Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Bericht über die Ergebnisse der Anhörung zum Entwurf der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

3003 Bern, Dezember 2014

Inhalt

1 Ausgangslage 3

2 Zusammenfassung der Stellungnahmen 4

2.1 Bemerkungen zum Anhörungsverfahren 7

2.2 Allgemeine Stellungnahmen / Allgemeine Einschätzung des Projekts 9

2.3 Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen des Projekts 40

Bemerkungen zu Artikel 1 40
Bemerkungen zu Artikel 2 41
Bemerkungen zu Artikel 3 42
Bemerkungen zu Artikel 4 43
Bemerkungen zum Anhang Ziffer 1 44
Bemerkungen zum Anhang Ziffer 2 53

2.4 Zusätzlich vorgeschlagene Bestimmungen 72

Anhang 1: Liste der Adressaten der Anhörung 74

Anhang 2: Liste der Teilnehmer der Anhörung / Abkürzungen / Statistik 80

1 Ausgangslage

Mit Schreiben vom 16. Dezember 2013 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die interessierten Organisationen ein, sich im Rahmen einer Anhörung zum Entwurf der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu äussern und bis 3. Februar 2014 schriftlich Stellung zu nehmen.

Die Unterlagen für die Anhörung wurden an 72 Adressaten versandt (siehe Anhang 1).

Insgesamt gingen 164 schriftliche Stellungnahmen ein (54 von offiziell begrüssten Anhörungsteilnehmern und 110 von nicht offiziell begrüssten Organisationen/Privatpersonen).

2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Es wurden insgesamt 72 Parteien direkt angeschrieben (26 Kantone, Konferenz der Kantonsregierungen, 12 politische Parteien, 3 Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete, 9 Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft, 4 Konsumentenverbände und 17 Organisationen des Gesundheitswesens).

Von den angeschriebenen Parteien haben 54 geantwortet (26 Kantone, 3 politische Parteien, 2 Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete, 6 Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft, 3 Konsumentenverbände und 14 Organisationen des Gesundheitswesens).

Darüber hinaus haben folgende Akteure Stellung genommen:

- 5 Spitäler und 5 Spitalvereinigungen
- 4 gesamtschweizerische Fachgesellschaften der Grundversorger
- 31 weitere gesamtschweizerische Fachgesellschaften
- 38 kantonale bzw. regionale Ärztegesellschaften oder Fachgesellschaften
- Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen (BFG), comparis, Stiftung externe Qualitätssicherung in der Medizin (EQUAM), Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik (FASMED), Medizinaltarifkommission UVG (MTK), Verein für eine freie, sozial verantwortbare Medizin (PULSUS)
- 21 Privatpersonen

Insgesamt sind 164 Stellungnahmen eingegangen (teilweise wurden auch gemeinschaftliche Stellungnahmen abgegeben). Die Positionen der verschiedenen Gruppen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Kantone

Die Kantone äussern sich positiv zur Besserstellung der Grundversorger. Die meisten unterstützen den Eingriff des Bundesrates, da sich die Tarifpartner nicht einigen konnten. Der vorgesehene Eingriff soll nur eine Übergangslösung sein, eine möglichst rasche Gesamtrevision durch die Tarifpartner wird gewünscht. Die Zuschlagsposition sollte aus Sicht vieler Kantone auch von den Spitälern abgerechnet werden dürfen. Die Kürzungen führten bei den Spitälern zu Mindereinnahmen, welche schlussendlich der Kanton kompensieren müsse.

Politische Parteien (CVP, SPS, SVP)

Angesichts der blockierten Situation zwischen den Tarifpartnern bei der Weiterentwicklung des TARMED befürworten drei Bundesratsparteien die vorliegende Verordnung. Die Verordnung müsse jedoch als Übergangsmassnahme zu verstehen sein.

Städte und Berggebiete

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) unterstützt vorbehaltlos den Vorschlag des Bundesrates, die hausärztlichen Leistungen besser abzugelten und auf der anderen Seite die Vergütungen für Spezialleistungen zu reduzieren. Der Schweizerische Städteverband (SSV) verzichtet auf die Stellungnahme.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Die Dachverbände der Wirtschaft (economiesuisse, Schweizerischer Gewerbeverband SGV, Schweizerischer Arbeitgeberverband SAV, Schweizerischer Gewerkschaftsbund SGB, Kaufmännischer Verband KV Schweiz, Centre Patronal CP) stehen der Intervention sehr kritisch gegenüber. Die Besserstellung einer Ärztegruppe zu Lasten einer anderen Ärztegruppe komme nur dann in Frage, wenn sie sich betriebswirtschaftlich rechtfertigen lasse, was hier nicht der Fall sei. Der Eingriff widerspreche ebenfalls dem tarifpolitischen Grundsatz, dass gleiche Leistungen gleich abgegolten werden müssen.

Konsumentenverbände

Der Konsumentenverband Fédération romande des Consommateurs (FRC) begrüsst die Entscheidung des Bundesrates, von der Möglichkeit in die Tarifstruktur TARMED einzugreifen Gebrauch zu machen und unterstützt ausdrücklich den vorliegenden Verordnungsentwurf. Das Konsumentenforum (kf) und die Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) verzichten auf eine Stellungnahme.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Ärzte

Die ärztlichen Dachverbände, die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) und der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte (VSAO), lehnen den Eingriff ab, die Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) ziehen eine Gesamtrevision der Tarifstruktur vor und verlangen deshalb eine Befristung des Eingriffs. Der Verein der leitenden Spitalärztinnen und –ärzte (VLSS) ist für die schnelle Inkraftsetzung des Zuschlags mit einer Befristung, die Kürzungen jedoch sollen ersatzlos gestrichen werden. Grundsätzlich sind die Verbände der Meinung, der Eingriff des Bundesrates entspreche nicht den Vorgaben des KVG und sei deshalb abzulehnen.

Spitäler

Die Spitäler (Die Spitäler der Schweiz H+, Privatkliniken Schweiz PKS, Allianz der Kinderspitäler der Schweiz AllKidS, Universitätsspitäler Schweiz, Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler VNS, wenige einzelne Spitäler) bestreiten, dass die Bedingungen erfüllt seien, die den Bundesrat ermächtigen, die subsidiäre Kompetenz zur Tarifrevision nach Artikel 43 Absatz 5bis KVG in Anspruch zu nehmen. Es könne sogar von einem Missbrauch dieser Kompetenz gesprochen werden. Sie bezweifeln die Sachgerechtigkeit des Eingriffs (Zuschlag und Kürzung) und verurteilen die Ungleichbehandlung von Grundversorgern in Praxen und Spitälern, welche gegen die verfassungsmässig garantierte Rechtsgleichheit (Artikel 8 BV) verstosse. Sie fordern den Bundesrat auf, auf den Erlass der geplanten Verordnung zu verzichten.

Versicherer

Die Versicherer (santésuisse, curafutura, Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer RVK, Schweizerischer Versicherungsverband SVV) begrüssen die Massnahmen des Bundesrats zur Besserstellung der Grundversorger im Rahmen des Masterplans. Diese Massnahmen sollten die jetzt schon verbesserungswürdige Qualität der Gesamtstruktur nicht weiter mindern. Sie halten sachlich fest, dass diese Tarifveränderung ein rein politischer Entscheid sei. Mit dieser Besserstellung seien keinerlei Qualitätsauflagen verbunden oder Zielevaluationen vorgesehen, was die Versicherer bedauern.

Weitere Organisationen des Gesundheitswesens

Der Schweizerische Apothekerverband (PharmaSuisse) und die Stiftung für externe Qualitätssicherung in der Medizin (EQUAM) sind grundsätzlich für den Eingriff des Bundesrates, bringen jedoch einige Vorbehalte an. Der Verein für eine freie, sozial verantwortbare Medizin (PULSUS) und das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen (BFG) lehnen die Verordnung ab, weil die linearen Kürzungen weder sachgerecht noch wirtschaftlich begründet seien. BFG bevorzugt eine Gesamtrevision durch die Tarifpartner.

Grundversorger

Die Haus- und Kinderärzte begrüssen die Besserstellung der Grundversorger durch den Eingriff des Bundesrates, betrachten die Massnahme aber als Übergangslösung bis zu einer Gesamtrevision, in welcher sie langfristig bessergestellt werden. Der Zuschlag soll von praktischen Ärzten nicht abgerechnet werden können, dafür sollen Vorsorgeuntersuchungen und Hausbesuche zuschlagsberechtigt sein.

Sonstige gesamtschweizerische ärztliche Fachgesellschaften

Viele der übrigen Fachgesellschaften bekennen sich prinzipiell zu einer Besserstellung bzw. adäquaten Vergütung der Grundversorger und der intellektuellen Leistung. Keine Gesellschaft äussert sich hingegen billigend gegenüber der Verordnung und lediglich zwei akzeptieren den Entwurf allenfalls als Übergangslösung. Die übrigen Gesellschaften lehnen entweder die komplette Verordnung oder zumindest die Kürzungsmassnahme ab. Als zentrales Argument wird von allen vehement die fehlende Kompetenz des Bundesrates bezüglich der Beurteilung der Sachgerechtigkeit bestehender Positionen sowie in Bezug auf die verordneten Massnahmen genannt. Damit sei zum einen die rechtliche Voraussetzung des Eingriffs nicht gegeben, zum anderen verletze vor allem die Kürzung ausgewählter Kapitel die Prinzipien der Sachgerechtigkeit, Billigkeit und Gleichbehandlung und sei damit nicht gesetzeskonform. Meist werden auch fachspezifische Argumente vorgebracht, warum die Kürzung im jeweiligen Kapitel ungerecht und gefährlich sei. Die Mengenentwicklung wird von einigen Gesellschaften auf geänderte Versorgungsstrukturen und Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich oder auf geänderte medizinische Standards zurückgeführt. Es wird vor negativen Konsequenzen im Hinblick auf die Versorgung (Qualität der Leistungen und Gewährleistung der Versorgung) sowie vor einer finanziellen Mehrbelastung der Versicherten und vor Auswirkungen auf nicht-ärztliches Personal gewarnt. Eine allfällige Subventionierung der Hausarztmedizin (neuer Artikel 117a BV) solle nach Meinung einiger Gesellschaften nicht über eine Tarifrevision sondern über den Taxpunktwert sowie über die Möglichkeit der Fakturierung im Bereich der Zusatzversicherung (VVG) erfolgen. Einige Gesellschaften äussern ihr Bedauern darüber, nicht in der Liste der Adressaten geführt zu werden (3 werten dies als Verfahrensfehler) und beklagen die kurze Anhörungsfrist.

2.1 Bemerkungen zum Anhörungsverfahren

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	**Verfasser Auteurs Autori**
Kantone	
Angesichts der finanziellen und politischen Tragweite des Geschäfts wäre eine Frist von zwei Monaten angemessen gewesen, um eine demokratisch abgestützte Meinungsbildung zu ermöglichen.	BS
Zum Schluss bitten wir Sie, den Kantonen künftig angemessene Fristen für Stellungnahmen zu gewähren.	LU
Im Übrigen monieren wir die knappe Vernehmlassungsfrist über die Festtage.	NW
Es ist den Kantonsregierungen nicht möglich ist, innert so kurzer Zeit und zudem noch über die Festtagsferien eine differenzierte Stellungnahme abzugeben. Wir bitten Sie deshalb, den Kantonen bei Geschäften mit derartiger finanzieller und politischer Tragweite künftig genügend Zeit für die Ausarbeitung einer differenzierten Stellungnahme einzuräumen.	SZ
Das Bundesgesetz vom 18. März 2005 über das Vernehmlassungsverfahren (Vernehmlassungsgesetz, VlG, SR 172.061) sieht ein ordentliches Vernehmlassungsverfahren mit einer Frist von drei Monaten vor. Allfällige Gründe für eine Verkürzung der Vernehmlassungsfrist haben Sie keine aufgeführt. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Verkürzung der Vernehmlassungsfrist sind damit nicht erfüllt. Wir erwarten von Ihnen künftig die Einhaltung der bundesrechtlichen Vorgaben für Vernehmlassungsfristen. Im Übrigen möchten wir Sie darauf hinweisen, dass auch in Kommentaren zu Verordnungen der sprachlichen Gleichstellung der Geschlechter konsequent Rechnung zu tragen ist.	ZG
Organisationen des Gesundheitswesens	
Angesichts der finanziellen und politischen Tragweite des Geschäfts wäre eine Frist von zwei Monaten angemessen, um eine demokratisch abgestützte Meinungsbildung zu ermöglichen.	GDK
Wir verweisen abermals auf den Umstand, dass wir als betroffene Fachgesellschaft nicht direkt in den Vernehmlassungsprozess der Behörden einbezogen wurden, obschon die Fachgesellschaft direkt und unmittelbar von den geplanten Massnahmen betroffen ist. Wir möchten daher erneut unseren wiederholt formulierten Willen äussern, künftig auf der Liste der Vernehmlassungsempfänger aufgeführt zu werden und entsprechend die Unterlagen direkt zu erhalten.	SBV
Spitäler	
Richtigerweise wäre die Tarifstrukturänderung in der Form einer anfechtbaren Departementsverfügung vorzunehmen, damit die Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung besteht. Hoheitliche Tariffestsetzungen werden landesweit immer in der Form von anfechtbaren Verfügungen vorgenommen.	H+ / VNS / Lukas Klinik / UPK / Claraspital / Merian Iselin / KSBL
Gesamtschweizerische Fachgesellschaften	
Wir wären Ihnen daher sehr zu Dank verbunden, wenn Sie unseren Verband auch in die Liste der interessierten Kreise aufnehmen würden.	FAMH
Grundsätzlich möchten wir noch einmal, wie im Brief vom 20. Dezember 2013 an Frau Sandra Schneider festgehalten, darauf hinweisen, dass der FASMED zu sämtlichen Anhörungen und Vernehmlassungen zu Entwürfen oder Änderungen von Gesetzen und Verordnungen im Bereich der Krankenversicherung eingeladen werden möchte. Unsere Branche ist von Bestimmungen im KVG in der Regel direkt oder indirekt betroffen.	FASMED
Wir verweisen auf unser Schreiben an Sie vom 20. Dezember 2013 und bedauern, dass die fmCh in der Adressatenliste der Anhörung nicht aufgeführt ist und die Frist für die Anhörung nicht angemessen verlängert worden ist.	fmCh

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Sinn und Zweck einer Anhörung bestehen nicht zuletzt darin, dass von einer Verordnung direkt betroffene Kreise Stellung nehmen können. Die Nicht-Aufführung der fmCh/SGGG in der Liste der Anhörungsadressaten ist deshalb als Verfahrensfehler zu beurteilen. Die Vernehmlassung wurde am 16. Dezember 2013 eröffnet. Die Antworten werden bis zum 3. Februar 2014 eingefordert. Diese Frist ist unseres Erachtens unverhältnismässig kurz. Abgesehen davon fällt sie mitten in die Zeit der Festtage. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der SGGG (gynécologie suisse) ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der fmCh. Zusätzlich eingebrachte Beispiele und Ausführungen der SGGG siehe unter Verfasser/Auteurs/Autori „SGGG".*	fmCh, SGGG
Wir möchten daher erneut unseren wiederholt formulierten Willen äussern, künftig auf der Liste der Vernehmlassungsempfänger aufgeführt zu werden und entsprechend die Unterlagen direkt zu erhalten.	SGR-SSR
Mit Verwunderung stellen wir fest, dass die SGNM wie auch die übrigen betroffenen Fachgesellschaften nicht in der Liste der Anhörungsadressaten aufgeführt ist. Unter anderem besteht der Sinn und Zweck einer Anhörung auch darin, dass von einer Verordnung direkt betroffene Kreise Stellung beziehen können. Die Tatsache, dass die betroffenen Verbände in der Liste der Anhörungsadressaten nicht aufgeführt sind, betrachten wir als Verfahrensfehler und widerspricht dem Anliegen einer sachlichen Fundierung der Verordnung. Zeitpunkt und Dauer der Vernehmlassung vom 16. Dezember 2013 bis 3. Februar 2014 erachten wir als unangemessen kurz, zudem sie entsprechende Festtage einschliesst. Dies erschwert eine adäquate Stellungnahme der betroffenen Kreise.	SGNM
Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft als Betroffene nimmt gerne die Gelegenheit wahr, sich zum vorgesehenen Vorentwurf vernehmen zu lassen, obwohl sie als direkt betroffene Gesellschaft nicht unter den Adressaten zur Vernehmlassung figuriert. Dies macht doch etwas betroffen.	SOG

