

Reea SRL
Piața Republicii, nr. 41
Târgu Mureș, 540110
România

Zurich, 30 Octombrie 2012

40638

Dr.iur. Thomas Rinderknecht
Dr.iur. Beat Badertscher, LL.M.
Dr.iur. Markus Dörrig
Dr.iur. Alien Fuchs
Lic.iur. Lorenzo Marazzotta
Lic.iur. Philipp Schaller, LL.M.
Dr.iur. Alexandra Bösch
Dr.iur. Jeannette Wibmer, LL.M.
Dr.iur. Mischa Morgenbesser
Lic.iur. Evelyn Hofstetter
Dr.iur. Annekathrin Meier *
Mlaw Isabelle Steiger
Dr.iur. Martin Kessler
Lic. iur. Marc Gerber
Lic. iur. Alexander Cica
Mlaw Christian Rebell
Lic. iur. Piroška Poltera
Lic. iur. Cecile Badertscher
Lic. iur. Mirjam Kummer
Lic. iur. Manuel Terrier, LL.M.
Lic. iur. Silvio Grunder

Konsulenten

Dr.iur. Stefan Knecht, LL.M.
Lic.oec. Heinz Groth,
HSG Dipl. Steuerexperte
Lic.iur. Jürg Burger, LL.M.

Eingetragen
im Anwaltsregister
des Kantons Zürich-
bzw. Zug

* Notarin Kanton Zug

Raport privind Asigurarea obligatorie de sănătate elvețiană

pentru

Reea SRL

BADERTSCHER Rechtsanwälte AG

Muhlebachstrasse 32
Postfach 769
8024 Zürich
T +41 44 266 20 66
F +41 44 266 20 70

Grafenauweg 6
Postfach 4239
6304 Zug
T +41 41 726 60 60
F +41 41 726 60 66

info@b-legal.ch
b-legal.ch

GLOSAR.....	4
I DOMENIUL DE APLICARE AL ANGAJAMENTULUI	5
II INTRODUCERE.....	5
III RAPORT PRIVIND ASIGURAREA DE S N TATE OBLIGATORIE ÎN ELVEȚIA.....	6
A. Asigurarea obligatorie.....	6
B. Organizarea Societ țiilor de Asigurări de Sănătate	7
1. Cerințe.....	7
2. Supravegherea.....	7
C. Prestații.....	7
1. Domeniul de aplicare al prestațiilor.....	7
2. Cerințe privind prestațiile și întinderea acoperirii costurilor în baza AOS	8
3. Divizarea Asigur rii de S n tate Obligatorii i a Asigur rii complementare voluntare	8
D. Furnizorii de servicii.....	9
1. Furnizorii de servicii autorizați.....	9
2. Alegerea Furnizorului de servicii.....	9
3. Rambursarea costurilor.....	10
E. Tarife.....	10
1. Evaluarea tarifelor.....	10
2. Protecție tarifară.....	11
3. Aprobarea Acordurilor Tarifare.....	11
F. Finanțare/Prime.....	11
1. Sistemul de plat pe parcurs (Pay-as-you-go).....	11

2.	Calcularea primelor.....	12
4.	Îngrijirea gestionat	12
5.	Reduceri de prime.....	13
6.	M suri de Ajustare a Riscului.....	13
G.	M surile de control al costurilor.....	13
1.	Bugetarea global	13
2.	Spitale.....	13
3.	Eficacitatea costurilor.....	14
4.	Medicii de încredere.....	14
5.	Discounturi.....	14

GLOSAR

Următorii termeni, traduceri ale termenilor și abrevieri sunt folosite în raport.

cf.	confer , compar
CHF	Franci elvețieni
AOS	Asigurarea obligatorie de sănătate
Cst.	Constituția Federală a Confederației Elvețiene
de ex.	de exemplu
etc.	et cetera
DFAI	Departamentul Federal de Afaceri Interne
ff.	următoarele pagini
FINMA	Autoritatea Federală de Supraveghere a Piețelor Financiare
OFSP	Oficiul Federal de Sănătate Public
i.e.	id est
LAMal	Legea Federală privind Asigurarea de Sănătate
LSPr	Legea Federală de Supraveghere a Prețurilor
OAMal	Ordonanța privind Asigurarea de Sănătate
OCoR	Ordonanța privind Măsurile de Ajustare a Riscului în Asigurarea de Sănătate
OPAS	Ordonanța privind Prestațiile în Asigurarea de îngrijiri medicale
p.a.	per annum
ACV	Asigurarea complementară voluntară

