsorgebehörde). Obwohl dieses Thema mehrfach aufgegriffen wurde; fehlt im hiesigen Vorschlag eine diesbezügliche Bestimmung. Dieser Mangel ist mit dieser Vorlage zu beheben.</p>	
<p>Si l'assuré ne paie pas ses primes, il y a suspension des prestations. Il nous paraît impératif que les pharmaciens d'officine soient informés chaque 2 semaines par les assureurs des cas litigieux (liste des non-payeurs). Le texte mis en consultation ne stipule à aucun moment ce qu'il advient d'un prestataire ayant déjà fait son travail, c'est-à-dire délivré des médicaments prescrits sur ordonnance à un patient n'ayant pas payé ses primes.</p>	SSPO
<p>santésuisse begrüsst die Übernahme dieses Artikels aus der abgelehnten 2. KVG-Revision ausdrücklich.</p> <p>Das Mahnverfahren gab bis heute weder beim Versicherer noch bei den versicherten Personen Anlass zur Kritik. Eine gesetzliche Umschreibung ist deshalb nicht notwendig. santésuisse befürchtet, dass der vorgeschlagene Abs. 1 dazu führen wird, dass die Versicherer aus Beweisgründen alle Mahnungen eingeschrieben versenden müssen. Dies würde die Verwaltungskosten massiv erhöhen. Die Bestimmung würde die Versicherer zudem dazu verpflichten, bereits nach der 1. Mahnung das Betreibungsverfahren einzuleiten. Wir schlagen vor, das Mahnverfahren nicht gesetzlich zu regeln. Abs. 1 ist zu streichen.</p> <p>Heute ist ein Leistungsaufschub möglich, solange der Versicherte den Gesamtbetrag der geschuldeten Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht bezahlt (vgl. Art. 90 Abs. 4 KVV). Wir gehen davon aus, dass man daran nichts ändern will und dass Abs. 2 und Abs. 3 irrtümlicherweise nicht die heutige Rechtslage wiedergeben. Die Gesetzesrevision soll das Prämieninkasso der Krankenversicherer verbessern und nicht verschlechtern.</p> <p>Abs. 2 ist wie folgt abzuändern: "..., so schiebt der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis der Gesamtbetrag der ausstehenden Prämien, der Kostenbeteiligung, der Verzugszinsen und der Betreuungskosten vollständig bezahlt ist."</p> <p>Abs. 3 ist wie folgt abzuändern: "Ist der Gesamtbetrag der ausstehenden Prämien, der Kostenbeteiligung, der Verzugszinsen und der Betreuungskosten vollständig bezahlt, so..."</p>	santésuisse
<p>Auch Vertragsverletzungen von Versicherten müssen sanktioniert werden, und zwar nicht nur durch die Überwälzung der Inkasso-Kosten (dies steht übrigens nirgends im Art. 64a und müsste: unbedingt festgehalten werden). Wir könnten uns vorstellen, dass die während der Aufschubszeit anfallenden Kosten nur zu fünfzig Prozent erstattet werden.</p>	ASA/SVV
<p>Etendre encore la dictature des assureurs, en leur permettant de suspendre les prestations en cas de non-paiement des cotisations, reviendrait à considérer que l'assuré n'est plus assuré et par là contreviendrait à la loi d'obligation d'assurance. Si l'assuré ne paie plus ses primes, c'est qu'il n'en a plus les moyens, car elles sont trop élevées. L'accès aux soins lui serait par conséquent interdit, en contradiction avec le premier des objectifs poursuivis par la LAMal. La loi permet en outre aux assureurs d'opérer une compensation entre primes et prestations dues, cette disposition étant à sens unique, puisque l'assuré, lui, n'est pas libre de procéder à cette compensation. Or, il arrive souvent que l'assuré doivent attendre des semaines, voire des mois, avant d'être remboursé de ses factures. Une disposition dans la loi devrait par conséquent être introduite, qui permettrait à l'assuré de pénaliser également l'assureur qui ne respecte pas ses obligations. Il s'écoule souvent de longs mois avant que l'assureur mette l'assuré en demeure par un commandement de payer et que l'office des poursuites ne s'exécute, comme il est fréquent que les assureurs n'avisent pas les services cantonaux d'assurance-maladie avant de recevoir</p>	ASSUAS

<p>un acte de défaut de biens. Dans ces cas, faute d'avoir pu régler ses primes, l'assuré malade n'aurait plus droit aux soins que requerrait son état de santé. Enfin, permettre aux assureurs de refuser la sortie de leur caisse aussi longtemps que primes et participations ne seraient pas acquittées au motif qu'il s'agirait de protéger la communauté des assurés "contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés" laisse implicitement et pour la première fois supposer que le fait de changer de caisse génère une augmentation des primes d'abord, puis que les assureurs reporteraient sur l'ensemble de leurs membres les cotisations impayées de certains de ceux-ci !</p>	
<p>Il n'est pas question pour l'AVIVO d'accepter la suspension des prestations en cas de non-paiement des primes. Cela ne ferait qu'aggraver et pénaliser la situation de personnes fragilisées ou dans une situation économique peut-être passagère. Il n'est pas acceptable que l'on ne soigne pas quelqu'un, dans notre pays si riche, pour des questions de primes non payées. Les services sociaux de l'AVIVO connaissent nombre de cas où les assureurs paient ce qu'ils doivent à des assurés avec un retard si considérable que ceux-ci n'ont plus les moyens de payer leurs primes.</p>	AVIVO
<p>Mit der vorgeschlagenen Regelung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen sind wir nicht einverstanden. Der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen in der obligatorischen Grundversicherung sollte jederzeit für alle möglich sein – unabhängig von der jeweiligen finanziellen Situation. Einverstanden sind wir hingegen mit dem Vorschlag, dass säumige Versicherte die Kasse nicht wechseln können, solange die Ausstände nicht gedeckt sind.</p>	Pro Senectute
<p>Die vorgeschlagene Neuregelung der Folgen von Zahlungsausständen bei Versicherungsprämien lehnen wir ab. Sie berücksichtigt einseitig das Inkassointeresse der Krankenversicherer und gewichtet deren Interessen nicht mit denjenigen der Versicherten. Sistierte Kassenleistungen sind faktische Zugangsschranken zur Gesundheitsversorgung. Zumindest gegenüber Unmündigen darf die Leistungspflicht der Krankenversicherer daher auf keinen Fall sistiert werden.</p>	Pro Juventute
<p>Au regard de l'importance d'une telle assurance, les démarches à effectuer lorsqu'un assuré n'a pas payé ses primes sont beaucoup trop coûteuses et longues. Une seule démarche devrait être imposée à l'assureur, c'est le rappel écrit avec accusé de réception. Les conséquences après un premier rappel, c'est que l'assuré doit payer les primes et (pas ou) les participations aux coûts arriérées. Après quoi seulement, l'assureur devra prendre en charge les coûts des prestations fournies pendant la durée de la suspension. Dans le cas d'un deuxième non-paiement de primes (rappels), l'assuré doit être contraint à payer les frais occasionnés à l'assureur (par simplification, un montant forfaitaire devrait être prévu) et déposer une garantie correspondant à x fois le montant de la prime. Une graduation de la garantie doit être prévue en fonction du nombre de rappel.</p>	Girard,Orny
<p>Es ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn bereits nach Stellung eines Fortsetzungsbegehrens die Möglichkeit einer Leistungssistierung geschaffen wird. Ob sich jedoch der recht große Verwaltungsaufwand für die Kassen reduzieren wird, bleibt zu bezweifeln. Ebenso wenig wird mit weniger Zahlungsausständen zu kalkulieren sein.</p>	ÖKKV
<p>La FARES-VASOS est fermement opposée à l'introduction de l'art. 64a (nouveau), surprenante car cachée étonnamment sous le titre "Réduction des primes" alors qu'il s'agit plutôt d'une réduction des prestations. En aucun cas un assuré, même défaillant dans le paiement de primes ou de participations aux coûts, ne doit voir sa couverture par l'AOS être suspendue. Le système prévu ne donne aucune garantie en ce sens, et pourrait conduire l'assuré à négliger de se faire soigner, avec des risques graves pour sa santé, et même des effets contre-productifs à terme sur les coûts de la santé.</p>	FARES/VASOS
<p>Es ist zu begrüßen, dass das Verfahren beim Verzug der Prämienzahlungspflicht verschärft und die zuständige Stelle für die Einhaltung der Versicherungspflicht somit auch schneller über säumige Zahlende informiert wird. Ebenfalls verständlich ist die Aufhebung der Möglichkeit, die Versicherung zu wechseln, sofern die Zahlungsausstände nicht beglichen sind. Leider wurde im vorliegenden Entwurf die Chance bezüglich Regelung der Zuständigkeit für die Bezahlung von ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Ver-</p>	Initiativkomitee Zug

<p>zugszinsen und Betreuungskosten bei zahlungsunfähigen Versicherten nicht wahrgenommen. Dieses Problem beschäftigt die Kantone in regelmässigen Abständen. Die meisten Kantone – so auch der Kanton Zug – verpflichten die Gemeinden zur Zahlung von Ausständen für Personen, die zum Zeitpunkt der Zahlungsfälligkeit in der Gemeinde Wohnsitz oder Aufenthalt hatten. Der Kanton St. Gallen sieht hingegen die Zuständigkeit der Gemeinde vor, in der die Person im Zeitpunkt der Einreichung des Verlustscheins ihre Schriften hinterlegt hat. Bei Wohnortswechsel in andere Kantone ergeben sich somit immer wieder Probleme aufgrund der unterschiedlichen Regelungen im Bereich der Zuständigkeit.</p>	
--	--

Prämienverbilligung, generelle Bemerkungen

Réduction des primes, remarques générales

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Die Ständekommission begrüsst die vorgesehene Erhöhung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung, da die bisherige Anpassung der Bundesbeiträge (und der Kantonsbeiträge) mit der Kostenentwicklung nicht Schritt halten konnte. Eine Anpassung des KVG im Bereich der Prämienverbilligung lehnt die Ständekommission jedoch kategorisch ab. Der Einführung von abgestuften Höchstbelastungsgrenzen bzw. Selbstbehaltstufen im Sinne der bundesrechtlichen Sozialziele kann nicht zugestimmt werden. Es braucht keine Festlegung eines Sozialziels auf Bundesebene, da die Sozialpolitik Sache der Kantone ist. Dementsprechend haben die Kantone ihren Prämienverbilligungssystemen auch bereits eigene Sozialziele zu Grunde gelegt, die den besonderen kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragen und die aus demokratischen Prozessen hervorgegangen sind. Eine bundesweite Vereinheitlichung in diesem Bereich hätte eine nicht erwünschte Umverteilung bei den Verbilligungsbeiträgen zur Folge. Da die Prämien in der Grundversicherung wesentlich stärker steigen als die durchschnittlichen Einkommen der Versicherten, wäre zudem bei fixen Höchstbelastungsgrenzen mit einem exponentiellen Wachstum der Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Prämienverbilligung zu rechnen. Die im Bundesrecht verankerten Sozialziele würden auch den Kreis der Berechtigten laufend erweitern.</p>	AI
<p>Wir begrüssen die Absicht des Bundesrates, die Bundesbeiträge zur Prämienverbilligung zu erhöhen. Allerdings stimmen wir in Bezug auf die Festlegung eines Sozialziels auf Bundesebene (Artikel 65a Absatz 5) nicht mit ihm überein. Sofern die Bundesmittel nur in jenem Rahmen steigen, den die zweite KVG-Revision vorsah, werden die zukünftig ansteigenden Kosten auf die Kantone verschoben. Soweit der Bundesrat an der Festlegung eines Sozialzieles auf Bundesebene festhalten will, muss er nach unserer Auffassung für die ganzen dadurch entstehenden Kosten aufkommen.</p> <p>Zudem sähen wir uns bei der Festlegung eines bundesrechtlichen Sozialzieles mit einem grossen Vollzugsaufwand konfrontiert, da wir die kantonalen Erlasse anpassen müssten. Die erhoffte interkantonale Transparenz liesse sich damit dennoch nicht erreichen, da die Kantone zur Erreichung des Sozial- und Finanzziels die Einkommenskategorien und die Höchsteinkommen unterschiedlich festlegen müssten. Sodann ist die Sozialpolitik, unter welche auch die Prämienverbilligung zu rechnen ist, Sache der Kantone. Die kantonalen Prämienverbilligungssysteme beinhalten bereits Sozialziele, welche aus demokratischen Prozessen hervorgegangen sind. Gerade im Bemühen der Kantone, die Mittel zur Prämienverbilligung gemäss den kantonalen Notwendigkeiten einzusetzen, können die besten Wirkungen erzielt werden. Dies wäre bei einem für die gesamte Schweiz einheitlichen Sozialziel nicht mehr in demselben Mass möglich.</p> <p>Auf die Definition eines gesamtschweizerischen Sozialziels ist somit zu verzichten,</p>	BE

<p>weil diese Massnahme ineffektiv und mit einem kostspieligen Verwaltungsaufwand verbunden ist.</p>	
<p>Wir lehnen die vorgeschlagene Einführung und die Festlegung eines Sozialziels durch den Bund ab, obwohl die Kantone bei der Ausarbeitung des Modells mit einem nach Einkommen und Haushaltszusammensetzung differenzierten Eigenanteil der Versicherten mitgewirkt hatten. Dieses Modell überzeugt nicht, und es wurde lediglich gegenüber der Lösung mit einem einheitlichen maximalen Eigenanteil von 8% als das kleinere Übel bevorzugt. Auch führt die vorgesehene Einteilung in 4 Einkommenskategorien gemäss Artikel 65a Abs. 5 KVG zu "Sprüngen" an den Grenzen der Einkommenskategorien, die Anlass zu kontroversen politischen Diskussionen bilden können. Den Kantonen soll weiterhin die Freiheit gelassen werden, selber die Prämienverbilligung auszugestalten.</p> <p>Die Prämienverbilligung ist Teil der Sozialpolitik, und diese ist Sache der Kantone. Die Vorgabe eines gesamtschweizerisch einheitlichen Sozialziels durch den Bund und einer kantonal differenzierten Referenzprämie durch den Bundesrat stellt einen übermässigen Eingriff in die kantonale Autonomie dar, weshalb darauf zu verzichten ist. Den Kantonen würden so die wichtigsten Kompetenzen zur Festlegung der Anspruchsmodalitäten und zur finanziellen Steuerung der Prämienverbilligung entzogen, so dass zukünftige Prämien erhöhungen bzw. Kostensteigerungen vermehrt auf die Kantone überwälzt würden, ohne dass diese reagieren können. Dazu kommt, dass die kantonalen Prämienverbilligungssysteme bereits Sozialziele beinhalten und vom Volk beschlossen und somit demokratisch legitimiert sind.</p> <p>Wir sind zudem der Auffassung, dass die Kantone selber am besten in der Lage sind, die Mittel zur Prämienverbilligung entsprechend den kantonalen Notwendigkeiten einzusetzen, und die erwünschte sozialpolitische Wirkung der Prämienverbilligung zu erzielen und zu verbessern. Dies wäre bei einem gesamtschweizerisch einheitlichen Sozialziel nur noch beschränkt möglich, weshalb auf die Vorgabe eines gesamtschweizerischen Sozialziels zu verzichten ist.</p> <p>Dazu kommt, dass die Umsetzung und die Durchführung der vorgesehenen Regelung für die Kantone mit einem unverhältnismässigen Aufwand verbunden wären. Einerseits müssten die kantonalen Gesetze revidiert, andererseits die technischen Grundlagen (Informatik) und die Arbeitsabläufe komplett umgestellt werden.</p> <p>Es ist auch nicht damit zu rechnen, dass mit der vorgeschlagenen Regelung die Transparenz und die interkantonale Vergleichbarkeit der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung erhöht werden kann. Der Grund dafür ist, dass die Kantone zur Erreichung die Einkommenskategorien und die Höchsteinkommen unterschiedlich festlegen werden. Die Bestimmung der Einkommenskategorien und der Höchsteinkommen wären bei der vorgeschlagenen Lösung die einzigen Instrumente, die den Kantonen bleiben, um die Kosten der Prämienverbilligung zu beeinflussen.</p> <p>Die vorgesehene Regelung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligung vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. Es wird damit lediglich das Inkassorisiko vorzeitig vom Versicherer auf den Leistungserbringer überwält, ohne konkret zu regeln, wer das Bonitätsrisiko für unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen letztlich zu tragen hat.</p>	<p>BL</p>
<p>Der Kanton Basel-Stadt begrüsst grundsätzlich die Einführung eines differenzierten Sozialzieles bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. An eine Verwirklichung dieses Sozialziels kann allerdings nur gedacht werden, wenn der Bund seiner Finanzierungsverpflichtung nachkommt. Ohne eine markante Erhöhung der heutigen Bundesbeiträge sieht der Regierungsrat angesichts der Finanzlage des Staatshaushaltes keine Möglichkeit, ein national definiertes Sozialziel weitestgehend aus eigenen Mitteln zu finanzieren.</p> <p>In diesem Zusammenhang möchten wir auf einen weiteren Zusammenhang hinweisen. Während Bezüger/-innen von Ergänzungsleistungen gemäss Art. 3b ELG und Art. 54a ELV Anspruch auf die Berücksichtigung der kantonalen Durchschnittsprämie haben, ist dies für erwerbstätige Personen in vergleichbaren finanziellen Ver-</p>	<p>BS</p>

<p>hältnissen keineswegs der Fall. Unabhängig vom System der Prämienverbilligungen erhalten diese Personen lediglich einen Beitrag an die Prämien. Sie haben einen starken Anreiz, eine günstige Versicherung resp. Versicherungsform zu wählen. Bei den Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen werden insofern falsche Anreize gesetzt, als diese in den meisten Fällen keine Veranlassung haben, eine günstige Versicherung oder gar ein besonderes Versicherungsmodell zu wählen. Dieser Mechanismus trägt mit dazu bei, dass die besonderen Versicherungsformen (v.a. HMO) noch keine weitere Verbreitung gefunden haben. Gerade im Bereich der AHV- und IV-Rentner/-innen mit EL-Anspruch besteht ein beträchtliches Potential mittels managed care auf die Leistungen und damit auf die Kosten dämpfend einzuwirken. Ein entsprechender Anreiz sollte mittels Änderung der genannten Bestimmungen erfolgen, indem nicht mehr die volle Durchschnittsprämie angerechnet würde.</p>	
<p>Nous pourrions être d'accord avec le fait que la LAMal définisse également un but social, pour autant que la Confédération le finance ou, à tout le moins, y participe de façon adéquate.</p>	FR
<p>L'objectif social proposé par le biais du modèle de réduction des primes n'est pas du ressort de la Confédération. Les systèmes cantonaux disposent de modalités qui leur sont propres, correspondant à la politique sociale voulue par leurs parlements et gouvernements.</p> <p>L'objectif de réduire les primes pour les assurés et pour les familles pour lesquelles celles-ci constituent une charge trop lourde, entraînera une forte croissance des besoins en subventions, dont le projet fait porter l'essentiel du poids aux cantons, alors que l'augmentation des subventions fédérales est elle parfaitement maîtrisée. Le projet ne se préoccupe pas de la faisabilité au regard de la situation des finances publiques cantonales. De surcroît, c'est sa philosophie même, qui ne laisse place qu'à un fédéralisme d'exécution en imposant de lourdes charges financières aux cantons sans leur laisser en contrepartie la possibilité de poursuivre leurs propres objectifs de politique sociale, qui doit être combattue. A l'époque de la LAMA, les cantons pouvaient subordonner le versement de leurs subventions à des conditions telles que l'égalité des cotisations entre hommes et femmes ou entre jeunes et vieux, objectifs certes réalisés depuis lors par la LAMal. Sans revenir pour autant à l'ancien "système de l'arrosoir", les cantons doivent pouvoir subordonner le paiement des subsides à des conditions particulières (ex.: adhésion des assureurs au système du tiers payant prévu dans la convention nationale des pharmaciens, afin de combattre la désolidarisation pratiquée par certains assureurs en imposant le tiers garant à leurs assurés en matière de médicaments).</p> <p>Par conséquent, soit la Confédération fixe un cadre rigide pour la réduction des primes, à condition qu'elle en assume elle-même la responsabilité financière, soit elle confie cette responsabilité aux cantons, et leur laisse une autonomie suffisante pour poursuivre eux-mêmes leurs propres objectifs de politique sociale. C'est cette deuxième variante que nous retenons. Afin d'assurer la viabilité du système, et l'efficacité future des correctifs qui seront apportés à la prime par tête, les subsides fédéraux devraient être adaptés à l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Pour ce qui concerne les subsides fédéraux, nous insistons sur la nécessité qu'il soit tenu compte, dans la répartition, de la prime moyenne cantonale.</p> <p>Enfin, il faut relever que le projet tel que soumis pose le problème de la définition du revenu déterminant d'un point de vue fiscal, qui varie selon les cantons et selon que l'on considère l'impôt fédéral ou l'impôt cantonal.</p> <p>Une piste à explorer porte sur la modification de la loi fiscale afin de permettre aux cantons qui le souhaitent d'instaurer un système de réduction des primes basé sur l'impôt négatif.</p>	GE
<p>Die Einführung von abgestuften Höchstbelastungsgrenzen bzw. Selbstbehaltsstufen im Sinne der bundesrechtlichen Sozialziele ist abzulehnen, da die Sozialpolitik Sache der Kantone ist. Dementsprechend haben die Kantone in ihren Prämienverbilligungssystemen auch bereits eigene Sozialziele festgelegt, die den besonderen kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragen. Deren Ablösung durch die Einführung gesamtschweizerischer Sozialziele würde zu einer unerwünschten Umverteilung bei</p>	GR