2.2 Allgemeine Stellungnahmen / Allgemeine Einschätzung des Projekts

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kantone	
Der Regierungsrat des Kantons Aargau begrüsste es, wenn die Tarifpartner die Revision des Tarmeds ihrem Auftrag gemäss selber an die Hand nehmen würden. Nun sind diese Anstrengungen für eine entsprechende Vereinbarung aber leider gescheitert. Der Regierungsrat unterstützt die Absicht des Bundesrates, in Anwendung von Art. 43 Abs. 5bis des KVG direkt in die Tarifstruktur des Tarmed einzugreifen.	AG
Dem Ansinnen, eine Anpassung der Tarifstruktur vorzunehmen, können wir grundsätzlich folgen. Der Bedarf, die Hausarztmedizin durch eine bessere Entschädigung zu stärken, wird ebenfalls grundsätzlich unterstützt. Begrüsst wird zudem, dass intellektuelle ärztliche Leistungen gegenüber den technisch-apparativen Leistungen besser vergütet werden. Die Zuschlagsposition für die Leistungserbringergruppen Allgemeine Innere Medizin, praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin in der Arztpraxis werden grundsätzlich begrüsst. Gleiches gilt für die Neubewertung der Taxpunkte der technischen Leistungen. Die Standeskommission ist klar der Ansicht, dass die Änderung kostenneutral erfolgen muss. Eine lineare Kürzung ist unter den gegebenen Umständen richtig. Dass der Bundesrat in der vorliegenden Situation einen Entscheid erwirkt, wird begrüsst.	AI
Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden ist mit den Anpassungen der Tarifpositionen zugunsten der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger einverstanden. Diese Massnahme entspricht den strategischen Positionen der kantonalen Gesundheitspolitik, wie sie im Gesundheitsbericht 2012 aufgeführt sind. Die Tarifanpassung leistet einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit. Sie unterstützt damit die bisher im Kanton Appenzell Ausserrhoden getroffenen Massnahmen zur langfristigen Sicherung einer dezentralen ambulanten medizinischen Versorgung.	AR
Diese Besserstellung der Grundversorger begrüsst der Regierungsrat, insbesondere auch im Hinblick auf den sich abzeichnenden Mangel an Hausarztmedizin in ländlichen Gegenden. Da sich die Tarifpartner vorgängig aber nicht auf eine Lösung einigen konnten und der Revisionsbedarf grundsätzlich unbestritten ist, kann der Regierungsrat dieses Vorgehen unterstützen. Nicht zuletzt auch deshalb, als dass die Anpassungen als Übergangslösung bis zur Gesamtrevision des TARMED zu betrachten sind.	BE
Gerne teilen wir Ihnen mit, dass wir den Erlass der fraglichen Verordnung im Sinne einer Sofortmassnahme zur kostenneutralen Umsetzung einer finanziellen Besserstellung der Grundversorger unterstützen. Nachdem sich die Tarifpartner nicht auf eine einvernehmliche Lösung einigen konnten, erachten wir diese Massnahme als unumgänglich. Die Umsetzung in Form einer Absenkung der Taxpunkte auf einigen Positionen des TARMED ist aus unserer Sicht nachvollziehbar, wenn auch mit gewissen Unschärfen behaftet. Es ist indessen weiterhin eine rasche Gesamtrevision der Tarifstruktur TARMED anzustreben, damit die tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung baldmöglichst wieder ausgewogen abgebildet werden können.	BL
Der Regierungsrat hält nach wie vor eine Gesamtrevision des Tarmed mit einer Anpassung der Tarifstruktur an neu gerechnete betriebswirtschaftliche Rahmenparameter für unerlässlich. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Verordnung ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar und entspricht den dem Parlament und Tarifpartnern in Aussicht gestellten Massnahmen. Zudem hält das vorgeschlagene Vorgehen den nötigen Druck auf die Tarifpartner aufrecht, die subsidiär ergriffene bundesrätliche Massnahme so rasch als möglich durch eine tarifpartnerschaftlich vereinbarte Gesamtrevision zu ersetzen. An der genehmigten bisherigen Tarifstruktur wird in der Systematik bzw. Kapitelaufteilung nichts geändert. Mit dem Zuschlag für die als Hausärzte geltenden Spezialarzttitel und den Abschlag der bezeichneten spezialärztlichen Kapitel ist unseres Erachtens die Sachgerechtigkeit gewahrt. Die bezeichneten vierzehn Kapitel, welche einen Abschlag zu gewärtigen haben, sind plausibel begründet. Zudem erfolgt der Eingriff einzig auf der technischen Leistung. Auch wenn dort Personalkosten mitenthalten sind (medizinische Praxisassistentin, Assistenzarztleistungen), welche seit der Bemessungsgrundlage in den 90er Jahren gestiegen und nicht gesunken sind, dürften die technisch bedingten	BS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kostensenkungen in diesen Kapitel überwiegen.	
Vu ce qui précède, nous sommes favorables à une amélioration de la rémunération des médecins de premier recours en cabinet, mais sous réserve de modification du projet d'ordonnance seulement. Le projet d'ordonnance ne doit pas mettre financièrement en péril les hôpitaux et mener les cantons à financer la diminution de recette correspondante (diminution linéaire de la prestation technique) pour assurer le maintien des prestations ambulatoires dans les hôpitaux. (…) deux variantes semblent s'imposer : • La prestation additionnelle doit également pouvoir être facturée par les hôpitaux dans les domaines de la médecine de base. • A défaut, la diminution de la prestation technique est fixée à 5% au lieu de 9%. Ainsi, la hausse des prestations de la médecine de base ne sera pas entièrement compensée par une baisse de la rémunération des prestations techniques. Le reste de la compensation sera alors financée par l'assurance-maladie.	FR
En raison des blocages observés ces dernières années dans le cadre de la révision totale du tarif ambulatoire TARMED, notre Conseil soutient les modifications proposées par le Conseil fédéral qui visent à revaloriser rapidement et de manière neutre financièrement, les prestations des médecins de premier recours par rapport aux prestations médicales techniques. La méthode proposée nous semble être adéquate au regard de sa neutralité financière.	GE
Der Stossrichtung des vorgeschlagenen bundesrätlichen Eingriffs in die Tarifstruktur des Tarmed stimmen wir im Grundsatz zu. Aufgrund der blockierten Verhandlungslage im Revisionsprozess scheint ein behördlicher Eingriff inzwischen unumgänglich. Dennoch halten wir eine Gesamtrevision des Tarmed mit einer Anpassung der Tarifstruktur für unerlässlich. Eine wirkungsvolle Steuerung des ambulanten Angebots (inkl. der Stärkung der Grundversorgung) müsste unseres Erachtens aber grundsätzlich über flexiblere Taxpunktwerte (TPW) des ärztlich ambulanten Tarifs nach Facharztgruppen und unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsunterschiede erfolgen: In Regionen mit einem Überangebot an Fachärzten (einer gewissen Fachgruppe) sollte der TPW für diese Leistungen tiefer angesetzt werden und vice versa.	GL
Diese Absicht [Hausarztmedizin aufwerten] unterstützt die Regierung des Kantons Graubünden vollumfänglich. Der Zuschlag von elf Taxpunkten pro Konsultation muss im Sinne der Gleichbehandlung auch Spitälern gestattet werden, die mit ihren angestellten Ärzten anstelle von freipraktizierenden Ärzten die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung in ihrer Region sicher stellen.	GR
Le Gouvernement relève avec satisfaction qu'un des buts du projet vise à améliorer les conditions d'exercice pour les médecins de famille, en complément au Masterplan notamment. Le Gouvernement déplore que le transfert des prestations stationnaires vers l'ambulatoire ne soit qu'insuffisamment pris en compte, bien que ce transfert soit souhaité politiquement d'une part, et soit une réalité de l'évolution de la médecine d'autre part. En conclusion, le Gouvernement aurait préféré que le Conseil fédéral laisse les partenaires arriver au terme des négociations avant de modifier unilatéralement la structure du tarif, ce qui pourrait avoir comme conséquence de retarder encore un peu plus l'entrée en vigueur de la version révisée du TARMED.	JU
Die sofortige und befristete tarifliche Besserstellung der Hausarztmedizin ist gerechtfertigt und vor allem auch ein wichtiges Zeichen gegenüber den Hausärztinnen und –ärzten. Ziel muss aber weiterhin die möglichst rasche Gesamtrevision der Tarifstruktur Tarmed bleiben. Nicht gerechtfertigt sind die sehr unterschiedlichen Taxpunktwerte in den einzelnen Kantonen (soweit sie nicht mit der Selbstdispensation im Zusammenhang stehen). Mit der vorgeschlagenen Regelung werden die Unterschiede noch vergrössert. Auch hier sollte der Bund im Rahmen der Tarmed- Revision Druck bei den Krankenversicherern machen; gleiche Leistungen, gleicher Preis.	LU
En préambule, nous regrettons que les partenaires tarifaires n'aient pas réussi à s'entendre sur la révision de cette structure tarifaire de manière à revaloriser la médecine de premier recours qui est notoirement sous-rémunérée par rapport à d'autres spécialités	NE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
médicales. Dans ce sens, l'intervention de la Confédération et l'adaptation de la structure tarifaire TARMED par voie d'ordonnance nous paraissent importantes et constituent un signal fort pour les partenaires tarifaires. Les objectifs recherchés par cette révision en matière de santé publique qui sont de garantir le maintien, voire de développer la médecine de premier recours, et partant surtout d'assurer la couverture des besoins médicaux de base de la population, sont entièrement partagés par notre autorité. Les prestations fournies par les médecins de premier recours entrent plus régulièrement dans le cadre de la franchise du patient que les prestations spécialisées. Ainsi, la revalorisation des prestations de médecine de premier recours devrait avoir des conséquences financières avant tout pour les patients-assurés, mais peu sur les assurances-maladie. A l'inverse, la baisse des coûts pour les prestations spécialisées bénéficiera en grande partie à l'assurance obligatoire des soins. Nous craignons dès lors que les hôpitaux soient les grands perdants de cette révision alors que les assureurs-maladie en seraient les gagnants.	
Bei dieser Verordnung sollte es sich nur um eine Übergangslösung handeln. Die Tarifpartner sind anzuhalten, an der Revision des TARMED-Tarifs weiterzuarbeiten.	NW
Die tarifarische „Notmassnahme“ ist aus Sicht der Grundversorger für deren Besserstellung begrüssenswert. Es wird aber dezidiert darauf hingewiesen, dass es sich nur um eine (…) „Übergangslösung“ bis zur definitiven, im Jahr 2015 erwartenden TARMED-Neustrukturierung handeln darf. Ziel muss eine umfassende und ausgeglichene TARMED-Neustrukturierung sein, wo das Stichwort „Kostenneutralität“ nicht mehr als ein in Granit gemeisseltes Gesetz gelten darf. Was uns Sorge bereitet, sind die festzustellenden Zentralisierungs-Tendenzen, indem die kantonalen Kompetenzen im Gesundheitswesen (…) kontinuierlich beschnitten werden.	OW
Grundsätzlich begrüssen wir die im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin in Aussicht gestellte tarifarische Besserstellung der Grundversorgerpraxen. Den Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur können wir nachvollziehen, da sich die Tarifpartner trotz mehrmaliger Aufforderungen des Bundesrates nicht auf eine kostenneutrale Anpassung der Tarifstruktur einigen konnten. Übergangsmassnahmen, welche v.a. diejenigen Teile der Tarifstruktur betreffen, die nicht mehr als sachgerecht beurteilt werden, sind berechtigt. Auch wenn nach Auffassung von Fachleuten mit der vorgeschlagenen Bewertungskorrektur von technischen Leistungen in verschiedenen TARMED-Bereichen bestehende Überbewertungen korrigiert werden, ist eine möglichst rasche Gesamtrevision des TARMED-notwendig. An vielen Akutspitälern ist der Taxpunktwert bereits heute nicht kostendeckend und muss mit Erträgen von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten querfinanziert werden. Diese Problematik ist an den st. gallischen Spitälern aufgrund des niedrigen Taxpunktwertes (es handelt sich schweizweit um einen der niedrigsten Taxpunktwerte) ausgeprägter als in anderen Kantonen. Die st.gallischen Spitäler sind deshalb von der Anpassung der TARMED-Tarifstrukturen besonders betroffen, weil die mit der Übergangsmassnahme verbundene Bewertungskorrektur in den Spitalambulatorien erhebliche Einnahmeausfälle zur Folge haben wird und sich der Umfang der Querfinanzierung weiter erhöhen wird.	SG
Wir begrüssen den Entwurf einer Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung und die darin vorgesehenen Tarifanpassungen. Insbesondere begrüssen wir den Ansatz, falsche tarifarische Anreize durch bundesrätliche Verordnung zu korrigieren, wenn die Tarifpartner, was grundsätzlich vorzuziehen wäre, dies aus eigener Kraft nicht schaffen.	SH
Wir begrüssen die Stossrichtung, nämlich die Stärkung der Hausarztmedizin gegenüber gewissen Fachdisziplinen. Sie entspricht im übrigen auch den Anliegen von diversen, in den letzten Jahren beim Bundesparlament eingereichten politischen Vorstössen. Längerfristig sind eine Gesamtrevision und insbesondere eine Anpassung der Tarmed-Tarifstruktur an neu berechnete betriebswirtschaftliche Rahmenparameter unerlässlich. Weil dies aber (…) noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird, ist es kurzfristig angezeigt, dass der Bundesrat von der ihm mit Art. 43 Abs. 5bis zugewiesenen Kompetenz	SZ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gebrauch macht (…) vor allem vor dem Hintergrund, dass bisher jegliche Bemühungen der Tarifpartner in dieser Hinsicht zu keinem Ergebnis geführt haben. Wir weisen Sie aber mit Nachdruck darauf hin, dass eine solche nicht datenbasierte Anpassung einer Tarifstruktur eine absolute Ausnahmelösung darstellen muss und nicht als präjudizielles Vorgehen für weitere hoheitliche Anpassungen gemäss Art. 43 Abs. 5bis gelten darf. Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK).	
Zum Verordnungsentwurf haben wir grundsätzlich keine Bemerkungen anzubringen, wird doch damit Bundesrecht umgesetzt (Art. 43 Abs. 5 Satz 1 KVG).	TG
Leggiamo favorevolmente la modifica proposta come messaggio a sostegno – fatto ormai consolidato ed universalmente riconosciuto – della medicina di famiglia e accogliamo i primi passi a conferma della messa in atto concreta dei capisaldi del controprogetto all'iniziativa sopraccitata. Preoccupa inoltre la decisione di apportare modifiche al TARMED, piuttosto che considerare di avviarne la revisione completa come già discusso fin dai tempi della sua introduzione. Pur accogliendo con una certa perplessità il finanziamento incrociato tra le prestazioni intellettuali e le prestazioni tecniche, approviamo la soluzione adottata ritenendola transitoria. Riteniamo in ogni caso irrinunciabile inserire una misura di controllo che permetta di valutare l'impatto della misura sulle differenti categorie, monitorando il travaso realmente avvenuto al termine del prima anno.	TI
Der Regierungsrat unterstützt grundsätzlich den Vorschlag, kurzfristig ein positives Zeichen zu Gunsten der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger zu setzen. Weiter unterstützt der Regierungsrat das Vorhaben des Bundesrats, die kurzfristige Anpassung der Tarifstruktur kostenneutral zu gestalten. Abschliessend geben wir unserer Erwartung Ausdruck, dass diese Massnahme nur als kurzfristig greifende Übergangslösung zu Gunsten der ärztlichen Grundversorgung dient.	UR
D'une manière générale, nous saluons cette première mise en œuvre de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral en matière d'adaptation de structure tarifaire lorsque celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure.	VD
De façon générale, les modifications proposées nous paraissent judicieuses et pertinentes, et elles ne suscitent pas de remarque particulière de notre part. En effet, ce projet d'ordonnance permet de donner plus de poids aux prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques. Il permet donc de favoriser la « médecine de famille », en grave déficit dans notre canton.	VS
Wir (…) stellen folgenden Antrag: Der Bund sorgt im Rahmen des Masterplans «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» für eine administrative Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte, namentlich in den Bereichen Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Heilmittelgesetz und HPV-Impfungen. Grundsätzlich begrüssen wir die Wertschätzung, die den Hausärztinnen und Hausärzten mit der Verordnungsvorlage entgegengebracht wird. Einer expliziten Zustimmung resp. Ablehnung enthalten wir uns, da wir den beabsichtigten Eingriff in die Tarifstruktur nicht gutheissen; als kurzfristiges Druckmittel können wir die Massnahme nachvollziehen.	ZG
Wir begrüssen den Entwurf einer Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung und die darin vorgesehenen Tarifanpassungen. Insbesondere begrüssen wir den Ansatz, falsche tarifarische Anreize durch Verordnung des Bundesrates zu korrigieren, wenn die Tarifpartner, was grundsätzlich vorzuziehen wäre, dies aus eigener Kraft nicht schaffen. Mit den jetzt vorgesehenen Eingriffen werden die festgefahrenen Verhandlungen durchbrochen und die Möglichkeit geschaffen, dass die Tarifpartner weitere notwendige Änderungen wie auch Feinkorrekturen an der Tarifstruktur TARMED wieder einvernehmlich vornehmen können.	ZH
Politische Parteien	
Angesichts der blockierten Situation zwischen den Parteien bei der Weiterentwicklung des Tarmed war es aber erforderlich, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz Gebrauch macht, Einzelleistungstarifen anzupassen, die nicht mehr sachgerecht sind.	CVP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis von 11 Taxpunkten pro Besuch, während andererseits die Entschädigungen für die technischen Leistungen der Spezialärzte um 9% gekürzt werden, erachten wir als vertretbar, zumal die meisten technischen Leistungen viel zu hoch tarifiert sind. [Beispiel Katarakt-OP] Die CVP appelliert an die Vertragspartner, diese Arbeiten konstruktiv voran zu treiben. Wir fordern, dass diese Revision eine bessere Abgeltung der Berufe der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Hausärzte und ihres Präsenzlabors bringt.	
Vu le blocage des négociations entre les partenaires tarifaires, le PS approuve sur le fond l'intervention du Conseil fédéral, qui de cette manière démontre sa volonté de faire face à l'urgence de la situation et de réduire la pénurie de médecins de famille et de l'enfance. Cependant, le PS insiste sur le fait que cette intervention doit demeurer transitoire et qu'une révision globale de la structure tarifaire Tarmed doit être réalisée au plus vite.	SPS
Obwohl es weiterhin grundsätzlich nicht akzeptabel ist, dass der Staat hier eingreift, scheint doch dieser nochmals erhöhte Druck durch diese Übergangsmassnahme nötig, um eine Einigung zwischen Versicherern und Leistungserbringern für eine Totalrevision des Tarifmodells anzustossen. Zwei Punkte müssen aber besonders hervorgehoben und verbindlich in die Verordnung aufgenommen werden: 1. Dies ist und bleibt eine subsidiäre Einflussnahme des Bundes, welche nur befristet, also als Übergangsmassnahme zu verstehen ist, mit dem Ziel sich möglichst rasch wieder zurückzuziehen. 2. Einziges Ziel dieser Massnahme ist es, dass eine partnerschaftliche und kostenneutrale Einigung erzielt wird, welche die Besserstellung der Grundversorger garantiert. Diese beiden Punkte sind unabdingbar in einem Ziel- oder Zweckartikel der Verordnung festzuhalten. Zudem sollte die Verordnung nur befristet bis 2015 gelten. Die Prämien dürfen durch diese Massnahme keinesfalls steigen, ansonsten braucht es einen sofortigen Stopp der Massnahme.	SVP
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	
Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass wir trotz der unbestrittenen Bedeutung der Vorlage aus Kapazitätsgründen auf eine Eingabe verzichten müssen.	SSV
Die SAB unterstützt vorbehaltlos den Vorschlag des Bundesrates, die hausärztlichen Leistungen besser abzugelten und auf der anderen Seite die Vergütungen für Spezialleistungen zu reduzieren. Wir äussern uns dabei nicht zu einzelnen Tarifpositionen. Une bonne desserte de base en soins médicaux est un facteur crucial pour l'attractivité des régions de montagne et rurales. Une meilleure rémunération des prestations de généraliste peut contribuer à rendre plus attractif l'implantation de nouveaux médecins généralistes dans ces régions.	SAB
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	
Diese Kompetenz [subsidiäre Kompetenz] sollte der Bundesrat nur sehr zurückhaltend wahrnehmen. Die vorgeschlagene, undifferenzierte Anpassung des Tarifs birgt das Risiko, dass sie von den benachteiligten Facharztgruppen durch die Abrechnung anderer Tarifpositionen unterlaufen wird. Deshalb ist eine Verhandlungslösung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern zu bevorzugen. Da sich die Verhandlungspartner wiederholt nicht einigen konnten, haben wir Verständnis für den Willen des Bundesrates, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Economiesuisse begrüsst die Absicht des Bundesrates ausdrücklich, die vorliegende Tarifanpassung aufzuheben, falls sich die Tarifpartner auf eine kostenneutrale Besserstellung der Grundversorger einigen können.	Economiesuisse
Die im Vernehmlassungsentwurf vorgeschlagene Verbesserung der Honorierung der Leistungen der Grundversorger können wir vom Grundsatz her unterstützen. Wir sind allerdings klar der Meinung, dass die Zugeständnisse gegenüber den Grundversorgern nicht zu Lasten anderer Ärztegruppen gehen dürfen. Sinn und Zweck der in der KVV verankerten Kostenneutralität ist es, unvorhergesehene, auf einen Systemwechsel zurückzuführende Kostenschübe zu verhindern. Aus diesem	SGV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Grund ist es aus Sicht des sgv unzulässig, hier das Primat der Kostenneutralität anwenden zu wollen. Wir sind klar der Meinung, dass die Tarifautonomie auch in Zukunft bei den Tarifpartnern bleiben muss und dass der Bundesrat nur dann eingreifen darf, wenn sich die Tarifpartner über einen längeren Zeitraum hinweg nicht finden. Die Besserstellung einer Ärztegruppe zu Lasten einer anderen Ärztegruppe kommt aus Sicht des sgv nur dann in Frage, wenn sie sich betriebswirtschaftlich rechtfertigen lässt. Dies scheint im vorliegenden Fall gestützt auf den uns zugänglichen Unterlagen klar nicht der Fall zu sein. (…) erachten wir den vorgeschlagenen Eingriff als verfrüht und gefährlich, weil er den Erfolg des Projekts TarVision gefährden könnte. Eine rein politisch motivierte Schlechterstellung einer Ärztegruppe zu Lasten einer anderen Ärztegruppe erachten wir als willkürlich und lehnen sie deshalb klar ab.	
Da diese Frage gemäss Arbeitsteilung mit economiesuisse – Verband der Schweizer Unternehmen – in dessen Zuständigkeitsbereich fällt, verzichten wir auf eine eigene Eingabe.	SAV
Der SGB unterstützt grundsätzlich eine Stärkung der Grundversorgung im vorgeschlagenen Umfang von 200 Mio. und die Bestrebungen diesen Betrag zu kompensieren. Allerdings befriedigt die vorgeschlagene Lösung nicht, insbesondere weil der spitalambulante Bereich mitbetroffen ist.	SGB
Leider sehen wir uns aber aufgrund unserer beschränkten Ressourcen nicht in der Lage, uns mit dieser Vorlage, die keine spezifisch die kaufmännisch Angestellten betreffende Punkte enthält, auseinanderzusetzen. Wir müssen daher leider auf eine Stellungnahme verzichten.	KV Schweiz
Le Centre Patronal s'oppose dans une large mesure à l'intervention prevue dans Tarmed. Il partage toutefois Ia volonté maintes fois exprimée et correcte d'une revalorisation substantielle des prestations médicales intellectuelles des médecins détenteurs du titre postgrade fédéral « médecine interne générale », « pédiatrie » ou « médecin praticien » (y compris chaque fois pour les détenteurs des deux titres). Le changement prévu par l'ordonnance mise en consultation ne doit toutefois en aucun cas conduire à une inégalité de traitement entre les prestataires de soins en cabinet et les hôpitaux et cliniques actifs dans le domaine ambulatoire. La proposition du Departement fédéral de l'interieur (DFI) contrevient au principe de politique tarifaire, soutenu par le Conseil fédéral, selon lequel les mêmes prestations doivent être rémunérées de Ia même manière, indépendamment du lieu et de Ia structure où elles sont prodiguées.	CP
Konsumentenverbände	
Leider hat die Stiftung für Konsumentenschutz momentan keine Kapazitäten, um eine Stellungnahme zu schreiben.	SKS
La FRC relève qu'un des buts du TARMED, qui à l'origine voulait revaloriser l'acte intellectuel par rapport à l'acte technique, n'a malheureusement pas encore été atteint. La FRC salue d'abord la décision du Conseil fédéral d'utiliser la possibilité d'intervenir dans la structure tarifaire TARMED pour remédier au déséquilibre relevé ci-dessus. La FRC soutient fermement l'adoption du projet d'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie tel présenté à la consultation.	FRC
Wir bedanken uns für die Möglichkeit bei der oben genannten Anhörung Stellung nehmen zu dürfen. Wir werden davon nicht Gebrauch machen, sind aber am weiteren Informationsfluss interessiert.	Kf
Organisationen des Gesundheitswesens	
Aus Sicht der FMH besteht keine gesetzliche Auflage, die Aufwertung der ärztlichen Grundversorgung im Sinne eines Junktims (,,das eine geht nicht ohne das andere") an die Bedingung zu knüpfen, dass bei Spezialärzten tariflich in gleichem Masse abgewertet wird. Der Umfang von allfälligen Einsparungen wie auch der Saldo zwischen Tarifpunkterhöhungen und Tarifpunktkürzungen dürfen jedoch nicht budgetiert, sondern müssen ergebnisoffen sein. Die Sachgerechtigkeit muss auf Ebene Einzelleistung sichergestellt sein. Der Bundesrat hat seine subsidiäre Kompetenz mit dem Verordnungsentwurf sowohl	FMH