I DOMENIUL DE APLICARE AL ANGAJAMENTULUI

Raportul furnizează o scurtă, dar precisă imagine de ansamblu asupra asigurării de sănătate obligatorii din Elveția, principiile fundamentale ale acesteia și pilonii fundamentali după cum se menționează în Legea federală elvețiană privind Asigurarea de Sănătate și Ordonanțele acesteia. Raportul este strict limitat la asigurarea obligatorie de sănătate; în special, interacțiunea cu alte asigurări sociale nu face obiectul raportului.

II INTRODUCERE

Conform Art. 117 alin. 1 al Constituției Federale a Confederației Elvețiene, Confederația legiferează privind asigurarea de sănătate și de accident.

Implementarea asigurării sociale de sănătate este aadar responsabilitatea Confederației. Asigurarea socială de sănătate este guvernată de Legea Federală privind Asigurarea de Sănătate din 18 Martie 1994 ("LAMal"). Aceasta include asigurarea obligatorie de sănătate ("AOS"), care este explicat mai detaliat în continuare, și asigurarea voluntară de boală cu plata de indemnizații zilnice (Art. 1a, alin. 1 LAMal). Asigurarea socială de sănătate acoperă riscurile de îmbolnăvire, maternitate, precum și de accident (Art. 1a, alin. 2 LAMal).

Introducerea LAMal la 1 Ianuarie 1996 avea ca scop acordarea accesului la o îngrijire medicală de înaltă calitate pentru întreaga populație în virtutea unei asigurări obligatorii (obiectivul furnizare). Alte scopuri erau susținerea financiară a persoanelor în condiții financiare nefavorabile în ce privește plata primelor (obiectivul solidaritate) și cuprinderea costurilor legate de sănătate și de asigurarea de sănătate (obiectivul menținere a costurilor).

AOS este obligatorie pentru toți cei care au rezidența în Elveția și acoperă nevoile de bază de îngrijire medicală așa cum sunt definite de LAMal și ordonanțele sale (pachetul de bază). Orice depășește serviciile oferite în baza AOS este acoperit de asigurările complementare voluntare (ACV), pe care societățile de asigurare le pot furniza în mod liber, și de întinderea acoperirii acestora pe care titularul poliței o poate alege liber.

Sistemul de sănătate elvețian este finanțat prin plata de prime, plăți din buzunarul propriu al cetățeanului și în mod special prin finanțare de stat (încasări fiscale). Sistemul elvețian de îngrijiri medicale este foarte descentralizat. Programele de asistență medicală sunt implementate la nivel cantonal (26 de cantoane¹), la fel primele sunt determinate la acest nivel. De asemenea, cantoanele și municipalitățile sunt responsabile de asigurarea infrastructurii și a serviciilor de îngrijire a sănătății (spitale, stabilimente medico-sociale, etc.). Cele trei nivele diferite de guvernare împart esc nu doar competențele, ci și finanțarea imputabile statului. Cantoanele suportă cam 2/3,

¹ cantoanele sunt statele membre ale statului federal Elveția.

municipalitățile cam 1/3 din cheltuielile de îngrijire medicală. Confederația contribuie cu circa 1% din costuri.

Societățile private de asigurare (asiguratorii de sănătate) nu pot face profit în urma furnizării AOS. Asiguratul poate alege în mod liber un furnizor de asigurare în interiorul cantonului de reședință și poate, respectând perioada legală de notificare, să schimbe societatea de asigurare o dată pe an, în toamnă.

Statistic costurile legate de sănătate sunt finanțate până la 1/4 prin încasări fiscale, până la puțin peste 1/4 prin prime ale AOS, până la mai puțin de 10% prin alte plăți de asigurare legale și până la puțin peste 40% prin plăți din buzunarul propriu al cetățenilor. Statul acordă reduceri de prime în cazul în care venitul și situația activelor este insuficient în temeiul declarației de impozit. Circa 1/3 din populația Elveției este îndreptățită la reduceri de prime. Astfel, elvețienii trebuie să suporte o parte considerabilă a costurilor acestora legate de sănătate sub forma unei franșize deductibile anuale și a unei cote-părți de participare la servicii. Legea nu stipulează nici că angajatorii trebuie să plătească primele, nici că acestea trebuie să încheie o asigurare pentru angajații lor.