<p>den Verbilligungsbeiträgen führen. Da die Prämien in der Grundversicherung wesentlich stärker steigen als die durchschnittlichen Einkommen der Versicherten, wäre zudem bei fixen Höchstbelastungsgrenzen mit einem überproportionalen Wachstum der Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Prämienverbilligung zu rechnen, welche die bereits angespannte finanzielle Situation der öffentlichen Hand weiter zu strapazieren droht. Die gemäss Modellrechnung erwartete Steigerung der Kantonsbeiträge von 2005 bis 2008 um "lediglich" knapp eine Milliarde Franken oder rund 50 Prozent stellt eine zu optimistische Schätzung dar, da sie von einer Annahme der Lohnentwicklung von 2,3 Prozent und einer Prämiensteigerung von 4,5 Prozent ausgeht.</p> <p>Die Möglichkeit der finanziellen Steuerung durch die Kantone über die Festlegung von Höchstehinkommensgrenzen im Sinne von Art. 65 a Abs. 5 EntwKVG erachten wir als notwendig. Die Regulierungsmöglichkeiten sind allerdings limitiert. Auch bei einer zurückhaltenden Festlegung der Einkommensgrenzen würde der Subventionsbedarf für die bisherigen Verbilligungsberechtigten ansteigen, nachdem die Einkommen erfahrungsgemäss wie erwähnt mit der Prämienentwicklung nicht Schritt halten. Eine solche Entwicklung steht jedoch mit einer nachhaltigen Finanzpolitik der öffentlichen Hand nicht im Einklang. Die Kantone müssten zur Sicherung ihrer Ausgaben für die Prämienverbilligung die Höchstehinkommensgrenzen jährlich herabsetzen.</p> <p>Da die Kantone richtigerweise weiterhin für die Festlegung der beitragsberechtigten Einkommenskategorien und die Begrenzung des Anspruches auf Prämienverbilligung zuständig sein sollen, werden, da die Prämienverbilligung das Ergebnis von Selbstbehalt und dazugehöriger Einkommenskategorie ist, auch bei der Festschreibung der Selbstbehaltstufen auf Bundesebene die materiellen Unterschiede in der Prämienverbilligungspolitik der Kantone bestehen bleiben. Auch auf Grund dieses Umstandes ist von der Einführung bundesrechtlicher Sozialziele in der Prämienverbilligung abzusehen.</p>	
<p>La RCJU se félicite que le Conseil fédéral ait l'intention de majorer les subsides fédéraux à la réduction des primes. Toutefois, la RCJU, tout comme la CDS, n'est pas d'accord avec le Conseil fédéral lorsqu'il s'agit de fixer un objectif social au niveau fédéral. Certes, les cantons ont contribué, lors de l'élaboration du modèle, à raison de 2 à 10% ou de 4 à 12 % à la participation individuelle des assurés. Ce modèle a toutefois été préféré comme pis-aller au modèle qui prévoit une participation individuelle maximale de 8%, mais il n'a jamais su convaincre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'on ne majore pas de manière plus appréciable les subsides fédéraux que ne le prévoyaient les délibérations autour de la 2eme révision de la LAMal, la fixation d'un objectif social en pour-cent du revenu restera sans effet. En effet, sans une augmentation sensible des subsides fédéraux, les futures augmentations de coûts seront de plus en plus à la charge des cantons. - La solution proposée, sans une injection massive de moyens par les collectivités publiques cantonales, impossible dans la situation financière actuelle des cantons, pourrait s'avérer moins favorable pour une grande partie des assurés de condition économique modeste par rapport à la situation actuelle. - Au surplus, les cantons se verraient confrontés à une très lourde charge de travail au niveau de l'application, car il faudrait aussi adapter les lois cantonales. Pour autant, il ne serait pas possible d'instaurer la transparence intercantonale recherchée, étant donné que les cantons, pour atteindre l'objectif social et financier, devraient fixer des catégories de revenu maximaux différents. - Enfin, la RCJU rappelle que la politique sociale, dans laquelle s'inscrit également le calcul de la réduction des primes, est du ressort des cantons. Les systèmes cantonaux de réduction des primes renferment déjà des objectifs sociaux qui sont l'émanation de processus démocratiques- En fait, les meilleurs effets sont obtenus lorsque les cantons s'efforcent d'affecter les subsides à la réduction des primes en conformité avec leurs propres besoins, Or le résultat ne serait plus le même si l'on fixait un objectif social unifié dans toute la Suisse. La RCJU demande par conséquent au Conseil-fédéral de renoncer à la définition d'un objectif social au niveau suisse, car il s'agit d'une mesure inefficace s'accompagnant d'une lourde charge administrative. 	JU

<ul style="list-style-type: none"> - En revanche, la RCJU revient sur l'exigence déjà formulée, à savoir de majorer les subsides fédéraux au gré de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Cela entraîne pour les cantons l'obligation de majorer eux aussi leurs subsides. C'est en effet le seul moyen de garantir à long terme l'observation des objectifs sociaux en matière de réduction des primes qui sont aujourd'hui fixés par les cantons. - La RCJU, tout comme la CRASS, demande à ce que la prime moyenne des cantons soit également prise en compte comme critère pour la répartition des subsides fédéraux, permettant ainsi de garantir l'adéquation entre le niveau des primes et les moyens à disposition ainsi qu'une meilleure utilisation des subsides fédéraux (certains cantons alémaniques ne les utilisant pas pleinement). - La RCJU demande par ailleurs à ce que les assureurs soient obligés de déduire gratuitement les subsides des primes des assurés afin que ceux-ci soient utilisés à bon escient et que les cantons ne doivent pas intervenir par la suite dans le cadre de la prise en charge des primes irrécouvrables. Cela sert également les intérêts des assureurs qui auront ainsi moins de contentieux à supporter. 	
<p>Bisher hat der Bund lediglich den Auftrag an die Kantone festgelegt. Die Umsetzung war den Kantonen überlassen. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung geht wesentlich weiter. Der Bund trifft diverse materielle Regelungen. Art. 117 BV gibt dem Bund nur die Kompetenz, Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung zu erlassen und diese allenfalls obligatorisch zu erklären. Der Bund benutzt den Artikel aber, um die Gesundheitsversorgung im weitesten Sinn umfassend zu reglementieren!</p> <p>Insbesondere das Sozialziel festzulegen muss deshalb weiterhin Sache der Kantone sein. Die Kantone tragen mit dem NFA die Hauptlast der Prämienverbilligung. Es geht nicht an, dass sich der Bund derart stark in die Sozial- und Finanzpolitik der Kantone mischt. Wenn der Bund ein Sozialziel festlegen will, muss er auch die Kosten dafür übernehmen. In diesem Sinne muss es auch in der Kompetenz der Kantone liegen, ob sie ein lineares oder abgestuftes Modell wollen.</p>	LU
<p>Nous nous félicitons que le Conseil fédéral ait l'intention de majorer les subsides fédéraux à la réduction des primes. Toutefois, nous ne sommes pas d'accord avec le Conseil fédéral lorsqu'il s'agit de fixer un objectif social au niveau fédéral. Certes, les cantons ont contribué, lors de l'élaboration du modèle, à raison de 2 à 10% ou de 4 à 12 % à la participation individuelle des assurés. Ce modèle a toutefois été préféré comme pis-aller au modèle qui prévoit une participation individuelle maximale de 8%, mais il n'a jamais su convaincre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'on ne majore pas de manière plus appréciable les subsides fédéraux que ne le prévoyaient les délibérations autour de la 2ème révision de la LAMal, la fixation d'un objectif social en pour-cent du revenu restera sans effet. Sans une augmentation sensible des subsides fédéraux, les futures augmentations de primes seront de plus en plus à la charge des cantons, voire des assurés. - Au surplus, les cantons se verraient confrontés à une très lourde charge de travail au niveau de l'application, car il faudrait aussi adapter les lois cantonales. Pour autant, il ne serait pas possible d'instaurer la transparence intercantonale recherchée, étant donné que les cantons, pour atteindre l'objectif social et financier, devraient fixer des catégories de revenu maximaux différents. - Enfin, nous tenons à rappeler que la politique sociale, dans laquelle s'inscrit également le calcul de la réduction des primes, est du ressort des cantons. Les systèmes cantonaux de réduction des primes renferment déjà des objectifs sociaux qui sont l'émanation de processus démocratiques. D'ailleurs, leur efficacité serait constante avec une adaptation des subsides fédéraux selon l'évolution des primes. En fait, les meilleurs effets sont obtenus lorsque les cantons s'efforcent d'affecter les subsides à la réduction des primes en conformité avec leurs propres besoins, Or le résultat ne serait plus le même si l'on fixait un objectif social unifié dans toute la Suisse. Nous vous demandons par conséquent instamment de renoncer à la définition d'un objectif social au niveau suisse, car il s'agit d'une mesure inefficace s'accompagnant d'une lourde charge administrative. En outre, le mode de détermination de la réduction des primes des familles empêcherait, vu le fréquent éclate- 	NE

<p>ment de l'affiliation des membres, le versement aux assureurs, avec un risque accru de détournement par certains assurés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En revanche, nous revenons sur l'exigence déjà formulée, à savoir de majorer les subsides fédéraux au gré de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Cela entraîne pour les cantons l'obligation de majorer eux aussi leurs subsides. C'est en effet le seul moyen de garantir à long terme l'observation des objectifs sociaux en matière de réduction des primes qui sont aujourd'hui fixés par les cantons. - Indépendamment de l'opposition générale des cantons à un objectif social au niveau fédéral, nous souhaitons attirer votre attention sur le fait que l'impôt fédéral direct n'est pas un critère approprié pour déterminer le droit aux réductions de primes, ni surtout eu égard aux modifications liées au paquet fiscal. Techniquement, dans la mesure où l'identité de l'enfant majeur à charge en formation n'est pas saisie au niveau de l'IFD, il existe une impossibilité d'automatiser la réduction des primes pour l'intéressé et la famille dont il dépend. 	
<p>Im übrigen lehnen wir eine Anpassung des KVG im Bereich der Prämienverbilligung ab. Die Festlegung eines Sozialziels auf Bundesebene ist nicht erforderlich. Sozialpolitik ist Sache der Kantone. Die kantonalen Prämienverbilligungssysteme beinhalten bereits Sozialziele, welche aus demokratischen Prozessen hervorgegangen sind.</p> <p>Ein Verzicht auf die bundesrechtliche Vorgabe von Sozialzielen für die Prämienverbilligung ist auch mit Blick auf den NFA angezeigt. Es macht keinen Sinn, den Kantonen eine unseres Erachtens unnötige Modellvorgabe zu machen, die dann wiederum zu Folgeanpassungen im NFA-Bereich führt.</p>	SG
<p>Die Einführung von abgestuften Höchstbelastungsgrenzen bzw. Selbstbehaltsstufen im Sinne der bundesrechtlichen Sozialziele ist abzulehnen, da die Sozialpolitik Sache der Kantone ist. Dementsprechend haben die Kantone in ihren Prämienverbilligungssystemen auch bereits eigene Sozialziele festgelegt, die den besonderen kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragen. Deren Ablösung durch ein gesamtschweizerisches Sozialziel würde zu einer unerwünschten Umsteuerung bei den Verbilligungsbeiträgen führen. Da die Prämien in der Grundversicherung wesentlich stärker steigen als die durchschnittlichen Einkommen der Versicherten, wäre zudem bei fixen Höchstbelastungsgrenzen mit einem exponentiellen Wachstum der Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Prämienverbilligung zu rechnen.</p> <p>Mit der vorgeschlagenen Finanzierung der Kinder-Versicherungskosten im Rahmen des Risikoausgleichs wird die sozialpolitische Bedeutung der Prämienverbilligung gegenüber der heutigen Situation relativiert, da eine zentrale Ungerechtigkeit des bisherigen Systems auf anderem Wege ausgeräumt werden kann. Umso eher ist es angezeigt, den sozialpolitischen Spielraum der Kantone in dieser Hinsicht nicht weiter einzuengen.</p>	SH
<p>Die Einführung eines gesamtschweizerischen Sozialziels ist zwar nicht grundsätzlich abzulehnen, es stellt sich aber die Frage, wer die damit verbundenen Kosten zu tragen hat. Die Aufstockung der Bundesbeiträge in der Prämienverbilligung um 200 Millionen Franken ist diesbezüglich begrüssenswert. Mit dieser Summe können die anfallenden Mehrkosten indes nicht aufgefangen werden, so dass hier die Kantone zu Mehrleistungen verpflichtet würden. Unter dieser Prämisse ist das vorgesehene Sozialziel abzulehnen. Wenn der Bund ein gesamtschweizerisches Sozialziel einführen will, so ist auch dessen Finanzierung vom Bund zu gewährleisten.</p> <p>Mit der Reform der Prämienverbilligung soll neu auf den Bundessteuerdaten basiert werden. Sollte das Steuerpaket am 16. Mai 2004 vom Volk angenommen werden, so führt dies absehbar zu einer massiven Ausweitung der Prämienverbilligungsberechtigten mit weitreichenden finanziellen Folgen. Dies ist bei der Ausgestaltung der Reform zu berücksichtigen.</p>	SO
<p>Wir sind mit dem vorgeschlagenen Modell grundsätzlich einverstanden, sind indes der Auffassung, dass der Spielraum der Kantone erweitert werden muss. Einerseits muss dem Prämienniveau differenziert Rechnung getragen werden können. Andererseits ist die Prämienverbilligung lediglich ein Element unter zahlreichen weite-</p>	SZ

<p>ren sozialpolitischen Massnahmen, deren Zusammenwirken in einer Gesamtwürdigung beurteilt werden muss.</p>	
<p>Die Einführung von abgestuften Höchstbelastungsgrenzen bzw. Selbstbehaltstufen im Sinne der bundesrechtlichen Sozialziele ist abzulehnen, da die Sozialpolitik Sache der Kantone ist. Dementsprechend haben die Kantone in ihren Prämienverbilligungssystemen auch bereits eigene Sozialziele festgelegt, die den besonderen kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragen. Deren Ablösung durch die Einführung gesamtschweizerischer Sozialziele würde zu einer unerwünschten Umverteilung bei den Verbilligungsbeiträgen führen. Da die Prämien in der Grundversicherung wesentlich stärker steigen als die durchschnittlichen Einkommen der Versicherten, wäre zudem bei fixen Höchstbelastungsgrenzen mit einem exponentiellen Wachstum der Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Prämienverbilligung zu rechnen.</p> <p>Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der Sozialziele mit einer besonderen Kostendynamik verbunden ist, welche die bereits angespannte finanzielle Situation der öffentlichen Hand weiter zu strapazieren droht. Die gemäss Modellrechnung erwartete Steigerung der Kantonsbeiträge von 2005 bis 2008 um "lediglich" knapp eine Milliarde Franken oder rund 50 Prozent stellt eine zu optimistische Schätzung dar, da sie von einer Annahme der Lohnentwicklung von 2,3 Prozent und einer Prämiensteigerung von 4,5 Prozent ausgeht.</p> <p>Die Möglichkeit der finanziellen Steigerung durch die Kantone über die Festlegung von Höchststeinkommengrenzen im Sinne von Art. 65a Abs. 5 E-KVG erachten wir als notwendig. Die Regulierungsmöglichkeiten sind allerdings limitiert. Auch bei einer konservativen Festlegung der Einkommengrenzen würde der Subventionsbedarf für die bisherigen Verbilligungsberechtigten ansteigen, nachdem die Einkommen erfahrungsgemäss wie erwähnt mit der Prämienentwicklung nicht Schritt halten. Eine solche Entwicklung steht jedoch mit einer nachhaltigen Finanzpolitik der öffentlichen Hand nicht im Einklang. Die Kantone müssten zur Sicherung ihrer Ausgaben für die Prämienverbilligung die Höchststeinkommengrenzen stabil halten bzw. jährlich herabsetzen. Gleichzeitig würden die im Bundesrecht verankerten Sozialziele den Kreis der Berechtigten laufend erweitern. Wir lehnen deshalb die vorgesehene bundesrechtliche Festlegung von Sozialzielen in der Prämienverbilligung kategorisch ab.</p>	TG
<p>Constatiamo che il progetto concernente la riduzione dei premi attribuisce alla Confederazione delle competenze sempre più importanti (definizione dei premi di riferimento per regione, definizione delle percentuali di incidenza massima dei premi per gli aventi diritto ai sussidi), senza che queste si traducano in un aumento corrispondente della partecipazione finanziaria della Confederazione (l'incremento previsto di sussidi federali non sarà sufficiente per coprire gli aumenti futuri dei costi che saranno sempre di più a carico dei cantoni).</p> <p>Inoltre, il sistema proposto, pur essendo centralizzato nel funzionamento, lascia i cantoni a definire il grado con il quale essi intendono promuovere l'obiettivo di politica sociale. Attraverso la definizione dell'ampiezza di ciascuna fascia di reddito e la fissazione di redditi massimi per l'attribuzione di sussidi, i cantoni possono infatti modulare il sistema a dipendenza del montante finanziario a loro disposizione. Il nuovo sistema di riduzione dei premi permetterebbe dunque di ottenere un confronto più trasparente per quanto concerne l'equità verticale raggiunta nei singoli cantoni, ma non di eliminare le differenze oggi esistenti tra i cantoni e di conseguenza non consentirebbe di ottenere un miglioramento sensibile sul fronte dell'equità territoriale (disparità esistente nell'equità di finanziamento promossa dai vari cantoni). La proposta appare, di conseguenza, come una soluzione inefficace. Riteniamo necessario approfondire maggiormente l'alternativa seguente:</p> <p><i>Se si reputa essenziale il raggiungimento di un obiettivo sociale nazionale nell'ambito dell'assicurazione malattia, l'attuazione della politica redistributiva dovrebbe essere interamente conferita allo Stato centrale. La Confederazione dovrebbe di conseguenza agire con maggior coerenza, definendo sul piano nazionale anche i due parametri mancanti (l'ampiezza di ciascuna fascia di reddito e i redditi massimi per l'attribuzione dei sussidi) e accettare di finanziare integralmente il sistema dei sussidi</i></p>	TI