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
bei der Besserstellung der Grundversorger als auch bei der Gegenfinanzierung missbraucht, denn seine Eingriffe in die Tarifstruktur TARMED sind rein politischer Natur und nicht mit den Vorgaben des KVG vereinbar. Durch die Eingriffe des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED wird aus Sicht der FMH bis auf weiteres der gesetzliche Auftrag an eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifstruktur nicht mehr erfüllt. Die Folgen für andere Sozialversicherer (UV/MV/IV), welche ebenfalls über den TARMED abrechnen, sind im Verordnungsentwurf nicht berücksichtigt. Allfällige Auswirkungen auf die Leistungskostenvereinbarung zwischen der Ärzteschaft und den Kostenträgern müssen berücksichtigt werden. Aufgrund des Tarifeingriffes darf es nicht zu Taxpunktwertveränderungen in einzelnen Kantonen kommen.	
Die KKA/AEGLU stimmt der Besserstellung der Hausarztmedizin grundsätzlich zu, erfordern doch die sich zunehmend abzeichnenden Probleme im Bereich der Hausarztmedizin, wie beispielsweise der Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie an weiteren Fachkräften oder die ungeeigneten Angebotsstrukturen dringend konstruktive Lösungen. Auch die KKA/AEGLU ist bereit und willens, sich zusammen mit Bund und Kantonen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine medizinische Grundversorgung von hoher Qualität einzusetzen. Eine Kompetenz des Bundes für umfassende Eingriffe in die Tarifhoheit auf Verfassungsstufe lehnt die KKA/AEGLU strikte ab. Die Verhandlungsergebnisse der KKA/AEGLU im Jahr 2013 bei den Steuerungsempfehlungen für die kantonalen Taxpunktwerte 2014 mit tarifsuisse und für 2014 und 2015 mit der HSK zeigen klar, dass partnerschaftlich verhandelte Lösungen möglich sind. [Art. 43, 5bis] Damit ist klar, dass bundesrätliche Eingriffe eine ultima ratio darstellen sollen, wenn es den Tarifpartnern nicht gelingt, in einer wesentlichen Frage zu einer Einigung zu kommen, welche im Interesse aller Akteure einer definitiven Lösung bedarf. Dem entspricht der Vorschlag des Bundesrates nicht (…). [Es handelt sich] mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine vorübergehende Regelung bis zur Tarmed-Gesamtrevision per Ende 2015. Dieser vorübergehende Eingriff erfolgt indes für ein langfristiges, ja permanentes Ziel: die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Grundversorger. Schon dies zeigt, dass der Eingriff nicht sachgerecht ist. Damit ist vor dem Hintergrund [in Aussicht stehende Gesamtrevision] der subsidiären Natur von Art. 43 Abs. 5bis KVG der Vorrang einer künftigen tarifvertraglichen Regelung zu achten. Es befremdet in hohem Masse, dass ein an sich nicht bestrittenes Anliegen über die Köpfe der Tarifpartner hinweg aus kurzfristigen politischen Gründen nun diktiert werden soll. Durch die Eingriffe des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED wird bis auf weiteres der gesetzliche Auftrag an eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifstruktur nicht erfüllt. Der Bundesrat hat damit seine subsidiäre Kompetenz mit dem Verordnungsentwurf sowohl bei der Besserstellung der Grundversorger als auch bei der Gegenfinanzierung missbraucht, denn seine Eingriffe in die Tarifstruktur TARMED sind rein politischer Natur und nicht KVG konform. Diese Umsetzung der Förderung der Hausarztmedizin widerspricht der Förderung transparenter Finanzierungssysteme unter dem Aspekt einer notwendigen gesamtvolkswirtschaftlichen Betrachtungsweise. Diese Massnahmen entsprechen einer sektoriellen Kostenbetrachtung und entbehren jeglicher Kosten-Nutzen-Analyse. Deshalb resultieren aus diesem Tarifeingriff durch den Bundesrat: • Eine massive Verteuerung kurzer Konsultationen beim Grundversorger und damit ein tarifarischer Anreiz zu einer qualitativ fragwürdigen „5 Minuten-Medizin“. • Eine erhebliche Mitfinanzierung der Besserstellung der Grundversorger durch die Patienten selbst. • Eine Mindervergütung für die Löhne des nichtärztlichen Personals in der Arztpraxis. • Eine Mitfinanzierung der hausärztlichen Besserstellung durch die Hausärztinnen und Hausärzte selber. • Ein Einsparungspotential für die Versicherer auf Kosten der Versicherten. • Die Gefahr, dass die Verhandlungen der KKA/AEGLU mit den Tarifpartnern, welche zum Ziel haben, die erbrachten Leistungen in gegenseitiger Datentransparenz abzubilden und einen neuen Preisbildungsmechanismus zu entwickeln, aufgrund dieses isolierten Tarifeingriffs behindert werden.	KKA / AEGLU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die KKA/AEGLU fordert deshalb: • Die sachgerechte Abbildung der Hausarztmedizin im TARMED und deren Finanzierung über eine Gesamtrevision der Tarifstruktur, an deren Vollendung die FMH zusammen mit ihren Vertrags-Partnern intensiv arbeitet. • Die in der Verordnung vorgesehenen Eingriffe in die Tarifstruktur TARMED sind gemäss obigen Ausführungen zu optimieren oder wenigstens zu befristen, bis die von den Tarifpartnern revidierte und vom Bundesrat genehmigte Tarifstruktur in Kraft tritt oder bis spätestens Ende 2016. Wir sind gerne bereit an der Optimierung dieses Tarifeingriffes mitzuwirken. • Allfällige Auswirkungen auf die Leistungskostenvereinbarung zwischen der KKA/AEGLU und ihren Tarifpartnern müssen zwingend berücksichtigt werden. Aufgrund dieses Tarifeingriffes darf es nicht zu Taxpunktwertveränderungen in einzelnen Kantonen kommen. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der AEGLU ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der KKA.*	
Die GDK hält nach wie vor eine Gesamtrevision des Tarmed mit einer Anpassung der Tarifstruktur an neu gerechnete betriebswirtschaftliche Rahmenparameter für unerlässlich. Die Tarifpartner können sich jedoch seit Jahren nicht auf eine solche einigen und auch bis zur Gesamtrevision befristete Besserstellung der Grundversorger / Hausarztmedizin ist auf dem Vereinbarungsweg gescheitert. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Verordnung ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar und entspricht dem Parlament und Tarifpartnern in Aussicht gestellten Massnahmen. Mit dem Zuschlag für die als Hausärzte geltenden Spezialarzttitel und den Abschlag der bezeichneten spezialärztlichen Kapitel ist unseres Erachtens die Sachgerechtigkeit gewahrt. (…) ist hinter diese Verordnungsvorgabe der Kostenneutralität aus grundsätzlichen Überlegungen ein Fragezeichen zu setzen. Werden aus betriebswirtschaftlichen Gründen die Rahmenparameter einer Tarifstruktur geändert, um langfristigen Veränderungen in der Kostenstruktur Rechnung zu tragen, führt eine wörtliche Auslegung des Begriffs „Kostenneutralität“ zu nicht mehr sachgerechten Vergütungen, wenn nicht nur die Gesamtheit der Relativpreise, sondern das Umsatzvolumen konstant bleiben sollte. Trotz einiger vorgebrachter Bedenken ist die vorgeschlagene Lösung als kurzfristige Massnahme hinzunehmen.	GDK
Im Namen der Privatkliniken Schweiz (...) stellen wir folgende Anträge: 1. Auf den Erlass dieser Verordnung sei zu verzichten. 2. Sollte der Bundesrat an seiner subsidiären Kompetenz festhalten, hat er zuerst fundiert nachzuweisen, dass die bisherige Tarifstruktur nicht mehr sachgerecht ist; alsdann einen Eingriff allein in die Tarifstruktur vorzunehmen auf sachgerechter, datenbasierter Grundlage, unter Einhaltung des Gleichbehandlungsgebotes und frei von politisch motivierten Überlegungen sowie in der Form einer anfechtbaren Verfügung. Der Bundesrat selbst gibt zu, nicht über Datenmaterial zu verfügen, welches die fehlende Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur belegen würde. Damit liegt die zwingende Voraussetzung für die Anwendbarkeit der subsidiären Kompetenz nicht vor; jede Schlussfolgerung des Bundesrates muss beinahe als Willkürakt betrachtet werden; sein Handeln als rein politisch motiviert und damit ungeeignet im Rechtssinne. Der Ansatz, auf Grund faktisch unbegründeter und sachlich falscher Annahmen eine Tarifstrukturrevision durchzuführen, verletzt verfassungsmässiges Recht und muss verworfen werden. [Ein solches] politisches Versprechen [kann] nicht Grund für die Anrufung der Subsidiärkompetenz sein. Das sagt der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Bericht der SGK N zur parlamentarischen Initiative 11.429 (BBl 2011 7396) selbst, nämlich, „dass er von seiner neuen Kompetenz nicht einzig mit dem Ziel Gebrauch machen kann (…) einen Leistungserbringertypen zu fördern.“ [Es] leuchtet nicht ein, dass der gleiche Bundesrat, welcher am 15.06.2012 (…) letztmals die Tarifstruktur geprüft und (…) bestätigt hat, (…) behauptet, die technischen Leistungen seien nicht mehr sachgerecht. Im Übrigen liegt der Bundesrat falsch, wenn er für seine „Besserstellung“ der Grund-versorger gleich auch noch die Kostenneutralität i.S.v. Art. 59c Abs. 1 KVV fordert. Sein	PKS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
geplanter Eingriff ist kein Wechsel des Tarifmodells, sondern ein Eingriff in die Tarifstruktur. (…) Es ist für die Prüfung der Inanspruchnahme der subsidiären Kompetenz somit irrelevant, ob die Tarifpartner sich über die Kostenneutralität uneinig waren.	
Grundsätzlich unterstützen wir die subsidiäre Tariffestsetzungskompetenz des Bundesrates. Eine Intervention des Bundesrates sollte aber nur soweit notwendig in die Tarifhoheit der Vertragsparteien eingreifen und sich möglichst so auswirken, dass sie den Druck und die Motivation für eine spätere Vertragslösung erhöht. Betreffend Ziel der Besserstellung der Hausärzte weisen wir darauf hin, dass auch der Apotheker Teil der Grundversorgung ist. Wir würden es deshalb bevorzugen, wenn das Ziel auch die Besserstellung der Grundversorgung wäre. Insbesondere sollte bei der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen auch die Zusammenarbeit mit anderen Grundversorgern berücksichtigt und gefördert werden.	pharmaSuisse
Der VSAO lehnt deshalb den Entwurf der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung ab. Wir bitten den Bundesrat, insbesondere die Sparmassnahmen zu Lasten der Spitäler zu überdenken. Der VSAO verschliesst sich der finanziellen Besserstellung der HausärztInnen nicht. Diese hätte jedoch aus unserer Sicht mit einer Gesamtrevision des TARMED-Tarifs angegangen werden sollen und nicht mit dem aus unserer Sicht fragwürdigen Instrument der linearen Kürzung einer erheblichen Zahl von Leistungen, welche eine vergleichsweise aufwändige Infrastruktur benötigen.	VSAO
Die SBV versteht den politischen Willen, die Hausarztmedizin durch eine Verbesserung der Honorierung der Leistungen der Grundversorger zu fördern. Die durch die politische Behörde geplante Tarifanpassung, stellt weder einen Systemnoch einen Modellwechsel gemäss KVV Art. 59 lit. c. Abs. 1 dar, weshalb ein Festhalten an der Kostenneutralität weder notwendig, noch angezeigt ist. Eine Quersubventionierung einer Ärztegruppe durch eine Tarifsenkung bei andern Ärztegruppen ohne eine betriebswirtschaftliche Rechtfertigung der Tarifsenkungen, kann im besten Willen nicht als Gleichbehandlung und betriebswirtschaftlich bezeichnet werden. Der Tarmed 1.08 wurde vom Bundesrat am 15.06.2012 genehmigt und somit wurden Gesetzeskonformität, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bestätigt. Dem jetzigen Entscheid liegen keine neueren Daten vor. Wir erwarten, dass der Bundesrat aufgrund der dargelegten Argumente auf die geplante Tarifsenkungen zu verzichten und die betriebswirtschaftliche Überarbeitung des Projekts Tarvision abwartet. Aus den erwähnten Gründen lehnt die SBV den geplanten Eingriff des Bundesrates in Ausübung seiner subsidiären Tariffestsetzungskompetenz entschieden ab. Er behält sich rechtliche Schritte vor, sollte der Bundesrat an diesem Entscheid festhalten.	SBV (Belegärzte)
Zusammenfassend begrüsst der VLSS die vorübergehende Schaffung von neuen Tarifpositionen. Es sind indessen dringend weitere Anpassungen im Bereich der ärztlichen Leistungen AL auch zugunsten der anderen Ärztegruppierungen erforderlich (vgl. Beilage). [In der Beilage wird dargestellt], dass die ambulant praktizierende Ärzteschaft in den Jahren 2004-2012 auf insgesamt CHF 9,567 Mia. An eigentlich gerechtfertigtem Umsatz verzichtet hat. (…) [darunter] Lohnmehrkosten CHF 2,189 Mia (…) [und Mindereinnahmen von 1.25 Mio durch Preisnachlässe im Jahr 2010 zustande gekommen seien]. Insbesondere wird aber ein Eingriff in die Tarifpositionen bei den technischen Leistungen TL (vgl. Anhang Ziff. 2) als vermeintliche Kompensation mangels gesetzlicher Grundlage und mangels Begründetheit dezidiert abgelehnt. Wir weisen darauf hin, dass es die Ärzteschaft wegen der fehlenden gesetzlichen Kompetenz des Bundesrates auch in Zukunft auf keinen Fall akzeptieren wird, dass der Bundesrat via Art. 46 Abs. 5bis KVG versucht, die Tarifautonomie der Tarifpartner zu untergraben und Tarif- sowie Einkommenspolitik zu machen. Wir sehen also keinen Kausalzusammenhang zwischen der Aufwertung der erwähnten Positionen zugunsten der Grundversorger, welche im Zusammenhang mit dem Rückzug der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ steht, und der vom Bundesrat geforderten Kostenneutralität, weil ansonsten am Umfang der Leistungen nichts geändert werde. Diese Absicht [Kostenneutralität durch TL-Kürzung] steht im Widerspruch zur	VLSS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Tatsache, dass das KVG keine Kostenneutralität, sondern betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Abgeltungen vorsieht. Wir möchten darauf hinweisen, dass unsere Mitglieder vom vorgesehenen Tarifeingriff erheblich betroffen wären, sind sie doch vertraglich oft direkt oder indirekt an den entsprechenden Erträgen der TL beteiligt. Wir glauben im Gegensatz zu anderen Vernehmlassungsteilnehmern nicht, dass der Tarifeingriff nur vorübergehender Natur sein bzw. nur bis Ende 2015 gelten wird. Es ist zumindest wahrscheinlich, dass sich die Tarifpartner nicht so schnell über eine Gesamtrevision einigen werden. Umso mehr erachten wir die vorgesehene Kürzung (…) als einen Fehleingriff. Die Tragweite der Intervention des Bundesrates weckt aus ordnungspolitischer Sicht grösste Bedenken und wir sehen der künftigen Tarifgestaltung mit Sorge entgegen, weil der Bundesrat damit den Tariffrieden untergräbt. [Antrag:] Der Tarifeingriff sei bis zum 31. Dezember 2015 zu befristen.	
Hausärzte Schweiz begrüsst die Initiative des Bundesrates, die jahrelangen Verhandlungsblockaden der Tarifpartner mit einem gezielten und befristeten Eingriff in den Tarmed zu durchbrechen. Es ist wichtig und richtig, dass der Tarifeingriff zeitlich befristet gilt, so dass die Tarifautonomie, hinter der auch Hausärzte Schweiz steht, im Grundsatz unbestritten bleibt.	Hausärzte Schweiz
Wir begrüssen die Massnahmen des Bundesrats zur Besserstellung der Grundversorger im Rahmen des Masterplans. Diese Massnahmen sollten die jetzt schon verbesserungswürdige Qualität der Gesamtstruktur nicht weiter mindern. Wir halten sachlich fest, dass diese Tarifveränderung ein rein politischer Entscheid ist. Mit dieser Besserstellung sind keinerlei Qualitätsauflagen verbunden oder Zielevaluationen vorgesehen, was wir eigentlich bedauern. Der damals [bei Einführung von TARMED] gemeinsam vereinbarte Einkommensunterschied in der Abgeltung der ärztlichen Leistung zwischen jenen, die in der Grundversorgung tätig sind und jenen, die spezialärztliche Tätigkeiten ausüben, ist also gekoppelt an die höhere Gewichtung einer längeren Ausbildungszeit von Spezialisten und an die Art der medizinischen Tätigkeit (zum Beispiel eine Operation durchführen) und nicht an der höheren Gewichtung der technischen Leistung, welche Kosten von Technik und Personal decken soll.	Curafutura
Die vorgelegten Massnahmen zur Besserstellung der Grundversorger sind dazu geeignet, die intellektuelle ärztliche Leistung aufzuwerten und rasch eine spürbare Besserung der Situation zu bewirken. Die Einhaltung der Kostenneutralität und deren unabhängigen Evaluation stellen jedoch nach unserer Meinung das zentrale Element dieser Vorlage dar. Insofern können wir der vorgeschlagenen Übergangsregelung zustimmen.	RVK
Die Tarifstruktur TARMED basiert auf lückenhaften und veralteten Berechnungsgrundlagen. Für santésuisse besteht folglich seit langem Revisionsbedarf. Die neusten Berechnungen von santésuisse zeigen, dass alleine bei vier Parametern des TARMED (quantitative Dignitäten, Minutagen, Sach- und Umlagekostensatz sowie Spartenproduktivtäten) ein Effizienzpotential von rund Franken 600 Millionen besteht. Santésuisse begrüsst es, dass das von den Hausärzten geforderte neue Kapitel 40 nicht berücksichtigt wurde. Positiv wertet santésuisse auch, dass der Bundesrat mit der vorgeschlagenen Verordnung die Grundversorger kostenneutral besser zu stellen beabsichtigt. Die technische Umsetzung der vorliegenden Anpassungen kann im Rahmen von TARMED Suisse gewährleistet werden, sofern hierzu Konsens unter den Tarifpartnern besteht. Santésuisse wünscht von Seiten des BAG einen klaren diesbezüglichen Auftrag an die Adresse von TARMED Suisse.	Santésuisse
Der SVV begrüsst und unterstützt die Besserstellung der medizinischen Grundversorger in der Schweiz. Aufgrund der Dringlichkeit und der politischen Gegebenheiten nehmen wir den vom Bundesrat unterbreiteten Vorschlag zur Kenntnis. (…) ist zeitgleich mit dem in Kraft treten der Verordnungsänderung ein Monitoring zur Ermittlung der Kostenfolgen einzuführen. Sollte sich zeigen, dass der Grundsatz der Kostenneutralität nicht gewahrt werden kann, sind vom Bundesrat zeitnah die notwendigen Korrekturmassnahmen zu treffen. Das eigentliche Ziel muss aber weiterhin sein, eine möglichst schnelle Gesamtrevision des Tarmed unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erlangen.	SVV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Ein Eingriff in die Tarifautonomie darf nur erfolgen, wenn eine klare gesetzliche Grundlage vorhanden ist. Als entsprechende gesetzliche Grundlage nennt der Bund Art. 43 Abs. 5bis KVG. Nicht jeder Dissens zwischen den Tarifpartnern erlaubt aber einen Eingriff in die Tarifautonomie gestützt auf diese Bestimmung. Darunter fallen auch Konstellationen, in welchen richtigerweise kein Konsens zustande kommt, weil ein seitens der öffentlichen Hand an die Tarifpartner gerichtetes, politisch motiviertes Anliegen faktisch nicht umsetzbar ist oder den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes widerspricht. Ein erster Eingriff in die Tarifautonomie wird Signalwirkung haben und sollte nur dann in Betracht gezogen werden, wenn er zwingend geboten ist und keine anderen Mittel mehr zur Verfügung stehen. Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen unterstützt die Förderung der medizinischen Grundversorgung, lehnt die lineare, staatliche Umverteilung von jährlich 200 Millionen Franken von den Spezialisten zu den Hausärzten via TARMED aber ab. Die Verfolgung des politischen Ziels, den Hausärzten jährlich 200 Millionen Franken mehr Einkommen zu gewähren, damit diese ihre Volksinitiative zurückziehen hat keine entsprechende Grundlage im KVG und darf somit nicht über die subsidiäre Bestimmung von Art 43. Absatz 5bis KVG abgewickelt werden. Wenn der Bund via Art. 43 Abs. 5bis KVG subsidiär in die Tarifautonomie eingreift, dann muss er dies gesetzeskonform tun, indem er jede anzupassende Tarifposition unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten prüft und individuell anpasst. Dies wurde in casu nicht gemacht, vielmehr ist es zu einheitlichen, linearen Kürzungen gekommen. Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen fordert deshalb den Bundesrat auf, den vorgelegten Verordnungsentwurf zum jetzigen Zeitpunkt zu annullieren und die umgehende Totalrevision des TARMED den Tarifpartnern zu überlassen.	BFG
Tarife und Preise, die in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart werden, sind breit abgestützt und deshalb ausgewogen. Das sind wichtige Voraussetzungen für eine gute Leistungserbringung. Diese Kompetenz sollte der Bundesrat nur sehr zurückhaltend wahrnehmen. An dieser Zurückhaltung fehlte es gleich beim ersten Versuch, von dieser Kompetenz Gebrauch zu machen. Den Hausärzten wurde versprochen, ihnen jährlich 200 Millionen Franken mehr Umsatz zu Lasten der Grundversicherung zu gewähren, damit diese ihre Volksinitiative zurückziehen. Für dieses politische Versprechen gibt es keine entsprechende Grundlage im KVG. Es ist deshalb auch rechtlich sehr heikel, die vorliegende Tarmed-Revision auf die subsidiäre Bestimmung von Art 43 Absatz 5bis KVG zu stützen. Die undifferenzierte Anpassung des Tarifs birgt das Risiko, dass die Tarife von den benachteiligten Facharztgruppen durch die Abrechnung anderer Tarifpositionen unterlaufen werden. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Revision des Ärztetarifs Tarmed ist rechtlich problematisch und inhaltlich nicht geeignet, Angebot und Nachfrage der medizinischen Grundversorgung zu Lasten der Grundversicherung zu verbessern. Die Anpassung des Ärztetarifs verursacht letztlich mehr Kosten für den Prämienzahler. Bei Uneinigkeit der Tarifparteien braucht es ein Schlichtungsverfahren durch eine politisch neutrale Instanz, sodass politische Entscheide keinen unmittelbaren Einfluss auf die Tarifstruktur haben.	Comparis
Im Interesse einer optimalen Gesundheitswesens in der Schweiz ist dabei darauf zu achten, dass die Auswirkungen einer solchen Anpassung auf die Qualität der Versorgung berücksichtigt werden. In diesem Kontext begrüssen wir die geplante Aufwertung der intellektuellen Leistungen der schweizerischen Grundversorger zu Lasten der technischen Leistungen. Eine monetäre Stärkung der Grundversorger unterstützt die integrierte Versorgung und dient damit nicht zuletzt auch der Qualitätsförderung.	EQUAM
Spitäler	
Nach Abwägung aller Argumente fordert H+ den Bundesrat auf, keine Verordnung zu erlassen. H+ ist bestürzt darüber, dass jegliche betriebswirtschaftliche Berechnungen zu den Vorschlägen im Verordnungsentwurf fehlen. Die Spitäler und Kliniken sind stark verärgert, vor allem über die rechtliche Diskriminierung und die damit verbundene Abwertung ihrer Arbeit.	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
H+ bestreitet, dass die Bedingungen erfüllt sind, die den Bundesrat ermächtigen die subsidiäre Kompetenz zur Tarifrevision nach Art. 43 Abs. 5bis KVG in Anspruch zu nehmen. Es kann sogar von einem Missbrauch dieser Kompetenz gesprochen werden. Der Verordnungsentwurf widerspricht der Verfassung und den Anforderungen an Tarife gemäss KVG. H+ verlangt eine verfassungs- und gesetzeskonforme Umsetzung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates zur Tarifrevision. Namentlich einzuhalten und zu beweisen sind die Rechtsgleichheit, die betriebswirtschaftliche Bemessung, die sachgerechten Struktur, die Wirtschaftlichkeit, die Billigkeit sowohl der Begründungen als auch der vorgeschlagenen Massnahmen. Ausserdem orten wir diverse Probleme in der Umsetzung. H+ empfiehlt zusammenfassend: 1. Der Bundesrat soll auf den Entwurf verzichten, die Hausärztinnen und –ärzte über Art. 43, Abs. 5bis KVG besserzustellen. 2. Sollte der Bundesrat an der subsidiären Kompetenz festhalten, dann: • muss er die Uneinigkeit der Tarifpartner besser in Erfahrung bringen. • muss er sich an die Verfassungsmässigkeit der vorgesehenen Massnahmen halten, namentlich an die Rechtsgleichheit. • muss er die sachgerechte, betriebswirtschaftliche, billige und wirtschaftliche Notwendigkeit eines Eingriffes mit Fakten nachweisen und begründen. • muss er die Anforderungen an Tarife gemäss KVG, namentlich die Sachgerechtigkeit, die Betriebswirtschaftlichkeit, die Billigkeit und die Wirtschaftlichkeit, wie sie unten ausgeführt sind, für die vorgesehenen Massnahmen berücksichtigen. • führt er die Aufwertung der Grundversorgungsleistungen ohne Kompensationsmassnahmen durch, da diese gesetzlich nicht gefordert sind. • beauftragt der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Inneren, gemäss Art. 47, Abs. 6 RVOG, eine Verfügung zur Umsetzung der subsidiären Kompetenz nach Art. 43, Abs. 5bis KVG zu erlassen. 3. Das BAG beobachtet das laufende Projekt einiger Tarifpartner zur Gesamtrevision. 4. Das BAG kann den Tarifpartnern zur Erfüllung des Berichts und der Empfehlungen der Eidgenössischen Finanzkontrolle EFK vom November 2010 zum TARMED weitere Grundsätze und konkrete Ziele und Themen für die Revision vorgeben. 5. Sollte der Bundesrat sowohl an der Besserstellung der Hausärztinnen und –ärzte als auch an einer für die Krankenversicherung neutralen Umsetzung festhalten, soll er prüfen, welche alternativen Einsparungsmöglichkeiten bestehen. 6. Der Bundesrat muss sicherstellen, wie die revidierte Tarifstruktur angewandt (Ausweis auf Rechnung) und von den sozialen Krankenversicherungen überprüft werden kann. 7. Die Verordnung soll korrekterweise als Übergangslösung befristet werden. Der Bund verfügt gegenwärtig über keine Rechtsgrundlage, das Einkommen von Hausärztinnen und Hausärzten in freier Praxis zu steuern, weder im KVG noch ausserhalb. Es besteht zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Schweiz auch keine Notsituation, namentlich keine Unterversorgung in der medizinischen Grundversorgung. In jedem Fall bleibt die Notfallversorgung an Abenden, in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen gewährleistet. Hier springen die Spitäler und Kliniken ein, vor allem die öffentlichen Spitäler mit einem Leistungsauftrag in der Notfallmedizin. H+ ist überzeugt, dass es für die im Kommentar zum Verordnungsentwurf genannten Ziele Alternativen zu den Vorschlägen gegeben hätte, selbst innerhalb der subsidiären Kompetenz und innerhalb des TARMED. Sowohl die EFK als auch die Tarifpartner haben dem BAG genügend Hinweise geliefert, um diese Ziele zu erreichen. Der Entwurf deutet aber in keiner Weise an, welche Alternativen evaluiert wurden. Rein politisch motivierte Interventionen oder punktuelle Eingriffe, zum Beispiel zur Begünstigung einzelner Fachrichtungen hat der Gesetzgeber nicht autorisiert. Art. 43, Abs. 5bis KVG ist keine Basis zur Besserstellung der Hausärztinnen und –ärzte zulasten anderer Leistungserbringer. Und auch sonst besteht unseres Wissens keine Rechtsgrundlage zum Zwecke einer Umverteilung in Tarifstrukturen. Mit der subsidiären Kompetenz wollte das Parlament *„Fortschritte erzielen“*. Es ging	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
dem Parlament also um Leistungen und nicht um die Besserstellung einzelner Berufsgruppen respektive Leistungserbringergruppen, beispielsweise der Hausärztinnen und –ärzte. Art. 43 Abs. 5bis KVG enthält keine Kompetenz für den Bundesrat, von den tarifrechtlichen Vorgaben des KVG und von den Rechtsgrundsätzen der Bundesverfassung abzuweichen, zum Beispiel dem Verhältnismässigkeitsprinzip oder dem Rechtsgleichheitsgebot. H+ stimmt überein mit den genannten Anforderungen von Art. 43, Abs. 4 KVG betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Tarifstruktur, sowie Art. 46, Abs. 4 Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Für H+ muss die fehlende Sachgerechtigkeit einer Tarifstruktur betriebswirtschaftlich bemessen und in Zahlen belegt werden. Das Primat der Kostenneutralität wurde in Art. 59c, Abs. 1 KVV verankert, um zu verhindern, dass alleine durch einen Systemwechsel von einem Tarifmodell zu einem neuen ein Kostenschub für die soziale Krankenversicherung entsteht. Die „Besserstellung" der Grundversorger kann nicht als Wechsel des Tarifmodells bezeichnet werden. Deshalb ist das Primat der Kostenneutralität bei der vom Bundesrat beschlossenen Massnahme zur Förderung der Hausarztmedizin nicht anwendbar. Die Tarifpartner sind sich uneinig bei der sogenannten Gegenfinanzierung bzw. der Einhaltung der Kostenneutralität bei einer Tarifanpassung. Nach Ansicht des Bundesrates (BBl 2011 7396) könnte seine neue Kompetenz auch zu mehr Taxpunkten führen. Damit negiert der Bundesrat die Anwendung der Kostenneutralität im Falle der subsidiären Kompetenz. Es ist für die Prüfung der Inanspruchnahme der subsidiären Kompetenz also irrelevant, ob die Tarifpartner sich über die Anwendbarkeit der Kostenneutralität uneinig waren. Die Tarifpartner sind sich einig, dass die Bewertung der intellektuellen medizinischen Leistungen angepasst werden muss, dass es aber für eine solche Revision keine sachliche Dringlichkeit gibt, namentlich keine Unterversorgung. Zurzeit arbeiten die Tarifpartner an einer Gesamtrevision von TARMED. Diese beinhaltet unter anderem eine Gleichbehandlung gleicher ärztlicher Tätigkeiten. Dass die Tarifpartner den politischen Auftrag des EDI zur sofortigen höheren Entschädigung der Hausärztinnen, Hausärzte und zulasten der übrigen Leistungserbringer nicht erfüllten, lässt nicht auf ein Scheitern deuten. Am 15.06.2012 hat der Bundesrat mit der Einführung der TARMED-Version 1.08 letztmals eine aktualisierte Tarifstruktur geprüft und die Gesetzeskonformität, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bestätigt. Dies geschah bereits in Kenntnis des EFK-Berichts. Achtzehn Monate später sollen nun die technischen Leistungen nicht mehr sachgerecht und eine pauschale Senkung notwendig sein. Und diese Beurteilung erfolgt ohne betriebswirtschaftliche Begründungen. Zum Beispiel bestreitet H+, dass die Tarifstruktur im TARMED-Kapitel 39 generell nicht mehr sachgerecht ist. Im Gegensatz zu den meisten anderen Kapiteln des TARMED, welche auf Daten aus den 90er-Jahren basieren, sind die Sachkosten der radiologischen Leistungen rund 20 Jahre aktueller und können nicht ohne genaue Prüfung als unsachgerecht bezeichnet werden. Gleiches gilt für das Kapitel 29 zur Schmerztherapie, das sogar erst auf das Jahr 2012 hin revidiert wurde. Der Verordnungsentwurf zeigt keine Berechnungsgrundlagen für die bei den Einkommen der Hausärztinnen und –ärzte fehlenden CHF 200 Mio. Von einer Billigkeit der Notwendigkeit zum Eingriff kann kaum die Rede sein. Die jährlich zu verteilenden CHF 200 Mio., gleichmässig auf rund 10'000 Hausärzte verteilt, führen zu ca. CHF 20'000 Mehreinnahmen pro Kopf. Dies bei einem heute ausgewiesenen Durchschnittseinkommen von CHF 180'000 bis 200'000 für Allgemeinmediziner je nach Berechnung. Das Schweizer Durchschnittseinkommen beträgt zurzeit CHF 76'000. Und auf der anderen Seite würden Tarifpositionen im TARMED um 9% gekürzt, die auch die Löhne aller nichtärztlichen Berufsleute enthalten, namentlich von medizinischen Praxisassistentinnen, Pflegenden, MTRA, etc. Deren Löhne sind im Bereich der Schweizer Durchschnittseinkommen oder darunter (med. Praxisassistentinnen) angesiedelt. Der Entwurf stützt sich nicht auf Zahlen und eine so verstandene betriebswirtschaftliche Sachgerechtigkeit, sondern auf einen Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle EFK aus dem Jahr 2011, der sich auf Daten von 2008 und vorher stützt. Zwar hat dieser Bericht auch Einzelfälle analysiert, überlässt aber die konkrete Revision der betrachteten	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sowie aller anderen Positionen und Kapitel einer umfassenden Revision. Trotz dieser Hinweise benennt und bemisst der Entwurf keine einzige konkrete Leistung, die unsachgerecht bewertet wäre. Vordringlich für den vorliegenden Entwurf ist die Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte. Als Ausgleich wird eine Kompensation innerhalb des TARMED vorgeschlagen. Unbesehen davon, ob diese beiden Ziele und Massnahmen sachgerecht und betriebswirtschaftlich sind, ist ihre Verknüpfung nicht sachlogisch. Art. 43 Abs. 5bis KVG soll also dafür sorgen, dass die Tarifstrukturen sachgerecht bleiben. Der Bundesrat müsste demnach nachweisen, dass die heutigen TARMED-Strukturen bei den Leistungen der Grundversorger einerseits und der Spezialisten andererseits nicht mehr sachgerecht sind. Den Nachweis, dass dem so wäre, hat der Bundesrat mit seinem Vorschlag aber nicht erbracht. Der Entwurf nimmt die Feststellung des EFK-Berichtes auf, dass sich der Einkommensunterschied zwischen den Fachspezialisten und den Grundversorgern in den letzten Jahren vergrössert anstatt verkleinert hat. Der Verordnungsentwurf kann aber genau diesen Mangel des TARMED nicht aufheben, da er einerseits Spitäler und Kliniken ausschliesst, die auch Grundversorgungsleistungen erbringen und andererseits Kürzungen nicht bei den ärztlichen Leistungen von Fachspezialisten vornimmt, sondern bei technischen Leistungen. Da der Entwurf keine betriebswirtschaftliche Berechnung vorlegt, ist es nicht ersichtlich, wieso der Entwurf gerade die vorliegenden Massnahmen ergreift, aber viele andere nicht. Sachgerechte Eingriffe wären möglich. Wir sind überzeugt, dass eine Schweizer Behörde besser arbeiten kann. Jedoch wurden alle Daten der eidgenössischen Sozialversicherer (UV/MV/IV) nicht berücksichtigt und auch nicht jene Rechnungen für KVG-Behandlungen, die wegen des Tiers garant gar nie bei den Krankenkassen eingereicht werden. Das umverteilte Kostenvolumen liegt folglich deutlich höher als bei den angepeilten CHF 200 Mio. Indem der Entwurf sachlich unbelegten, aber politisch legitimierten Wünschen nachkommt, öffnet er die Büchse der Pandora. Und er gibt die Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit politischen Forderungen preis. Wir warnen daher den Bundesrat vor einem derartigen Eingriff.	
Gemäss Art. 43 Abs. 5bis KVG kann der Bundesrat eine Tarifstruktur anpassen, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind. Erstens wenn sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können und die Struktur nicht mehr sachgerecht ist. Die vom Bundesrat vorgesehenen Massnahmen der Tarifstrukturanpassung sind in der Auswahl der betroffenen Leistungen, der Leistungserbringer und hinsichtlich der Höhe nicht datenbasiert begründet und nicht sachgerecht. Der Bundesrat verletzt somit die Tarifgrundsätze des KVG. Der BSH beantragt auf Basis dieser Feststellungen auf den Erlass der geplanten Verordnung zu verzichten.	BSH
Wir bestreiten nicht die Zielsetzung einer finanziellen Besserstellung der Grundversorgung, sehen aber nicht ein, weshalb das Departement die bekanntermassen insgesamt bereits stark defizitären ambulanten Leistungen der Universitätsspitäler noch weiter abwerten will. Wir bestreiten auch nicht, dass in einzelnen Kapiteln des TARMED finanzielle Überdeckungen bestehen. Diese sind durch die in Arbeit befindliche und durch die Universitätsspitäler an vorderster Front mitinitiierte und auch mit eigenen Ressourcen und Know-How substanziell unterstützte Gesamtrevision der TARMED-Tarifstruktur rasch anzugehen. Die Universitätsspitäler lehnen deshalb den Entwurf ab und erwarten, dass sie bei der Aufwertung der Grundversorgungsleistungen mitberücksichtigt werden. Wir ersuchen den Bundesrat dringend, den Tarifeingriff in der vorgeschlagenen Form grundsätzlich zu überprüfen und eine den gemäss den gesetzlichen Anforderungen betriebswirtschaftliche und sachgerechte Lösung für die Gegenfinanzierung zu gestalten.	Universitätsspitäler
Es kann also in keiner Art und Weise davon ausgegangen werden, wie dies die Verordnung unterstellt, dass ungerechtfertigte Gewinne auf die Hausärzte zu Lasten der Spitäler umverteilt werden müssten. Das Gegenteil ist der Fall: Die Spitäler können diese Leistungen heute überhaupt nur erbringen, weil sie entweder via Kanton teilweise (siehe staatliche Spitäler BS) und/oder via hohe Preise im Zusatzversicherungsbereich quer-	Claraspital / Merian Iselin / KSBL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
subventioniert werden. Dies führt dazu, dass dieser Bereich auf Versicherungsseite zunehmend ausblutet. Bei der Festlegung der Taxpunkte als Kostenäquivalent wurden gemäss Tarifführerschaft jeweils diejenigen normativen (im Falle der Spitäler) oder effektiven (im Falle der Freipraktizierenden) Kosten der Leistungserbringer herangezogen, die die entsprechende Leistung am häufigsten erbrachten (=Tarifführerschaft). Dies führte dazu, dass die Spitäler bei vielen, auch durch sie angebotenen Leistungen nur die Kostenstruktur der Freipraktizierenden abgegolten erhalten. Da die Spitäler per se höhere Kosten aufweisen (Stichworte sind u.a. komplexere Struktur, oft 24-Stundenangebot, Betreuung komplexerer Fälle, Ausbildungsleistungen, Mischung zwischen geplanter und ungeplanter Leistungserbringung, Vorhalteleistungen etc.) als die Freipraktizierenden, gehören sie zu den Verlierern des Konzeptes Tarifführerschaft; während die Freipraktizierenden und damit auch die Hausärzte davon profitieren. Die Kostenermittlung zur Festlegung der Taxpunktzahlen basierte auf der Kostenstruktur von 1997. Damit waren die Taxpunkte schon bei der Einführung zu tief. Seit 1997 ist eine Teuerung von 17.5% (gewichteter Durchschnitt: 35% Sachkosten zu 11% Teuerung und 65% Personalkosten zu 21% Teuerung) aufgelaufen. Auf der Preisseite gab es dennoch kaum Erhöhungen. Die Taxpunkte müssten somit für alle Leistungserbringer um 17.5% angehoben werden. Damit ginge es auch den Hausärzten besser und die vorliegende Verordnung wäre gar nicht notwendig.	
Das St. Claraspital erzielte im 2013 einen ambulanten Umsatz von rund CHF 33.4 Mio. Davon entfielen CHF 21.4 Mio. auf TarMed Leistungen. Vom gesamten TarMed-Umsatz sind 62% tangiert. Die Verordnung würde zu erheblichen Einbussen von CHF – 1‘193‘895 führen! Für das St. Claraspital wäre ein Taxpunktwert von CHF 1.30 kostendeckend. Mit dem Taxpunktwert von CHF 0.91 resultierte im 2012 bereits ein Verlust von CHF 8.8 Mio. Die Umsetzung der Verordnung würde diesen Verlust auf 10 Mio. erhöhen.	Claraspital
Das Leistungsspektrum eines Zentrumspitals, wie es das Kantonsspital Baselland (KSBL) darstellt, bringt es mit sich, dass viele eher „techniklastige“ Leistungen, die von der Verordnung betroffen sind, angeboten werden. Diese Leistungen werden, wann immer möglich, ambulant erbracht, was ja auch patientengerecht ist. Das KSBL erzielte im 2013 einen ambulanten TARMED-Umsatz von rund 60 Mio. Franken. Durch die linearen Kürzungen gemäss Verordnungsentwurf würden Einbussen im Ausmass von ca. 3.5 Mio. Franken resultieren.	KSBL
Die Merlan Iselin Klinik erzielte im Jahr 2013 einen ambulanten Umsatz von rund CHF 10.8 Mio. Davon betreffen CHF 7.6 Mio. TarMed-Leistungen. Für die Merian Iselin Klinik wäre ein Taxpunktwert von CHF 1.39 kostendeckend. Mit dem Taxpunktwert von CHF 0.91 resultierte im 2012 bereits ein Verlust von CHF 4.0 Mio. Die Umsetzung der Verordnung würde diesen Verlust auf 4.4 Mio. erhöhen.	Merian Iselin
Le Centre Patronal s’oppose dans une large mesure à l’intervention prévue dans Tarmed. Il partage toutefois la volonté maintes fois exprimée et correcte d’une revalorisation substantielle des prestations médicales intellectuelles des médecins détenteurs du titre postgrade fédéral „médecine interne générale“, „pédiatrie“ ou „médecin praticien“ (y compris chaque fois pour les détenteurs des deux titres). Le changement prévu par l’ordonnance mise en consultation ne doit toutefois en aucun cas conduire à une inégalité de traitement entre les prestataires de soins en cabinet et les cliniques actifs dans le domaine ambulatoire. Cette inégalité de traitement est injustifiable. La proposition du Département fédéral de l’intérieur (DFI) contrevient au principe de politique tarifaire, soutenu par le Conseil fédéral, selon lequel les mêmes prestations doivent être rémunérées de la même manière, indépendamment du lieu et de la structure où elles sont prodiguées. Elle est d’autant plus choquante qu’elle s’accompagne d’une baisse arbitraire et linéaire de 9% des points de prestations techniques. Ce procédé, qui contourne les partenaires tarifaires, pénalise à nouveau les cliniques. Les coupes linéaires apportées par le DFI au tarif des prestations techniques dans 14 chapitres de Tarmed ne semblent pas conformes aux règles économiques et aux principes de la loi sur l’assurance-maladie.	Vaud cliniques
Die VNS/UPK beantragt, auf den Erlass der geplanten Verordnung zu verzichten. Mit	VNS / Lukas