Urmărind scopul acestui raport, AOS va fi descrisă mai amănunțit în continuare.

III RAPORT PRIVIND ASIGURAREA OBLIGATORIE DE SĂNĂTATE ELVEȚIANĂ

A. Asigurarea obligatorie

Legea prevede o asigurare individuală, nu una colectivă / de familie. Toată lumea trebuie să încheie AOS în termen de trei luni de la stabilirea reședinței în Elveția (Art. 3, alin. 1 LAMal). Legea stipulează doar o obligație de a se asigura, nu și o asigurare în mod automat. Controlând dacă asigurarea a fost încheiată și atribuind forțat persoanele care nu au încheiat asigurarea cu o societate de asigurări în termenul dat (Articolul 6 LAMal), prevenind rezilierea unei relații de asigurare înainte de contractarea la o altă societate de asigurare (Articolul 7, alin. 5 LAMal) și penalizând omisiunile de încheiere a asigurării (Articolul 5, alin. 2 LAMal), teoretic este asigurat întreaga populație a Elveției.

Asiguratul poate să aleagă în mod liber un furnizor de asigurare (Articolul 4, alin. 1 LAMal) și poate, respectând perioada legală de notificare, să schimbe societatea de asigurare o dată pe an, la sfârșitul unui an calendaristic (Articolul 7, alin. 1 LAMal).

Societățile de asigurare care oferă AOS au obligația de a încheia contracte cu persoanele care caută să se asigure. Aplicarea pentru o poliță de asigurare nu poate fi refuzată niciunei persoane, indiferent de rata nivelului de risc a individului (Articolul 4, alin. 2 LAMal).

În interiorul unui canton societățile de asigurare concurează între ele pe baza

nivelului primei, în sus și pe baza nivelului de prestații, gama de prestații fiind determinat de lege sau de AOS.

B. Organizarea Societăților de Asigurări de Sănătate

1. Cerințe

Doar acei furnizori de asigurare care îndeplinesc cerințele legii asigurării de sănătate pot furniza asigurare obligatorie de sănătate. Principala cerință fiind că, firma ține cont de statutul lor legal, nu trebuie realizat nici un fel de profit (Articolul 12, alin. 1 și 13, alin. 2a LAMal). În plus, costurile administrative trebuie să fie justificate din punct de vedere economic (Articolul 22, alin. 1 LAMal) și societățile de asigurare sunt obligate să respecte principiul transparenței (Articolul 21 și 21a LAMal). Societățile de asigurare trebuie să asigure în mod continuu ca finanțarea asigurării sociale de sănătate să fie autonom (Articolul 60, alin. 2 LAMal).

Societățile de asigurare de sănătate trebuie să fie aprobate de către Departamentul Federal de Afaceri Interne ("DFAI") (Articolul 13, alin. 1 LAMal).

2. Supravegherea

Consiliul Federal supraveghează implementarea asigurării de sănătate și decretează prevederile corespunzătoare (Articolul 21, alin. 1 LAMal), iar Oficiul Federal de Sănătate Public ("OFSP") este responsabil pentru ca societățile de asigurare să respecte dispozițiile de implementare.

Tarifele primelor societăților de asigurare de sănătate sunt controlate și aprobate de către OFSP (Articolul 7, alin. 2 LAMal).

C. Prestații

1. Domeniul de aplicare al prestațiilor

AOS acoperă pachetul de bază al serviciilor de îngrijire medicală așa cum este definit de LAMal și ordonanțele sale. Prestațiile sunt furnizate în următoarele situații:

- **Boală :** Aceasta acoperă afecțiuni ale sănătății fizice sau mentale ce nu sunt cauzate de un accident și care necesită examinare sau tratament medical, sau fac persoana inapt de muncă.
- **Maternitate:** Aceasta include examinări pe durata sarcinii, nașterii și perioada de recuperare ulterioară pentru mamă, dacă mama sau nou-născutul trebuie să stea în spital.
- **Accidente:** (dacă costurile nu sunt suportate de către o formă de asigurare în caz de accident)

1.1 Prestațiile de boală, accident și maternitate în baza AOS

Articolul 25 LAMal stipulează că AOS acoperă serviciile legate de diagnosticarea și tratamentul unei boli și a urmărilor acesteia. Aceste servicii includ, printre altele, diagnosticarea și tratamentul efectuate în cadrul îngrijirilor acordate în ambulatoriu sau pe durata internării, precum și într-un stabiliment medico-social, și serviciile de îngrijire acordate în spital, dacă aceste servicii sunt furnizate de medici, chiropracticieni și alte persoane care le efectuează în baza prescripției medicilor sau chiropracticienilor.