<p><i>di. Le risorse supplementari messe a disposizione dalla Confederazione sarebbero il giusto contrappeso per le maggiori competenze decisionali assunte in ambito sanitario.</i></p>	
<p>Wir begrüßen die Absicht, die Bundesbeiträge zur Prämienverbilligung zu erhöhen. Allerdings lehnen wir das Festlegen eines Sozialziels auf Bundesebene.</p> <p>Die Kantone sehen sich mit einem erheblichen Vollzugsaufwand konfrontiert, da auch die kantonalen Bestimmungen angepasst werden müssten. Entgegen den Erwartungen ergibt die vorgeschlagene Regelung keine interkantonale Transparenz, da die Kantone gezwungen wären, zur Erreichung des Sozial- und Finanzziels die Einkommenskategorien und die Höchstinkommen unterschiedlich festlegen zu müssen.</p> <p>Zusammen mit der GKD weisen wir darauf hin, dass die Sozialpolitik; unter welche auch die Prämienverbilligung zu rechnen ist, Sache der Kantone ist. Unser kantonales Prämienverbilligungssystem beinhaltet bereits ein Sozialziel, welches aus einem demokratischen Prozess hervorgegangen ist. Durch unser Bemühen, die Mittel zur Prämienverbilligung entsprechend unseren spezifischen Notwendigkeiten im Kanton einzusetzen, erzielen wir die beste Wirkung. Auf die Definition eines gesamtschweizerischen Sozialziels ist somit zu verzichten, weil diese Massnahme ineffektiv und mit einem kostspieligen Verwaltungsaufwand (vor allem Personal- und Informatikkosten) verbunden ist.</p>	UR
<p>Le Conseil d'Etat vaudois soutient la position prise par tous les cantons et relayée par la CDS : pour l'instant, il faut renoncer au modèle d'un objectif social et différencié (selon qu'il s'agit d'une personne ou d'un couple avec ou sans enfant à charge). En effet, les inconvénients seraient plus importants que les avantages, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les différences des primes entre cantons nécessitent forcément des solutions différentes ; - la généralisation des régions avec primes différenciées complique considérablement l'application ; - l'effet de seuil est très important si l'on compare les personnes ou les familles au revenu le plus élevé donnant encore droit à la réduction des primes et celles dépassant juste le revenu déterminant le droit. <p>Le Conseil d'Etat vaudois se détermine donc en faveur du maintien des dispositions législatives fédérales et cantonales actuelles et de la compétence des cantons de concevoir le système qui répond le mieux à la réalité à laquelle ils sont confrontés (niveau des primes, nombre de bénéficiaires de l'aide sociale, taux de chômage, effets des accords bilatéraux CH - UE sur les regroupements familiaux, etc.).</p>	VD
<p>Nous comprenons que la Confédération souhaite harmoniser les conditions-cadres donnant le droit aux subventions, ceci afin de veiller à ce que l'objectif social de réduction des primes soit atteint. Ces diverses propositions d'harmonisation enlèvent aux cantons la possibilité qui leur était donnée de tenir compte de certaines particularités sociales ou économiques. Or, à notre avis, les objectifs sociaux relèvent des cantons et non de la LAMal.</p>	VS
<p>Die Einführung von abgestuften Höchstbelastungsgrenzen bzw. Selbstbehaltstufen im Sinne der bundesrechtlichen Sozialziele ist abzulehnen, da die Sozialpolitik Sache der Kantone ist. Dementsprechend haben die Kantone in ihren Prämienverbilligungssystemen auch bereits eigene Sozialziele festgelegt, die den besonderen kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragen. Deren Ablösung durch die Einführung gesamtschweizerischer Sozialziele würde zu einer unerwünschten Umverteilung bei den Verbilligungsbeiträgen führen. Da die Prämien in der Grundversicherung wesentlich stärker steigen als die durchschnittlichen Einkommen der Versicherten, wäre zudem bei fixen Höchstbelastungsgrenzen mit einem exponentiellen Wachstum der Aufwendungen der öffentlichen Hand für die Prämienverbilligung zu rechnen.</p> <p>Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der Sozialziele mit einer besonderen Kostendynamik verbunden ist, welche die bereits angespannte finanzielle Situation der öffentlichen Hand weiter zu strapazieren droht. Die gemäss Modellrechnung erwartete Steigerung der Kantonsbeiträge von 2005 bis 2008 um "le-</p>	ZH

<p>diglich" knapp eine Milliarde Franken oder rund 50 Prozent stellt eine zu optimistische Schätzung dar, da sie von einer Annahme der Lohnentwicklung von 2,3 Prozent und einer Prämiensteigerung von 4,5 Prozent ausgeht.</p> <p>Die Möglichkeit der finanziellen Steuerung durch die Kantone über die Festlegung von Höchstinkommengrenzen im Sinne von Art. 65a Abs. 5 EntwKVG erachten wir als notwendig. Die Regulierungsmöglichkeiten sind allerdings beschränkt. Auch bei einer konservativen Festlegung der Einkommengrenzen würde der Subventionsbedarf für die bisherigen Verbilligungsberechtigten ansteigen, nachdem die Einkommen erfahrungsgemäss wie erwähnt mit der Prämienentwicklung nicht Schritt halten. Eine solche Entwicklung steht jedoch mit einer nachhaltigen Finanzpolitik der öffentlichen Hand nicht im Einklang. Die Kantone müssten zur Sicherung ihrer Ausgaben für die Prämienverbilligung die Höchstinkommengrenzen stabil halten bzw. jährlich herabsetzen. Gleichzeitig würden die im Bundesrecht verankerten Sozialziele den Kreis der Berechtigten laufend erweitern. Wir lehnen deshalb die vorgesehene bundesrechtliche Festlegung von Sozialzielen in der Prämienverbilligung kategorisch ab.</p>	
<p>La CDS se félicite que le Conseil fédéral ait l'intention de majorer les subsides fédéraux à la réduction des primes. Toutefois, les directrices et directeurs sanitaires ne sont pas d'accord avec le Conseil fédéral lorsqu'il s'agit de fixer un objectif social au niveau fédéral. Certes, les cantons ont contribué à l'élaboration du modèle de 2 à 10% et de 4 à 12 % de participation individuelle des assurés. Ce modèle a toutefois été préféré comme pis-aller au modèle qui prévoit une participation individuelle maximale de 8%, mais il n'a jamais su convaincre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'on ne majore pas de manière plus appréciable les subsides fédéraux que ne le prévoient les délibérations autour de la 2eme révision de la LAMal, la fixation d'un objectif social en pour-cent du revenu restera sans effet. En effet, sans une augmentation sensible des subsides fédéraux, les futures augmentations de coûts seront de plus en plus à la charge des cantons. - Au surplus, les cantons se verraient confrontés à une très lourde charge de travail au niveau de l'application, car il faudrait aussi adapter les lois cantonales. Pour autant, il ne serait pas possible d'instaurer la transparence intercantonale recherchée, étant donné que les cantons, pour atteindre l'objectif social et financier, devraient fixer des catégories de revenu maximaux différents. - Enfin, la CDS rappelle que la politique sociale, dans laquelle s'inscrit également le calcul de la réduction des primes, est du ressort des cantons. Les systèmes cantonaux de réduction des primes renferment déjà des objectifs sociaux qui sont l'émanation de processus démocratiques- En fait, les meilleurs effets sont obtenus lorsque les cantons s'efforcent d'affecter les subsides à la réduction des primes en conformité avec leurs propres besoins, Or le résultat ne serait plus le même si l'on fixait un objectif social unifié dans toute la Suisse. La CDS vous demande par conséquent instamment de renoncer à la définition d'un objectif social au niveau suisse, car il s'agit d'une mesure inefficace s'accompagnant d'une lourde charge administrative. - En revanche, nous revenons l'exigence déjà formulée, à savoir de majorer les subsides fédéraux au gré de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Cela entraîne pour les cantons l'obligation de majorer eux aussi leurs subsides. C'est en effet le seul moyen de garantir à long terme l'observation des objectifs sociaux en matière de réduction des primes qui sont aujourd'hui fixés par les cantons. - Indépendamment de l'opposition générale des cantons à un objectif social au niveau fédéral, nous souhaitons attirer votre attention sur le fait que l'impôt fédéral direct n'est pas un critère approprié pour déterminer le droit aux réductions de primes, ni surtout eu égard aux modifications liées au paquet fiscal. 	GDK/CDS
<p>Die CVP befürwortet die Einführung des Sozialzieles gemäss der 2. KVG-Revision. Für die CVP ist hingegen in der vorliegenden Fassung die Entlastung der Familien mit Kindern ungenügend berücksichtigt. Familien mit Kindern müssen verstärkt entlastet werden. Nachdem unser CVP-Vorschlag, die Prämien für das zweite Kind zu halbieren und ab dem dritten Kind ganz zu erlassen, in der zweiten KVG-Revision keine Mehrheit fand, schlagen wir neue Varianten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Familien im KVG vor:</p>	CVP

<p>a) Für Familien mit Kindern können die Einkommenskategorien oder die prozentuale Belastung günstiger gestaltet werden.</p> <p>b) Die Referenzprämie für die Kinderprämie kann über der kantonalen Durchschnittsprämie angesetzt werden, damit die Kinderprämie stärker gewichtet wird. Für die CVP ist eine familienfreundliche Prämiengestaltung unerlässlich.</p>	
<p>Wir betrachten Prämienverbilligungen gesamthaft als eine gute Sache. Schade, dass sie als Folge eines verfehlten KVG mit einem enorm ausgeweiteten Leistungskatalog geradezu zu einem MUSS geworden ist. Im Sinne echter Solidarität begrüßen wir eine Höchstgrenze des steuerbaren Einkommens; bis zu welcher Verbilligungen ausgerichtet werden.</p>	EDU
<p>Die Fortführung der Prämienverbilligung wird im vorgeschlagenen Ausmass gutgeheissen.</p>	EVP
<p>Die FDP macht sich für eine Beibehaltung des Kopfprämiensystems in der Krankenversicherung stark und anerkennt in diesem Zusammenhang die Problematik, dass gewisse Haushalte (mit Kindern) – insbesondere in den Kantonen mit sehr hoher Prämienbelastung – mit ausserordentlich grossen und teilweise kaum mehr bezahlbaren Auslagen für die Grundversicherung konfrontiert sind. Sie spricht sich daher auch für den Grundsatz aus, dass in solchen Fällen eine gezielte und bedarfsgerechte finanzielle Unterstützung möglich sein soll. Subventionierungen gemäss „Giesskannenprinzip“ (wie bspw. eine generelle Kinderprämienreduktion) werden hingegen strikte abgelehnt.</p> <p>Der Bundesrat nimmt in diesem ersten Gesetzgebungspaket noch einmal das Modell der 2. KVG-Revision auf, wo ein differenziertes und an maximalen Haushaltsbelastungen (je nach Einkommenssegment 2% bis 10% für Haushalte mit Kindern und 4% bis 12% für die übrigen Anspruchsberechtigten) orientiertes Sozialziel, zusammen mit einer Erhöhung der Bundesmittel auf 200 Mio. Franken, mehrheitsfähig war.</p> <p>Aus Sicht der FDP wurden bei diesem Modell die langfristigen finanziellen Auswirkungen jedoch noch zu wenig analysiert, insbesondere wenn man bedenkt, dass dieses Prämienverbilligungssystem an die Entwicklung der Gesundheitskosten gekoppelt ist. Unser aller Ziel ist es zwar, dass die Kostensteigerung im Gesundheitswesen gedämpft wird; da der Erfolg der dringlichen kostendämpfenden Massnahmen jedoch noch nicht in konkreten Zahlen prophezeit werden kann, könnte die Einführung eines Prämiensubventionierungssystems gemäss Vorlage – ohne klare Limiten (ausser der den Kantonen obliegenden Kompetenz, Höchstekommen festzulegen) oder zeitliche Befristungen – für die Finanzen auf Bundes- und Kantons-ebene in einem langfristigen Szenario zu einem Fass ohne Boden werden.</p> <p>Das Schweizer Gesundheitswesen muss dergestalt funktionieren, dass eine deutliche Mehrheit von Versicherten nicht von Krankenkassenprämiensubventionen abhängig ist. Von dem her muss bei der Erarbeitung eines neuen Prämienverbilligungsmodells eine Analyse erstellt werden, die aufzeigt, welche Mechanismen das System enthalten müsste, um die Zunahme der Zahl von Personen mit Subventionsanspruch in einem beschränkten Rahmen zu halten. Ohne Stärkung der Eigenverantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen kann die Mengenausweitung und somit die Kostenspirale nicht gebremst werden. Bei einer Erhöhung der Anzahl von Personen, deren Prämien subventioniert werden, wird das generelle Kostenbewusstsein der Versicherten zwangsläufig sinken, was eigenverantwortliches Verhalten beim Konsum medizinischer Leistungen im negativen Sinne beeinträchtigt. Personen, deren Prämien verbilligt werden, müssten neu verpflichtet sein, sich bei einer der günstigsten Krankenkassen zu versichern.</p> <p>Im Weiteren muss ein zukunftssträchtiges System der Prämienbeihilfen unbedingt im Zusammenhang mit anderen derzeit auf politischer Ebene diskutierten Unterstützungsmodellen (wie bspw. die Einführung von Ergänzungsleistungen für finanzschwache Familien auf Bundesebene, etc.) betrachtet werden. Es geht nicht an, dass in einem Sozialversicherungsbereich ein Subventionierungssystem eingeführt wird, ohne dass dieses in einem ganzheitlichen sozialpolitischen Rahmen beleuchtet wird. Ohne transparente Koordination zwischen den verschiedenen Sozialaus-</p>	FDP

<p>gleichssystemen auf allen Ebenen (Bund, Kantone und Gemeinden) können finanzielle Unterstützungsleistungen die Kriterien der Zielorientiertheit und Bedarfsgerechtigkeit in den meisten Fällen nicht erfüllen.</p>	
<p>Le Parti libéral suisse soutient l'objectif de réduction des primes tel que prévu par le Conseil fédéral, mais il estime que la réglementation prévue est beaucoup trop centralisée, qu'elle ne tient pas assez compte des différences cantonales et qu'elle ne laisse pas assez de marge de manœuvre aux cantons. Il n'y a aucune raison de vouloir imposer des standards uniformes à tous les cantons même si un objectif général commun peut être adopté.</p>	LPS
<p>Le Conseil fédéral paraît conscient de la lourdeur inacceptable des primes pour les assurés modestes et évoque des moyens de réduction des primes. Mais, au lieu de faire une réflexion fondamentale sur cette évolution, il se prépare à limiter les subventions et à imposer une fois de plus son diktat aux cantons. Certains d'entre eux financent l'entier des primes pour les personnes en situations de détresse financière. Imposer un paiement même minime aux plus modestes ne tient pas compte des situations particulières des régions du pays, de la hausse des primes qu'on y connaît (basée sur de mystérieuses évaluations dont personne ne peut contester les conclusions).</p> <p>Ces réductions de subventions limitées à une augmentation annuelle de 3% ne garantissent pas de répondre aux besoins des assurés mais bien plutôt à une baisse programmée des prestations sociales. Ce n'est pas acceptable dans un pays où le fossé se creuse toujours plus entre riches et très pauvres.</p> <p>Il est paradoxal de voir le Conseil fédéral vouloir imposer une normalisation des subventions dans les cantons alors qu'en même temps, il laisse les assureurs caracolier en toute indépendance dans le domaine de la santé, au point de laisser entendre que les prestations de soins ne seraient plus accordées en cas de cessation de paiement des primes alors que certains assureurs mettent des mois pour rembourser ce qu'elles doivent aux assurés sans encourir le moindre reproche.</p> <p>En outre, les subventions non réclamées par les cantons devraient rester dans le pot commun et augmenter ainsi la répartition entre les cantons qui en ont un urgent besoin.</p>	POP
<p>Die geltende unsoziale Kopfprämienfinanzierung erfordert ein wirksames Prämienverbilligungssystem und die Verankerung eines Sozialziels das seinen Namen verdient. Die SP-Gesundheitsinitiative wurde im Abstimmungskampf mit dem Argument, dass mit der 2. KVG-Revision ein wirksames Sozialziel realisiert wird, vehement bekämpft. Der Vorschlag des Bundesrates löst das Sozialziel mit dem gewählten Modell und den Mitteln die er dafür zur Verfügung stellen will ungenügend ein. Der Vorschlag wird deshalb von der SP Schweiz abgelehnt.</p> <p>Das vorgeschlagene föderalistisch aufgebaute Modell zementiert die Ungleichbehandlung betroffener Bevölkerungsgruppen. Über die Anspruchsberechtigung entscheidet nach wie vor nicht die tatsächliche wirtschaftliche Lage einer Person, einer Familie, sondern der Wohnsitz. Es wird weiterhin 26 verschiedenen Lösungen geben, weil im vorgeschlagenen Modell die Einkommenskategorien, die Höchstehemkommengrenzen und die Referenzprämien kantonal unterschiedlich festgelegt werden können. Dieser föderalistische Aufbau widersetzt sich einer nationalen Strategie zur Armutsbekämpfung, weshalb die SP Schweiz das Modell nicht unterstützen kann. Notwendig ist vielmehr ein System das in der ganzen Schweiz gleich zur Anwendung kommt und der betroffenen Bevölkerung Klarheit und Sicherheit vermittelt auch dann, wenn Betroffene - zum Beispiel infolge Stellenwechsel bei der Arbeit - in einen andern Kanton ziehen müssen. In einer Zeit in welcher hohe Mobilitätsbereitschaft vorausgesetzt und erwartet wird sind auch sozialpolitische Entscheide diesen Gegebenheiten anzupassen. Zudem lehnen wir es ab, dass eine Höchstehemkommengrenze festgelegt wird, weil damit das mit dem Bandbreitenmodell festgelegte Sozialziel in seiner Wirkung geschwächt wird.</p> <p>Vorschlag: Das unsoziale Kopfprämien-system verlangt ein wirksames Sozialziel. Die SP Schweiz fordert deshalb die schweizweite Einführung des "Bündner-Modells". Damit auch dieses Modell die Wirkung eines glaubwürdigen Sozialziels entfalten kann sind die Bundesmittel um 500 Millionen zu erhöhen und jährlich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen.</p>	SPS

<p>Die Prämienverbilligung ist an sich unbestritten. Die ursprüngliche Forderung der SVP bei der 2. KVG-Revision, wonach sie Bund und Kantone proportional an der Kostensteigerung zu beteiligen haben, muss jedoch wieder gefordert werden. Da die Kantone mit ihren stationären Einrichtungen nicht unwesentlich zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen beitragen, sind sie in diese durch sie verursachten Mehrkosten einzubinden. Hier fehlt ein entsprechender direkter Vorschlag in der Gesetzesvorlage.</p> <p>Das gleiche gilt für den Bund im "Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung". Die Basis 2005 mit 2584 Mio. Franken ist diskutierbar. Die Steigerung muss jedoch an den durch den Bund verursachten Mehrkosten angepasst werden und nicht theoretischen Steigerungsraten.</p> <p>Die Kinderprämie ist ein Wettbewerbselement und soll deshalb vom Staat nicht eingeschränkt werden</p>	SVP
<p>La réduction des primes aide les assuré-e-s de condition modeste et les familles à faire face à leur obligation. C'est un correctif indispensable au système de prime par tête qui ne tient aucune compte de la capacité financière des assuré-e-s. La FRC soutient son principe et souhaite son développement. Elle estime toutefois que le projet soumis à consultation n'est pas assez généreux puisqu'il prévoit que les cantons octroient des aides aux ménages lorsque les primes représentent entre 2 et 10% du revenu lorsqu'il s'agit d'une famille et entre 4 et 12% dans les autres cas. Les limites supérieures sont trop élevées pour atteindre le but social visé.</p>	FRC
<p>Prämienverbilligungen durch Beiträge der öffentlichen Hand sind ein dringendes soziales Korrektiv zum System der Kopfprämien, welche die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht berücksichtigen. Wie die Studien des BSV (Balthasar, 1998, 2000, 2002) über die Wirkung der Prämienverbilligung der Kopfprämien in den Kantonen zeigen, existieren zwischen den Kantonen grosse Unterschiede. Das Sozialziel wird in zahlreichen Kantonen nicht erreicht. Das heutige System hat insbesondere die Situation der Rentnerinnen verschlechtert. Auch bei den Familien und Einelternfamilien ist die Belastung zu hoch, da auch sie - wenn in einem geringeren Mass als Rentnerinnen - mit einer Erhöhung der Prämienlast konfrontiert waren.</p> <p>Der SGB begrüsst den Vorschlag eines differenzierten Sozialziels für Versicherte in "bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen" (Eigenanteil von Familien max. zwischen 2-10 Prozent des Einkommens, bei den restlichen Personen 4-12 Prozent). Es sind Ressourcen in dem Mass zur Verfügung zu stellen, damit das Sozialziel auch wirklich erreicht wird. Ein Sozialziel nützt nichts, wenn die Mittel nicht vorhanden sind. Deshalb beantragen wir einen Verzicht auf die Plafonierung der dafür zur Verfügung gestellten Mittel.</p> <p>Im übrigen sind wir immer noch der Ansicht, dass die Kinderprämien generell erlassen werden sollten. Dadurch würden viel weniger Haushalte von den individuellen Verbilligungen gemäss Sozialziel abhängig.</p>	SGB/USS
<p>Der Schweizerische Gewerbeverband setzt sich weiterhin für ein Krankenversicherungssystem ein, welches zumindest partiell über Kopfprämien zu finanzieren ist. Dass sich ein derartiges System angesichts der enormen Kostensteigerungen der letzten Jahre nur noch mittels Prämienvergünstigungen für ausgewählte Bevölkerungsschichten aufrecht erhalten lässt, nehmen wir als unerfreuliches Faktum hin. Wir legen aber grossen Wert darauf, dass dieses Prämienvergünstigungssystem nicht zu einem Fass ohne Boden verkommt, welches einen zusehends grösseren Anteil der öffentlichen Finanzen verschlingt. Zudem darf dieses System nicht dazu führen, dass für die betroffenen Personengruppierungen jeglicher Anreiz für eine kostenbewusste Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verloren geht.</p> <p>Das gewählte neue Modell zur Berechnung der Ansprüche auf Prämienvergünstigungen erscheint uns reichlich kompliziert. Die gewählten Bandbreiten sind dermassen gross, dass zwischen den einzelnen Kantonen wohl weiterhin grosse Unterschiede existieren werden.</p>	SGV/USAM
<p>Wir anerkennen die Notwendigkeit der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv der Kopfprämie. Wir fordern jedoch, dass die Prämienverbilligung ausgabenneutral umgesetzt wird, da die einmalige Erhöhung der Bundesbeiträge um 200 Millionen und die jährliche Zunahme der Bundesbeiträge um neu 3% anstatt wie bisher 1.5% im Widerspruch stehen zu den Bemühungen der Haushaltssanierung. Daher ist eine</p>	economie-suisse