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
den geplanten einschneidenden Massnahmen verfolgt der Bundesrat offenbar einzig und allein politische Ziele. Die Zahl von Fr. 200 Mio. ist aus der Luft gegriffen. Sie sind der Preis, den der Bundesrat den Initianten der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ in Aussicht stellen musste, damit diese im Gegenzug ihre Initiative zurückziehen. Mit anderen Worten ist die „Sachgerechtigkeit“ der angeordneten Umverteilung nicht nachgewiesen. Es kann nicht angehen, gestützt auf Art. 43 Abs. 5bis KVG eine (angeblich) nicht sachgerechte Tarifstruktur durch eine neue (nachweislich) nicht sachgerechte Tarifstruktur abzulösen. Mit seinem pauschalen Vorgehen überschreitet der Bundesrat seine Kompetenzen nach Art. 43 Abs. 5bis KVG, verletzt die Tarifgrundsätze des KVG und verstösst gegen das verfassungsrechtliche Gleichbehandlungsgebot.	Klinik / UPK
Gesamtschweizerische Fachgesellschaften	
Der sich in der Vernehmlassung befindende Entwurf der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung geht in die richtige Richtung. Wir befürworten schon seit Jahren die Stossrichtung, der zu Folge medizinische Leistungen grundsätzlich über den Tarmed abgebildet werden müssen. Für die FAMH geht es nicht an, dass sich die Hausärzte mangels eines korrekten Grundeinkommens über Nebenerwerbsquellen wie das Praxislabor oder die Selbstdispensation von Medikamenten finanzieren müssen. Denn Nebenerwerbe führen zu Fehlanreizen und unerwünschten Mengenausweitungen. Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung des Masterplans durch die Anpassung des Tarmed eine Verschiebung von CHF 200 Millionen zu Gunsten der Grundversorger bewirken wird. Dabei wird allerdings verschwiegen, dass bereits im Laborbereich durch die Revision TransAL 1 eine Verbesserung von CHF 35 Millionen für das Praxislabor vorgesehen ist. Nicht transparent ist, ob diese Summe von 35 Millionen Bestandteil der erwähnten 200 Millionen, wobei dann nur 165 Millionen im Bereich des Tarmed zu verschieben wären oder ob sie zu den 200 Millionen dazu kommt, so dass letztendlich die Verbesserung des Einkommens der Grundversorger 235 Millionen erreichen würde? Erfolgt über die 200 Mio. CHF Besserstellung hinaus noch eine Verbesserung um 35 Mio. CHF durch die Erhöhung Praxislabortarife, dann wird das Fuder überladen.	FAMH
Wir können nachvollziehen, dass der Bundesrat seit dem 1.1.2013 in Art. 43, Abs. 5bis eine subsidiäre Kompetenz besitzt, per Verordnung in den Ärztetarif TARMED einzugreifen, wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen können. Nicht jeder Dissens erlaubt einen Eingriff in die Tarifautonomie gestützt auf diese Bestimmung. Wenn ein an die Tarifpartner gerichtetes politisch motiviertes Anliegen faktisch nicht umsetzbar ist oder den Bestimmungen des KVG widerspricht, liegt das Problem nicht bei der Nicht-Einigung der Tarifpartner. Wenn Art. 43, Abs. 5bis zur Umsetzung politischer Forderungen eingesetzt wird, ist ein erster Schritt hin zur Verstaatlichung des Tarifsystems zu erkennen. Bei einer solchen Entwicklung fürchten wir insbesondere negative Auswirkungen auf die Innovationen bei medizinischen Diagnose- und Therapiemethoden.	FASMED
Die fmCh/SGGG lehnt den vorliegenden Verordnungsentwurf ab. Die rechtlichen Voraussetzungen für die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates sind nicht erfüllt: • Der Bundesrat ist nicht in der Lage, die fehlende Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur nachzuweisen. • Es liegt keine Uneinigkeit der Tarifpartner im Sinn von Art. 43 Abs. 5bis KVG vor. Der geplante Tarifeingriff ist rechtswidrig: • Die Zuschlagsposition ist nicht sachgerecht. • Die lineare Kürzung von 9,0 Prozent der Taxpunkte von technischen Leistungen (TL) ist nicht sachgerecht. • Die Auswahl der zu kürzenden technischen Leistungen ist willkürlich und nicht sachgerecht. • Die Ungleichbehandlung von Hausarztpraxen und Spitälern ist nicht sachgerecht. Die Ziele des Bundesrates lassen sich mit dem geplanten Eingriff nicht zweckmässig erreichen. Der geplante Tarifeingriff hat gravierende Nachteile für Versicherte und Patienten. Der geplante Tarifeingriff gefährdet die Tarifautonomie und die Qualität anderer Tarifstrukturen.	fmCh / SGGG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der vorliegende Verordnungsentwurf bringt eine negative diskriminierende Haltung gegenüber den Spezialärzten zum Ausdruck Der Bundesrat hat die aktuell gültige Version 1.08 (…) am 15. Juni 2012 genehmigt. Damit hat er auch festgestellt, dass die Tarifstruktur sachgerecht ist und den Anforderungen des KVG entspricht. Wenn der Bundesrat heute anderer Auffassung ist, so muss er darlegen, aufgrund welcher neuen Erkenntnisse er zu diesem Schluss gelangt. Alternativ kann er feststellen, dass sein Entscheid vom 15. Juni 2012 fehlerhaft war, weil die Tarifstruktur schon damals nicht sachgerecht war. Doch auch in diesem Fall muss er darlegen, aufgrund welcher Erkenntnisse er den damaligen Entscheid rückblickend als fehlerhaft beurteilt. Im Kommentar zur Verordnung präsentiert der Bundesrat jedoch keine Erkenntnisse, sondern stellt lediglich Vermutungen an. Eine Uneinigkeit der Tarifpartner über ein Vorgehen, das von vorneherein nicht auf gesetzeskonforme Art durchgeführt werden kann [Umverteilung im Umfang von 200 Millionen Franken innerhalb der Tarifstruktur TARMED], darf aber mit einer Uneinigkeit im Sinn von Art. 43 Absatz 5bis KVG nicht gleichgesetzt werden. Bestimmend ist vielmehr die Tatsache, dass sich Artikel 43 Abs. 5bis KVG einzig und allein auf eine Revision der Tarifstruktur im Sinn des KVG bezieht. Eine solche eminent politische Absicht darf der Bundesrat selbstverständlich verfolgen. Doch kann er dazu die Tarifstruktur nicht heranziehen. Das KVG sieht jedoch die Möglichkeit von Übergangsmassnahmen, die rechtswidrige Anpassungen der Tarifstruktur tolerieren würden, nicht vor. Es [Ziel der Umverteilung von 200 Mio] entspricht einer Budgetvorgabe, die letztlich nur mit einer Begrenzung des Leistungsvolumens eingehalten werden kann. Eine solche Begrenzung ist aber nicht vorgesehen. Es muss deshalb damit gerechnet werden, dass die Budgetvorgabe nicht eingehalten werden wird und die Hausärzte mehr als 200 Millionen Franken zusätzliches Einkommen generieren werden. In diesem Fall müsste in einem zweiten Schritt eine Korrektur am Preis, das heisst am Taxpunktwert vorgenommen werden. (…) Die Entstehung eines regulatorischen Teufelskreises ist somit programmiert. Wohl zählen die Hausärzte nicht zu den Spitzenverdienern. Ihr Einkommen befindet sich aber auf dem gleichen Niveau wie die grosse Mehrheit der Spezialärzte.[Berufung auf Künzi 2012, Statistik zum AHV-pflichtigen Einkommen der Ärzte]. Es besteht auf jeden Fall kein Grund anzunehmen, dass gewisse Spezialisten in der OKP aus dem Tarmed so überhöhte Erträge erwirtschaften, dass ein Verstoss gegen das Billigkeitsgebot (Art. 46 Abs. 6 KVG) als gesichert angesehen werden darf. Ausserdem zeigt der Ländervergleich, dass Spezialisten in allen Ländern mehr verdienen. Laut Erhebungen des Bundesamtes für Gesundheit [BR-Bericht zur Lage der Grundversorgung vom 26.10.2010. S. 25 ff., S. 30 ff] lag das schweizerische Durchschnittseinkommen der Grundversorger und der Spezialisten im Jahre 2004 gemäss einer OECD-Studie im Mittelfeld. Somit stellt sich die nicht unerhebliche Frage, inwiefern ein kausaler Zusammenhang zwischen Einkommen und Nachwuchsmangel in der Hausarztmedizin überhaupt hergestellt werden kann. [Es] sollte sich der Bundesrat konsequenterweise Sorgen über einen allfälligen Nachwuchsmangel in den spezialärztlichen Disziplinen machen. Es stellt sich deshalb die Frage, warum nicht in erster Dringlichkeit das Einkommen der Psychiater an dasjenige der anderen Fachgruppen angeglichen werden soll. Weiter muss festgehalten werden, dass die zum Teil grossen Unterschiede zwischen Einkommen der Hausärzte und Einkommen einiger Spezialärzte nicht aus (…) der OKP sondern aus dem VVG zustande kommen. Dies hat der Bundesrat in seiner Antwort auf die Frage von Nationalrat Mörgeli vom 9. Dezember 2013 implizit zugegeben [keine Existenzgefährdung, da nur OKP-Einnahme gekürzt wird]. Die Annahme, mit einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen würden die Grundversorger spezifisch besser gestellt, ist irrig. Ärztliche Leistungen, die ohne intellektuelle Leistung erbracht werden können, gibt es nicht. Eine Aufwertung der Grundversorger müsste vielmehr dadurch erreicht werden, dass die Spezifität der hausärztlichen Leistungen in der Tarifstruktur korrekt abgebildet wird. (…) nicht Hausärzte als Berufsgruppe, sondern hausärztliche Leistungen sollten gefördert werden. Beim Konsultationszuschlag handelt es sich weder um einen Zeit- noch	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
um einen Leistungs-, sondern um einen reinen Volumentarif. Es wird also weder Zeit noch Leistung, sondern bloss die Anzahl Patienten vergütet. Da sich die Versicherten an den Kosten für ärztliche Leistungen mit der sogenannten Franchise sowie einem zusätzlichen Selbstbehalt von 10 Prozent beteiligen müssen, ist offensichtlich, dass die Versicherten die Hauptlast der vom Bundesrat gewollten Besserstellung der Hausärzte tragen müssen. Dagegen werden die Versicherungen durch die Kürzungen der spezialärztlichen Leistungen sofort entlastet. Dadurch würde aber die tarifliche Besserstellung der Hausärzte sicher zu einem grossen Teil zunichte gemacht. Es ist anzunehmen, dass das Image der Hausärzte, die sich gerne als Garanten einer kostengünstigen Versorgung anpreisen, darunter leiden wird. Die Praxispauschale könnte sich durchaus als Anreiz erweisen, den Hausarzt im Zweifelsfall *nicht* zu konsultieren. Es ist anzunehmen, dass spezialärztliche Leistungen, die aufgrund der tariflichen Kürzung ambulant nicht mehr kostendeckend erbracht werden können, entweder stationär oder gar nicht mehr durchgeführt werden. (…) und die Qualität der Versorgung empfindlich herabsetzen. Die Rückverlagerung von bisher ambulant erbrachten Leistungen in den stationären Sektor wird die Gesamtkosten der medizinischen Versorgung ansteigen lassen. Der Anreiz der Tarifpartner, sich auf gemeinsame Lösungen zu einigen, fällt weg, wenn sich der Bundesrat zur Gewohnheit macht, politische motivierte Massnahmen an den Tarifpartnern vorbei und mit dem – falschen – Instrument der Tarifrevision durchzusetzen. Der geplante Eingriff in die Tarifstruktur des OKP-Tarifs Tarmed könnte politisch motivierte und nicht sachgerechte Eingriffe in die Struktur anderer OKP-Tarife herangezogen werden. Aufgrund des Kommentars zum Verordnungsentwurf, aufgrund der Antworten, die der Bundesrat im Rahmen der Fragestunde des Parlaments gegeben hat, und aufgrund der Tatsache, dass die fmCh/SGGG nicht auf der Liste der Anhörungsadressaten steht und dass ihre Forderung nach einer Fristverlängerung nicht beantwortet wurde, entsteht der Eindruck, dass der Bundesrat die Bedeutung der spezialärztlichen Leistungen bei der Versorgung der Bevölkerung nicht in ihrem vollen Ausmass erkannt haben könnte. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der SGGG (gynécologie suisse) ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der fmCh. Zusätzlich eingebrachte Beispiele und Ausführungen der SGGG siehe unter Verfasser/Auteurs/Autori „SGGG“.*	
Es ist betrüblich, dass der Bundesrat nicht abgewartet hat, bis diese Arbeit *[grundlegende Revision des Tarifs von Seiten FMH, H+, ZMT]* abgeschlossen ist und eine vorübergehende Zusatzfinanzierung ins Auge gefasst hat, wie dies die FMH vorgeschlagen hat. Es ist absolut unabdingbar, dass es sich hier nur um eine Übergangslösung handelt. Wenn nicht, wäre das der Anfang vom Ende des TARMED.	FMPP
Der Berufsverband der praktizierenden Kinderärzte der Schweiz unterstützt die Stellungnahme von *Hausärzte Schweiz* ohne Vorbehalte. Wir begrüssen das Bestreben des Bundesrates, die ärztliche Grundversorgung als wichtigstem Pfeiler im Schweizerischen Gesundheitswesen zu erhalten und zu fördern. Nachdem es den Tarifpartnern seit Jahren nicht gelungen ist, die allgemein erwünschte und zugesicherte Besserstellung der Haus- und Kinderärzte durchzusetzen, begrüssen wir den Tarifeingriff des Bundesrates. Der Tarifeingriff soll solange gelten, bis ein neuer Tarif in Kraft tritt, der den Anliegen der Haus- und Kinderärzten Rechnung trägt. Die Tarifautonomie soll grundsätzlich erhalten bleiben.	Kinderärzte Schweiz
Mit grossem Interesse haben wir von der entsprechenden Stellungnahme der fmCh Kenntnis genommen. Es ist unserer Fachgesellschaft ein grosses Anliegen, Ihnen mit diesem Schreiben unsere ausdrückliche Unterstützung der in dieser Stellungnahme geäusserten Meinung mitzuteilen.	SGORL
Nach sorgfältiger Prüfung des Verordnungsentwurfs und der zur Verfügung stehenden Unterlagen lehnen die Schweizerischen Gesellschaften für Angiologie (SGA) und für Kardiologie (SGK) die Verordnung ab und fordern den Bundesrat auf, den Entwurf in der aktuellen Form zurückzuziehen. Der geplante Eingriff dient offensichtlich weniger der Verbesserung des TARMED Tarifes sondern dem Kauf des Verzichtes der Hausärzte auf ihre Hausarztinitiative, womit	SGA / SGK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zu politischen und nicht sachgerechten Zwecken missbraucht wird. Der vorgeschlagene Eingriff im TARMED gefährdet die Tarifautonomie und die künftige sachgerechte Revision des Tarifes. Einzig eine sorgfältige Revision der Tarifstruktur und der Kostenmodelle wird bestehende Fehler und Verzerrungen im aktuellen Tarif auf nachhaltige Art korrigieren können. Dass der Bundesrat diese Arbeit [von FMH, H+ und MTK] ignoriert, und unabhängig davon und gemäss eigenen Aussagen ohne über entsprechende Daten zu verfügen, willkürliche Korrekturen und Umverteilung in den Tarif einbringt, ist befremdend. Der Bundesrat hat am 15. Juni 2012 die aktuelle Version 1.08 des TARMED genehmigt und somit festgestellt, dass der Tarif sachgerecht ist und den Bestimmungen des KVG entspricht. Indem er jetzt linear und unabhängig von objektiven Tatsachen gewisse technische Leistungen um 9% kürzt, verletzt der Bundesrat das gesetzlich verankerte Prinzip der Sachgerechtigkeit. Der Eingriff ist nach der Meinung der SGA und der SGK wegen der bevorstehenden Abstimmung zum Inhalt des Masterplans verfrüht und verstösst gegen das KVG weil nicht sachgerecht, zudem ist er ungerecht indem er eine Diskriminierung der betroffenen Spezialisten in das Tarifwerk einführt. Die willkürliche Umverteilung von 200 Millionen Franken entspricht keiner Vorgabe des KVG.	
Il est incontestable que les médecins de premiers recours ont droit à voir leur activité mieux valorisée. L'idée d'une revalorisation financière immédiate de la consultation de base pour les médecins de premiers recours est donc louable. Le moyen utilisé pour contre-financer cette mesure est par contre inacceptable et met certainement mal à l'aise les médecins de premiers recours eux-mêmes. A notre avis la décision d'accorder 200 millions supplémentaires à la médecine de premier recours a été prise à la hâte et pour de purs motifs de tactique politique. Un projet de révision globale du Tarmed est en cours. Il serait beaucoup plus sage d'attendre l'aboutissement de ce processus en 2015 pour trouver les solutions propres à permettre la réévaluation voulue de la médecine de premier recours. Le Conseil Fédéral devrait à notre avis retarder l'entrée en vigueur de cette mesure et la subordonner au processus complet de révision du Tarmed (Tarvision) qui est en cours.	SGAI
Die SGAM schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Hausärzte Schweiz an.	SGAM
Die Hausarztmedizin in der Schweiz soll unterstützt und gefördert werden. Dieses Anliegen ist bei den Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie und ihrer Schwerpunktgesellschaften unbestritten. Dies entbehrt jeglicher Grundlage, denn die Überalterung der Hausärztinnen und Hausärzte, Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen Gebieten, Mangel an Nachwuchs aufgrund fehlender Studienplätze für Medizinstudenten, zunehmende Teilzeitarbeit von vielen Ärztinnen und Ärzten sind Probleme die in keiner Weise mit dem Einkommen in Verbindung stehen. In der sehr schon ausgearbeiteten Stellungnahme der fmCh (…) wird ebenfalls aufgezeigt, dass die Einkommen der Grundversorger ähnlich hoch sind wie die vieler Spezialisten. Zudem werden die höheren Einkommen einiger Spezialisten werden nicht im Rahmen des KVG, sondern des UVG erzielt und werden demnach von dieser Revision in keiner Weise tangiert. Mit dieser banalen, linearen Kürzung (…) wird (…) auch die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems beeinflusst, wie zum Beispiel die Verlagerung von ambulanten Leistungen zurück in den stationären Bereich.	SGC
Si nous soutenons la volonté d'améliorer la situation des médecins de famille, en revanche nous contestons la manière de compenser cette augmentation, que nous trouvons injuste à plus d'un titre. (…) est-il bien juste d'envisager d'augmenter aussi les revenus des médecins praticiens ayant une formation de trois ans, sur le dos de médecins spécialistes ayant souvent dix ans de formation? Nous nous étonnons aussi que la version 1.08 du Tarmed qui a été acceptée par le Conseil Fédéral le 15.06.2012 et considérée comme appropriée soit soudainement déclarée inadéquate, sans qu'aucun nouvel élément ne soit apparu. Nous constatons aussi que ces mesures toucheront particulièrement les femmes. Nous sommes stupéfaits de la mesure annoncée, que nous estimons particulièrement	SGDV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
injuste, inadaptée, inadéquate et difficilement applicable pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus. De plus elle laisse percevoir un certain degré de mépris à l'égard des spécialistes, de leurs collaborateurs/-trices et de leur travail. Nous avons également été sensibles au fait que les actes intellectuels semblent réservés aux médecins de famille, comme si les spécialistes pouvaient travailler sans réflexion sur leur activité…	
Unsere Fachgesellschaft unterstützt die Bemühungen einer Besserstellung der Grundversorger. Jedoch erscheinen uns die vom BR vorgeschlagenen Massnahmen nicht geeignet und nicht sachgerecht, um dieses Ziel zu erreichen. Wir möchten darauf hinweisen, dass das ärztliche Einkommen schon seit Jahren de facto sinkt. Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass die Kosten im Gesundheitswesen vor allem aufgrund der Demographie der Bevölkerung (Alterung, Wachstum der Bevölkerung) und des technischen Fortschritts der Medizin stetig wachsen, kann nicht von einer Kostenneutralität ausgegangen werden. Jegliche Umverteilung, auch im Sinne einer Gegenfinanzierung, ist in diesem Kontext de facto ein Einkommensverlusts der Ärzteschaft und anderer medizinischer Berufe, welche ebenfalls über die TARMED-Positionen abgegolten werden (z.B. Pflegefachfrauen in einer Tagesklinik etc.). Die SGED lehnt aus diesem Grunde den Ansatz einer Gegenfinanzierung ab. Uns scheint zudem, dass die Voraussetzungen für die Anwendung der subsidiären Kompetenz des BR nach KVG, 4. Abschnitt, Art. 43, nicht gegeben ist, da die Tarifpartner sich vor kurzem auf eine neue Struktur zur Anpassung des Tarifs einigen konnten.	SGED
Das Tarmed-Regelwerk basiert auf vielen Variablen (AL, TL, Raum, Dignität etc.) die als gesamte Mechanik Sinn machen. Ein Eingriff nur bei einer Variablen, nämlich der technischen Leistung bei bestimmten Kapiteln, wird unvorhersehbare, nicht korrigierbare Folgen haben. Warum die betriebswirtschaftlichen Argumente der technischen Leistung nicht für alle Leistungserbringer gelten sollen, ist nicht nachvollziehbar. Zudem ist der Eingriff eindeutig rein politisch motiviert als Reaktion der Diskussion um die Hausarztmedizin. Die Berechnungsdaten stammen aus den 90er Jahren und der Tarif, insbesondere die TL müsste nach oben korrigiert statt gekürzt werden. Da der Eingriff „nur" bis Ende 2015 gelten soll, ist er dem System und auch den Hausärzten nicht dienlich, sondern verunmöglicht letztendlich nur eine konstruktive Revision und konsumiert Ressourcen, die für die Revision dringlich nötig wären. Von einer Nichteinigung der Tarifpartner kann aus unserer Sicht nicht die Rede sein. (…) ist die Mehrheit (FMH, H+, MTK und curafutura) der Tarifpartner zur Zeit auf verlässlichem Kurs, sodass der Eingriff nicht nötig ist. Zusammengefasst raten wir von diesem partiellen Tarifeingriff ab, da er nicht den WZW-Kriterien und KVG Art 43 Abs 4 und 6 entsprechen wird.	SGGSSG
Der vorliegende Verordnungsentwurf bringt eine negative diskriminierende Haltung gegenüber den Spezialärzten, insbesondere den Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe, zum Ausdruck. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen sich als Grundversorger für frauenspezifische Anliegen. Für viele Patientinnen ist der Frauenarzt / die Frauenärztin oft der einzige Arzt (Ärztin), den sie während des Jahres sieht. Viele unserer Kollegen und Kolleginnen arbeiten zunehmend nur in der Praxis, ohne Belegarzttätigkeit, weshalb diese Gruppe durch den geplanten Tarifeingriff besonders getroffen wird, weil sie ihr Einkommen nur aus TARMED Leistungen erbringen können.	SGGG
Die SGH bekennt sich ohne Einschränkung zum Grundsatz, dass die Menschen in der Schweiz auch in Zukunft überall Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität haben sollen. Für die SGH ist es völlig klar, dass dies unter anderem auch durch eine finanzielle Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der anderen Grundversorger zu erfolgen hat. Aus diesen Gründen fordert die SGH einen Rückzug dieser Verordnung und die Einführung eines sachgerechten, betriebswirtschaftlich bemessenen Tarifs im Sinne der Tarvision und auch im Sinne der Charta zu Tarvision.	SGH
Mit grossem Interesse haben wir die Stellungnahme der fmCh zum Verordnungsentwurf über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zur Kenntnis genommen. Es ist unserer Fachgesellschaft für Intensivmedizin ein großes Anliegen, Ihnen mit diesem Schreiben unsere ausdrückliche Unterstützung der fmCh Initiative	SGI