În caz de accident sau maternitate, serviciile corespund prestațiilor de boală mai sus prezentate, completate de anumite prestații de maternitate (Articolul 28 și 29 LAMal).

1.2 Tratamentul stomatologic

Tratamentul stomatologic este acoperit de AOS în caz de boli foarte grave (Articolul 31 LAMal). În consecință, serviciile stomatologice sunt de regulă finanțate în mod privat, fie de către pacient sau prin ACV.

2. Cerințe privind prestațiile și întinderea acoperirii costurilor în baza AOS

2.1. Cerințe

Prestațiile care cad sub incidența domeniului de aplicare a AOS trebuie să fie eficiente din punct de vedere clinic, corespunzătoare și economice (Articolul 32 LAMal). Aceste trei criterii sunt cumulative. Eficacitatea clinică trebuie să fie documentată științific. Acele cerințe sunt revizuite periodic.

2.2 Serviciile în străinătate

În general se aplică principiul teritorialității: Serviciile sunt rambursate de către CHI doar când sunt furnizate în Elveția. Există excepții de la principiul teritorialității în caz de urgență și în cazul serviciilor care nu pot fi oferite în Elveția (Articolul 34, alin. 2 LAMal și Articolul 36 OAMal).

3. Divizarea în Asigurare de Sănătate Obligatorie și Asigurare Complementară Voluntară

3.1 Divizarea Prestațiilor: prestații standard și non-standard

Lista de prestații standard în temeiul AOS este în mod exhaustiv prevăzută de Articolul 25 ff. LAMal. Societățile de asigurare sunt obligate să acopere aceste prestații standard, dar nu pot acoperi prestațiile non-standard în baza AOS (Articolul 34 LAMal, alin. 1). Când sunt prestate serviciile așa cum sunt stipulate la Articolul 25 ff. LAMal, acest lucru trebuie să se facă întotdeauna pe cheltuiala AOS, fără a ține cont de existența unei ACV.

Toate serviciile care nu sunt incluse în AOS pot face obiectul ACV.

3.2 Asigurarea Complementar Voluntar

În timp ce îngrijirea medical de baz este acoperit de AOS, acoperirea suplimentar poate fi încheiat prin asigurări suplimentare voluntare. Spre deosebire de domeniul de aplicare al AOS, societățile de asigurare care oferă asigurări suplimentare:

- nu fac obiectul obligației de a încheia un contract,
- pot respinge ofertele de asigurare,
- pot rezerva sau exclude anumite prestații,
- pot stipula un drept de reziliere
- calculează primele în conformitate cu o evaluare reală a riscului.

Cele mai comune polițe de ACV sunt următoarele: alegerea liberă a medicului la nivel național, acoperirea pentru o cazare superioară pe durata internării, medicina complementară, îngrijirea dentară și medicamentele care nu sunt menționate în mod specific pe listele de medicamente și produse farmaceutice.

D. Furnizorii de servicii

1. Furnizorii de servicii autorizați

Furnizorii de servicii autorizați să lucreze pe cheltuielile AOS sunt medicii, farmaciștii, chiropracticienii, moașele, persoanele care lucrează în baza unei prescripții a unui medic și organizațiile care angajează astfel de persoane, laboratoarele, dispensarele specifice, spitalele, casele de nașteri, stabilimentele medico-sociale, băile terapeutice, firmele și instituțiile de transport și de recuperare unde doctorii oferă îngrijire în ambulatoriu a pacientului.

LAMal stabilește în Articolul 36 ff. care sunt cerințele ce trebuie îndeplinite de către furnizorii de servicii pentru a fi autorizați să desfășoare servicii în baza AOS.

2. Alegerea Furnizorului de Servicii

2.1 Alegerea liberă a furnizorului de servicii

În ceea ce privește tratamentul în ambulatoriu, asiguratul este liber să aleagă dintre furnizorii de servicii autorizați care sunt calificați pentru tratarea bolii sale. Cu toate acestea, compania de asigurări suportă cheltuielile doar până la tariful care se aplică la locul de reședință sau locul de muncă al asiguratului sau în imediata sa vecinătate (Articolul 41, alin.1 LAMal).