<p>Verstärkung des Bundesengagements strikte abzulehnen. Unsere Forderung steht zudem im Einklang mit dem bundesrätlichen Leitbild zur Schaffung von Rahmenbedingungen für mehr Wachstum. So verlangt das Leitbild, dass die Schweiz in Zukunft innerhalb der OECD-Ländern zu den Ländern mit den tiefsten Staats-, Fiskal- und Abgabequoten gehören soll.</p> <p>Im Interesse einer klaren Entflechtung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen auch im Gesundheitswesen soll die Prämienverbilligung möglichst alleinige finanzielle Sache der Kantone werden, wobei dies zwischen Bund und Kantonen haushaltsneutral zu erfolgen hat (Kompensation z.B. durch einen erhöhten Kantonsanteil an der direkten Bundessteuer). Dabei wird der Übergang vom Giesskannenprinzip zu einer bedarfsgerechteren Subjekthilfe ermöglicht. Die Kantone sind infolge ihrer Möglichkeit, nach regionalen Unterschieden bzw. Präferenzen zu differenzieren, am besten geeignet, die Kosten in den Griff zu bekommen.</p> <p>Gewisse gesamtschweizerische Vereinheitlichungen erachten wir als sinnvoll, so z.B. die Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlagen des für den Prämienanspruch massgebenden Einkommens.</p> <p>Die Eigenverantwortung, die der Bundesrat insbesondere mit der Vorlage über die Kostenbeteiligung fördern will, darf nicht über das Sozialziel ausgehebelt werden.</p>	
<p>Wir anerkennen die Notwendigkeit der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv der Kopfprämie. Wir fordern jedoch, dass die Prämienverbilligung ausgabenneutral umgesetzt wird, da Bundes- und Kantonsbeiträge für die Prämienverbilligung mit ca. 3,5 Mrd. CHF bereits jetzt etwa dem Total der gesamten Sozialhilfe (Bund, Kantone, Gemeinden) entsprechen. Daher ist eine Verstärkung des Bundesengagements strikte abzulehnen.</p> <p>Das System der Prämienverbilligung ist zu vereinfachen und zu verbessern. Im Interesse einer klaren Entflechtung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen auch im Gesundheitswesen soll die Prämienverbilligung möglichst alleinige finanzielle Sache der Kantone werden. Dies hat zwischen Bund und Kantonen haushaltsneutral zu erfolgen (Kompensation z.B. durch einen erhöhten Kantonsanteil an der direkten Bundessteuer). Dabei wird der Übergang vom Giesskannenprinzip zu einer bedarfsgerechteren Subjekthilfe ermöglicht, da die Kantone infolge ihrer Möglichkeit, nach regionalen Unterschieden bzw. Präferenzen zu differenzieren am besten geeignet sind, die Kosten in den Griff zu bekommen. Gewissen gesamtschweizerische Vereinheitlichungen erachten wir als sinnvoll so z.B. die Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlagen des für den Prämienanspruch massgebenden Einkommens. Wir erachten es als zwingend, dass durch geeignete Vorkehrungen einer ständig zunehmenden Belastung des Bundeshaushaltes entgegengewirkt werden kann.</p>	SAGV
<p>Prämienverbilligungen sind als soziales Korrektiv bei der Beibehaltung einer Kopfprämie unumgänglich. Wir unterstützen dieses Korrektiv zugunsten von sozial schwächeren KonsumentInnen.</p>	kf
<p>La riduzione dei premi aiuta gli assicurati di condizioni finanziarie modeste e le famiglie a far fronte ai loro obblighi. Si tratta di un correttivo indispensabile al sistema del premio per testa che non tiene conto della capacità finanziaria degli assicurati. L'ACSI sostiene questo principio e auspica un suo ulteriore sviluppo. Riteniamo tuttavia che il progetto messo in consultazione non sia sufficientemente generoso poiché prevede che i cantoni concedano aiuti alle economie domestiche quando i premi rappresentano fra il 2 e il 10 % del reddito per le famiglie e fra il 4 e il 12 % negli altri casi. Siamo dell'opinione che i limiti superiori (del 10 rispettivamente del 12%) siano troppo elevati.</p>	acsi
<p>Grundsätzlich begrüsst der Schweizerische Städteverband die vom Bundesrat vorgesehene Revision als einen Schritt in die richtige Richtung.</p> <p>Abschliessend sei zum Thema Prämienverbilligung darauf hingewiesen, dass die Einführung neuer Beurteilungskriterien (mit gleichzeitiger Anknüpfung an die Steuerfaktoren von Bund und Kanton und einer differenzierten Subsidiaritätsregelung hinsichtlich der massgebenden Veranlagung) in vielen Kantonen grundlegende und umfangreiche Anpassungen im Vollzug nach sich ziehen werden, welche mit erheblichen Kosten verbunden sein werden.</p>	Schweiz. Städteverband
<p>Die PKS stellen sich auf den Standpunkt, dass Elemente der Gesundheitsleistun-</p>	SVPK

gen, der Gesundheitsversorgung und der Sozialpolitik zweckmässigerweise in getrennten Gesetzen behandelt werden müssten.	
Die Prämienverbilligung ist Sozialpolitik. Für H+ stellt sich die Frage, ob dieses Thema im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes geregelt werden oder nicht gesetzlich separat gehandhabt werden soll.	H+
Es erscheint nicht ausgewogen, in der Schweiz rund 30 % aller Einwohner so einzustufen, dass sie die Gesundheitskosten nicht mehr gänzlich zu zahlen vermöchten. Vom vorgeschlagenen resp. praktizierten Giesskannensystem ist abzurücken und der individuelle Bedarfsfall für eine Prämienverbilligungsmassnahme ins Auge zu fassen. Grotesk ist dabei der Umstand, dass in gleicher Vorlage 30 % aller Einwohner (Zusatzversicherte) den Sockelbeitrag aus der obligatorischen Grundversicherung nicht erhalten sollen, wenn sie einen privaten Spitalleistungserbringer beanspruchen! Es ist nicht angebracht, in dieser Gesundheitsgesetzgebung derartige Umverteilungsanstrengungen vorzukehren.	SBV/ASMI
santésuisse unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, das Modell der Prämienverbilligung (mit Sozialziel) in der Fassung der Einigungskonferenz zur 2. KVG-Revision wieder in die neue Revision aufzunehmen. santésuisse hält es nicht für notwendig, Familien mit speziellen Kinderrabatten zu entlasten. Mit Art. 65 Abs.1 b werden die Voraussetzungen für die besondere Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse von Familien oder Alleinerziehenden mit Kindern geschaffen.	santésuisse
La réduction individuelle des primes par le biais des subsides cantonaux est par trop inégale, puisqu'ils ressortissent à la compétence des cantons. L'Assuas est favorable à l'introduction de la prime proportionnelle aux revenus (y compris de la fortune).	ASSUAS
Nous continuons à préconiser des primes calculées selon la capacité économique des assurés et à combattre les primes par tête. Quant aux réductions des primes, l'AVIVO salue la prise en compte des difficultés graves que rencontrent les familles et les personnes modestes au point qu'elles renoncent parfois tout simplement à se faire soigner. Toutefois, l'AVIVO s'inquiète de la disparition possible du paiement complet des primes par les pouvoirs publics pour les personnes très modestes. En outre, l'augmentation linéaire et limitée drastiquement des subventions de la Confédération ne permet pas de répondre aux besoins des assurés mais vise crûment à adapter les besoins aux moyens consentis. Il s'agit d'une inacceptable baisse des prestations. D'autre part, les subventions non réclamées par les cantons devraient rester dans le pot commun et augmenter ainsi la répartition entre les cantons qui en ont un urgent besoin.	AVIVO
Mit dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Modell zur Prämienverbilligung sind wir nicht einverstanden. Der Bundesrat hält in seinem Bericht fest, aufgrund der «sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der kantonalen Systeme» sei es «schwierig zu beurteilen, ob die Prämienverbilligung die vom Gesetzgeber angestrebten sozialpolitischen Ziele erreicht hat». Mittels Bundesrecht solle nun «nicht nur ein Minimum an Sozialstaat gewährleistet werden, sondern auch der zentralen Bedeutung der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv im heutigen Einheitsprämiensystem Rechnung getragen werden». Diese Absicht ist unterstützenswert. Doch sie wird dadurch torpediert, dass es den Kantonen weiterhin überlassen bleibt, die Einkommenskategorien, Höchsteinkommengrenzen und Referenzprämien unterschiedlich festzulegen. Dieser föderalistische Ansatz widerspricht der Notwendigkeit einer nationalen Strategie der Armutsbekämpfung, wie sie beispielsweise aus dem von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) herausgegebenen Schlussbericht "Existenzsicherung im Föderalismus der Schweiz" (Bern 2003) ergibt.	Pro Senectute
Oui à la réduction des primes.	AVS/AHV
Wir gehen davon, dass sich die Stimmbürgerinnen für die Kopfprämienfinanzierung entschieden haben, freilich im Bewusstsein eines sozial abgefederten Systems. Der eingeschlagene Weg über die Prämienverbilligung leidet jedoch unter zwei grundlegenden Schwächen.	Pro Juventute

<p>- In den vorgeschlagenen Art. 65 und Art. 65a erkennen wir den Versuch, mit der Prämienverbilligung ein bundesrechtlich gesteuertes Sozialziel zu erreichen. Wir beurteilen dies grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung. Wir zweifeln aber, ob damit auf Bundesebene definierte Sozialziele wirksam erreicht werden können, insbesondere weil die Kantone über die Festlegung der Einkommensgruppen und der Höchstgrenze für die Anspruchsberechtigung weiterhin autonom entscheiden.</p> <p>- Das Finanzierungssystem, in welchem die Kantone die für die Prämienverbilligung bereitgestellten Mittel nicht zwingend ausschöpfen, überzeugt nicht. Es verschärft die kantonalen Unterschiede bei den ausgerichteten Sozialtransfers und die ungleiche Behandlung armutsgefährdeter Bevölkerungsgruppen, insbesondere Kinder und Jugendlicher.</p> <p>Wir betrachten die vorgeschlagene Regelung der Prämienverbilligung nur als Übergangslösung. Für die Realisierung von Sozialzielen bei den Krankenversicherungskosten werden mittel- bis langfristig neue Lösungen, die mit der Steuerpolitik und anderen Sozialtransfers besser abgestimmt sind, unumgänglich sein. Dazu wird die Prämienverbilligung aus dem Korsett des KVG zu befreien sein. Primär sollte ein sozialer Ausgleich für die besonderen Leistungen von Familien mit Kindern im Rahmen einer umfassenden Familienpolitik angestrebt werden. Gedacht ist dabei an die Einführung von bedarfsorientierten Ergänzungsleistungen wie auch eine wirkungsvollere Entlastung des Mittelstands. Hohe strukturbedingte Armutsrisiken, die derzeit bei alleinerziehenden Eltern und kinderreichen Familien liegen, sollten in einem nationalen Aktionsplan gegen die Armut angegangen werden, der insbesondere Fortschritte für armutsgefährdete Kinder und Jugendliche bringt. Dann könnten die Prämienverbilligungen in einem zweiten Schritt wirkungsvoller zur Entlastung derjenigen Haushalte eingesetzt werden, die weiterhin stark unter den steigenden Prämienbelastungen zu leiden haben.</p>	
<p>Der ÖKKV unterstützt die Absicht des Bundesrates, die Prämienverbilligung gesamtschweizerisch zu regeln und somit einen Beitrag zur Verwirklichung der sozialen Zielsetzung zu leisten.</p>	<p>ÖKKV</p>
<p>Pour la FARES-VASOS, la réduction des primes effectuée de la manière la plus équitable et la plus simple reste, en cohérence avec la solidarité voulue dans la LA-Mal, le prélèvement des primes en pourcent du revenu de l'assuré, corrigé d'un facteur tenant compte de la fortune. La réduction des primes pour les assurés de condition économique modeste est alors évidente.</p> <p>Les propositions du Conseil fédéral, bien qu'ayant aussi pour objectif une réduction des primes pour les assurés de condition économique modeste, nous inspirent la plus grande prudence. Le système mis en œuvre est d'abord compliqué: le Conseil fédéral déterminerait les primes de référence par canton; chaque canton définirait au moins 4 catégories de revenus déterminants, ainsi que les divers taux maximum que pourrait représenter la prime de référence par rapport au revenu déterminant. Le système laisse ainsi une très grande, trop grande, latitude d'exécution aux cantons, ce qui peut mettre les citoyens et les familles des divers cantons dans des situations très diverses et rendre le système inéquitable. Du côté de la disparité cantonale, la situation ne serait donc pas améliorée notablement par rapport à la situation actuelle. Le Conseil fédéral vante d'ailleurs le fait que la marge de manœuvre des cantons leur permettrait d'abaisser les montants de leurs subventions, ce qui est contraire aux nécessités sociales actuelles. Cette source d'inéquité envers les citoyens est aussi en mesure de réduire les chances d'atteindre l'objectif déclaré ci-dessus.</p> <p>Nous craignons aussi les effets pervers du système prévu, induits par lui au niveau par exemple des prestations complémentaires, et reconnus dans le rapport; ou encore le fait que des assurés ne payant actuellement aucune prime grâce aux subsides pourraient devoir en payer dans le nouveau système; et aussi que les montants mis à disposition par la Confédération et l'adaptation du subventionnement aux "réalités cantonales" conduisent de fait à une baisse des subventions à certains assurés. La gestion du système pourrait aussi mettre les assureurs en mesure de connaître les revenus et la fortune de leurs assurés, données personnelles de ceux-ci auxquelles les assureurs ne devraient pas avoir accès.</p>	<p>VASOS/ FARES</p>

Als positiv erachten wir die vorgesehene gesetzliche Festschreibung eines differenzierten Sozialziels. Die Ausgestaltung ist jedoch unzufriedenstellend. Die geplante Einführung eines Sozialziels wird so zur Makulatur. Aufgrund der weiterhin grossen kantonalen Unterschiede bezüglich Umsetzung der Prämienverbilligungs-politik, wird die sozialpolitische Wirkung der Prämienverbilligung weiterhin sehr schwierig zu beurteilen sein. Der vorliegende Gesetzesentwurf zielt am Revisionsgrund des Bundesrates, der zentralen Bedeutung der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv im heutigen Einheitsprämien-system Rechnung zu tragen, vorbei.	Initiativkomitee Zug
Das Quantitative ist eine rein politische Frage, zu der wir uns nicht äussern können. Dass dem sozial Schwächeren aber geholfen werden muss, ist selbstverständlich aufgrund unseres ethisch-religiösen Fundamentes (vgl. Präambel BV, erster Satz). Wir begrüssen die föderalistische Struktur, d h., dass den Kantonen ein Spielraum eingeräumt wird. Die Verquickung mit Bundessubventionen lehnen wir eher ab. Der Bund als Geldgeber ist zu wenig zuverlässig. Kaum haben sich die Kantone auf einen Geldfluss eingestellt, wird er gekürzt oder fällt er ganz weg, und die Kantone müssen ihre Verbilligungen anderswie finanzieren. (Zurücknehmen kann man eine Verbilligung erfahrungsgemäss kaum mehr.)	SVPC/ASP C

Prämienverbilligung (Art. 65, 65a, Übergangsbestimmungen, Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung)

Réduction des primes (art. 65, 65a, dispositions transitoires, Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie)

Artikel Article	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
65	Neuer Absatz erfassen. Zur Abgrenzung der kantonalen Zuständigkeit sollte Art. 10 der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPUK) übernommen werden. Die Zuständigkeit liegt bei dem Kanton, bei welchem die Versicherten am 1. Januar des laufenden Jahres ihren Wohnsitz hatten. Bei erstmaliger Wohnsitznahme in der Schweiz ist für den Rest des laufenden Jahres der erste Wohnkanton zuständig, wobei in diesen Fällen pro Rata-Ansprüche vorzusehen sind. Ein Vorbehalt ist vorzusehen für unterjährige Einreisen aus EU/Efta-Staaten, sofern Versicherte in diesen Staaten einen bundesrechtlichen Prämienverbilligungs-Anspruch gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung KVG hatten (z.B. Rentner).	LU
65	1, 2 Wir teilen die Auffassung, dass die Definition der Bezugsberechtigten als "Versicherte in bescheidenen finanziellen Verhältnissen" juristisch unklar ist. Ob jedoch die neue Definition in Abs. 1 Buchstabe a als "Versicherte, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind" im Hinblick auf die vom Gesetzgeber gewünschte einheitliche staatliche Sozialpolitik klarer ist, bezweifeln wir. Spätestens im Zusammenhang mit Art. 65a Abs. 5 KVG wird die Umsetzung der erklärten sozialpolitischen Zielsetzungen verhindert. Die mit Art. 65 Abs. 1 Buchstabe b und Abs. 2 neu geschaffene einheitliche Regelung bezüglich Prämienverbilligung für Personen in Ausbildung begrüssen wir. Damit wäre eines unserer Initiativziele erreicht.	Initiativkomitee Zug
65	2 Wir begrüssen es, dass für allgemeine Anspruchsvoraussetzungen einheitliche Vorgaben in Anlehnung an das Steuerrecht vorgesehen sind (z.B. Art. 65 Abs. 2). In den Rahmenbedingungen des Bundes sollte generell festgehalten werden, dass Sachverhalte, die im Steuerrecht klar geregelt sind, auch bei der Prämienverbilligung zu beachten sind (Synergien und Kohärenz der Gesetzgebung).	LU
65	2 Gemäss dieser Bestimmung sollen Kinder, für die die Eltern bei der di-	TG

		rekten Bundessteuer einen Sozialabzug vornehmen können, selber nicht zur Prämienverbilligung berechtigt sein. Soweit solche Kinder das 18. Altersjahr erreicht haben, sind sie zwar selbständig steuerpflichtig, den Eltern steht aber der Sozialabzug, solange sich die Kinder in der Ausbildung befinden, weiterhin zu. Die Vollzugsbehörden wären gezwungen, diese Kategorie Nicht-Verbilligungsberechtigter "herauszufiltern". Da für einen solchen Vorgang keine EDV-Lösung zur Verfügung steht, hätte dies "von Hand" zu geschehen. Ein derart aufwendiges und kostspieliges Unterfangen widerspricht indes jedem vernünftigen Kosten-/Nutzenverhältnis. Wir bitten Sie daher eindringlich, Absatz 2 ersatzlos auf unmündige bzw. nicht selbständig steuerpflichtige Kinder zu beschränken.	
65	3	In Art. 65 ist der Abs. 3 aus nachfolgendem Grund ersatzlos zu streichen. Es sollen nur versicherungspflichtige Personen Anspruch auf Prämienverbilligung haben, welche sich als Jahresaufenthalter (und somit mit gesetzlichem Wohnsitz) in der Schweiz aufhalten.	SZ
65	3	Art. 106 KVV konkretisiert die Bestimmung in Art. 65 Abs. 3 bezüglich IPV-Anspruch für Personen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten als AusländerInnen mit einer Kurzaufenthalts- oder einer Aufenthaltsbewilligung nach dem Freizügigkeitsabkommen, dem EFTA-Abkommen oder dem ANAG, die mindestens drei Monate gültig ist. Wir nutzen die Gelegenheit, um die Problematik im Zusammenhang mit TänzerInnen zu unterbreiten. TänzerInnen halten sich in der Regel längere Zeit in der Schweiz auf (mehr als drei Monate) und hätten gemäss KVG somit Anspruch auf IPV. Die einzelne Aufenthaltsbewilligung in einem Kanton wird jedoch oft nur gerade für drei Monate oder kürzer beantragt. Danach hat die Tänzerin oder der Tänzer berufsbedingt das Lokal und in der Regel auch den Kanton zu wechseln. Aufgrund Art. 106 KVV wird TänzerInnen aufgrund branchenüblicher Aufenthaltsdauer innerhalb eines Kantons ein Anspruch auf IPV abgesprochen.	Initiativkomitee Zug
65	4	Da heute die Bundesgelder von Kantonsseite nicht vollumfänglich verlangt werden, unterstützen wir die neue Regelung, die eine Ausschöpfung durch die Kantone beabsichtigt. Allerdings ist aber bei Art. 65, Abs. 4 das relativierende Wort "grundsätzlich" zu streichen.	SGB/USS
65	4	Mit grossem Bedauern stellen wir fest, dass die Vernehmlassungsvorlage keine Änderung bezüglich Ausschöpfung der maximal vorgesehenen Bundes- und Kantonsbeiträge vorsieht. Damit hat der Kanton weiterhin die Möglichkeit, den von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent zu kürzen. Da das angestrebte Sozialziel aufgrund der Artikel 65a Abs. 1, 4, 5 und 6 ohne finanziellen Rahmen zur Makulatur verkommt, erachten wir eine Formulierung wie folgt, als notwendig: "Die Prämienverbilligungen sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 voll ausbezahlt werden". Soll den Kantonen ein Handlungsspielraum gegeben werden, müsste, um das Sozialziel erreichen zu können, Art. 66 Abs. 5 wie folgt angepasst werden: "Ein Kanton darf den nach Absatz 4 von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 20 Prozent kürzen, ...".	Initiativkomitee Zug
65a	1-3	Gemäss unserer Erfahrung und Überzeugung bilden die Steuerdaten gerade in den Bevölkerungsgruppen, welche Anspruch auf Prämienverbilligung haben, keine gute Grundlage für die Ausrichtung der Prämienverbilligungen. Insbesondere bei Personen in Ausbildung und bei Familien mit Kindern verändern sich die Einkommens- und Familienverhältnisse häufig und stark. Bekanntlich schreibt aber das Gesetz heute, wie auch in Zukunft, die Berücksichtigung der aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse vor. Diesem Grundsatz kommt der Kanton Basel-Stadt bisher weitgehend nach. Eine Umstellung auf zwangsläufig veraltete Steuerdaten, bringt wesentliche und gemäss unserer Überzeugung nicht zu verantwortende Streuverluste mit sich. Da ausserdem die Pflicht zur Berücksichtigung der aktuellen Verhältnisse bestehen bleibt, würden	BS