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
auszusprechen.	
Die SGIM unterstützt die Anliegen und die Stellungnahme von Hausärzte Schweiz (…) vollumfänglich. Als Fachgesellschaft, die nicht nur Hausärzte sondern auch Spitalinternisten umfasst, bitten wir Sie aber gleichzeitig, die Abgeltung der «hausärztlichen» Leistungen der Spitäler in den nächsten Tarifverhandlungen und Tarifrevisionen TARMED verstärkt zu berücksichtigen, um auch den grossen Einsatz der Spitäler für die Sicherstellung der Grundversorgung entsprechend zu würdigen, insbesondere in den Polikliniken.	SGIM
Die Quersubventionierung einer Ärztegruppe durch eine Tarifsenkung bei einer anderen Ärztegruppe, ohne eine betriebswirtschaftliche Rechtfertigung der Tarifsenkung, kann nicht als Gleichbehandlung und betriebswirtschaftlich bezeichnet werden. Sie widerstrebt dem Gebot der Billigkeit, wie dies in den Unterlagen zur geplanten Verordnung vom Bundesrat definiert ist. Der grösste Teil der kinderchirurgischen Leistungen wird ambulant erbracht. Die von der Verordnung betroffenen Tarmedkapitel machen je nach Institution gegen 80% der durchgeführten Eingriffe aus. Die in der Verordnung aufgeführten Anpassungen betreffen deshalb einen elementaren Anteil der kinderchirurgischen Leistungen in der Schweiz. Es ist unbestritten, dass der Aufwand bei der Behandlung von Kindern relevant grösser ist im Vergleich zu Erwachsenen. Der Mehraufwand beträgt ca. 30 % (vergl. Schweizerische Ärztezeitung vom Januar 2014, 2014;95: ½; 15-18). Dieser vermehrte Aufwand wird durch den Tarmed auf dem Gebiet der Kinderchirurgie jedoch in keiner Wiese abgebildet. Eine weitere Absenkung des Tarifs um 9% ist deshalb absolut unverantwortbar. Es darf davon ausgegangen werden, dass analog der Allgemeinmedizin/Chirurgie das Einkommen der Kinderchirurgie gleich ist wie das der Kindermedizin. Es mutet deshalb schon fast zynisch an, wenn nun in der aktuellen Verordnung eine Besserstellung der Allgemeinmedizin auf Kosten der deutlich schlechter gestellten Kinderchirurgie vorgesehen ist. Zusammenfassend lehnt die Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie aus diesen Gründen den Eingriff des Bundesrates in Ausübung seiner subsidiären Tariffestsetzungskompetenz entschieden ab und erwartet, dass der Bundesrat aufgrund der dargelegten Argumente auf die geplante Tarifsenkung verzichtet und die betriebswirtschaftliche Überarbeitung des Projektes Tarvision abwartet.	SGKC
Unter unseren Mitgliedern, die sich grösstenteils aus Neurologen und Neuropädiatern rekrutieren, herrscht grosse Beunruhigung bzgl. der geplanten Querfinanzierung der Hausarztmedizin. Auch wenn wir nicht angeschrieben wurden bzgl. einer Stellungnahme, möchten wir dringend darum bitten, auf Leistungsabbildung und Lohngerechtigkeit zu achten. Das Erlernen der einzelnen, abrechenbaren Module (d.h. EEG, ENMG oder Ultraschall-Doppler der zerebralen Gefässe) erfordert eine 9-12 monatige Ausbildung einer 100% Tätigkeit – für jedes Modul separat. Die einzelne Untersuchung kann nicht automatisiert werden und bedarf technischen Geschicks. Trotz dieser Verantwortung und einer gründlichen Ausbildung ist die aktuelle Entlohnung relativ bescheiden. Eine weitere Absenkung würde zu einer Verminderung des AHV-pflichtigen Einkommens führen, wobei zu bemerken ist, dass die Neurologen, wie die Pädiater, sich schon jetzt eher am unteren Ende der Rangliste (Quelle FMH 2007) bzw. unterhalb des Durchschnitts befinden. Wir bitten daher dringendst, den bisherigen Tarif beizubehalten oder sogar eine Erhöhung zu diskutieren.	SGKN
Die SGNM widerspricht, dass diese rechtlichen Voraussetzungen für die Anpassung der Tarifstruktur erfüllt sind. Der Bundesrat hat die aktuell gültige Version 1.08 der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED am 15. Juni 2012 genehmigt. Damit wurde festgestellt, dass die Tarifstruktur den Anforderungen des KVG entspricht und sachgerecht ist. Der Kommentar des Verordnungsentwurfs belegt nicht, dass dieser Punkt nicht mehr erfüllt ist. Der geplante Eingriff in die Tarifstruktur dient nicht dazu, Sachgerechtigkeit wiederherzustellen. Er entspricht einer Quersubventionierung einer Ärztegruppe durch eine Tarifsenkung bei einer anderen Ärztegruppe ohne betriebswirtschaftliche Rechtfertigung.	SGNM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Auch die Auswahl der TARMED-Kapitel, deren Leistung gekürzt werden soll, ist nicht sachgerecht. Die geplanten Anpassungen sind daher rechtswidrig. Die Nuklearmedizin lehnt daher den geplanten Tarifeingriff ab.	
Es ist unserer Gesellschaft ein grosses Anliegen, Ihnen mit diesem Schreiben unsere ausdrückliche Unterstützung der in dieser Stellungnahme [Stellungnahme der fmCh] geäusserten Meinung mitzuteilen.	SGNR
(…) besitzt der Bundesrat (BR) keine Datengrundlagen, um die aktuellen und vergangenen Produktionskosten und damit auch die Erträge in der Pathologie zu beurteilen. Der geplante Eingriff hat einen negativen Einfluss auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Die zu prognostizierenden Mindereinnahmen der Institute für Pathologie (6-7% der Jahreseinnahmen) können nicht durch vermehrte Automatisierung aufgefangen werden. Die Mindervergütung von Leistungen des auf veralteten Modellinhalten beruhenden Kapitels 37 führt zu Lohneinbussen bei biomedizinischen Analytikerinnen und zu Investitionsaufschub. Wir müssen (…) davon ausgehen, dass die der Verordnung zugrunde liegenden Berechnungen nicht die effektiven Kosten der Leistungen, welche im Gesundheitssystem unter Kapitel 37 abgerechnet werden und von einem Pathologie-Institut refinanziert werden müssen, berücksichtigen. In der jetzt vorliegenden Verordnung werden Berufsgruppen klar selektiv benachteiligt, was der Politik einer Gleichbehandlung widerspricht. Zudem widerspricht die verordnete Massnahme auch dem Prinzip der Kostenneutralität, da es einerseits zu negativen Folgeverschiebungen im stationären Bereich, andererseits aber auch zu Mehrkosten i.R. der Umstellung der Massnahmen kommen wird. Auf der Basis von Art. 55 Abs. 1 KVG ist eine Senkung der TL in Kap 37 nicht rechtens (…).	SGPath (SGZ, SGMP, SGNP, SGDP)
Wir unterstützen die FMH in ihrem Bestreben eine sachgerechte finanzielle Bewertung der Leistungen aller Ärztinnen und Ärzte – Grundversorger wie Spezialisten – zu erreichen und willkürliche isolierte Tarifeingriffe zu unterlassen.	SGPMR
Eine Quersubventionierung einer Ärztegruppe durch eine Tarifsenkung bei andern Ärztegruppen ohne eine betriebswirtschaftliche Rechtfertigung der Tarifsenkungen, kann im besten Willen nicht als Gleichbehandlung und betriebswirtschaftlich bezeichnet werden. Der (…) Eingriff in die Tarifstruktur Tarmed hat Auswirkungen, welche sich nicht nur auf das KVG beschränken, sondern gleichermassen auch die Tarifstruktur des UVG, des MVG und des IVG betreffen. In diesen Gesetzen ist die subsidiäre Tariffestsetzung durch den Bundesrat nicht vorgesehen. (…) wurden alle Daten der eidgenössischen Sozialversicherer (UV/MV/IV) nicht berücksichtigt. Das umverteilte Kostenvolumen liegt folglich deutlich höher als die angepeilten 200 Millionen. Nicht berücksichtigt wurde zudem, dass die Versicherten mit einer hohen und nicht vollumfänglich genutzten Franchise, die neue Tarifposition zugunsten der Grundversorger aus eigener Tasche bezahlen. Dieser Betrag wird somit doppelt bezahlt *(Patienten, 14 Fachgesellschaften)*. Das umverteilte Kostenvolumen liegt folglich zu hoch. Die „Besserstellung" der Grundversorger durch eine Quersubventionierung kann nicht als Wechsel des Tarifmodells bezeichnet werden (KVV Art. 59 lit. c Abs. 1). Deshalb ist das Primat der Kostenneutralität bei der vom Bundesrat beschlossenen Massnahme zur Förderung der Hausarztmedizin nicht anwendbar.	SGR-SSR
Wir befürchten, dass sich diese Massnahme direkt negativ auf unsere Löhne auswirken wird. Lohneinbussen und aufgeschobene Investitionskosten werden unseren Beruf unattraktiv machen, dies wird den akuten Personalmangel bei den Histologie-BMA's weiter verschärfen. Schon jetzt muss ein grosser Teil des benötigten Fachpersonals im Ausland rekrutiert werden. Aus betriebswirtschaftlicher wie auch aus gesundheitspolitischer Sicht lehnt die Schweizerische Gesellschaft für Histologie-Technik die vorgeschlagenen Massnahmen ab.	SHT
Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das KVG eine sachgerechte Tarifstruktur verlangt, dementsprechend die geplante Umverteilung zugunsten der Hausärzte nicht KVG-konform ist [und dass] eine Besserstellung der Hausärzte seitens der SNG unterstützt wird, jedoch einzig auf Basis einer sachgerechten Gesamtrevision der Tarmed-Tarifstruktur.	SNG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die SNG befürchtet insbesondere, dass durch diese Massnahme ein Qualitätsverlust der erbrachten Leistungen resultiert (…) [und dass] langfristig der Nachwuchs an Spezialfachärzten der Neurologie gefährdet sein wird und damit die fachärztliche Grundversorgung der Bevölkerung. Mit Blick auf die bereits bestehenden erheblichen Nachwuchsprobleme für Spezialärzte der Neurologie in Deutschland ist die SNG aufgrund der Entwicklungen im schweizerischen Gesundheitswesen mit Einführung der SwissDRGs und dem nun geplanten staatlichen Eingriff in die Tarmed-Tarifstruktur im höchsten Masse beunruhigt im Hinblick auf die Sicherstellung des Nachwuchs an Neurologen in der Schweiz. [Die] zum Teil erheblichen Einkommensunterschiede zwischen Nicht-Fachärzten und Spezialisten [kommen] nicht im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung zu stande (…) Es macht somit keinen Sinn, diese Einkommensunterschiede innerhalb des Tarmed ausgleichen zu wollen.	
Art 43 Abs 5bis KVG, ermächtigt den Bundesrat zu „Anpassungen an der Tarifstruktur, wenn sie sich nicht mehr als sachgerecht erweist und sich die Parteien auch nicht auf eine Revision einigen können". Beide Voraussetzungen sind heute nicht gegeben: Erstens sind die Parteien mit dem Projekt Tarvision beschäftigt. Vor allem seit dem Auftreten eines weiteren Versicherungspartners (Cura Futura) wurden rasche Fortschritte erzielt. Es sind bereits einzelne Tarifkapitel grundlegend überarbeitet worden. Somit fehlt es an der ersten Voraussetzung, welche den Bundesrat zum Eingriff überhaupt ermächtigt hatte: der Voraussetzung der mangelnden Einigung. Zweitens sodann wäre ein Eingriff des Bundesrates erst dann zulässig, wenn sich die gegenwärtige Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweisen sollte. Den geltenden Tarmed 1.08 hat der Bundesrat genehmigt. Somit ist der Tarif bereits als sachgerecht qualifiziert. Mit dem geplanten Eingriff setzt sich der Bundesrat somit mit seinem eigenen Entscheid in Widerspruch.	SOG
Die SSI begrüsst Bemühungen um eine grundsätzlich stärkere Gewichtung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen in der Tarifstruktur TARMED. Der Eingriff des Bundesrates zur Besserstellung der Grundversorgenden verzerrt allerdings die TARMED Tarifstruktur und kann deshalb nur eine Übergangslösung bis zur geplanten TARMED Gesamtrevision im Jahre 2015 sein.	SSI
Sie [die SSP] hat sich stets für eine tarifpartnerschaftliche Lösung für ein gerechteres Einkommen der Kinderärzte eingesetzt. Da diese trotz intensiven Bemühungen nicht zustande gekommen ist, begrüssen wir die Initiative des Bundesrates (…) [und] schliessen (…) uns daher der von den Haus- und Kinderärzten Schweiz am 14.01.2014 eingereichten Stellungnahme vollumfänglich an.	SSP SGP
swiss orthopaedics hat grosses Verständnis, wenn den Hausärztinnen und Hausärzten der Schweiz für die erbrachten Leistungen eine gerechte Entlöhnung garantiert wird, bedauert aber, dass mittels eines hilflos anmutenden Entscheides ein juristisch mindestens fragwürdiger und in seiner Auswirkung ebenso kritisch zu beurteilender Eingriff in das Tarifkonstrukt Tarmed gemacht wird. Der Verordnungsentwurf basiert weder auf einer nachgewiesenen fehlenden Sachgerechtigkeit der bestehenden Struktur, noch ist das gewählte Vorgehen im Sinne einer Zuschlagsposition sachgerecht. Von Seiten von swiss orthopaedics können wir Ihnen versichern, dass wir uns engagiert und konstruktiv in eine Revision des Tarmed einbringen werden, da auch unsere Mitglieder einen erheblichen Teil ihres Einkommens aus der Sprechstundentätigkeit erwirtschaften, oder um es mit Ihren Worten zu sagen: aus „intellektuellen Leistungen". Den rechtlichen Grundsatz, dass gleiche Leistungen gleich honoriert werden, egal von wem und wo sie erbracht worden sind, werden wir vehement verteidigen. Sehr störend empfindet swiss orthopaedics auch, dass der Bundesrat weder die Räte noch die Bevölkerung über die zu erwartenden Auswirkungen seines Entscheides informiert. Jede wirtschaftlich mitdenkende Patientin, jeder kalkulierende Patient wird seine Hüftschmerzen bei der Durchsetzung Ihrer Verordnung nicht beim Hausarzt sondern beim Spezialisten abklären lassen, denn so belastet dies seine Franchise und seinen Selbstbehalt um 11 Taxpunkte und 9% an Technischer Leistung weniger als beim Besuch seines Hausarztes. Swiss orthopaedics lehnt aus den oben angeführten Gründen den Verordnungsentwurf ab und setzt klar auf eine Revision der Tarifstruktur Tarmed.	Swiss orthopaedics