În ceea ce privește tratarea pacienților internați, asiguratul este liber să aleagă dintre spitalele care sunt pe lista cantonului său de reședință sau dintre cele care sunt pe lista spitalelor unui alt canton. Totuși, societatea de asigurare și cantonul de reședință contribuie la cheltuielile prevăzute la Articolul 49a LAMal doar până la tariful pentru un tratament specific aplicabil unui spital listat din cantonul de reședință.

Societățile de asigurări pot încheia acorduri cu spitalele nelistate care îndeplinesc celelalte cerințe de admitere în ceea ce privește tarifele serviciilor în temeiul CHI. Cu toate acestea, aceste costuri nu pot fi mai mari decât tarifele pentru ederea în spitalele listate.

2.2 Obligația de admitere

În cadrul mandatului și capacității lor de lucru, spitalele listate sunt obligate să primească persoanele asigurate care au reședința în cantonul spitalului listat (Articolul 41a, alin. 1 LAMal).

3. Rambursarea costurilor

Cu excepția cazului în care s-a convenit altfel între furnizorul de servicii și societatea de asigurări, pacientul trebuie să plătească facturile, iar suma îi este ulterior rambursată de către societatea de asigurare, mai puțin participația la costuri (sistemul terț garant, Articolul 42, alin. 1 LAMal). Cu toate acestea, în ceea ce privește tratamentul pacienților internați, compania de asigurări trebuie să plătească facturile direct (sistemul terț plătit, Articolul 42, alin. 2 LAMal). Furnizorul de servicii trebuie să asigure procesarea transparentă a facturii și să ofere toate informațiile care îi sunt necesare creditorului pentru a verifica raportul cost-eficacitate al serviciilor (Articolul 42, alin. 3 și 4 LAMal).

E. Tarife

1. Evaluarea tarifelor

În cadrul domeniului de aplicare a AOS, tarifele și prețurile acționează ca bază pentru facturarea de către furnizorii de servicii, precum și pentru calcularea taxelor pentru servicii (Articolul 43 LAMal). În general pot fi adoptate tarifele de timp, tarifele forfetare (sume forfetare) sau tarifele pentru serviciile individuale (Articolul 43, alin. 1 și 2 LAMal).

De obicei, tarifele sunt stabilite în acordurile încheiate între societățile de asigurare și furnizorii de servicii sau asociațiile acestora. În cazurile prevăzute de lege și în cazul în care nici un acord nu este încheiat între părțile de mai sus, autoritatea competentă stabilește ea însăși tarifele și prețurile obligatorii legale (Articolul 43, alin. 4 și 47, alin. 1 LAMal). Principiul autonomiei tarifului este predominant. În cadrul legal respectiv părțile tarifare au libertatea de negociere a tarifelor.

Tarifele pentru serviciile individuale nu pot fi determinate separat pentru fiecare canton, ci trebuie să fie uniforme structural la nivel național (Articolul 43, alin. 5 LAMal). De ex., a a-numitul tarif Tarmed include mai mult de 4.600 de tarife pentru serviciile individuale ce privesc tratamentul ambulatoriu în cabinetele medicale și în spitale (cf. Articolului 48 LAMal).

În ceea ce privește taxele pentru tratamentul pacienților internați trebuie să fie agreate sumele forfetare, i.e. sumele forfetare bazate în general pe caz. Sumele forfetare trebuie să fie legate de servicii și în aceeași măsură să fie uniforme structural la nivel național (Articolul 49, alin. 1 LAMal). De ex., așa-numitele tarife DRG (Grupuri Omogene de Diagnosticare), sunt sume forfetare bazate pe caz care se aplică pentru tratamentul pacienților internați în spitale.

2. Protecție tarifară

Furnizorii de servicii trebuie să respecte tarifele și prețurile așa cum acestea sunt stabilite în acordurile tarifare sau de către autoritatea competentă și nu li se permite să ceară compensații suplimentare când oferă servicii în baza AOS (Articolul 44, alin. 1 LAMal).

Dacă un furnizor de servicii refuză să ofere servicii în temeiul LAMal, acesta are datoria de a notifica autoritatea competentă. În acest caz acesta nu are dreptul la rambursare în baza asigurării obligatorii (Articolul 44, alin. 2 LAMal). Acest lucru înseamnă că un asigurat trebuie să-și plătească personal respectivului furnizor de servicii și să fie acoperit de AVS.