		<p>auch künftig nur diejenigen Personen, die eine aktuelle Berechnung beantragen, die Prämienbeiträge zeitgerecht erhalten. Aus naheliegenden Gründen ist umgekehrt nicht zu erwarten, dass Personen mit Einkommensverbesserungen auf der Berücksichtigung der aktuellen Verhältnisse bestehen, Auch aufgrund dieser systematischen Asymmetrie ist das vorgeschlagene Modell kostentreibend und mit einer Verschlechterung des Wirkungsgrades verbunden. Im Übrigen ist es beim Abstellen auf die Steuerdaten in vielen Fällen systembedingt schon nicht möglich, dass Art. 65 b erfüllt werden kann, gemäss welchem die anspruchsberechtigten Personen ihrer Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen.</p> <p>Falls trotz unseren Einwänden eine Vereinheitlichung der Prämienbeiträge gemäss prozentualem Belastungsmodell angestrebt werden sollte, plädieren wir für die zwingende Berücksichtigung des aktuellen Einkommens. Der in der Vorlage enthaltene Widerspruch zwischen Steuerdaten und aktuellem Einkommen muss in jedem Fall geklärt werden.</p>	
65a	1-3	<p>Es ist daher nur sinnvoll, die Berechnungsgrundlagen auf der Basis der Einkommensverhältnisse der direkten Bundessteuer festzulegen. Ebenfalls ist zuzustimmen, dass die Vermögensverhältnisse Berücksichtigung finden müssen. Es wäre jedoch anzuregen, die Berücksichtigung der aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse als primären Grundsatz zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob ein diesbezüglicher Antrag der versicherten Person vorliegt oder nicht (vgl. Art. 65a Abs. 3 KVG). Denn es ist fraglich, ob die letzte rechtskräftige Steuerveranlagung der direkten Bundessteuer, die eine zweijährige Steuerperiode berücksichtigt, nicht ein zu schwerfälliges Instrument für die Ermittlung der aktuellen Einkommens- und Familienentwicklung darstellt (z.B. bei Ergreifung eines Rechtsmittels kann sich die Rechtskraft hinauszögern. Ebenfalls gibt es gemäss Art. 45 DBG bei den direkten Bundessteuern eine Zwischenveranlagung nur dann, wenn dauernde Änderung der Erwerbsgrundlagen vorliegen, was indessen erst nachträglich beurteilt werden kann).</p>	ÖKKV
65a	1	<p>Unseres Erachtens sollte in Artikel 65 Absatz 1 Buchstabe a das Wort „Versicherte“ durch „Personen“ ersetzt werden. Zudem würden wir betonen, dass es sich bei der Belastung um eine finanzielle handelt. Wir schlagen deshalb folgenden Gesetzeswortlaut vor:</p> <p>"(..) Als Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gelten:</p> <ol style="list-style-type: none"> Personen, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziell stark belastet sind; Familien, die (...) und die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziell stark belastet sind." <p>Im Weiteren würden wir es begrüßen, wenn für die Sans-Papiers eine gesetzliche Grundlage für die Versicherungspflicht geschaffen würde, da es bei diesen Personen - trotz den Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 19. Dezember 2002 - oft zu Unklarheiten oder Streitigkeiten kommt.</p> <p>Der neue Artikel 65a Absatz 1 sieht vor, dass sich die Ermittlung des für den Anspruch auf Prämienverbilligung herangezogenen Einkommens nach den Regeln von Artikel 25 DBG richten soll. Um zu verhindern, dass Personen mit geringem steuerbarem Einkommen aber hohem Vermögen Anspruch auf Prämienverbilligung erheben können, müssen die Kantone neben dem Einkommen auch das Vermögen berücksichtigen. Weil eine Veranlagung nach Bundesrecht fehlt, haben sich die Kantone diesbezüglich auf die kantonale Steuerveranlagung zu stützen. Diese Zweiteilung (Grundlage für das Einkommen ist das Bundesrecht, für das Vermögen hingegen kantonales Recht) erachten wir als kompliziert. Ein solches Vorgehen wäre mit einem grossen Verwaltungsaufwand verbunden und würde eine unseres Erachtens unnötige wesentliche Anpassung der entsprechenden Computerprogramme voraussetzen. Die Steuerdaten des</p>	BE

		<p>Bundes und jene des Kantons befinden sich zudem auf verschiedenen Datenbanken, was die Festsetzung des Prämienverbilligungsanspruchs verkomplizieren und zeitlich in die Länge ziehen würde. Dies stünde nicht im Interesse der Versicherten und der KVG-Revision. Wir würden es deshalb begrüßen, wenn auch bei der Ermittlung des reinen Einkommens die kantonale Steuerveranlagung als Basis dienen würde. Dieses Vorgehen lässt sich auf Grund der kürzlich erfolgten Steuerharmonisierung rechtfertigen, wird doch damit die Einheitlichkeit in der Durchführung nicht wesentlich beeinträchtigt. Für die Kantone hingegen würde sich das Abstützen auf die kantonalen Steuerdaten als wesentlich einfacher erweisen.</p> <p>Zudem weisen wir darauf hin, dass das Reineinkommen nach Art. 25 DBG eine ungenügende Basis für die Ermittlung der bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse darstellt. Wird nämlich lediglich auf das Reineinkommen abgestellt, kann es in Bezug auf den Prämienverbilligungsanspruch durchaus zu stossenden Ergebnissen kommen, da nicht gewährleistet ist, dass die tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse in jedem Fall korrekt eruiert wurden. Um solch stossende Fälle zu vermeiden, korrigiert der Kanton Bern im geltenden Recht das Reineinkommen (welches auf kantonalem Recht basiert), indem gestützt auf Artikel 6 der Kantonalen Krankenversicherungsverordnung beispielsweise</p> <ul style="list-style-type: none"> - steuerfreie Einkünfte dazugezählt werden; - der Liegenschaftsunterhalt auf einen Prozentsatz vom amtlichen Wert limitiert wird (bei Mehrfamilienhäuser 2.5 Prozent), - Vergabungen u.Ä. aufgerechnet werden, - Wochenaufenthaltskosten nicht als Gewinnungskosten zugelassen werden. <p>Diese Korrekturen führen dazu, dass die tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse ermittelt werden. Um diesem Aspekt auch in Zukunft Rechnung tragen zu können, erachten wir es als äusserst wichtig, dass solche Korrekturen auch weiterhin möglich sind. Dementsprechend sollte eine entsprechende Kompetenz an die Kantone weitergegeben werden. Dies ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn die Ermittlung des Reineinkommens auf Grund der kantonalen Steuerdaten erfolgt, wie es von uns beantragt wird (siehe oben). Sollte der Bund an seinem Artikel 65a Absatz 1 festhalten, so wären diese Korrekturmöglichkeiten in jedem Fall auf Bundesebene zu regeln.</p>	
65a	1	<p>Problematisch ist auch die weiter vorgesehene Anknüpfung der Prämienverbilligung an das Reineinkommen der direkten Bundessteuer. Jedenfalls müsste bei geplanten Revisionen der Bundesgesetzgebung über die direkte Bundessteuer jeweils auf allenfalls damit direkt oder indirekt verbundene Auswirkungen auf den Kreis der Prämienverbilligungsberechtigten geachtet werden.</p>	GR
65a	1	<p>Die direkte Bundessteuer ist generell kein geeignetes Instrument als Bezugsgrösse für die Bemessung der Prämienverbilligung. Sollte das Steuerepaket angenommen werden, müsste die Vorlage selbstverständlich noch einmal überarbeitet werden. Ansonsten würden viel zu viele Personen berechtigt, Prämienverbilligungen zu beziehen.</p> <p>Es muss sichergestellt werden, dass das Reineinkommen bei der Steuerveranlagung ausgewiesen wird (Transparenz für den Versicherten und Berechnungsgrundlage für die Durchführung).</p>	LU
65a	1	<p>Problematisch ist auch die in Art. 65a Abs. 1 EntwKVG vorgesehene Anknüpfung der Prämienverbilligung an das Reineinkommen der direkten Bundessteuer. Störend ist u.a., dass hohe Abzüge beim Liegenschaftsunterhalt sowie das steuerbegünstigte Sparen im Rahmen der beruflichen Vorsorge 3a damit zwingenden Einfluss auf die Höhe der Prämienverbilligung gewinnen. Jedenfalls müsste bei geplanten Revisionen der Bundesgesetzgebung über die direkte Bundessteuer jeweils auf allenfalls damit direkt oder indirekt verbundene Auswirkungen auf den Kreis der</p>	SH

		Prämienverbilligungsberechtigten geachtet werden.	
65a	1	Der Anteil des anrechenbaren Vermögens sollte unbedingt flexibler ausgestaltet sein. Es muss verhindert werden, dass Personen mit bescheidenem Einkommen aber stattlichem Vermögen Prämienverbilligungen erhalten. Allenfalls sind Vermögensobergrenzen festzulegen.	SO
65a	1	Die Berücksichtigung des Reineinkommens gemäss Art. 25 DBG ist richtig. Konsequenterweise soll aber auch das Reinvermögen (an Stelle des steuerbaren Vermögens) berücksichtigt werden (hoher Handlungsbedarf).	SZ
65a	1	Abzulehnen ist aus Vollzugsgründen die Anknüpfung der IPV-Bemessungsgrundlage an die direkte Bundessteuer. Jede geplante Revision der Bundesgesetzgebung über die direkte Bundessteuer hätte jeweils direkte oder indirekte Auswirkungen auf den Kreis der Prämienverbilligungsberechtigten. Die kantonalen Ausprägungen der IPV würden dabei durch Einflüsse der Bundesgesetzgebung unstatthaft betroffen.	TG
65a	1	Fragwürdig ist auch die weiter vorgesehene Anknüpfung der Prämienverbilligung an das Reineinkommen der direkten Bundessteuer. Geplante Revisionen der Bundesgesetzgebung über die direkte Bundessteuer müssen jeweils zwingend auf damit direkt oder indirekt verbundene Auswirkungen auf den Kreis der Prämienverbilligungsberechtigten überprüft werden	ZH
65a	1	Damit zur Ermittlung des reinen Einkommens ebenfalls die Kinderabzüge und die Bezüge für unterstützte Personen gemäss Botschaft aufgerechnet werden können, ist ebenfalls auf Art. 35 DBG zu verweisen. Abs. 1 ist wie folgt zu ergänzen: "...auf Grund des Reineinkommens nach Artikel 25 und 35 DBG".	santésuisse
65a	1	Grundsätzlich ist eine Vereinheitlichung des anrechenbaren Einkommens unter den Kantonen zu begrüßen. Die gewünschte Erreichung einer Einheitlichkeit in der Durchführung wird leider bereits beim Vermögen aufgegeben, indem auf das nach kantonalem Recht steuerbare Vermögen zurückgegriffen wird. Mit einem um einen Faktor korrigierten Reinvermögen könnte – zumindest was die Ermittlung der wirtschaftlichen Situation betrifft – auch bezüglich des anrechenbaren Vermögens eine Einheitlichkeit hergestellt werden.	Initiativkomitee Zug
65a	2	Bezüglich Artikel 65a Absatz 2 ist es wichtig, dass die Prämienverbilligung möglichst aktuell wirkt. Deshalb soll nicht erst dann auf eine provisorische Einschätzung zurückgegriffen werden, wenn die letzte rechtskräftige Veranlagung mehr als drei Jahre zurückliegt. Im Weiteren würden wir davon absehen, in gewissen Fällen auf die Veranlagung für die direkte Bundessteuer und in anderen Fällen auf die Veranlagung für die kantonale Einkommenssteuer zurückzugreifen. Damit wird nicht nur das System der Prämienverbilligung unnötig komplizierter, sondern es verzögert auch die Ausrichtung der Prämienverbilligung. Wir schlagen vor, als Basis für die Ermittlung des reinen Einkommens und Vermögens immer die Veranlagung für die kantonale Einkommens- und Vermögenssteuer heranzuziehen. Die Ermittlung soll grundsätzlich auf Grund der rechtskräftigen Veranlagung der letzten Steuerperiode erfolgen. Liegt keine solche vor, soll auf die provisorische Veranlagung der letzten Steuerperiode oder auf die rechtskräftige oder provisorische Veranlagung der vorletzten Steuerperiode abgestellt werden. Im Weiteren weisen wir darauf hin, dass die kantonalen Behörden auf die Bekanntgabe der Steuerdaten angewiesen sind, um die Prämienverbilligungen festsetzen zu können. In diesem Sinn sollte von einer Kann-Formulierung im letzten Satz abgesehen werden. Demgegenüber sind die Steuerbehörden zur Datenbekanntgabe zu verpflichten und die Personen, welche die Prämienverbilligung beurteilen, dem Steuergeheimnis zu unterstellen.	BE
65a	2	Wir gehen davon aus, dass für eine möglichst aktuelle Einschätzung der wirtschaftlichen Situation der Versicherten nicht das Datum der Veranlagung massgebend ist, sondern das veranlagte Jahr. Wir schlagen des-	GR

		halb eine Formulierung in diesem Sinne vor: "Sind die veranlagten Steuerdaten älter als drei Jahre, so gilt die provisorische Einschätzung..."	
65a	2	Die vorgeschlagene Regelung erlaubt eine schnellere Berechnung des Anspruches bei fehlender definitiver Veranlagung, dürfte jedoch vermehrt zu Neuberechnungen führen. Es müssen Abweichungen zu den aktuellen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen in Kauf genommen werden.	LU
65a	2	Der Regierungsrat hatte sich mit der Frage im Zusammenhang mit der Ausarbeitung einer Vorlage zu Gesetzesinitiativen zu befassen. Als Grundregel wurde formuliert, dass für die Berechnung im Anspruchsjahr auf das vorletzte Jahr abgestellt wird; dann wird für das Zwischenjahr bei Einkommensverlust die Ausnahme geregelt. Dies erachten wir als Standardlösung, welche der Rechtssicherheit und Justiziabilität voll Rechnung trägt. Diese Daten können die kantonalen Steuerbehörden denn auch den Prämienverbilligungs-Durchführungsstellen ohne Probleme transferieren. Wenn einzelne Kantone weiter gehen und auch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse im laufenden Jahr berücksichtigen, soll ihnen dies weiterhin unbenommen bleiben. In solchen Fällen stellen sich aber beim Nachcontrolling erhebliche Probleme. Diese hat dann jener Kanton selbst zu bewältigen.	ZG
65a	2	Die Bestimmung, dass Kantone sich grundsätzlich auf die letzte rechtskräftige Verfügung zu stützen haben, sofern diese nicht mehr als drei Jahre zurück liegt, steht, trotz gegenteiliger Aussagen in den Erläuterungen – in einem gewissen Widerspruch zu Abs. 3, dass auf Antrag der versicherten Person die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnissen zu berücksichtigen seien. Die Zahl der Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen, die innerhalb der letzten drei Jahre Nachwuchs bekommen, die Erwerbstätigkeit aufgeben oder reduziert haben, dürfte beachtlich hoch sein. Der Grundsatz müsste deshalb von kürzer zurückliegenden rechtskräftigen Veranlagungen ausgehen. Weiter erachten wir die Formulierung von "Liegt die Veranlagung mehr als drei Jahre zurück, so gilt die provisorische Einschätzung;..." als irreführend. Wir gehen davor aus, dass nicht das Datum der Veranlagung massgebend ist, sondern das veranlagte Jahr. Wir schlagen deshalb eine Formulierung in diesem Sinne vor: "Sind die veranlagten Steuerdaten älter als X Jahre, so gilt die provisorischen Einschätzung;...".	Initiativkomitee Zug
65a	3	Artikel 65a Absatz 3 soll den Kantonen die Möglichkeit geben, die Prämienverbilligungen auf Grund der aktuellen finanziellen Situation der versicherten Person zu gewähren oder abzulehnen. Dieser Absicht können wir beipflichten. Es sollte aber dabei bleiben, dass die Ermittlung des Anspruches grundsätzlich auf Grund der Steuerdaten erfolgt. Um einen unverhältnismässigen diesbezüglichen Aufwand zu verhindern, könnte die Bestimmung heissen: "Die Kantone können bei der Überprüfung (...)". Diese Formulierung lässt den Kantonen mehr Spielraum.	BE
65a	3	Ergänzend zu den bei Art. 65a Absatz 3 gemachten Ausführungen ein Beispiel: Ein Paar, das durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet ist, erhält im Januar 2004 Nachwuchs. Die beiden Elternteile reduzieren ihre Erwerbstätigkeit von zusammen 200 auf neu 100 Stellenprozent. Die Prämienverbilligung wird gemäss der letzten rechtskräftigen Steuerveranlagung 2002 berechnet. Dabei wird der neuen Situation in dreifacher Hinsicht nicht gerecht. Erstens wird von einem Einkommen aus 200 Stellenprozenten ausgegangen. Zweitens wird mit einem prozentualen Eigenanteil von einem Haushalt ohne Kinder gerechnet und drittens wird die Referenzprämie für das Kind nicht berücksichtigt. Aufgrund von Abs. 3 haben die Kantone dafür zu sorgen, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden. Anhand des oben beschriebenen Bei-	Initiativkomitee Zug