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte der Schweiz (VKJC) unterstützt explizit die Stellungsnahmen der FMH und der FMPP.	VKJC
Kantonale Fachgesellschaften, Weitere	
[Der Vorstand nimmt in Form einer Metapher zum Nüssesammeln Stellung.]	AABB
Die Hausärzte Schweiz haben diese Strukturkrise erkannt und versucht, mit einer Volksinitiative Gegensteuer zu geben. Mit dem Rückzug der Initiative haben die Initianten den Weg frei gemacht für eine grundsätzliche Neuordnung. Der Bundesrat trägt deshalb eine grosse Verantwortung: 1. Die berechtigten Forderungen der ärztlichen Grundversorger sind kurzfristig und ohne Abstriche zu erfüllen. 2. Der Eingriff muss im Einklang mit geltendem Recht (KVG) erfolgen. 3. Die sozial-, gesellschafts- und strukturpolitischen Folgen eines kurzfristigen Eingriffs sind sorgfältig abzuwägen. Der Eingriff hebelt die vom KVG für die Tarifierung verlangte systematische Prüfung von Wissenschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung teilweise aus. Dies und die Forderung nach Gegenfinanzierung unter dem zweifelhaften Prinzip der Kostenneutralität verleihen dem Eingriff den Charakter von Notrecht. Der Mehraufwand von CHF 200 Mio. für die ambulante ärztliche Grundversorgung entspricht einer absoluten Notwendigkeit. Die Mittel dazu sind kurzfristig aufzubringen.	Ärzte AG
Die Argomed Ärzte AG unterstützt den Entwurf der Verordnung über die Anpassung der Tarifstrukturen in der Krankenversicherung und wünscht den raschen Erlass dieser Verordnung.	ARGOMED
Die Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen unterstützt die dringende Besserstellung der Hausarztmedizin vollumfänglich. Die versprochene Besserstellung der Hausarztmedizin im Umfang von 200 Millionen Franken ist umgehend zu realisieren. Für die Besserstellung der Hausarztmedizin muss bei den Taxpunktwertverhandlungen im Rahmen der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) zwischen der KKA und ihren Tarifpartnern zwingend eine Ausnahmeregelung resultieren – gerade in unserem Kanton mit einem hohen Anteil von Grundversorgung darf es diesbezüglich nicht zu einer nachteiligenTaxpunktwert-Beeinflussung kommen. Der vorgesehene Tarifeingriff hält auch aus unserer Sicht die gesetzlichen Vorgaben bezüglich Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht ein. Zu den entsprechenden Details verweise ich auf die ausführlichen Stellungnahmen der FMH und der KKA. Der Staat sollte prioritär neue Versorgungsformen fördern, Anreizsysteme schaffen und die Tarifautonomie der Vertragspartner nicht untergraben. Dabei gilt es ein sektorielles Kostendenken zu vermeiden und eine volkswirtschaftliche Gesamtkostenoptik zu verfolgen. Das Ziel der sachgerechten Abbildung der Hausarztmedizin in der laufenden Gesamtrevsion TARMED ist weiter zu verfolgen.	Ärzte SG
Vorausschicken möchten wir, dass wir die Absicht des Bundesrates begrüssen, die ärztliche Grundversorgung besser zu stellen. Wir haben jedoch zur Verordnung des Bundesrates sowohl grundsätzliche Einwände, als auch Bedenken bezüglich des bundesrätlichen Eingriffs in die Tarifstruktur TARMED. Der bundesrätliche Tarifeingriff ist nicht sachgerecht und betriebswirtschaftlich nicht nachvollziehbar. Solche Tarifeingriffe können höchstens als Notlösung für eine kurze und begrenzte Zeit akzeptiert werden. Aus unserer Sicht ist eine kostenneutrale Besserstellung der Grundversorger nicht möglich, ohne neue Berufsgruppen willkürlich zu benachteiligen. Die undifferenzierte Kürzung von einzelnen TL-Leistungen mit dem Argument, die „Apparatemedizin" habe sich in den letzten Jahren überdurchschnittlich verteuert, ist nicht haltbar. Ein grosser Anteil dieser Kosten entfällt auf Positionen, welche Ärztinnen und Ärzte nicht beeinflussen können (…) Die Zuschlagsposition 00.0015 wird teilweise direkt durch die Patienten finanziert, da bei gesunden Patienten die Arztkosten pro Jahr häufig unter der gewählten Franchisegrenze liegen. Die Zeit von weniger als neun – geschweige denn sechs – Monaten bis zur Einführung der geplanten Regelung ist wegen der zu erwartenden Einkommensverluste zu kurzfristig. Unternehmerisch kann sich eine Praxis oder ein Spital auf diese Veränderung so	Ärzte TG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
kurzfristig kaum einstellen. Die geplante Verordnung ist unfair, unausgewogen und erhöht die kantonalen Einkommensunterschiede, statt diese anzugleichen. Die Ärztegesellschaft Thurgau lehnt die Verordnung in der vorliegenden Version deshalb ab.	
Die Aargauer Hausärzte begrüssen die Initiative des Bundesrates. Auch (…) [sie] sind der Meinung, dass der Tarifeingriff, analog Schreiben von ***Hausärzte Schweiz*** vom 17. Januar 2014, zeitlich befristet sein soll. Endziel muss eine rasche Gesamtrevision des Tarmed sein. Die Aargauer Hausärzte distanzieren sich klar und vehement von der schriftlichen Stellungnahme des Aargauischen Ärzteverbands.	ArgoDoc
Als Gruppierung von hausärztlichen Gruppenpraxen bedauern wir, dass sich die Tarifpartner nicht am Verhandlungstisch finden konnten. Grundsätzlich begrüssen wir die Aufwertung der Hausarztmedizin durch die Massnahmen des Bundesrates und erklären uns mit den Massnahmen zur Umsetzung einverstanden.	Ärztezentren Deutschschweiz
Grundsätzlich begrüssen wir die finanzielle Unterstützung der Hausarztmedizin. Dass diese aber kostenneutral zulasten der Spezialisten gehen soll, ist weder aus rechtlicher noch aus wirtschaftlicher Perspektive akzeptabel. In Ihrer Begründung für den Eingriff geben Sie, Herr Bundesrat, an, dass Sie aufgrund der Datenlage keine einzelnen Leistungsziffern beurteilen können. Das heisst, dass Sie die Sachgerechtigkeit der aktuellen Tarifstruktur nicht beurteilen können. Damit ist Ihr geplanter Eingriff gesetzeswidrig. Das Schweizer Gesundheitswesen auf höchstem technischem und ethischem Niveau unter der Voraussetzung der Kostenneutralität erhalten zu wollen, ist die Quadratur des Kreises.	AGSZ
Der Verordnungsentwurf zur Gegenfinanzierung setzt diesen historischen Fehler der Kostenneutralität fort und nimmt damit in Kauf, dass genau das Gegenteil erreicht wird, als mit Art. 43 Abs. 5bis KVG bezweckt wird. Die Verordnung repariert nämlich nicht einen nicht mehr sachgerechten Zustand der Tarifstruktur sondern verstärkt diesen Zustand sogar noch: durch eine willkürliche Reduktion von Tarifpositionen, die in erster Linie zu Lasten von Spezialärzten erfolgt und dazu führt, dass ein medizinisch-technischer Fortschritt nicht mehr sachgerecht im Tarif abgebildet werden kann. Aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte ist dieser unbefriedigende Eingriff als zeitlich befristete Lösung akzeptabel. Aus Sicht der betroffenen Spezialärzte muss die Reduktion der im Verordnungsentwurf angeführten „Technischen Leistungen“ aber abgelehnt werden. Sie stellt auch nach der Einschätzung der AGZ einen bundesrechtswidrigen, weil nicht sachgerechten, ordnungspolitischen Eingriff in die Tarifstruktur des TARMED dar. Die AGZ empfiehlt daher dringend, anstelle der Reduktion der „Technischen Leistungen“ bis zum Abschluss der Tarifrevision eine andere, zeitlich befristete Übergangslösung zur Finanzierung der benötigten CHF 200 Mio. zu wählen.	AGZ
En améliorant globalement de 200 millions la situation des médecins de premier recours, le Conseil fédéral fait un pas dans la bonne direction. Le principe de cette revalorisation est à saluer et à soutenir, même si celle-ci s’inscrit dans le court terme. La revalorisation de la médecine de premier recours ne doit absolument pas se faire dans la « neutralité des coûts », qui n’a strictement aucune base actuelle, ni aucune raison d’être prise comme principe sur ce sujet-là. Telle qu’elle est prévue dans l’ordonnance, l’intervention du Conseil fédéral est maladroite en ceci qu’elle a pour effet – voulu ? – de diviser les médecins. Cette intervention unilatérale ne peut qu’amener à des incohérences et des blocages. En résumé, l’AMG soutient pleinement la volonté de réévaluation des médecins de premier recours, mais elle ne peut accepter son financement linéaire et technocratique. Par sa proposition de financement inappropriée et contraire aux principes de l’économie d’entreprise, l’autorité fédérale risquerait de prendre une mesure qui ferait des assureurs les seuls gagnants, alors que les patients paieront davantage de leur poche et que les médecins, toutes spécialités confondues, seront loin d’une réelle revalorisation par rapport aux amputations et sacrifices acceptés depuis des années. C’est pourquoi l’AMG demande au Conseil fédéral de renoncer au financement projeté de la revalorisation provisoire de la médecine de famille et d’étudier rapidement un financement alternatif en pleine concertation avec la FMH.	AMG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zusammenfassend begrüsst die BEKAG die vorübergehende Schaffung von neuen Tarifpositionen zugunsten der Grundversorger (vgl. Anhang Ziff. 1), weil dieser Tarifeingriff angesichts der sich seit 2004 dramatisch verschlechternden Rahmenbedingungen und wegen dem damit verbundenen Ärztemangel im Bereich der Grundversorgung dringend ist und sich die Tarifpartner nicht rechtzeitig einigen konnten. Demgegenüber wird ein Eingriff in Tarifpositionen bei den technischen Leistungen (vgl. Anhang Ziff. 2) als Kompensation mangels gesetzlicher Grundlage und mangels Begründetheit abgelehnt. Auf keinen Fall darf aber auf die vorgesehene Massnahme gemäss Anhang Ziff. 1 verzichtet werden! Die BEKAG weist insbesondere darauf hin, dass es die Ärzteschaft wegen der fehlenden gesetzlichen Kompetenz des Bundesrates auch in Zukunft auf keinen Fall akzeptieren wird, dass der Bundesrat via Art. 46 Abs. 5bis KVG versucht, die Tarifautonomie der Tarifpartner zu untergraben und Tarif- sowie Einkommenspolitik zum Nachteil einzelner Ärztegruppen zu machen. Wir glauben im Gegensatz zu anderen Vernehmlassungsteilnehmern nicht, dass der Tarifeingriff nur vorübergehender Natur sein bzw. nur bis Ende 2015 gelten wird. Es ist zumindest wahrscheinlich, dass sich die Tarifpartner nicht so schnell über eine Gesamtrevision einigen werden. Die Tragweite der Intervention des Bundesrates weckt grösste Bedenken hinsichtlich der künftigen Tarifgestaltung. Gemäss Art. 46 Abs. 5bis KVG ist ein Eingriff in die Tarifstruktur als „ultima ratio“ zu verstehen. Denkbar sind demzufolge insbesondere längstens notwendige Anpassungen einzelner Tarifpositionen oder notwendige Verbesserungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer aus Versorgungsgründen, was vorliegend mit neuen Tarifpositionen erreicht werden kann. Antrag: Die vorgesehenen neuen Tarifpositionen gemäss Ziff. 1 des Anhangs des Verordnungsentwurfs seien so schnell als möglich in Kraft zu setzen und auf die Anpassungen gemäss Ziff. 2 des Anhangs sei ersatzlos zu verzichten. Eventualantrag: Falls unserem Hauptantrag wider Erwarten nicht entsprochen werden sollte, seien die Anpassungen gemäss Ziff. 1 und 2 des Anhangs wie vom Bundesrat vorgeschlagen umzusetzen, aber in der Verordnung bis zum 31. Dezember 2015 zu befristen. Keinesfalls würden wir also einen Verzicht auf Inkraftsetzung dieser Verordnungsänderung mit der Begründung akzeptieren, innerhalb der Ärzteschaft bestehe keine Einigkeit hinsichtlich Erreichung der vermeintlichen Zielsetzung der Kostenneutralität.	BEKAG
Der Bündner Ärzteverein begrüsst grundsätzlich jede Massnahme, welche die Besserstellung der Hausarztmedizin zum Ziel hat. Der Bündner Ärzteverein begrüsst die Initiative des Bundesrates, die jahrelangen Verhandlungsblockaden der Tarifpartner mit einem gezielten und befristeten Eingriff in den TARMED zu durchbrechen. Der Bündner Ärzteverein betrachtet die Verordnung als Anerkennung der Leistungen und der Bedeutung der Hausärzte für das Gesundheitswesen. Ohne auf einzelne Mängel in der Verordnung eingehen zu wollen, betrachtet der Bündner Ärzteverein diesen bundesrätlichen Eingriff als Schritt zu einer Gesamtrevision des TARMED-Tarifes.	Ärzte GR
Ein Eingriff in die Tarifstruktur durch den Bundesrat ist zum jetzigen Zeitpunkt prinzipiell abzulehnen. Es ist an den Tarifpartnern eine einvernehmliche Lösung auszuarbeiten, auch wenn es dafür einen neuen Anlauf benötigt.	BUG
In Kenntnis der Überlegungen der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) erlauben wir uns daher die nachfolgenden Analysen und Vorschläge einzubringen. Dabei ist im Sinne einer Vorbemerkung darauf hinzuweisen, dass das Tarifwesen in jüngster Vergangenheit in enger Zusammenarbeit zwischen KKA und GAeSO erfolgte, wonach sich die GAeSO in den nachfolgenden Ausführungen, denjenigen der KKA jeweils anschliesst.	GAeSO
Nous approuvons bien sûr le projet présenté avec notamment la création de la nouvelle position 00.0015 attribué aux médecins de famille, notamment les pédiatres dont je préside le groupement en Valais. Si nous voulons garantir à l’avenir une prise en charge adéquate des enfants dans le canton et en Suisse, par les médecins formés à la Pédiatrie, une revalorisation est nécessaire surtout dans un canton où la valeur point Tarmed reste nettement inférieur au reste de la Romandie.	GPV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Hausärzte Graubünden schliesst sich den Ausführungen dieser Stellungnahmen [Hausärzte Schweiz, Verband Haus- und Kinderärzte Ostschweiz] an. Hausärzte Graubünden betrachtet den bundesrätlichen Eingriff als geeignete Übergangslösung bis eine Gesamtrevision des TARMED-Tarifs durchgeführt werden kann. Die Verhandlungsblockaden der Tarifpartner müssen durch einen gezielten und befristeten Eingriff in den Tarmed durchbrochen werden.	Hausärzte GR
Der Hausärzteverein Region Zofingen begrüsst und unterstützt den Vorstoss des Bundesrates zur Besserstellung der Grundversorger. Durch die geplante Einführung der neuen Position ist eine rasche, unkomplizierte und auch effektive Möglichkeit gefunden worden, welche auch im Praxisalltag gut umgesetzt werden kann.	HÄ Zofingen
Wir hätten natürlich viel lieber gesehen, dass diese längst fällige Korrektur [Besserstellung der intellektuellen Leistung] in einem ordentlichen Verfahren zustande gekommen wäre. Auf der anderen Seite begrüssen wir den Druck, der durch das entschlossene Vorgehen des Bundesrats entsteht.	Hausärzte ZH
HKO begrüsst grundsätzlich die Bemühungen für die Besserstellung der fachärztlichen Grundversorgung (…) verstehen den bundesrätlichen Eingriff als geeignete Überganslösung, bis eine solche Revision stattfindet. Wir ersuchen die Bundesbehörde daher, sich energisch für eine tragfähige, mit Blick auf das gesamte Schweizerische Gesundheitswesen entwickelte Tarifrevision einzusetzen.	HKO
Die Medizinische Gesellschaft Basel unterstützt die Argumentation der Kantonalen Konferenz der Ärztegesellschaften KKA vollumfänglich.	MEDGES
Nous vous faisons part de notre désapprobation quant à la méthode se basant sur une „neutralité des coûts » qui n'a absolument pas sa place dans ce contexte ; en effet, nous nous opposons à ce que les 200 millions prévus soient retirés à nos collègues. De plus, nous refusons toute velléité de nous dresser les uns contre les autres. Le maintien de cette notion de « neutralité des coûts » au moyen du blocage, ou même de diminutions, des tarifs médicaux, ne pourra mener (révision du Tarmed comprise) qu'à une impasse totale.	MFGe
Même si il est regrettable que le Conseil Fédéral ait dû intervenir, nous soutenons la démarche. Par ailleurs, il est important de préciser que notre avis positif vient aussi du fait que ces mesures sont provisoires et que si les partenaires tarifaires s'entendent et trouvent une solution appropriée pour la révision future du Tarmed, ces mesures seront levées.	MFNe
Da es sich hierbei um den Entwurf einer KVG-Verordnung handelt hat die MTK beschlossen, hierzu keine Stellungnahme abzugeben.	MTK
L'Association vaudoise des médecins de famille salue l'intervention provisoire et ciblée du Conseil fédéral qui met fin au blocage des négociations entre les partenaires tarifaires qui dure depuis des années. Pour l'Association vaudoise de médecins de famille, il est important et juste que l'intervention de l'État dans le tarif soit transitoire afin que l'autonomie tarifaire soit préservée comme principe général. La réévaluation des prestations des médecins de famille et de l'enfance doit être inscrite de manière durable dans le cadre d'une véritable révision générale du Tarmed.	MFVaud
Il est étonnant que les instances politiques fédérales, se basant sur des données nationales cumulées à partir de données inhomogènes (valeur de point différente selon les cantons), ne tiennent pas compte des répercussions évidemment inhomogènes dans les cantons : la situation est particulièrement délétère pour les centres de radiologie dans les cantons qui ont une valeur de point inférieure à 83 cts, la diminution du chiffre d'affaires de 6% les amenant au-dessous du seuil de rentabilité. L'ordonnance, sous la forme prévue, ne peut être appliquée en Valais sans mise en péril des centres de radiologie privés.	SMV
Les membres de la Société Genevoise de Pédiatrie tiennent à vous informer qu'ils saluent l'intention du Conseil Fédéral de revaloriser la médecine de premier recours. Nous soutenons en tout point la prise de position détaillée de MFE Suisse. Il est indispensable que cette mesure urgente ne soit que transitoire car une juste rétribution nécessite une réadaptation de cette fameuse «neutralité des coûts» qui date déjà de dix ans, avec une prise en compte notamment de l'indexation aux coûts de la vie ce	SGP (Pédiatre Genève)