3. Aprobarea Acordurilor Tarifare

Acordurile tarifare trebuie să fie aprobate de către guvernul cantonal competent. Când un acord tarifar se aplică la nivel național, acesta trebuie aprobat de către Consiliul Federal. Autoritatea care îl aprobă verifică dacă acordul tarifar respectă legea și dacă este echitabil, în special în ceea ce privește principiul eficienței costurilor (Articolul 46, alin. 4 LAMal).

Autoritatea care îl aprobă trebuie să consulte și Supraveghetorul de Prețuri (Articolul 14, alin. 1 LSPr). Supraveghetorul de Prețuri poate cere ca creșterile de tarife să fie total ori parțial abandonate sau ca tarifele abuzive să fie reduse. Opinia Supraveghetorului de Prețuri trebuie să fie dezvăluită de către autoritatea de aprobare în decizia sa și o eventuală opinie divergentă trebuie să fie justificată în mod corespunzător (Articolul 14, alin. 2 LSPr).

Decizia autorității cantonale de aprobare poate fi contestată prin solicitarea revizuirii acesteia de către Tribunalul Administrativ Federal.

F. Finanțare/Prime

1. Sistemul de plată pe parcurs (Pay-as-you-go)

Asigurarea socială de sănătate este finanțată prin sistemul de plată pe parcurs (Articolul 60, alin. 1 LAMal): Acest lucru înseamnă că primele pentru un anumit an trebuie să acopere costurile de sănătate pentru același an. Dacă, în orice an dat, costurile legate de sănătate sunt mai ridicate sau mai scăzute decât primele pentru același an, asiguratorii trebuie să echilibreze veniturile și cheltuielile pe o perioadă de finanțare de doi ani (Articolul 78 OAMal).

2. Calcularea primelor

Fiecare societate de asigurare determină primele necesare pentru acoperirea cheltuielilor sale. În general, se aplică prima (uniformă) per capita, indiferent de nivelul de risc și de venit al persoanei (Articolul 61, alin.1 LAMal). Cu toate acestea, primele pot fi tarificate la nivelul comunității (i.e. să fie aceleași pentru fiecare persoană care încheie o asigurare cu o anumită societate de asigurări într-un canton sau sub-regiune a unui canton). Primele clasate la nivel regional sunt permise întrucât costurile pentru îngrijirea sănătății variază foarte mult de la o regiune la alta și depind de politica de sănătate din fiecare canton. Chiar și în cadrul unui canton, pot fi corespunzătoare două - trei regiuni de primă. OFSP determină cu efect obligatoriu aceste regiuni (Articolul 61, alin. 2 LAMal.).

3. Participația la costuri

Asiguratul contribuie în trei moduri la costul tratamentului său (Articolul 64 LAMal).

- primă fixă anuală (franșiză deductibilă).
- 10% din costurile ce depășesc valoarea franșizei deductibile (cota-parte de participare la costuri),
- primă zilnică de 10 CHF - în cazul spitalizării.

Prima de asigurare poate fi redusă prin alegerea unei franșize deductibile mai mari sau atunci când asiguratul nu solicită prestații de asigurare (asigurarea cu bonus, Articolul 62, alin. 2b LAMal). Începând cu anul 2004 franșiză deductibilă minimă este de 300 CHF p.a. pentru adulți. Franșiză deductibilă maximă ce poate fi aleasă de un asigurat este de 2500 CHF p.a. (pentru copii 600 CHF p.a.). Valoarea maximă a cotei-parte de participare la costuri se ridică la 700 CHF p.a..

În conformitate cu Articolul 38a din Ordonanța privind Îngrijirile și Serviciile acordate Pacientului, ("OPAS"), participația la costuri poate fi clasificată. Pentru un medicament cu brevetul expirat care se află pe așa numita "listă de specialități" și care poate fi substituit cu un medicament generic, participația poate fi de 20% în loc de 10% (Articolul 105, alin. 1^{bis} OAMal). Totuși, aceasta se aplică doar atunci când prețul de cumpărare al medicamentului generic este cu cel puțin 20% mai mic decât cel al produsului original.