		<p>spiels zeigt sich, dass die Formulierung in Abs. 3 juristisch zu wenig konkret formuliert ist. Einerseits bleibt es offen, ob die Kantone nur auf Antrag der versicherten Person eine Neuberechnung der IPV vornehmen müssen und andererseits ist die Formulierung "aktuellste Einkommens- und Familienverhältnisse" zu offen. Die Praxis im Kanton Zug zeigt, dass lediglich Einkommensveränderungen von mindestens 25 % und auch nur auf Antrag zu einer Neuberechnung der IPV führen. Zudem werden die Bezugsberechtigten über diese Möglichkeit nicht informiert.</p> <p>Wir schlagen deshalb folgende Formulierung vor: "Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die Einkommens- und Familienverhältnisse des anspruchsberechtigten Jahres berücksichtigt werden."</p>	
65a	4	<p>Wir lehnen die im Entwurf vorgesehene Festlegung der kantonalen Referenzprämie durch den Bundesrat als Eingriff in die kantonale Vollzugshoheit ab.</p> <p>Die Kantone sollen - wie dies bis anhin wohl bei den meisten der Fall ist - für die Berechnung der IPV von den kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämien ausgehen können. Damit ist der vom Bund gewünschte Anreiz zu einem günstigeren Versicherer zu wechseln, genügend gegeben. Die Festlegung einer kantonalen Referenzprämie würde jährlich einen massiven administrativen Aufwand bei den Versicherern auslösen. Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen hätten zwangsläufig jährlich die Versicherung zu wechseln, da sich im darauf folgenden Jahr unweigerlich massive Prämiensteigerungen bei den günstigsten Versicherern einstellen würden.</p> <p>Bei der Berechnung der EL-Leistungen wird im Übrigen auch von den kantonalen Durchschnittsprämien ausgegangen. Damit würden Versicherte, bei welchen von der Referenzprämie auszugehen wäre, benachteiligt.</p>	GR
65a	4	<p>Problematisch ist die Ungleichbehandlung gegenüber den Bezüglern von Ergänzungsleistungen und wirtschaftlicher Sozialhilfe, was insbesondere bei Wegfall dieser Bedarfsleistungen zu Problemen führen könnte (falsche Anreize).</p>	LU
65a	4	<p>Auch für Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen muss ein Anreiz bestehen, einen möglichst günstigen Versicherer zu wählen. An der Formulierung, wonach die Referenzprämien so festzulegen sind, dass sie unter den für den einzelnen Kanton massgeblichen Durchschnittsprämien liegen, ist daher auf jeden Fall festzuhalten.</p>	SG
65a	4	<p>Questo articolo prevede che i premi di riferimento per la concessione di sussidi siano inferiori ai premi medi determinati per cantone. Con questa norma le autorità mostrano la loro intenzione di spingere gli assicurati verso gli assicuratori con i premi più bassi. Ci permettiamo di attirare la vostra attenzione sul fatto che proprio questi assicuratori adottano le pratiche più aggressive nella conquista di nuovi assicurati scelti attraverso la selezione dei rischi.</p>	acsi
65a	4	<p>Als Referenzprämie soll die Durchschnittsprämie genommen werden. Abs. 4 Satz 2 ist wie folgt abzuändern: "Die Referenzprämien sind so festzulegen, dass sie den für den einzelnen Kanton massgeblichen Durchschnittsprämien entsprechen."</p>	santésuisse
65a	4	<p>In Anbetracht der vollzugstechnischen Durchführbarkeit, ist der Verzicht auf die Höhe der aktuell zu bezahlenden Prämien zu begrüssen. Die im Entwurf vorgesehene Referenzprämie, die immer unter der für die Region massgebenden Durchschnittsprämie liegen soll, lehnen wir aus zwei Gründen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Festlegung der Referenzprämie durch den Bundesrat nach Anhörung der Kantone verursacht einen ungerechtfertigten administrativen Aufwand und unterläuft das Sozialziel ein weiteres Mal, wenn im Kanton X die Referenzprämie 5 % unterhalb der kantonalen Durchschnittsprämie 	Initiativkomitee Zug

		<p>liegt und im Kanton beispielsweise 10 %.</p> <p>- Die vorgeschlagene Referenzprämie würde Versicherte, die durch die Prämien der Krankenversicherung stark belastet sind, im Vergleich zu EL-Bezügerinnen und EL-Bezügern benachteiligen, was wir ablehnen. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen wird von den kantonalen Durchschnittsprämien ausgegangen.</p> <p>Wir befürworten aus den oben genannten Gründen für die Berechnung der IPV von der kantonalen bzw. von den regionalen Durchschnittsprämien auszugehen. Damit ist der vom Bund gewünschte Anreiz, zu einem günstigeren Versicherer zu wechseln noch genügend gegeben. Ein stärkerer Anreiz hätte, aufgrund der hohen Anzahl von Versichererwechseln, für die Versicherer einen enormen administrativen Mehraufwand zur Folge und im darauf folgenden Jahr müsste mit massiven Prämiensteigerungen bei den günstigsten Versicherern gerechnet werden. Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen hätten zudem zwangsläufig jährlich die Versicherung zu wechseln.</p>	
65a	5	Die Transparenz für die Versicherten geht in Kantonen mit einer linearen Abstufung verloren. Die Feststellung und Berechnung des eigenen Anspruchs werden wesentlich erschwert. Die Nachvollziehbarkeit der Berechnung der Durchführungsstelle ist nicht mehr gegeben. Kleinste Einkommensunterschiede können zu grösseren Differenzen bei Wechsel in eine andere Einkommenskategorie führen.	LU
65a	5	Es sollte nicht nur die Mindestzahl, sondern auch die maximale Anzahl der Einkommenskategorien (z.B. 10) durch das Bundesgesetz festgelegt werden (hoher Handlungsbedarf).	SZ
65a	5	<p>Mit dieser Formulierung wird das Sozialziel entgegen den Absichtserklärungen wieder in weite Ferne gerückt. Die Vorlage sieht weder eine einheitliche Festsetzung der Einkommenskategorien noch eine einheitliche Progression der Eigenanteile bzw. der Selbstbehalte vor. Damit verkommt das erstrebenswerte Sozialziel zur Makulatur.</p> <p>Die zwei entscheidenden Kriterien für den Anspruch auf Prämienverbilligung sind gemäss erläuterndem Bericht einerseits die durch den Bundesrat festgelegten kantonalen Referenzprämien und andererseits das Reineinkommen gemäss Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer. Dieser Aussage muss widersprochen werden. Mindestens so entscheidende Kriterien sind die festgelegten Selbstbehalte sowie die anrechenbaren Richtprämien.</p> <p>Gemäss Erläuterungen verursache jedes zusätzliche Kind automatisch eine Erhöhung der Prämienverbilligung im Umfang der durchschnittlichen Kinderprämie; somit sei jedes weitere Kind vollständig von der Prämie befreit. Dies steht im Widerspruch zu Art. 65a Abs. 4, indem die Referenzprämie so festzulegen ist, dass sie unter der Durchschnittsprämie liegt. Somit sind in der Regel auch die Kinder nicht von den Prämien befreit.</p>	Initiativkomitee Zug
65a	6	Personen, die kein oder nur ein geringes Einkommen, aber ein grosses Vermögen aufweisen, können von diesem gut leben und befinden sich nicht in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Im Kanton Bern wurde per 1. Januar 2004 in Artikel 6 Absatz 5 Krankenversicherungsverordnung festgelegt, dass bei einem Vermögen von über 1 Mio. Franken kein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht. Wir schlagen daher bezüglich Artikel 65a Absatz 6 folgenden Wortlaut vor: „Die Kantone können Höchsteinkommen und -vermögen festlegen, bis zu deren Höhe ein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht.“	BE
65a	6	Concernant l'article 65a al. 6, la détermination des bénéficiaires de la réduction individuelle des primes ne doit se baser pas uniquement sur le revenu, mais également prendre en compte la fortune.	FR
65a	6	Das vom Bundesrat aus der gescheiterten Vorlage übernommene und nun wieder vorgelegte Modell der Prämienverbilligung vermag den Anspruch einer Vereinheitlichung des Begriffes der „wirtschaftlich beschei-	BS

		<p>denen Verhältnisse" nur bedingt zu erfüllen. Wie bereits mehrfach aufgezeigt, beinhaltet jedes Prozentmodell bei steigenden Prämien eine Dynamik, welche zu exponentiell zunehmenden Prämienverbilligungszahlungen sowie zu einem kontinuierlich ansteigenden Anteil der Anspruchsberechtigten an der Gesamtbevölkerung führt. Aus diesem Grunde haben sich die Kantone dafür eingesetzt, bezüglich Einkommen und Vermögen eine Obergrenze festlegen zu können. In Art. 65 a Abs, 6 wird den Kantonen die Kompetenz eingeräumt, das Höchsteinkommen festzulegen, Da es bei einem geringen Reineinkommen nach Art. 25 DBG und einem namhaften Vermögen zu einem Anspruch auf Prämienverbilligung kommen kann, erachten wir es als unerlässlich, dass den Kantonen auch die Kompetenz eingeräumt wird, Vermögensobergrenzen festzulegen. Art. 65a Abs. 6 sollte wie folgt ergänzt werden: "Die Kantone können Höchsteinkommen und Vermögensobergrenzen festlegen, bis zu denen ein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht."</p> <p>Allerdings werden sowohl mit der Festlegung von Obergrenzen, wie auch mit der Pflicht zur Festlegung der vorgesehenen vier Einkommenskategorien voraussichtlich von Kanton zu Kanton weiterhin grosse Unterschiede bestehen bleiben oder neue entstehen.</p>	
65a	6	Grundsätzlich ist die Möglichkeit der Einführung eines Höchsteinkommens zu begrüßen. Wir gehen davon aus, dass dies auch die Einführung von Vermögensobergrenzen beinhaltet.	LU
65a	6	Die Kantone sollten auch die Möglichkeit erhalten, Vermögensobergrenzen festzulegen. Dieses Instrument hat sich im Kanton St.Gallen als wirksam erwiesen, um wirtschaftlich gut situierte Personen, die aus verschiedensten Gründen nur ein sehr tiefes Einkommen versteuern, von der Prämienverbilligung auszuschliessen.	SG
65a	6	Dieser Absatz ist zu ergänzen, indem den Kantonen auch die Festlegung eines Höchstvermögens, bis zu dem ein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht, übertragen wird (hoher Handlungsbedarf).	SZ
65a	6	Wir schlagen vor das Wort "können" durch das Wort "legen" zu ersetzen, so dass der Absatz folgendermassen lautet: "Die Kantone legen Höchsteinkommen fest, bis zu denen Anspruch auf Prämienverbilligung besteht."	economiesuisse, SAGV
65a	6	Art. 65a Abs. 6. gibt den Kantonen die Möglichkeit, ein Höchsteinkommen festzulegen und den Anspruch auf Prämienverbilligung auf diese Art zu beschränken. Wir beantragen, diesen Artikel ersatzlos zu streichen, da sonst das differenzierte Sozialziel wieder ausgeschaltet wird.	SGB/USS
65a	6	Zu Art. 65a KVG ist anzumerken, dass die Kantone für den Anspruch auf Prämienverbilligung nur Höchsteinkommen festlegen können, nicht aber Höchstvermögen. In Fällen, in denen steuerrechtlich hohe Einkommensabzüge gemacht werden können und ein hohes Vermögen vorhanden ist, könnte sich trotz der teilweisen Anrechnung des Vermögens an das Einkommen die Situation ergeben, dass gut situierte Personen entgegen dem Sinn der Prämienverbilligung Anspruch auf Leistungen des Staates erhalten. Antrag: In Art. 65a KVG sei zusätzlich die Kompetenz der Kantone zu verankern, auch eine Höchstgrenze für das Vermögen festzulegen.	Schweiz. Städteverband
65a	6	Die Möglichkeit, zusätzlich Höchsteinkommen festzulegen, ist einerseits überflüssig und andererseits steht sie im Widerspruch zum Sozialziel. Die prozentualen Selbstbehalte bestimmen bereits systembedingt die Höchsteinkommen. Zusätzliche tiefere Festlegung von Höchsteinkommen erschwert die Vergleichbarkeit bezüglich sozialpolitischer Wirksamkeit unter den Kantonen erneut und schafft zudem neue Ungleichheiten für die Bezügerinnen und Bezüger.	Initiativkomitee Zug
65b		Im Kanton Bern werden den Ergänzungsleistungs-Bezügern die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Rahmen der vom EDI festgelegten Durchschnittsprämie vollumfänglich verbilligt. Die Verbilligung wird in die EL eingerechnet und mit dieser zusammen in einem	BE

		Beleg ausgerichtet. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass viele EL-Bezüger ihre Prämien nicht bezahlen, so dass sie betrieben werden und Verlustscheine resultieren. Werden die Prämien auf Grund des Verlustscheins durch den Kanton übernommen - was die Regel ist- führt dies zu einer doppelten Auszahlung der Prämienverbilligung. Vor diesem Hintergrund beantragen wir, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, mit welcher sichergestellt wird, dass die Prämie zwar in die Ausgaben nach Artikel 3b ELG eingerechnet wird, dass aber die Kantone die Prämienverbilligung direkt an die Krankenkasse überweisen können. Eine solche Regelung würde zu einer Vereinheitlichung der derzeit sehr unterschiedlichen, kantonalen Verfahren für EL-Bezüger und zu einer Vermeidung von Doppelauszahlungen führen. Aufgrund dieser Erläuterungen bitten wir Sie um entsprechende Anpassung des Artikels 65b.	
65b		Die von Art. 65 Abs. 3 zweiter Satz unverändert übernommene Formulierung verpasst die Chance zu definieren, was "nicht bevorschussen" für die Praxis bedeutet. Im Kanton Zug haben die Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen bis zu einem halben Jahr die Prämien zu bevorschussen, bis sie die IPV erhalten. Wünschenswert ist, dass der Gesetzgeber die "nicht Bevorschussung" zeitlich definiert.	Initiativkomitee Zug
65b		Heute werden die Prämienverbilligungen in gewissen Kantonen direkt an die Krankenversicherer überwiesen. In anderen Kantonen werden die Prämienverbilligungen den Versicherten ausbezahlt. Leider zeigt die Erfahrung, dass die an die Versicherten ausbezahlten Prämienverbilligungen oft nicht für die Bezahlung der Prämien, sondern für den privaten Konsum missbraucht werden. santésuisse fordert deshalb, dass ein neuer Abs. 2 vorsieht, dass die Prämienverbilligungen direkt an die Krankenversicherer ausbezahlt werden. Schaffung eines neuen Abs. 2: "Die Kantone richten die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer aus."	santésuisse
65b		Zudem wäre wünschenswert, wenn auch die Abläufe wie Antragsstellung und Auszahlungsmodalitäten festgelegt würden. So kann es vorkommen, dass die einzelnen Kantone derart schwerfällige Auszahlungsmodelle vorsehen, dass der Grundsatz, dass die Anspruchsberechtigten die Prämienzahlung nicht vorschussweise leisten müssen, bereits heute nicht befolgt werden kann. Wir schlagen daher vor, dem Bundesrat die Kompetenz zu übertragen, Einzelheiten bei den Abläufen festzulegen.	ÖKKV
65b		Je suis en tout point d'accord qu'une fois le cercle des ayants droit déterminé, le canton doit agir avec célérité. Par contre, cette subvention ne doit pas être versée à l'assuré mais uniquement à l'assureur, qui dès ce moment là met en compte à l'assuré, le solde du montant de la prime à payer.	Girard, Orny
65c		Der Absatz 2 ist wie folgt zu ändern: "Die Versicherer sind verpflichtet, über die Bestimmungen von Art. 82 hinaus bei der Prämienverbilligung unentgeltlich mitzuwirken". Eine Entschädigung ist nicht angebracht (hoher Handlungsbedarf).	SZ
ÜB		Die vorgesehene Frist von drei Jahren zur Einführung des neuen Prämienverbilligungssystems ist zu knapp bemessen, da die Übernahme der Bundesvorschriften eine Revision der kantonalen Einführungsgesetzgebungen notwendig machen wird. Erfahrungsgemäss nehmen die Vernehmlassungen und die Beratungen in Kommissionen und im Kantonsrat viel Zeit in Anspruch. Zudem wird auch die kantonale Einführungsgesetzgebung dem fakultativen Referendum unterstehen. Für das Revisionsvorhaben ist daher eine Übergangsfrist von vier Jahren vorzusehen.	GR
ÜB		Die vorgesehene Frist von drei Jahren zur Einführung des neuen Prämienverbilligungssystems ist zu knapp bemessen; da die Übernahme der Bundesvorschriften eine Revision der kantonalen Einführungsgesetzgebungen notwendig machen wird. Die Eckwerte zur Berechnung der Prämienverbilligung müssten neu ermittelt, die EDV-Systeme geändert und die mit den Prämienverbilligung betrauten Stellen sowie die Bevölke-	SG

		<p>rung über das neue System informiert werden. Wird an der kürzeren Frist von drei Jahren festgehalten, müssten kantonale Regelungen auf dem Verordnungsweg ermöglicht werden.</p>	
ÜB		<p>Die Gesetzesrevision soll bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1.1.2005 oder am 1.1. des Jahres nach ihrer Annahme in der Volksabstimmung in Kraft treten. Es ist eine Übergangsfrist von 3 Jahren vorgesehen. Je nach Abstimmungstermin kann diese Frist zu knapp sein. Immerhin müssen die kantonale Gesetzgebung angepasst, die Eckwerte zur Berechnung der Prämienverbilligung neu ermittelt, die EDV-Systeme geändert und die mit der Prämienverbilligung betrauten Stellen sowie die Bevölkerung über das neue System informiert werden.</p>	SO
ÜB		<p>Die vorgesehene Frist von drei Jahren zur Einführung des neuen Prämienverbilligungssystems ist zu knapp bemessen, da die Übernahme der Bundesvorschriften eine Revision der kantonalen Einführungsgesetzgebung notwendig macht, die überdies dem fakultativen Referendum untersteht. Für das Revisionsvorhaben ist daher eine Übergangsfrist von vier Jahren vorzusehen.</p>	TG
ÜB		<p>Die vorgesehene Frist von drei Jahren zur Einführung des neuen Prämienverbilligungssystems ist zu knapp bemessen, da die Übernahme der Bundesvorschriften eine Revision der kantonalen Einführungsgesetzgebungen notwendig machen wird. Erfahrungsgemäss nehmen die Vernehmlassungen und die Beratungen in Kommissionen und im Kantonsrat viel Zeit in Anspruch. Zudem wird auch die kantonale Einführungsgesetzgebung dem fakultativen Referendum unterstehen, Für das Revisionsvorhaben ist daher eine Übergangsfrist von vier Jahren vorzusehen.</p>	ZH
ÜB		<p>Wir beantragen den letzten Satz des zweiten Absatzes zu streichen. Alternativ schlagen wir folgende Formulierung vor: "Der Bundesbeitrag des Jahres 2004 gilt für die Jahre 2005-2008."</p>	economiesuisse, SAGV
ÜB		<p>Um den Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen, ist eine möglichst kurze Übergangsfrist vorzusehen (1 Jahr). Abs. 1 ist wie folgt abzuändern: "Die Kantone haben das in den Art. 65 und 65a festgesetzte System innert einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Änderung umzusetzen."</p>	santésuisse
BB		<p>Die vorgesehene Erhöhung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung wird begrüsst. Die jährliche Heraufsetzung der Bundesmittel um drei Prozent wird jedoch nicht ausreichen, um die Prämienteuerung auszugleichen. Um die Belastung der Prämienverbilligungsberechtigten nicht noch mehr zu erhöhen, würde die Differenz zu Lasten der Kantone gehen. Es ist abzusehen, dass auch eine volle Ausschöpfung der Bundesmittel schon in wenigen Jahren nicht mehr genügen wird, um die in der Revisionsvorlage vorgesehenen Belastungsgrenzen für die Versicherten zu gewährleisten. Damit werden bei einer vollen Ausschöpfung der Bundesmittel entweder die IPV-Berechtigten oder die Kantone belastet. Der Regierungsrat beantragt daher, dass die Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung analog zur jährlichen Prämienteuerung erhöht werden.</p>	AR
BB		<p>In Übereinstimmung mit der GDK sind wir zur Überzeugung gelangt, dass mit der vorgeschlagenen Änderung eine massive Verlagerung der Finanzierungslast vom Bund auf die Kantone einhergeht. Unter den sehr zurückhaltenden Annahmen der in den Erläuterungen dargestellten Modellrechnung steigt der gesamte Subventionsbedarf um 7 - 8 % p.a. Dabei handelt es sich um einen sehr unechten durchschnitt. Tatsächlich sollen die Bundesbeiträge um 3 % p.a. steigen, was für die Kantonsbeiträge eine jährliche Zunahme von rund 14 % bedeutet. Sollte die sehr zurückhaltende Annahme einer durchschnittlichen Prämiensteigerung von 4.5 % übertroffen werden, würde sich gemäss vorgeschlagenem Modell an den Zahlungen des Bundes nichts verändern, was umgekehrt bedeutet, dass die Leistungen der Kantone noch wesentlich stärker anwachsen würden. Ein derartiges Modell erachten wir als unfair. Es wird die Kantone im Zeitablauf zunehmend dazu zwingen, die Einkommens-</p>	BS