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
qui n'a jamais été le cas. Tout doit être mis en œuvre pour favoriser une révision complète et rapide du Tarmed.	
Es handelt sich um eine Subsidiärmassnahme, die keinerlei langfristige Effekte auf die Attraktivität des Berufes des grundversorgenden Arztes hat. Da von der Einführung der Ziffer 15 vor allem Kurzkonsultationen und damit kleine Rechnungen betroffen sind, werden diese aufgrund Franchiseregelungen direkt von den Patienten beglichen werden müssen. Von den Kürzungen hingegen sind überwiegend höhere Rechnungen betroffen, die nicht unter die Franchiseregelung fallen. So zahlt der Patient mehr und die Krankenversicherer sparen sogar ein. Es wird ein unnötiges Spannungsfeld zwischen Spezialisten und Grundversorgern erzeugt, der gewünschte Effekt der Umverteilungsmassnahmen wird aber ausbleiben. Der Spezialärzteverein Zofingen unterstützt die von der FMH geplante Rechtsprüfung der Situation, da fraglich ist, ob die Bedingungen erfüllt sind, einen derartigen willkürlichen Eingriff in die Tarifstruktur vorzunehmen.	SÄ Zofingen
Der Vorstand des TGV begrüsst im Namen der Thurgauer Hausärztinnen und Hausärzte, dass der Bundesrat mit seiner Verordnung zur Anpassung des TARMED Bewegung zu Gunsten der Hausarztmedizin in die festgefahrene Tarifsituation bringt. Wenn die Hausarztmedizin durch Kürzungen bei hausärztlichen Leistungen wie Röntgen, Ultraschall, Kleinchirurgie etc. betroffen ist, dann ist die Aufwertung neutralisiert und bringt dem Hausarzt keinen Nutzen. Wir erachten den bundesrätlichen Vorschlag deshalb nur tauglich als Übergangslösung bis zur bereinigten Gesamtrevision des TARMED.	TGV
Die Anpassung der Tarifstruktur im Rahmen des Masterplans (…) ist für uns endlich ein klares Zeichen der Anerkennung und Wertschätzung unserer täglichen Arbeit in der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung und eine lohnende Investition in eine qualitativ hochstehende, kostengünstige medizinische Versorgung. Die Stellungnahme unseres Berufsverbandes Haus- und Kinderärzte Schweiz vom 17. Januar 2014 können wir voll und ganz unterstützen.	Hausärzte LU
Wir sind Ihnen dankbar, dass etwas für die Tarife der Hausärzte geschieht. Betreffend den einzelnen Punkten des bundesrätlichen Verordnungsentwurfs sind wir mit der Stellungnahme von Hausärzte Schweiz einverstanden und unterstützen diese vollumfänglich.	VBHK
Eine adäquate Aufwertung und Abbildung der Tätigkeit der Hausarztmedizin im TARMED muss baldmöglichst durch die Umsetzung der Gesamtrevision der Tarifstruktur erfolgen, an deren Fertigstellung die FMH mit ihren Partnern mit Zeithorizont Ende 2015 arbeitet (TARVISION Projekt). Alles muss unternommen werden, um eine produktive und effiziente Zusammenarbeit der Partner diesbezüglich zu erreichen und Blockaden zu verhindern. Die Eingriffe in die Tarifstruktur TARMED müssen zeitlich begrenzt sein und dies muss in der Verordnung entsprechend festgehalten werden. Sie müssen aufgehoben werden, sobald die revidierte und vom Bundesrat bewilligte Tarifstruktur in Kraft tritt.	WÄV
Privatpersonen	
Der Verordnungsentwurf ist weder in der Höhe der geplanten Umverteilungssumme noch in der Auswahl der Spezialarztsparten noch in der Höhe der Taxpunktabwertung der technischen Leistungen rational, sachlich oder betriebswirtschaftlich begründet. Es handelt sich um einen reinen Willkürakt, der durch nichts zu rechtfertigen ist. Derartige staatliche Eingriffe sind mir bisher eigentlich nur aus planwirtschaftlichen Systemen sozialistischer, bzw. kommunistischer Staaten bekannt und einer gelebten Demokratie wie sie in der Schweiz gelebt wird, meines Erachtens unwürdig! Erst wird den Ärzten nach 10 Jahren inflationsbedingtem Honorarverlust nicht nur eine moderate Taxpunktanhebung, die weit unter der Inflationsrate bleibt, verweigert, nein obendrein soll nach dem Vorschlag von Herrn Bundesrat Berset, vielen Spezialärzten weiteres Honorar entzogen werden. (…) bewusste und gezielte Versuch einen Keil in die Schweizer Ärzteschaft zu treiben (…). Medizinische Leistungen, bessere Versorgung, Fortschritt durch neue Geräte und Behandlungsmethoden, die das Leben verlängern und die Lebensqualität verbessern, sollen so offenbar zum privaten Hobby und Risiko für Ärzte erklärt werden. Wird dieser Vorschlag umgesetzt so befürchte ich, dass der hohe medizinische Standard in der Schweiz nicht mehr lange erhalten bleibt.	Kamin

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Sollte nun (…) die technische Leistung gekürzt werden, wird der Effekt der Konsultationserhöhung bei mir zu einer Einkommenseinbusse führen. Ich werde also zukünftig keine EKGs und Rx bilder mehr machen, sondern werde ökonomisch wiedereinmalmehr brutalst gezwungen gegen meine ethischen Grundsätze und entgegen meinen Sparbemühungen die Patienten direkt in den Notfall ans grosse Spital zu senden bzw auf die überfüllten Notfallstationen. Abgesehen davon wird versucht ein tarifarischer Keil zu schlagen zwischen Grundversorger und Spezialisten. Das ist abzulehnen. Wenn Herr BR Berset etwas Gutes tun will, so soll er endlich den Taxpunktwert frei geben (bzw den Tarifschutz abschaffen), so kann jeder Arzt soviel verlangen wie er will und es findet endlich ein Wettbewerb statt.	Bachofner
Als direkt betroffener Hausarzt bin ich froh um die Intervention durch Herrn Bundesrat Berset und unterstütze deshalb den Verordnungsentwurf. Die Verhandlungen der Tarifpartner ziehen sich nun schon über Jahre hin und würden ohne diese Intervention weiterhin als Patt-Situation stehen bleiben. Als Hausarzt bin ich froh, dass den jahrelangen Worten nun erste mutige Taten folgen. Völlig klar ist mir, dass diese Anpassung nur ein Zwischenschritt ist und die avisierte Tarmedrevision weiterhin dringlich ist.	Bhend
Abschließend und zusammenfassend ist der Eingriff des Bundesrates meines Erachtens nicht legal, da die nötigen Voraussetzungen für einen solchen Eingriff fehlen und weil er nicht betriebswirtschaftlich fundiert Ist. Ich möchte Sie deshalb höflich bitten, nicht in die Tarifautonomie der Partner einzugreifen und abzuwarten, bis die Revision von Tarmed fertig ist, denn das ist der einzige Weg weiterhin einen betriebswirtschaftlich korrekten und damit gesetzeskonformen Tarif zu verwenden. Es kann nicht sein, dass ein betriebwirtschaftlicher Tarif (gemäß Dekret des Bundesrates bei Einführung des Tarifs) durch unsachgemässe und politisch motivierte Interventionen unbrauchbar gemacht wird.	Bianchetti
Gerne sage ich Ihnen, was ich vom Ganzen halte: 1. Die Ärzte werden bewusst gegeneinander aufgemischt, damit es für Sie einfacher wird die Staatsmedizin einzuführen. Das ist rein politisches Kalkül. 2. Die Folgen dieses unbedachten Tarifeingriffs sind nicht absehbar, unabhängig davon wird sich die Medizin trotzdem weiter verteuern. 3. Besserstellung der Hausärzte auf Kosten des nicht-ärztlichen Personals! – als Sozialist sollten sie sich schämen Hr. Berset! Wenn dieser bundesrätliche Tarifeingriff kommt werden die unmittelbaren Folgen für meine Praxis sein: Keine Lohnerhöhungen sondern Lohnkürzungen für meine Mitarbeiterinnen im kommenden Jahr!	Birchler
Ich kann dies nur unterstützen; wir sind Tag und Nacht für die Patienten da, machen Haus- und Altersheimbesuche und kommen finanziell knapp über die Runden. Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie sich für die vorgeschlagene Tarmedänderung einsetzen.	Bischof
Der bundesrätliche Tarifeingriff ist eine gute Sache!	Bucher
Eine Stärkung der medizinischen ärztlichen Grundversorgung ist nicht nur wünschenswert und möglicherweise entscheidend, um diesen Berufsstand noch zu „retten“ sondern auch längst fällig! Die vorgeschlagene Methode ist aber vom Prinzip her falsch! Sollen wir „bessergestellt“ werden zulasten unserer Berufskollegen, welche vom gleichen Problem betroffen sind, wenn auch auf einem anderen Niveau? Vielmehr sollte bei der Entgeltung unserer Leistungen endlich ehrlich gehandelt werden und diese auf ein Niveau angehoben werden, welches dem vergleichbarer Berufsgruppen (bzgl. Dauer der Ausbildung, Verantwortung, Stellenwert für die Bevölkerung etc.) entspricht!	De Garis
Als Grundversorger in einer modern organisierten Praxis im ländlichen Gebiet des Kantons Aargau (…) ist es mir aber ein Anliegen, dem Bundesrat für den Mut zu gratulieren, in die verfahrene und zu Ungunsten der Grundversorger verschleppte Tarifdiskussion einzugreifen. Die geplante Einführung einer neuen Tarifposition für die Grundversorger sorgt endlich für eine angemessene Angleichung der seit Jahren auseinander driftenden Einkommen unter den frei praktizierenden Ärzten. Besonders hervor zu heben ist die erwünschte Verbesserung der ärztlichen zu Lasten der technischen Leistungen.	Fischer
Dieser Tarifeingriff darf auf keinen Fall Auswirkungen auf den Psychiatrie-Tarif haben im Sinne, dass wir PsychiaterInnen in der Folge weniger für unsere Leistungen erhalten	Fromm

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
würden. Wir sind an den jetzigen Tarif gebunden, der zur Folge hat, dass unsere Einkommen am unteren Ende der Liste stehen.	
Die Stärkung der persönlich erbrachten ärztlichen Leistung ist in Anbetracht ständig steigender Lebenshaltungskosten notwendig und angebracht. Dies „kostenneutral“ zu tun, indem technische Leistungen abgewertet werden, birgt Schwierigkeiten. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht zum Beispiel, dass zeitaufwändige Untersuchungen oder auch Behandlungen für den Patienten schonender oder auch in kürzerer Zeit durchgeführt werden können. Die Kürzung der Entlohnung technischer Leistungen würde also automatisch zu einem Investitionsstau in den Praxen und in der Folge zu einer Verschlechterung der Versorgung der Patienten führen.	Grosse
Für mich als selbständigen, nur über die Grundversicherung abrechnenden, nicht-operativ tätigen Augenarzt bedeutete der vorgeschlagene Eingriff in den TARMED eine Umsatzeinbusse von 4 bis 5%, was sich in einer Reduktion des Einkommens um gut 8% niederschlagen würde. (...) halte ich es für nötig darauf hinzuweisen, dass auch Spezialärztinnen intellektuelle Leistungen erbringen, über deren Aufwertung ebenfalls nachgedacht werden sollte. Insofern könnte vielleicht eine Erhöhung der AL über alle Bereiche des TARMED mit einer Reduktion der TL ebenfalls über alle Bereiche des TARMED zu einer gewünschten, aber dennoch ausgewogenen Umverteilung der Umsätze führen.	Hostettler
(…) befürworte ich eine Aufwertung des Patientengesprächs gegenüber der technischen Leistung unbedingt. Ich plädiere in diesem Zusammenhang aber unbedingt für eine differenzierte Ausarbeitung geeigneter Massnahmen.	Kloter
Comme la plupart de ceux avec qui j'ai pu m'en entretenir, je souscris sur le fond à la nécessité de revaloriser la médecine de premier recours, tout en étant sceptique tant sur la définition même de la médecine de premier recours que sur le bien-fondé de passer obligatoirement par elle avant le spécialiste. Je ne sais pas quels engagements vous avez pu prendre, mais je suis convaincu que c'est une mauvaise route et que vous devriez oser en changer. Un changement de paradigme beaucoup plus profond est nécessaire pour pourvoir des soins de qualité et en maîtriser les coûts – ce qui n'a rien à voir avec la neutralité des coûts, concept éculé, qui ne sert qu'à camoufler des intérêts bien gardés. La révision en cours du Tarmed devrait amener une meilleure visibilité et plus de transparence grâce à la simplification qui en constitue le coeur.	Papaloïzos
Es befremdet mich, dass der Bundesrat noch vor der geplanten Gesamtrevision des Tarmed in den Tarmedtarif eingreifen will ohne die wirtschaftlichen Konsequenzen für alle beteiligten Leistungserbringer, Patienten und Versicherer ausreichend abgewogen zu haben. Der Tarifeingriff wird möglicherweise die Grundversorger selber nicht ausreichend besser stellen, da sie mit einigen Tarifkorrekturen (z.B. im Röntgentarif) selber wieder benachteiligt sein werden und zum anderen weil die Tarifänderungen selber nicht das Grundprinzip des Tarmed, der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit, welches im KVG festgelegt ist, respektiert. Ich ersuche deshalb den Bundesrat den geplanten Tarifeingriff jetzt nicht vorzunehmen und sich dafür mit seiner ganzen Autorität für eine schnell Umsetzung der Gesamtrevision des Tarmed einzusetzen.	Reber
Ich bin der Meinung, dass dieser voreilige Tarifeingriff des Bundesrates die Verhandlung über die TARMED-Revision torpediert, worauf das neue Kapitel für Hausärzte wahrscheinlich nicht eingeführt werden kann. Es wäre sinnvoller, die den Hausärzten versprochenen 200 Mio in die TARMED-Revision so einzubauen, dass es den Hausärzten auch etwas für die Zukunft bringt. Die TARMED-Revision sollte vorangetrieben werden und möglichst bald abgeschlossen werden. Die vorgeschlagene Gegenfinanzierung des Bundesrates schadet auch den Hausärzten zum Beispiel beim Röntgen, worauf sich netto in meiner Kasse nichts ändern wird, auch wenn der Grundgedanke der Stärkung des Gespräches mit dem Patienten richtig ist.	Rickenbacher
Mit grosser Freude nehme ich Ihr Vorschläge zur Kenntnis. Es ist zwar eine grosse Tarmedrevision am Laufen, wann diese jedoch zu einer Verbesserung der Grundversorgertarife führt, steht in den Sternen. Einige Leistungen der anderen Spezialärzte scheinen uns Grundversorgern deutlich zu hoch, man braucht sich nur das Durchschnittseinkommen gewisser Fachärzte anzuschauen. Durch Ihren Vorschlag kommt es zu einer gewissen Angleichung, was mir sinnvoll und richtig und gerecht erscheint.	Simonett

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gestatten Sie mir noch die Bemerkung, das mit dieser Umverteilungsmethode im Sinne eines Almosens für die Hausarzte eine eher beschämende Situation für die Hausarzt-medizin geschaffen wird und damit der zukünftige Mangel an Hausärzten in keiner Art und Weise behoben werden kann. Zudem werden im Kapitel 39 auch die konventionellen Röntgenuntersuchungen betroffen sein, so dass man den Hausärzten pro Konsultation Fr. 10.- zugesteht, um es ihnen im Röntgen und anderen technischen Leistungen wie Ultraschall wieder abzuziehen, im Sinne eines Nullsummenspiels.	Wüest

2.3 Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen des Projekts

Bemerkungen zu Artikel 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Organisationen des Gesundheitswesens	
Unklar und unbedingt zu präzisieren ist zudem, ob diese Verordnung nur spezifisch für den Tarmed gilt oder ob es sich um allgemeingültige Grundsätze zur Präzisierung von Art. 43 Abs. 5bis KVG handelt. Diese Unklarheit geht insbesondere daraus hervor, dass nur ein Artikel über die Tarifstruktur für ärztliche Leistungen enthalten ist und Tarifverträge anderer Leistungserbringer nicht erwähnt werden.	pharmaSuisse

Bemerkungen zu Artikel 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
keine	

Bemerkungen zu Artikel 3

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Kantone	
Die Datenübermittlung darf weder bei den Leistungserbringern noch bei den Kantonen zu Mehrkosten und einem erhöhten Aufwand führen.	AI
Pour conclure, notre Conseil relève l'importance de réaliser un monitoring permettant de vérifier l'impact de ces modifications et, à ce titre, salue les mesures prévues à l'article 3 du projet d'ordonnance.	GE
Organisationen des Gesundheitswesens	
Mit Umsetzung des Art. 3 widerruft der Bundesrat, die Zusagen, welche er der KKA/AEGLU im Februar 2012 schriftlich zugesichert hat. Die KKA/AEGLU sieht grundsätzlich keine Rechtsgrundlage für eine kostenlose Übermittlung aller Informationen und Daten an das EDI, die notwendig sind, um die Auswirkungen der Anpassungen der Tarifstrukturen zu evaluieren. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der AEGLU ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der KKA.*	KKA / AEGLU
Wir anerkennen, dass zur Umsetzung von Art. 43 Abs. 5bis KVG auch entsprechende Daten vorhanden sein müssen. Es ist jedoch schwierig zu beurteilen, welche Daten für die Evaluierung der Tarifstruktur notwendig sind. Hierzu sollten objektive Kriterien festgelegt werden. Nicht geregelt sind zudem die Konsequenzen, falls die Daten nicht geliefert werden. Es darf nicht sein, dass gewisse Tarifpartner Daten liefern und andere nicht.	pharmaSuisse
Da jede Tarifrevision zu einem veränderten Abrechnungsverhalten führt, muss diese Massnahme monitorisiert werden, um ggf. korrigierend eingreifen zu können. Der Abdeckungsgrad der Daten der Mitglieder von curafutura beträgt 42% der Branche. Diese Daten werden auch an den Tarifpool der SASIS AG geliefert, sind aber weitaus schneller verfügbar. Wir schlagen deshalb vor, dass das Monitoring zu den Folgen der Umsetzung der Verordnung durch curafutura in Zusammenarbeit mit dem BAG erfolgt.	Curafutura
Die Berechnungen von santésuisse zeigen, dass die Besserstellung mit grosser Wahrscheinlichkeit kostenneutral erfolgt. Nichtsdestotrotz sind die Kostenfolgen der Verordnungsanpassung im Rahmen eines Monitorings laufend zu erheben. Falls sich zeigt, dass die vorgegebene Zielsetzung nicht erreicht werden kann, muss der Bundesrat zeitnah die notwendigen Massnahmen treffen. Santésuisse schlägt hierzu die Gründung einer entsprechenden Arbeitsgruppe unter der Leitung des BAG vor.	Santésuisse
Kantonale Fachgesellschaften, Weitere	
Wir schliessen uns der Argumentation der KKA an und erinnern ebenfalls an das Versprechen von Herrn Bundesrat Berset, im ambulanten Bereich keine weitergehenden Bestimmungen über den Datenaustausch zu erlassen. Hier werden Sie wortbrüchig, Herr Bundesrat. Wir erinnern Sie daran, dass ein damals mögliches und vorbereitetes Referendum nur deshalb fallen gelassen wurde, weil Sie zugesichert hatten, keine weitergehenden Bestimmungen über den Datenaustausch zu erlassen. Wir (…) meinen aber, dass diese Daten anderweitig geholt werden können. Wenn uns Ärzten eine Datenlieferungspflicht auferlegt wird, so müsste uns diese vergütet werden.	Ärzte TG
Par ailleurs, la SVM ne voit aucune base légale selon laquelle les partenaires devraient fournir au DFI toutes les données et informations nécessaires à l'évaluation des effets des adaptations. Cela nous paraît en l'état incompatible avec la protection du secret médical mais aussi avec les engagements pris par le Conseil fédéral.	SVM