4. Îngrijirea gestionată

Este permis ca tipuri alternative de asigurare să se abată de la principiul primelor uniforme în ce privește una și aceeași societate de asigurare. Legea în sine prevede un model de asigurare în care alegerea furnizorului de servicii este limitată. Articolul 41, alin. 4 LAMal stabilește baza modelelor de îngrijire-gestionată, un termen care este folosit pentru a descrie o varietate de tehnici menite să reducă costurile și să îmbunătățească calitatea, de exemplu, asigurații acceptă o limitare a dreptului de alegere în schimbul unei reduceri a ratelor primei stabilite prin lege.

5. Reduceri de prime

Reducerile de prime sunt un element social important al AOS, reducând impactul primelor per capita și introducând solidaritatea între persoane din diferite medii financiare. Primele asiguratului aflat în condiții economice nefavorabile sunt reduse, atenuând astfel efectele primelor per capita (Articolul 65 LAMal). Circa 30% din populație este îndreptățită la reduceri de prime, iar reducerea anuală însumează 58% din prima datorată. Copiii de până la vârsta de 18 ani și tinerii adulți sub 25 de ani beneficiază de reduceri ale primei de cel puțin 50% (Articolul 65, alin. 1^{bis} LAMal). Reducerile de prim sunt finanțate prin veniturile din impozite.

6. M suri de Ajustare a Riscului

Asigurarea obligatorie, alegerea liberă a furnizorului de servicii și primele per capita duc la solidaritate între persoana sănătoasă și cea bolnavă. Astfel, o ajustare a riscurilor este necesară între societățile de asigurare, sau societățile cu persoane asigurate cu risc înalt vor fi penalizate. Formula de ajustare a riscului este bazată pe criteriul de vârstă, sex și riscul ridicat de îmbolnăvire (Articolul 2 OCoR).

G. M surile de control al costurilor

1. Bugetarea global

Cu ajutorul unui buget global, autoritățile publice competente determină în mod prospectiv suma fondurilor alocate. Bugetarea globală se aplică doar spitalelor și stabilimentelor medico-sociale (Articolul 51 LAMal).

2. Spitalele

Societatea de asigurare și cantonul de reședință contribuie la cheltuielile prevăzute la Articolul 49a LAMal. Cota-parte a cantonului însumează cel puțin 55% (Articolul 49a, alin. 2 LAMal). Formula de finanțare garantează că cantoanele acționează într-un mod antreprenorial în îndeplinirea sarcinilor lor de planificare de vreme ce acestea suportă parțial costurile.

În plus, spitalele și stabilimentele medico-sociale sunt eligibile doar pentru rambursarea serviciilor oferite în baza AOS dacă acestea sunt pe lista oficială a cantonului cu spitale și stabilimente medico-sociale. Pentru a fi incluse în această listă spitalele și stabilimentele medico-sociale trebuie să îndeplinească anumite cerințe, de exemplu, acesta/aceasta trebuie să corespundă nevoilor de îngrijire medicală. Pot fi incluse în listă spitalele publice și cele public subvenționate, dar și clinicile private. Prin comparație, nici autoritățile federale, nici cele cantonale nu au un plan de control direct asupra serviciilor în ambulatoriu, furnizorii de servicii sunt liberi să aleagă unde practică medicina.

3. Eficacitatea costurilor

Furnizorul de servicii trebuie să furnizeze doar servicii care sunt în interesul asiguratului și care sunt necesare pentru scopul tratamentului. Când se depășește limita unui diagnostic calitativ impecabil și complet, tratamentul și îngrijirea nu trebuie să fie rambursat de către societatea de asigurare (Articolul 56, alin. 1 și 2 LAMal).

4. Medicii de încredere

Așa numiții "medici de încredere" desemnați de către societățile de asigurare au posibilități extinse pentru a verifica eficacitatea costurilor tratamentelor (Articolul 57, alin. 6 și 7 LAMal). Când furnizorii de servicii încalc cerințele de eficacitate a costurilor și a calității, pot fi impuse sancțiuni, precum avertismentul, amenda, rambursarea remunerației trase pe nedrept și excluderea din furnizarea de servicii pe cheltuiala AOS (Articolul 59, alin. 1 LAMal).

5. Discounturi

Dacă furnizorii de servicii primesc, direct sau indirect, discounturi cu privire la serviciile pe care le oferă, acestea trebuie să fie transferate mai departe către principalul obligat, fie societatea de asigurare, fie asiguratul (Articolul 56, alin. 3 și 4 LAMal, de asemenea cf. Articolului 92d LAMal).

Zürich, 19 Noiembrie 2012