	<p>grenzen und die massgebenden Obergrenzen nach unten zu korrigieren. Aus unserer Sicht passt es schlecht zusammen, wenn sich der Bund zunehmend aus der Finanzierungsverantwortung zurückzieht und gleichzeitig weitergehende, im wesentlichen von den Kantonen zu finanzierende Regeln aufstellt. Wir plädieren aus diesem Grunde in Übereinstimmung mit der GDK dafür, die Systematik der Prämienverbilligungen im Rahmen der bisherigen Regelungen den Kantonen zu überlassen und keine über den Status Quo hinaus gehenden Vorschriften zu erlassen. Bei der Umsetzung durch die Kantone, wie auch bei den Beiträgen des Bundes ist zu berücksichtigen, dass im Abstimmungskampf zur einkommensabhängigen Finanzierung der Krankenversicherung vergangenes Jahr vom Bundesrat wie von den bürgerlichen Parteien weitgehende Zusagen bezüglich der Einführung eines Sozialzieles abgegeben wurden.</p> <p>Auch ohne Gesetzesänderung geht es aus unserer Sicht nicht an, dass die Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung nur um 1.5 % p.a, aufgestockt werden, während das Prämienvolumen regelmässig um ein Mehrfaches davon ansteigt. Die bisherige Aufstockung der Bundesbeiträge vermag bei weitem nicht einmal die Prämienbeiträge zu decken, welche die Kantone zugunsten von EL-Bezügerinnen und -Bezügern aufgrund von Bundesrecht ausrichten müssen. Wir beantragen aus diesem Grunde bis zum Inkrafttreten des NFA eine zwingende jährliche Aufstockung der Bundesbeiträge im Ausmass der durchschnittlichen Zunahme der Krankenversicherungsprämien. In jedem Fall gehen wir davon aus, dass eine allfällige Neuregelung der Prämienverbilligung in Abstimmung mit dem NFA erfolgt.</p>	
BB	<p>Die vorgesehene jährliche Heraufsetzung der Bundesmittel um drei Prozent wird, soll die Belastung für die Prämienverbilligungsberechtigten nicht ansteigen, auch bei einer optimistischen Annahme der durchschnittlichen Nominallohnentwicklung von 2.3 Prozent von 2003 bis 2012 nicht ausreichen, um den aufgrund des Prämienanstiegs erforderlichen zusätzlichen Mittelbedarf abzudecken. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob nicht eher auf die voraussichtliche Reallohnentwicklung abzustellen wäre, gibt doch erst diese die Entwicklung der Kaufkraft wieder. Die über den Anstieg des Nominallohnes hinausgehende Prämienverbilligung ist, soweit sie nicht zu Lasten des Prämienverbilligungsberechtigten gehen soll, durch die Prämienverbilligung aufzufangen. Das erforderliche IPV-Volumen steigt damit prozentual stärker als die Prämien an. Durch den vorgesehenen Modus der Festlegung des Bundesbeitrages ergibt sich entsprechend eine schleichende Lastenverschiebung vom Bund und zu den Kantonen. Wir beantragen daher, dass die Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung mindestens analog zur jährlichen Prämienteuerung erhöht werden.</p>	GR
BB	<p>Die Bundesbeiträge müssen gemäss der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung erhöht werden.</p>	LU
BB	<p>Da die bisherige Anpassung der Bundesbeiträge (und der Kantonsbeiträge) mit der Kostenentwicklung nicht Schritt halten konnte, ist die geplante Beitragserhöhung notwendig.</p>	SG
BB	<p>Wir begrüssen die vorgesehene Erhöhung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung. Die jährliche Heraufsetzung der Bundesmittel um drei Prozent wird jedoch nicht ausreichen, die Prämienteuerung auszugleichen. Damit die Belastung für die Prämienverbilligungsberechtigten nicht ansteigt, würden die zusätzlichen Kosten vermehrt auf die Kantone abgeschoben. Es ist abzusehen, dass auch eine volle Ausschöpfung der Bundesmittel schon in wenigen Jahren nicht mehr genügt, um die in der Revisionsvorlage vorgesehenen Belastungsgrenzen für die Versicherten zu gewährleisten. Damit ergäbe sich bei einer vollen Ausschöpfung der Bundesmittel laufend eine schleichende Lastenverschiebung zu Gunsten des Bundes und zu Lasten der Kantone. Wir beantragen daher, dass die</p>	SH, TG, ZH

		Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung analog zur jährlichen Prämienteuering erhöht werden.	
BB		Wir erwarten, dass die Bundesbeiträge gemäss der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung erhöht werden. Nur so kann die Einhaltung des heutigen kantonal festgelegten Sozialziels der Prämienverbilligung langfristig sichergestellt werden.	UR
BB		Le Conseil d'Etat vaudois demande aussi que les subventions allouées par la Confédération aux cantons soient adaptées à l'évolution annuelle des coûts de l'assurance obligatoire des soins : dans le cas contraire, les subsides pour les personnes non bénéficiaires des prestations complémentaires ou de l'aide sociale continueront de baisser et le solde des primes restant à leur charge à augmenter année après année.	VD
BB		L'adaptation des subsides fédéraux devrait se faire sur la base des coûts de l'assurance obligatoire des soins et non seulement sur la base des 3% annuels prévus.	VS
BB		Proposition de réglementation concrète: L'arrêté fédéral du 17 septembre 2003 sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie sera remplacé par un nouvel arrêté fédéral. Art. 1 : Pour l'année 2005, les subventions fédérales se montent à 2384 millions de francs. (<i>arrêté fédéral inchangé</i>) Art. 2 : Pour les années 2006 à 2008, les subventions allouées par la Confédération aux cantons seront adaptées à l'évolution annuelle des coûts de l'assurance obligatoire des soins. (<i>texte du projet de conciliation, 2ème révision de la LAMal</i>) Art. 3 : L'arrêté n'est pas soumis au référendum.	GDK/CDS
BB		Es sind Ressourcen in dem Mass zur Verfügung zu stellen, damit das Sozialziel auch wirklich erreicht wird. Ein Sozialziel nützt nichts, wenn die Mittel nicht vorhanden sind. Deshalb beantragen wir einen Verzicht auf die Plafonierung der dafür zur Verfügung gestellten Mittel.	SGB/USS
BB		Ohne dass uns konkret aufgezeigt wird; wo die zusätzlichen Mittel, die für die Prämienvergünstigungen eingesetzt werden sollen, eingespart werden können, erachten wir die geplante Steigerungsrate von 3 % als zu hoch. Den entsprechenden Bundesbeschluss lehnen wir in dieser Form ab.	SGV/USAM
BB		Den Artikel 1 mit Ziffern a- d vollständig neu formulieren. Dazu schlagen wir folgenden Wortlaut vor: "Der Bundesbeitrag des Jahres 2004 im Betrage von Millionen CHF 2349 gilt auch für die Jahre bis und mit 2008."	SAGV
BB		Wir fordern den Artikel 1 mit Ziffern a-d vollständig neu zu formulieren und schlagen hierzu folgenden Wortlaut vor: "Der Bundesbeitrag des Jahres 2004 im Betrage von Millionen CHF 2349 gilt auch für die Jahre bis und mit 2008."	economiesuisse
BB		Wir bezweifeln zudem, dass sich das anvisierte Sozialziel mit einer Erhöhung der Bundessubventionen von lediglich 200 Millionen Franken im Jahr 2005 sowie einer jährlichen Erhöhung von drei Prozent in den folgenden drei Jahren erreichen lässt	Pro Senectute
BB		Die einmalige Erhöhung der Bundessubventionen um 200 Mio. Franken im Jahr des Inkrafttretens und die anschliessende jährliche Erhöhung von 3% ist ungenügend. Sie wird bei einem fortgesetzten Kostenanstieg im Gesundheitswesen und einer Zunahme des Kreises der Anspruchsberechtigten zu steigenden durchschnittlichen effektiven Prämien nach Prämienverbilligung führen und damit zu einer Aufweichung des Sozialziels, ausser die Kantone erhöhen ihren Anteil an der Prämienverbilligung überdurchschnittlich, was unrealistisch erscheint. Der Begleitbericht selber weist deutlich auf die Finanzierungslücke hin. Während zum Beispiel für das Jahr 2005 die maximalen Bundes- und Kantonsbeiträge bei 3,876 Milliarden Franken festgelegt werden, wird als Subventionsbedarf für dieses Jahr gemäss Modell 4,252 Milliarden ermittelt. Die Lücke steigt bis in Jahr 2008 auf über 1 Mrd. Franken, die die Kantone über eine Manipula-	Pro Juventute

		tion der Einkommensgruppen und der Höchstgrenze der Anspruchsbe- rechtigung einsparen müssen. Wir beantragen, die Bundessubventionen auf den gemäss Seite 17 des Begleitberichts effektiv nötigen Bedarf zu erhöhen	
BB		Les subsides de la Confédération prévus pour les prochaines années nous paraissent nettement insuffisants par rapport au nombre croissant des ayants-droits et des augmentations constantes des primes.	MPF

Vorlage 1D/Projet 1D

Kostenbeteiligung, generelle Bemerkungen

Participation aux coûts, remarques générales

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Bestreitet den Grundsatz der vermehrten Eigenverantwortung als Beitrag zur Kostendämpfung nicht. Ist aber um die Sozialverträglichkeit der erhöhten Kostenbeteiligung besorgt.	GDK/CDS
Anreize für kostenbewusstes Handeln sollen geschaffen werden. Die Krankenversicherer sollen Versicherungsmodelle anbieten dürfen, welche bei Abgabe von Generika oder bei Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer einen tieferen Selbstbehalt vorsehen.	CVP
Alle Versicherten können eigenverantwortlich handeln. Behörden und Ärzte müssen ein Interesse an einem bezahlbaren Gesundheitswesen entwickeln.	EDU
Die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung ist an sich nicht entscheidend für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Für die Kostenspirale verantwortlich zeigt sich vielmehr die unangemessene Anwendung solcher Leistungen im Einzelfall. Die Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten ist somit ein zentraler Schritt, um die Kostensteigerung zu dämpfen.	FDP
Lehnt die Erhöhung der Kostenbeteiligung ab und fordert folgende Änderungen: - Höchstgrenze von Franchise und Selbstbehalt ins KVG aufnehmen; - Kostenbeteiligung abstufen oder aufheben bei Patientengruppen mit Behinderungen, schweren Krankheiten, Geburtsgebrechen nach einem IDC-Indikationssystem (verweist auf die diesbezügliche Motion); - Personen mit Prämienverbilligung von der Franchise befreien, für die anderen Franchise nach Einkommen ausgestalten.	SPS
Mit tieferen Selbsthalten sollen Anreize geschaffen werden, sich einer besonderen Versicherungsform anzuschliessen.	SVP
Accueille favorablement toute proposition visant à renforcer la responsabilisation des assurés.	Centre patronal
Begrüssst die Vorschläge, da sie die Wahlfreiheit der Versicherten und Versicherer erhöhen und ökonomische Anreize setzen, sich kostenbewusster zu verhalten.	economie-suisse
Lehnt die Erhöhung der Kostenbeteiligung ab, weil die Schweiz bereits heute im europäischen Vergleich eine Kostenbeteiligung der Versicherten im oberen Mittelfeld kennt. Dies vor allem darum, weil die Zahnarztkosten von den Versicherten selber zu finanzieren sind.	SGB/USS
Heute fehlt es an Anreizen für einen kostenbewussteren Konsum medizinischer Leistungen.	SGV/ USAM
Sono i fornitori di prestazioni che devono conservare la responsabilità di determinare se una prestazione medica è necessaria oppure no.	acsi
Ce sont les prestataires de soins qui doivent conserver la responsabilité de déterminer si une prestation médicale est nécessaire ou non. Ce sont eux qui ont suivi une formation pour soigner de façon adéquate.	FRC
Unterstützt die Bestrebungen, das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken. Dies darf aber zu keiner Diskriminierung von chronischkranken Menschen führen. Ein verspäteter Arztbesuch zieht häufig Komplikationen nach sich, was letztlich zu einer Verteuerung der Behandlung führt. Das Ziel die Stärkung der Eigenverantwortung der Bevölkerung kann nur umgesetzt werden, wenn kostenlose Beratungsangebote bestehen, damit im Zweifelsfall eine Fachperson die Notwendigkeit eines Arztbesuches beurteilen kann. In diesem Bereich könnten die Spitexzentren und freiberuflichen Pflegefachpersonen eine zentrale Aufgabe übernehmen. Sie müssen diese wichtigen präventiven Beratungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen können.	SBK/ASI

Fordert die Erhöhung der Vertragsdauer für Versicherte mit Wahlfranchise und schlägt deshalb folgenden neuen Art. 7 Abs. 2bis KVG vor: „Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens drei Jahre nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbarer Franchise unter Einhaltung der in Artikel 7 Absätze 1 und 2 des Gesetzes festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.“	santésuisse
Insister sur la nécessité de responsabiliser les assurés en augmentant leur quote-part laisse croire que se sont les assurés qui sont responsables des principaux coûts du système de santé. Jusqu'à preuve du contraire les gens ne choisissent pas d'être malade.	MPF
L'élévation des participations aux coûts pourrait pousser nombre d'assurés fragiles sur le plan social, économique et de leur état de santé à renoncer ou à retarder la recherche de soins.	VASOS / FARES

Artikel 64

Article 64

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Verfasser
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
64	Verweist auf die Stellungnahme der GDK. Legt Wert darauf, dass die finanziellen Auswirkungen aller Vorlagen realistisch hochgerechnet werden.	AI
64	Unterstützt die Vorlage.	AR
64	Besorgt um die Sozialverträglichkeit der Erhöhung. Sie würde Haushalte mit niederen Einkommen zusätzlich belasten. Es müssten vermehrt Prämienverbilligungen und allenfalls mehr Sozialhilfe ausgerichtet werden.	BE
64	Begrüssst die Erhöhung des Selbstbehaltes in Verbindung mit dem jährlichen Höchstbetrag von 700 Franken.	BL
64	Begrüssst die vermehrte Eigenverantwortung und somit die Vorlage, da die Sozialverträglichkeit durch den jährlichen Höchstbetrag gewährleistet ist. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass dem Kanton Basel-Stadt im Rahmen der EL Mehrkosten von rund 1.5 Mio Franken p.a. entstehen.	BS
64	L'augmentation de la quote-part tout en maintenant le montant maximal de 700 francs semble être une mesure acceptable.	FR
64	Est opposé à l'augmentation de la quote-part, car elle prêterait les personnes à revenu modeste, et freinerait l'accès aux soins nécessaires pour une part de la population. La participation aux coûts doit être liée au niveau de revenu des citoyens de ce pays.	GE
64	Lehnt Erhöhung des Selbstbehaltes ab, weil sie zu einer Mehrbelastung der Familien und Alleinstehenden in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, der Sozialhilfebudgets der Gemeinden und des Kantonsanteils bei den Ergänzungsleistungen (für GR rund 0.7 Mio Franken) führt.	GR
64	Ne remet pas en cause le principe d'une responsabilisation accrue des partenaires du système sanitaire, mais est préoccupé par l'impact social d'une participation plus élevée aux coûts.	JU, NE
64	Da der Vorschlag sozialpolitisch nicht unproblematisch ist, sollen die Auswirkungen nach einer bestimmten Zeit analysiert und allenfalls notwendige Korrekturen vorgenommen werden.	LU
64	Schliesst sich der Stellungnahme der GDK an.	OW
64	Die vorgeschlagenen Massnahmen erscheinen vertretbar, um ein kostenbewusstes Verhalten zu fördern.	SH

64		Lehnt die Vorlage ab. Es ist nicht überzeugend bewiesen, dass mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes die Inanspruchnahme von Leistungen im gewünschten Ausmass abnimmt. Das Gegenteil ist zu befürchten. Die Anreize zur Verminderung von Leistungen müssen bei den Leistungserbringern gesetzt werden.	SZ
64		Lehnt die Erhöhung des Selbstbehaltes ab, weil sie Familien und Alleinstehende in bescheidenen finanziellen Verhältnissen belastet und den Kantonsanteil bei den Ergänzungsleistungen erhöht.	TG
64		L' aumento dell' aliquota percentuale è approvato, visto que con un importo annuo massimo di 700 franchi, non dovrebbe comportare oneri supplementari per i pazienti cronici.	TI
64		Die Erhöhung des Selbstbehaltes trifft vor allem Chronischkranke und ältere Menschen. Faktisch können nur die jungen, zumeist gesunden Menschen durch ein kostenbewusstes Verhalten ihren Beitrag mitbestimmen. Dieser Aspekt ist zu berücksichtigen.	UR
64		Il s' agit d' un transfer de charges de l' assurance-maladie sur les prestations complémentaires et l' aide sociale cantonale. Cette mesure est d' autant plus inadmissible que Monsieur le Chef du Département fédéral de l' intérieur a confirmé que les retards dans le paiement des participations aux coûts ne peuvent pas être financés par l' enveloppe de la réduction des primes. Une réflexion approfondie est nécessaire, par exemple en allant dans le sens d' une franchise fixée en fonction du revenu et en étudiant la réintroduction d' une participation aux coûts à charge des bénéficiaires des prestations complémentaires.	VD
64		Ce sont à nouveau les assurés, en particulier ceux de conditions économiques modestes qui subiront les conséquences de ces propositions. Si, malgré tout la participation aux coûts devait être augmentée, l' alinéa 6, lettre a qui prévoit la possibilité pour le Conseil fédéral d' augmenter la participation aux coûts devrait être supprimé.	VS
64		Die Erhöhung des Selbstbehaltes führt zu einer Mehrbelastung der Familien und Alleinstehenden in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, der Sozialhilfebudgets der Gemeinden und des Kantonsanteils bei den Ergänzungsleistungen. Spricht sich für eine Lösung aus, die nicht zu einer Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden führt.	ZH
64		Steht der Erhöhung des Selbstbehaltes kritisch gegenüber. Sie würde chronischkranke Personen und sozial Schwache über Gebühr treffen. Das Parlament soll den Höchstbetrag für den Selbstbehalt auf 20% festlegen. Innerhalb dieser Grenze soll der Bundesrat den Selbstbehalt festsetzen.	CVP
64		Nun einverstanden mit der Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 %, aus folgenden Gründen: a. Die Höchstgrenze der Belastung wird nicht erhöht. Deshalb werden die meisten chronisch kranken Menschen nicht mehr belastet als bisher. b. Den Bezüglern von Ergänzungsleistungen werden gemäss Vernehmlassungsbotschaft die Kostenbeteiligungen rückvergütet. c. Wir sind uns der Notwendigkeit bewusst sind, einen Beitrag zur Entlastung der Prämien zu leisten. d. Der höhere Selbstbehalt fördert das Kostenbewusstsein der Patienten und trägt damit zu mehr Eigenverantwortung bei. Zustimmung hängt davon ab, dass die geschätzten Einsparungen von 3% auch tatsächlich für die Senkung der Prämien verwendet werden. Forderung, dass der Höchstbetrag für Kinder auf 300 Franken reduziert wird - aus Rücksicht auf kinderreiche Familien.	EVP

64		Unterstützt die Erhöhung des Selbstbehaltes, wobei die maximale Belastungsgrenze von 700 Franken pro Jahr beibehalten werden muss. Befürwortet die Ausdehnung der bundesrätlichen Kompetenzen, was die Herabsetzung der Kostenbeteiligung betrifft, damit der Spielraum bei einem generellen Selbstbehalt von 20% nicht zu eng bemessen ist.	FDP
64		Approuve l'augmentation de la quote-part. Se pose la question de savoir si la limite de 700 francs doit être élevée.	LPS
64		Est absolument opposé à l'augmentation de la quote-part. L'employé qui s'absente plus d'un ou deux jours pour cause de maladie est obligé de consulter un médecin. Cette augmentation risque de dissuader des assurés de se faire soigner à temps.	POP
64		<p>Lehnt die Erhöhung der Kostenbeteiligung ab. Weist auf Risiko hin, dass zu spät zum Arzt gegangen wird. Familien mit kleinen Kindern, die oft zum Arzt gehen müssen, sind besonders betroffen. Privathaushalte tragen heute bereits 66 % der Kosten des Gesundheitswesens. Fordert folgende Änderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die obere Begrenzung von Franchise und Selbstbehalt sind im Gesetz festzuschreiben. • Schaffung eines differenzierten Kostenbeteiligungsmodells im Rahmen dieser Revision. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Motion der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit, die den Bundesrat beauftragt hat, spätestens mit der 3. KVG-Revision für kostenintensive Behandlungen von Geburtsgebrechen oder schweren langjährigen Erkrankungen die Kostenbeteiligung der Betroffenen zu differenzieren oder gänzlich darauf zu verzichten. Der Nationalrat hat am B. Dezember 2003 auf Antrag des Bundesrates diese Motion in Form eines Postulates überwiesen. • Ein solches differenziertes Modell könnte wie folgt aussehen: Patientengruppen mit Geburtsgebrechen und schweren Krankheiten und Behinderungen sind nach einem IDC-Indikationssystem vom Selbstbehalt zu befreien oder dieser ist wesentlich und abgestuft zu reduzieren. • Die Franchise ist für Versicherte, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben, aufzuheben. Für alle andern ist sie einkommensabhängig auszugestalten. 	SPS
64		Unterstützt die Verdoppelung des Selbstbehaltes und die flexible Handhabung.	SVP
64		S'oppose à l'augmentation de la quote-part. Les familles avec enfants seront plus durement touchées.	FRC
64		<p>Begrüssst die vorgeschlagene Erhöhung des Selbstbehaltes. Sie ist wohl verkraftbar, weil der maximale jährliche Selbstbehalt unverändert bleibt und Kinder keine Franchisen haben.</p> <p>Dem für Abs. 6 Bst. b vorgeschlagenen Text, der die Zuständigkeit für bestimmte Leistungen erteilt, zieht er folgende Formulierung vor: „für Dauerbehandlungen und Behandlungen schwerer Krankheiten sowie Behandlungen im Rahmen von Managed Care-Versicherungsmodellen die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben.“</p>	SAGV
64		Salue l'augmentation de la quote-part.	Centre patronal

64		Begrüssst die Erhöhung des Selbstbehaltes und die Erweiterung der Zuständigkeit des Bundesrates. Der vorgeschlagene Text, der die Zuständigkeit für bestimmte Leistungen erteilt, entspricht aber nicht ihrem Konzept einer nachfragegesteuerten Leistungserbringung. Deshalb soll Abs. 6 Bst. b wie folgt lauten: „für Dauerbehandlungen und für Behandlungen schwerer Krankheiten sowie Behandlungen im Rahmen von Managed Care–Versicherungsmodellen die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;“ Das in den Unterlagen angeführte Generikum-Beispiel für einen unterschiedlichen Selbstbehalt verfälscht den Wettbewerb, denn der Preis eines Generikums muss nur bei dessen Zulassung 30 % unter dem Preis des Originalpräparates liegen. Danach wird sein Preis nicht mehr verglichen. Die Preise vieler Originalpräparate werden aber nach deren Patentablauf gesenkt.	economiesuisse
64		Lehnt die Erhöhung des Selbstbehalts ab. Diese Massnahme trifft vor allem Familien mit Kindern sehr stark.	kf
64		Approuve l'augmentation de la participation aux coûts à 20 %. La question se pose de savoir si la limite de 700 francs doit être élevée.	FER
64		Lehnt die Erhöhung des Selbstbehalts ab. Insbesondere bei den Kindern widerspricht diese Mehrbelastung dem Ziel der Entlastung von Familien.	SGB/USS
64		Unterstützt die Erhöhung des Selbstbehaltes, weil das Kostenbewusstsein damit gestärkt wird.	SGV/USAM
64		Ci opponiamo all'aumento della partecipazione ai costi dal 10 al 20 % malgrado venga mantenuto il limite di 700 franchi all'anno.	acsi
64		Erhöhung des Selbstbehaltes ist vertretbar, ausser für Kinder. Beantragt, die prophylaktischen Massnahmen bei Kleinkindern vom Selbstbehalt zu befreien. Schlägt folgenden Abs. 6 Bst. b vor: "bei bestimmten Krankheitsbildern und - oder Leistungen die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben".	SHV
64		Die Selbstverantwortung des Einzelnen soll gesteigert werden.	SVPK
64		Stimmt der Erhöhung des Selbstbehaltes nur zu, wenn die Höchstgrenze von 700 Franken im KVG festgehalten wird.	SBK
64		Befürwortet die Vorschläge für Franchise und Selbstbehalt.	SBV
64		Betrachtet die Erhöhung des Selbstbehaltes als problematisch.	SRK
64		Begrüssst den Vorschlag. Die soziale Abfederung ist durch den jährlichen Höchstbetrag gegeben.	SSO
64		Ein Selbstbehalt von 20 % sollte die Obergrenze sein. Der Bundesrat sollte dann nicht mehr die Möglichkeit haben, die Kostenbeteiligung für einzelne Leistungen noch heraufzusetzen.	SVBG
64		Unterstützt den Vorschlag. Die Wirkung der Erhöhung sollte geprüft werden.	H+
64		Wird der Selbstbehalt erhöht, sollte auch der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes von 700 Franken im Gesetz festgehalten werden. Für Leistungen, die nur auf Anordnung eines Arztes erbracht werden, soll die Kostenbeteiligung nicht zusätzlich erhöht werden (Abs. 6 Bst. a).	EVS
64		Befürwortet die Erhöhung des Selbstbehaltes. Das in den Unterlagen angeführte Generikum-Beispiel für einen unterschiedlichen Selbstbehalt verfälscht den Wettbewerb, denn der Preis eines Generikums muss nur bei dessen Zulassung 30 % unter dem Preis des Originalpräparates liegen. Danach wird sein Preis nicht mehr verglichen. Die Preise vieler Originalpräparate werden aber nach deren Patentablauf gesenkt.	VIPS
64		Schlägt vor, Präventionsmassnahmen von der Kostenbeteiligung zu befreien.	VSAO

64		Befürwortet die Erhöhung des Selbstbehaltes. Das in den Unterlagen angeführte Generikum-Beispiel für einen unterschiedlichen Selbstbehalt verfälscht den Wettbewerb, denn der Preis eines Generikums muss nur bei dessen Zulassung 30 % unter dem Preis des Originalpräparates liegen. Danach wird sein Preis nicht mehr verglichen. Die Preise vieler Originalpräparate werden aber nach deren Patentablauf gesenkt.	SGCI
64		Befürwortet die Erhöhung des Selbstbehaltes. Das in den Unterlagen angeführte Generikum-Beispiel für einen unterschiedlichen Selbstbehalt verfälscht den Wettbewerb, denn der Preis eines Generikums muss nur bei dessen Zulassung 30 % unter dem Preis des Originalpräparates liegen. Danach wird sein Preis nicht mehr verglichen. Die Preise vieler Originalpräparate werden aber nach deren Patentablauf gesenkt.	Interpharma
64		Begrüssst die Verstärkung der Eigenverantwortung.	PULSUS
64		Begrüssst die Erhöhung des Selbstbehaltes. Indem der jährliche Höchstbetrag beibehalten wird, werden Versicherer mit vielen Chronischkranken benachteiligt. Schlägt vor, ihn auf 900 Franken zu erhöhen. Begrüssst die Einführung eines variablen Selbstbehaltes. Regt auch eine Flexibilisierung für bestimmte Leistungserbringer an (siehe Vernehmlassung HMO-Gesundheitsplan, Basel).	ÖKKV
64		Mit der vorgeschlagenen Regelung grundsätzlich einverstanden.	ASA/SVV
64		Stimmt der Erhöhung des Selbstbehaltes zu. Indem der jährliche Höchstbetrag beibehalten wird, wird jedoch der Anreiz zur Risikoselektion erhöht. Deshalb soll der jährliche Höchstbetrag auf 900 Franken erhöht werden.	santésuisse
64		Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes von 700 Franken sollte im KVG verankert werden.	AIDS-Hilfe Schweiz
64		Opposition à l'augmentation de la participation aux coûts. S'il y a abus de soins, ils ne peuvent se faire qu'avec la complicité des prestataires de soins, en particulier les médecins et les hôpitaux.	ASSUAS
64		S'oppose à l'augmentation de la quote-part. Cette mesure risque de dissuader des assurés de se faire soigner à temps.	AVIVO
64		Non à l'augmentation de la quote-part.	AVS/AHV
64		Lehnt die Erhöhung des Selbstbehaltes ab. Der ursprüngliche Vorschlag eines differenzierten Selbstbehalts (zehn Prozent bei Versicherten in HMO-Netzwerken, 20 Prozent bei den übrigen Versicherten) soll beibehalten werden. Bedenklich ist die stärkere Belastung von Familien mit Kindern. Sinnvoll wäre die Schaffung eines differenzierten Kostenbeteiligungsmodells, wie es eine Motion der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit für kostenintensive Behandlungen von Geburtsgebrechen oder schweren langjährigen Erkrankungen vorsieht. Die oberen Grenzen von Selbstbehalt und Franchise sollten im Gesetz festgeschrieben werden.	Pro Senectute
64		Beantragt, gewisse Vorsorgeuntersuchungen von der Franchise zu befreien.	FFG
64		Die Erhöhung des Selbstbehaltes erweckt grösste Bedenken, sie könnte allenfalls zur Not akzeptiert werden, wenn - der maximale jährliche Selbstbehalt von 700 Franken im Gesetz verankert wird; - auf die Erhöhung bei Kindern verzichtet wird; - die Kompetenz des Bundesrates, höhere Kostenbeteiligungen vorzusehen, gestrichen wird.	GELIKO, SAEB
64		Lehnt eine Erhöhung der Kostenbeteiligung ab. Beantragt, für Kinder und Jugendliche keine Kostenbeteiligung zu erheben.	Pro Juventute
64		S'oppose à l'augmentation de la quote-part. Lorsqu'un assuré n'a pas les moyens de prendre en charge la participation aux coûts, celle-ci devrait être prise en compte par les subsides cantonaux.	MPF

		S'oppose à l'augmentation de la quote-part.	Bureau féd. de la consommation, Com. cons.
		Est pour l'augmentation de la quote-part. Mais il apparaît indispensable d'insister sur l'importance d'un réel dialogue entre le médecin et l'assuré.	M.Girard, Orny
64		S'oppose à l'augmentation de la quote-part.	VASOS/FARES
64		Stimmt der Erhöhung des Selbstbehaltes nur zu, wenn der jährliche Höchstbetrag von 700 Franken beibehalten wird.	SDG/ASD
64		Begrüsst die Erhöhung des Selbstbehaltes. Schlägt vor, den Selbstbehalt auch für Leistungen, die von bestimmten Leistungserbringern erbracht werden, zu flexibilisieren und einen neuen Abs. 9 vorzusehen: „Versicherer können den Selbstbehalt für Leistungen herabsetzen, die von Leistungserbringern erbracht werden, mit denen sie Zusammenarbeitsverträge abgeschlossen haben. Diese Verträge umfassen Massnahmen der Kostensteuerung oder der Qualitätssicherung. Der Bundesrat kann die Leistungen, bei denen der Selbstbehalt reduziert werden kann, und die Reduktionsfaktoren näher regeln.“	HMO Gesundheitsplan
64		Unterstützt die Kostenbeteiligung des Patienten.	SVPC/ASPC

Änderung KVV / Modification OAMal

Wählbare Franchisen (Art. 93 Abs. 1 und 1bis, 95 Abs. 1bis und 2, Übergangsbestimmungen)

Franchises à option (art. 93 al. 1 et 1bis, 95 al. 1bis et 2, Dispositions transitoires)

Artikel	Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge	Verfasser
Article	Observations, critiques, suggestions, propositions	Auteurs
93	Verweist auf die Stellungnahme der GDK	AI
93	Unterstützt die Vorlage.	AR
93	Unterstützt die freiere Ausgestaltung der Wahlfranchisen.	BL
93	Une franchise maximale de 2500 francs risque de motiver l'assuré à repousser des traitements jusqu'à la prochaine possibilité de baisser la franchise. Ceux-ci pourraient être à ce moment plus difficiles et plus coûteux, avec des chances de succès diminués.	FR
93	Les paliers de franchise doivent être les mêmes pour l'ensemble des assureurs, tout comme le rabais de prime maximum octroyé par palier. Ce n'est qu'ainsi que la transparence et les comparaisons entre les offres des assureurs pourra être garantie.	GE
93	Stimmt der Erhöhung auf 2500 Franken zu.	GR
93	Ne croit pas aux vertus d'une hausse de la franchise sans passer par sa détermination en fonction du revenu.	JU
93	L'autonomie des assureurs dans la fixation des montants de franchises à option entraînera un important déficit de transparence pour les assurés.	NE
93	Lehnt die Erhöhung der Wahlfranchisen ab, weil sie die finanziell besser gestellten Versicherten begünstigt.	SZ
93	La possibilità di scelta che viene attribuita agli assicurati nell'ambito della franchigia viene di per sé valutata positivamente perché responsabilizza l'assicurato. Problematico potrebbe apparire un trasferimento di costi sulla socialità cantonale.	TI
93	Die FDP-Fraktion hatte im Zusammenhang mit der revidierten und per 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) eine Motion eingereicht (03.3477; Krankenversicherungssystem. Einführung von höheren Wahlfranchisen), in welcher sie das Angebot von Wahlfranchisen in verschiedenen Abstufungen mit einer Obergrenze von neu 2'500 Franken pro Jahr (heute beträgt die Maximalfranchise 1'500 Franken pro Jahr) – bei Gewährung eines entsprechenden Prämienrabattes – forderte. Sehr erfreut, dass der Bundesrat ihrem Begehren Folge geleistet hat und im Rahmen des vorliegenden Pakets eine Verordnungsänderung vorschlägt, die es den einzelnen Versicherern erlaubt, ihr Angebot der frei wählbaren Franchisen selber festzulegen. Um das finanzielle Risiko der Versicherten einzuschränken, soll sich die jährliche Maximalfranchise auf 2'500 Franken belaufen, womit bzgl. der Obergrenze der freisinnige Vorschlag aufgenommen wurde. Die Prämien sollen weiterhin mit betragsmässigen Maximalrabatten eingeschränkt werden. Auch unter Berücksichtigung der seit Januar 2004 geltenden Neuregelung der Prämienrabatte kann nun bei der freiwilligen Wahl der neuen Maximalfranchise eine versicherungsmathematisch festgelegte und für die Versicherten attraktive Prämienreduktion erreicht werden.	FDP
93	Se rallie à l'existence d'une plus grande marge de manoeuvre pour les	LPS

		franchises à option. Cependant les rabais maximaux ne doivent pas nuire à la solidarité. Il devrait être possible de fixer une durée contractuelle minimale de quelques années pour le passage à une franchise inférieure afin de renforcer la responsabilisation des assurés.	
93		Weist auf das Risiko hin, dass hohe Franchisen gewählt werden, die im Krankheitsfall nicht bezahlt werden können. Im schlimmsten Fall müsste die Sozialhilfe diese Kosten übernehmen.	SP
93		Eine freiwillige höhere Franchise soll weiterhin belohnt werden. Entsprechende Verträge sollten drei bis fünf Jahre gelten.	SVP
93		Begrüssst die vorgeschlagene Ausgestaltung der wählbaren Franchisen.	SAGV
93		Salue l'élévement du plafond des franchises à options.	Centre patronal
93		Begrüssst die vorgeschlagene Ausgestaltung der wählbaren Franchisen. Um die Gesundheitskosten zu dämpfen, sollte beim Wechsel von einer höheren zu einer tieferen Franchise eine Mindestvertragsdauer von z.B. drei Jahren eingeführt werden.	economiesuisse
93		Lehnt die Erhöhung und Liberalisierung der Franchisen ab.	SGBUSS
93		Begrüssst die grössere Freiheit der Versicherer bezüglich wählbarer Franchisen.	SGV/ USAM
93		Ci opponiamo alla proposta di aumentare la franchigia massima a 2500 franchi, ciò costituirebbe una rottura inaccettabile del principio di solidarietà. Ci opponiamo anche alla possibilità offerta agli assicuratori di determinare liberamente le franchigie opzionali. Con un simile sistema comparare i premi applicati dalle varie casse diventerebbe praticamente impossibile.	acsi
93		L'augmentation de la franchise maximale à 2500 francs constitue une rupture inacceptable du principe de solidarité. La libéralisation rend la comparaison entre les primes difficile.	FRC
93		Die Erhöhung der Franchise ermöglicht eine Risikoselektion. Junge gesunde Menschen, die finanziell gut gestellt sind, können so höhere Franchisen wählen, eine Möglichkeit, die einem grossen Teil der Bevölkerung verschlossen bleibt. Durch die bis zu 22 verschiedenen Franchisenvarianten wird ein Vergleich zwischen den Versicherern verunmöglicht.	kf
93		Befürwortet die Erhöhung der Wahlfranchisen.	Inter-pharma
93		Befürwortet die Erhöhung der Wahlfranchisen.	SGCI
93		Befürwortet die Erhöhung der Wahlfranchisen.	VIPS
93		Nicht einverstanden mit den vorgeschlagenen Änderungen bei den wählbaren Franchisen.	SHV
93		Begrüssst die Erhöhung der Wahlfranchisen.	HMO Gesundheitsplan
93		Die Selbstverantwortung des Einzelnen soll gesteigert werden, wobei die vorgeschlagenen Franchisen viel zu tief angesetzt sind.	SVPK
93		Befürwortet die Vorschläge für Franchise und Selbstbehalt. Hält jedoch die vorgeschlagene Maximalfranchise für zu tief.	SBV
93		Beantragt, die Franchisen nicht zu erhöhen.	Spitex CH
93		Begrüssst den Vorschlag. Höhere Wahlfranchisen sollten geprüft werden.	SSO
93		Unterstützt die Erhöhung auf 2500 Franken. Die Vergleichbarkeit der Angebote ist jedoch wesentlich. Deshalb sollten die Vorgaben an die Versicherer eingeschränkt werden. Schlägt vor, z.B. 500er Schritte vorzusehen oder folgende neuen Franchisestufen vorzugeben: 2000 und 2500 Franken für Erwachsene und 450 und 600 Franken für Kinder.	santésuisse
93		Mit der vorgeschlagenen Regelung grundsätzlich einverstanden. Allerdings sollte die Herabsetzung einer Wahlfranchise erschwert werden.	ASA/SVV
93		Die Wahlfranchisen dürfen 2000 bzw. 500 Franken nicht übersteigen.	GELIKO
93		S'oppose à l'augmentation des franchises. Ce genre d'assurance ne	MPF

		profite qu'à des personnes aisées et en bonne santé.	
93		Lehnt Erhöhung der Franchisen ab, da sie Einkommensschwache und Kranke benachteiligt.	Pro Juventute
93		Unterstützt die Erhöhung der Wahlfranchisen nur mit Vorbehalt, weil sie zu einer Entsolidarisierung führt. Dem Versicherer entgehen Deckungsbeiträge. Zudem muss er für gute Risiken Risikobeiträge bezahlen. Begrüsst grundsätzlich die Flexibilisierung der Wahlfranchisen. Bei der vorgesehenen Ausgestaltung ist ein Vergleich jedoch nur sehr schwer möglich.	ÖKKV
93		S'oppose à l'augmentation des franchises à option.	VASOS/ FARES
93		S'oppose à l'augmentation de la participation aux coûts	ASSUAS
93		Non à la modulation des franchises par les caisses.	AVS/AHV
93		Die Wahlfranchisen dürfen 2000 bzw. 500 Franken nicht übersteigen.	SAEB
93		Unterstützt die Kostenbeteiligung des Patienten. Bezüglich der besonderen Versicherungsformen ist sie allerdings skeptisch.	SVPC/ASP C
93		Tous les assureurs devraient être obligés de proposer des franchises à option. Les franchises plus élevées pourraient inciter certains à prendre une franchise élevée, alors qu'ils n'ont pas les moyens financiers d'assumer les coûts lorsqu'ils tomberont malades. Il serait bon à ce sujet, de s'inspirer de la nouvelle loi sur le leasing qui protège les consommateurs et consommatrices.	M. Girard, Orny
95		Unterstützt die freiere Ausgestaltung der Prämienrabatte.	BL
95		Die Prämien sollen weiterhin mit betragsmässigen Maximalrabatten eingeschränkt werden. Nun kann bei der freiwilligen Wahl der neuen Maximalfranchise eine versicherungsmathematisch festgelegte und für die Versicherten attraktive Prämienreduktion erreicht werden. Ein solches System stärkt den Anreiz für die Versicherten, Selbstverantwortung zu tragen.	FDP
95		Les rabais maximaux autorisés ne doivent pas nuire à la solidarité.	LPS
95		Einerseits muss ein Anreiz geschaffen werden, andererseits darf nicht eine Entsolidarisierung entstehen.	SVP
95		Il faut que les réductions de primes soient assez incitatives pour que les assurés décident d'assumer une partie plus élevée de leur frais de soins.	Centre patronal
95		Gegen eine Reduktion der Rabatte. Den Versicherern sollte ein grösserer Spielraum eingeräumt werden, um die Rabatte selber zu bestimmen.	SGV
95		Die Höchststrabatte sollen nicht zu einer Entsolidarisierung führen. Ersucht den Bundesrat zu prüfen, ob sie die Gefahr einer Entsolidarisierung der Versicherten mit sich bringen. Für die Berechnung der Minimalprämie bei Wahlfranchisen soll bei der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer von deren Prämie ausgegangen werden.	santésuisse
95		Propose d'éliminer les limites quant à la réduction des primes dans le cas d'une franchise à option.	Comco
ÜB		Schlägt folgende Ergänzung vor: „....Fehlt sowohl die gleiche als auch eine höhere wählbare Franchise im Angebot des Versicherers, gilt die nächsttiefere angebotene Franchise.“	santésuisse