Bemerkungen zu Artikel 4

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Kantone	
Der geplante Zeitpunkt des Inkrafttretens am 1. Oktober 2014 erscheint unglücklich. Die Standeskommission zieht ein Inkrafttreten auf den 1. Januar 2015 vor.	AI
Organisationen des Gesundheitswesens	
(…) ist es sicher richtig, dass für die IT-gestützte Einführung der revidierten Tarifstruktur den Tarifpartnern ebenfalls genügend Zeit einzuräumen.	GDK
Die vorgesehenen neuen Tarifpositionen gemäss Ziff. 1 des Anhangs des Verordnungsentwurfs seien so schnell als möglich in Kraft zu setzen.	VLSS
Wir erwarten die Einhaltung der Abmachungen und fordern deshalb die Inkraftsetzung der Verordnung per 1. Juli 2014. Hausärzte Schweiz fordert, dass die Übergangsmassnahme bis zum Inkrafttreten eines gesamtrevidierten Tarifs mit langfristig gesicherter Besserstellung der Haus- und Kinderärzte gelten soll.	Hausärzte Schweiz
Gesamtschweizerische und kantonale Fachgesellschaften, Weitere	
Sofern die Besserstellung der ärztlichen Grundversorgung ohne willkürliche Kürzungen bei den übrigen Ärztinnen und Ärzten erfolgt, sollte die Verordnung wie angekündigt am 1. Juli 2014 und nicht erst am 1. Oktober 2014 in Kraft treten.	Ärzte TG
Die vorgesehenen neuen Tarifpositionen gemäss Ziff. 1 des Anhangs des Verordnungsentwurfs seien so schnell als möglich in Kraft zu setzen (…).	BEKAG
Hausärzte Graubünden würde es begrüssen, dass die Übergangslösung nicht erst im Herbst, sondern bereits im Sommer 2014 in Kraft gesetzt werden könnte.	Hausärzte GR
Der Zeitplan, wie im Masterplan festgelegt ist, beinhaltet die Einführung der tariflichen Besserstellung der Haus- und Kinderärzte auf den 1.7.2014. Die Verschiebung des Inkrafttretens bedeutet einen Verlust eines gesamten Quartals (50 Mio.).	Hausärzte ZH
Die Überganslösung sollte unseres Erachtens nicht erst im Herbst, sondern bereits im Sommer 2014 in Kraft gesetzt werden. Der Tarifeingriff ist technisch einfach und leicht umzusetzen.	HKO
Wie vom Bundesrat anlässlich des Rückzuges der Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ vorgesehen, soll die Übergangsmassnahme am 1. Juli 2014 in Kraft treten.	Kinderärzte Schweiz
L’Association vaudoise des médecins de famille s’attend au respect des accords conclus et demande une entrée en vigueur pour le 1er juillet 2014.	MFVaud
Die SGAM schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Hausärzte Schweiz an.	SGAM
Die Übergangslösung soll wie im Rahmen der Masterplanverhandlungen versprochen, schon am 1. Juli 2014 und nicht erst im Oktober in Kraft treten.	SSP SGP
Die geplante Massnahme hat den Vorteil, dass sie einfach umzusetzen ist. Deshalb erwarten wir eine entsprechende Umsetzung per 1. Juli 2014, wie ursprünglich angekündigt.	TGV
Einer der Gründe, weshalb die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ zurückgezogen wurde, war und ist der Umstand, dass grosses Vertrauen in die bundesrätlichen bzw. parlamentarischen Zusagen gelegt wurde. Nun soll der Zeitpunkt des Inkrafttretens ohne weitere Begründung um ein Quartal verschoben werden. Dies verstösst grundlos (?) gegen Treu und Glauben und ist unseres Erachtens dringend zu korrigieren.	VHBB
Privatpersonen	
Entgegen der ursprünglichen Absicht wird der Einführungstermin vom 1.Juli auf den 1. Oktober verschoben. Dies entspricht nicht den abgegebenen Zusicherungen. Wir beantragen, am ursprünglich geplanten Einführungsdatum festzuhalten. (…) ist eine Terminierung der Verordnung auf den Zeitpunkt einer Einigung im Tarifumbau sinnvoll. Allerdings darf ein Tarifumbau nicht erneut zu Lasten der Grundversorger gehen. An der Position 00.0015 muss auch nach einem Tarifumbau unverändert festgehalten werden.	Fischer

Bemerkungen zum Anhang Ziffer 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Kantone	
Um Missverständnisse zu vermeiden, sind daher auch die altrechtlichen Titel [Allgemeinmedizin, Innere Medizin] in der Verordnung zu erwähnen. Ausserdem sollten auch die Psychiater in der Praxis als Grundversorger eingestuft werden.	BE
Eine Unterschätzung des Volumens ist bei dieser Methode durchaus möglich z.B. - aufgrund der Anreize zur vermehrten Abrechnung von Grundkonsultationen; - unterschätzte Anzahl Grundkonsultationen; - unzutreffende Zuteilung der Positionen nach Versorgergruppen im Datenpool; - wegen Grundbehandlungen, die von den Versicherten nicht eingegeben werden, weil sie bisher noch unterhalb der Franchise des ganzen Jahres lagen. In der Botschaft des Bundesrates zur Initiative vom 16. September 2011 wurde mit folgenden Zahlen argumentiert: 25 Konsultationen pro Tag, 7'693 Praxen, welche von der Korrektur profitieren würden, rund 10 Franken Mehreinnahmen pro Konsultation 25 Konsultationen pro Tag x CHF 10 x 220 Arbeitstage = CHF 55'000 pro Hausarztpraxis und Jahr. Dies würde Mehrausgaben von (…) CHF 423.1 Mio. bedeuten und nicht wie vom Bund prognostiziert CHF 200 Mio. Allerdings beginnen immer mehr Spitäler – auch aufgrund der fehlenden Abdeckung von Notfalldiensten während der Nacht und an Wochenenden durch die Hausärzte – Grundversorgerpraxen an das Spitalambulatorium anzubinden, welche dann als Arztpraxis funktionieren. Deren Leistungen werden über das Spital abgerechnet. Wenn dort Hausärzte tätig sind, sollten deren Leistungen auch zuschlagsberechtigt sein.	BS
Le projet d'ordonnance crée d'autres problèmes encore en limitant l'application de la nouvelle position tarifaire additionnelle à la médecine de premier recours fournie dans les cabinets uniquement et en excluant les hôpitaux. Dans la mesure où, depuis quelques années déjà, on observe un transfert important de l'activité de médecine de premier recours des cabinets médicaux vers les urgences hospitalières (mot-clé : services d'urgences surchargés), cette limitation de l'application de la nouvelle position tarifaire aux seuls cabinets ne se justifie nullement. Par ailleurs, si (…) cette « redistribution des revenus » avait eu lieu lors de l'introduction du TARMED déjà, l'amélioration de la rémunération des prestations de base serait également appliquée aux hôpitaux. (…) le tarif doit également répondre au principe d'équité voulu par la LAMal. On entend par là « qu'une structure tarifaire doit être équilibrée, c'est-à-dire qu'un groupe de fournisseurs de prestations ne doit pas être favorisé » et, par conséquent, qu'un groupe de fournisseurs de prestations ne doit pas être pénalisé.	FR
Explizit ausgeschlossen von der Verrechnung des Zuschlags sind die Spitalambulatorien. Dieser Ausschluss läuft den Anstrengungen, Notfalldienste mit verstärkter Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Grundversorgern zu reorganisieren und damit der Strategie des Bundesrates „gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin" (z.B. durch den Aufbau spitalassoziierter Notfallpraxen) zu entsprechen, völlig entgegen. Wir beantragen, Grundversorgerspitäler und Spitäler, bei denen Hausärztinnen und Hausärzte in einer an ein Spitalambulatorium angebundenen Grundversorgerpraxis tätig sind, von diesem Ausschluss gemäss Anhang (Ziffer 1, Medizinische Interpretation) auszunehmen.	GL
Für Spitäler, die in einer Region mit ihren Ärzten die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, muss der Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis auch Anwendung finden. Medizinische Interpretation für Zuschlagsposition: Gilt nicht für ambulante Dienste von Spitälern, ausser die Spitäler sind für die hausärztliche Grundversorgung ihrer Region zuständig.	GR
Le Gouvernement approuve la remarque de la CDS relative à la tendance observée dans certains hôpitaux à rattacher des cabinets de médecine de premier recours au secteur hospitalier ambulatoire, qui fonctionne alors en tant que cabinet médical dont les prestations sont facturées via l'hôpital. Si les médecins de famille y exercent, leurs prestations devraient également être revalorisées.	JU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Als falsch erachten wir, dass die Zuschlagspositionen ausschliesslich für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis gelten sollen und die Spitäler sowie Kliniken explizit ausgeschlossen sind. Immer mehr Spitaler binden Grundversorgerpraxen an das Spitalambulatorium an. Schade finden wir, dass nicht auch der Bereich Psychiatrie bessergestellt wird. Psychiatrische Leistungen stehen heute ganz am Ende der Vergütungsskala und die psychiatrische Versorgung sicherzustellen ist heute zum Teil sehr schwierig. In der Verordnung sollte zudem klar definiert werden, wann Ärztinnen und Ärzte mit einem Doppeltitel den Zuschlag verrechnen dürfen und wann nicht.	LU
Nous proposons de ne pas exclure les hôpitaux de la liste des fournisseurs autorisés à facturer le supplément en question, pour autant que la fourniture des prestations repose sur une organisation et une prise en charge reposant spécifiquement sur la médecine de premier recours.	NE
Wir unterstützen die Anpassung des TARMED-Tarifs zur Stärkung der Hausarztmedizin mit der Schaffung einer neuen TARMED-Tarifposition „Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis“. Wir vertreten aber die Meinung, dass eine Reduktion auf 6 Taxpunkten je Sitzung anstelle von 11 Taxpunkten angebracht wäre. Mit dieser Anpassung wird dem „Masterplan Hausarztmedizin“ immer noch Rechnung getragen. Wir sind zusätzlich der Meinung, dass Spitäler auch für diese Pauschale abrechnungsberechtigt sein müssten für die Zeitspanne, in der die Spitäler den Notfalldienst der Ärzteschaft übernehmen.	NW
Mit dem Ausschluss der Spitäler von den neuen Zuschlagspositionen wird nicht berücksichtigt, dass viele Patientinnen und Patienten keine Hausärztin bzw. keinen Hausarzt mehr haben und direkt den Spitalnotfall aufsuchen. Aufgrund der fehlenden Abdeckung von Notfalldiensten durch Hausärztinnen und –ärzte (vor allem nachts und an Wochenenden) übernehmen vermehrt die Spitäler diese Aufgaben oder binden Grundversorgerpraxen an die Spitalambulatorien an. Diese Leistungen – unabhängig davon, ob sie von Spitalärztinnen oder Spitalärzten oder von Hausärztinnen oder Hausärzten in Spitalambulatorien erbracht werden – müssen ebenfalls zuschlagsberechtigt sein.	SG
Anpassungsbedarf sehen wir jedoch in Bezug auf die spitalambulante Leistungserbringung: Auch aufgrund der fehlenden Abdeckung von Notfalldiensten durch die Hausärzte während der Nacht und an Wochenenden bindet eine zunehmende Anzahl Spitäler Grundversorgerpraxen an das Spitalambulatorium an , welche dann als Arztpraxen funktionieren. Deren Leistungen werden über das Spital abgerechnet. Um dieser Situation auch tarifär Rechnung zu tragen, stellen wir den Antrag, Leistungen von Hausärzten in an Spitalambulatorien angebundenen Grundversorgerpraxen als zuschlagsberechtigt anzuerkennen.	SH
Grundsätzlich begrüssen wir die vorgeschlagenen kostenneutralen Änderungen, beantragen aber eine Gleichbehandlung von Hausarztpraxen und vorgelagerten ambulanten Notfallstationen, die von Spitälern in Kooperation mit Hausärzten betrieben werden. Diese Ungleichbehandlung bedroht letztlich die gut eingespielte Zusammenarbeit von Spitälern mit Hausärzten, die ihren Notfalldienst in den Spitälern leisten, und sollte deshalb vermieden werden.	SO
Den Vorschlag, die intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker zu gewichten und die Grundversorgung mit einer Zuschlagsposition besser zu stellen, erachten wir als zielgerichtet.	SZ
Al fine di ridurre l’incentivo dei medici specialisti portatori di un doppio titolo di esporre la posizione accessoria, dovrebbe essere introdotto un sistema di controllo che verifichi che i medici di famiglia con un titolo di specialista non effettuino contemporaneamente prestazioni sia specialistiche sia di base esponendo la nuova posizione. Ritenute che la medicina di famiglia deve continuare ad appoggiare – soprattutto in una regione montuosa come il Canton Ticino – anche le visite a domicilio, la possibilità di esporre la nuova posizione accessoria deve essere garantita come supplemento delle visite a domicilio. In maniera piu generate deve essere garantito che la posizione 00.0015 possa essere aggiunta in ogni situazione di consultazione di medicina generale, visite a domicilio, esami di screening e simili effettuati dai medici di famiglia.	TI
Nous soutenons favorablement cette amélioration de la rétribution des médecins de famille, mais relevons toutefois que l’affectation de cette nouvelle position tarifaire – tout	VD

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
comme la position concernant la consultation de base (00.0010) – à l'unité fonctionnelle « salle de consultation » devrait être modifiée, afin que l'activité de médecine de premier recours effectués par les services d'urgence des hôpitaux soit également revalorisée. Depuis plusieurs années, l'on constate en effet un transfert important de l'activité de médecine de premier recours des cabinets médicaux vers les urgences préhospitalières.	
Mit der nun vorgesehenen Anpassung – eine finanzielle Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistung ausschliesslich bei den Grundversorgenden mit eigener Arztpraxis – wird jedoch eine Zweiklassengesellschaft innerhalb der Ärzteschaft geschaffen, da die intellektuelle ärztliche Leistung aller übrigen Ärztinnen und Ärzte nicht aufgewertet, jedoch zweifellos auch von diesen erbracht wird. Diese Ungleichbehandlung – davon sind wir überzeugt – wird einen Kostenschub auslösen, da eine tiefere Entschädigung der technischen Leistungen durch deren mengenmässige Ausweitung zu kompensieren versucht werden wird.	ZG
Politische Parteien	
Enfin, dans les régions périphériques notamment, la visite à domicile est une prestation spécifique du médecin de famille que le projet d'ordonnance ne permet pas de revaloriser. Le PS demande une adaptation dans ce sens.	SPS
Organisationen des Gesundheitswesens	
Es steht für die FMH ausser Frage, dass die intellektuelle Leistung der Hausärzte, wie auch die aller anderen Fachdisziplinen im TARMED sachgerecht bewertet sein muss. Eine Zuschlagsposition ohne konkrete Definition der damit abgegoltenen Kostenelemente kann aber höchstens als Übergangslösung dienen, da ihr die gesetzlich verlangte Sachgerechtigkeit fehlt. Kurze Arztbesuche beim Grundversorger werden massiv teurer: Es kommt somit zu einer unterschiedlichen Bewertung gleicher Leistungen von unterschiedlichen Fachspezialisten, welche tariftechnisch nicht klar begründet ist. Bei (jungen) gesunden Patienten liegen die Arztkosten pro Jahr oft unter der gewählten Franchisegrenze. Kurze Konsultationen werden in diesem Falle oft selber bezahlt und somit auch die zusätzlichen 11 Taxpunkte bei jedem Arztbesuch. Die Rechnungen der für die Gegenfinanzierung gekürzten „günstigeren" Spezialleistungen hingegen werden weiterhin fast vollständig den Kassen zur Vergütung zugestellt.	FMH
Eine Besserstellung über eine Zuschlagsposition kann höchstens eine Übergangslösung sein und muss zeitnah und zwingend durch korrekte Abbildung der Tätigkeit der Grundversorger in der Tarifstruktur abgelöst werden. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der AEGLU ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der KKA.*	KKA / AEGLU
(…) sollten die Berechnungen gemäss den Erläuterungen vom 16. Dezember 2013 nochmals überprüft werden. Eine Unterschätzung des Volumens ist bei dieser Methode durchaus möglich z.B. - aufgrund der Anreize zur vermehrten Abrechnung von Grundkonsultationen; - unterschätzte Anzahl Grundkonsultationen; - unzutreffende Zuteilung der Positionen nach Versorgergruppen im Datenpool; - wegen Grundbehandlungen, die von den Versicherten nicht eingegeben werden, weil sie bisher noch unterhalb der Franchise des ganzen Jahres lagen. Allerdings beginnen immer mehr Spitäler – auch aufgrund der fehlenden Abdeckung von Notfalldiensten während der Nacht und an Wochenenden durch die Hausärzte – Grundversorgerpraxen an das Spitalambulatorium anzubinden, welche dann als Arztpraxis funktionieren. Deren Leistungen werden über das Spital abgerechnet. Wenn dort Hausärzte tätig sind, sollten deren Leistungen auch zuschlagsberechtigt sein.	GDK
Weiter verletzt der Bundesrat mit seinem Eingriff die Rechtsgleichheit, indem er die neu geschaffene Tarifposition 00.0015 nur gerade bei den Hausärzten, nicht aber in den Spitalambulatorien zur Anwendung bringen will. Die Auswahl der 11 Taxpunkte muss als willkürlich resp. allein auf der Umlegungsabsicht der vorgegebenen 200 Mio. fussend angesehen werden, was inakzeptabel ist.	PKS
Auch erachten wir die Zuschlagsposition für hausärztliche Leistungen auf die ersten fünf Minuten für problematisch: Es werden Anreize gesetzt, möglichst viele PatientInnen „durchzuschleusen".	VSAO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Abrechnungsberechtigung praktische Ärzte: Wir verstehen die fachärztliche Grundversorgung als Spezialität, die spezifische Qualifikationen erfordert, die von den Titelträgern Allgemeine Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin in ihrem Weiterbildungs-Curriculum erworben werden, nicht aber von den praktischen Ärzten. Aufwertung über Taxpunkte: Der Zuschlag muss anstelle von Taxpunkten mit einem Frankenbetrag realisiert werden, konkret: mit dem durchschnittlichen Taxpunktwert von CHF 0.87 als Grundlage. Die Zuschlagsposition würde in diesem Fall in allen Kantonen mit CHF 9.57 veranschlagt (11 TP à CHF 0.87). Doppeltitelträger: Doppeltitelträger sollten zur Abrechnung berechtigt sein, wenn sie hausärztliche Leistungen erbringen. Wir schlagen vor, die Abrechnungsberechtigung für Doppeltitelträger dahingehend zu präzisieren, dass ein Doppeltitelträger am selben Tag beim selben Patienten nur entweder hausärztlich oder spezialärztlich tätig sein kann. Deshalb muss präzisiert werden, mit welchen Positionen der Zuschlag nicht kombinierbar ist. Festgelegt werden muss insbesondere, dass die Anwendung der Zuschlagsposition nicht gleichzeitig mit Spezialleistungen geschehen darf. Vorsorgeuntersuchung: Es ist unabdingbar, dass die Zuschlagsposition auch mit den Vorsorgepositionen verrechnet werden kann. Hausbesuche: Wir schlagen vor, die Abrechnung der Zuschlagsposition mit dem Hausbesuch zuzulassen und dies im Tarmed entsprechend zu berücksichtigen.	Hausärzte Schweiz
curafutura begrüsst es, dass die neue Zuschlagsleistung ausschliesslich von Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel „praktischer Arzt/Ärztin“, „Kinder- und Jugendmedizin“ sowie „Allgemeine Innere Medizin“ abgerechnet werden kann. Im Rahmen der Leistungsprüfung ist es für die Kostenträger zwingend erforderlich, den notwendigen Zugang zum Medizinalberuferegister zu erhalten. Curafutura beantragt, den Verordnungsentwurf dahingehend zu ergänzen, dass Doppeltitelträger die neue Tarifposition 00.0015 nur verrechnen dürfen, wenn sie Grundleistungen erbringen. Durch die vorgeschlagene Formulierung können missbräuchlich mehrere Sitzungen eröffnet werden, um mehr Leistungen (Zuschläge) abzurechnen. Curafutura beantragt die Mengenbeschränkung der Position 00.0015 von „1 mal pro Sitzung“ auf „1 mal pro Tag“ zu ändern. Curafutura weist zusätzlich noch darauf hin, dass die höhere Vergütung der Grundversorger nicht ausschliesslich von dem eingesparten Volumen der Spezialisten via Krankenversicherung bezahlt wird. 6-8% des Volumens werden von den Patienten direkt bezahlt, wenn sie ihre Jahresfranchise nicht ausschöpfen.	Curafutura
Gestützt auf die Tatsache, dass es sich zwar um einen moderaten und grundsätzlich zielführenden Eingriff handelt sowie aufgrund der politischen Gegebenheiten, können wir uns mit der Einführung einer neuen Tarifposition 00.0015 abfinden. Da es sich jedoch um eine Übergangslösung handelt, ist die Gültigkeit der entsprechenden Tarifposition zeitlich auf 2 Jahre zu befristen. Dies gibt den Vertragsparteien Zeit, sich über eine betriebswirtschaftlich bemessene und sachgerechte Tarifstruktur im Rahmen einer Gesamtrevision TARMED zu einigen.	Santésuisse
Die ab 1. Oktober 2014 vorgeschlagene Einführung einer Zuschlagsposition 00.0015 belohnt vor allem diejenigen Ärzte, die viele kurze Konsultationen leisten, z.B. solche mit über 7‘000 Konsultationen pro Jahr bzw. 40 und mehr Patienten pro Tag bzw. Konsultationsdauern von unter 10 Minuten. Ob in solchen Praxis in jedem Fall sorgfältig und überlegt genug abgeklärt wird, kann man zumindest in Frage stellen. Mit der Einführung der neuen Position besteht ein Risiko, dass Ärzte Patienten lieber zweimal für kurze Konsultationen als einmal für eine längere Konsultation aufbieten. Aufgrund dieser Überlegungen schlagen wir als zu prüfende Alternative vor, dass für Grundversorger (und nur für die gemäss Verordnung festgelegten Grundversorger) die Leistungen des Kapitels 00 differenziert mit Zuschlagspositionen angehoben werden, z.B. 5 Taxpunkte für Position 00.0010; 2 Taxpunkte zusätzlich für alle weiteren Positionen im Kapitel 00 bis maximal 11 Taxpunkte.	EQUAM
Spitäler	
Der Entwurf verpasst es, nach betriebswirtschaftlichen Bemessungen und einer sachgerechten Struktur des Tarifs zu beweisen, dass nur Leistungen der Ärztinnen und Ärzte	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
der Allgemeinen Inneren Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte ungenügend abgebildet sind. So begründet der Entwurf nicht, warum die hausärztliche Tätigkeit in Praxen mehr Abgeltung benötigt, worin sich diese Tätigkeit von anderen allgemeinen ärztlichen Tätigkeiten unter-scheidet, namentlich von den genau gleichen Tätigkeiten der Grundversorgung in einem Spital oder einer Klinik. Dass die Spitäler und Kliniken die neue Tarifposition nicht anwenden sollen, verstösst gegen die verfassungsmässig garantierte Rechtsgleichheit (Art. 8 BV). Die Ungleichbehandlung von Grundversorgern in Praxen und in Spitälern lässt sich sachlich nicht begründen. Im Gegenteil drängt sich eine Gleichbehandlung auf, weil Ärztinnen und Ärzte in der Praxis, in Spitälern und in Kliniken die gleichen Leistungen der Grundversorgung erbringen. Die Gleichbehandlung drängt sich umso mehr auf, als Spitäler und Kliniken zunehmend die (Notfall-)Dienste von Hausärztinnen und –ärzten übernehmen, und dies vor allem dann, wenn die Kosten höher sind (Personalzulagen): am Abend, in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen. Die Zuschläge für die Hausärztinnen und –ärzte werden wohl meist unter die Franchise fallen, also nicht von den sozialen Krankenkassen solidarisch getragen, sondern von den Patientinnen und Patienten direkt bezahlt. Damit hat der Zuschlag den Effekt einer Praxisgebühr, wie sie in Deutschland vor einigen Jahren eingeführt und bereits wieder abgeschafft wurde. Zudem ist das umverteilte Kostenvolumen dadurch höher als CHF 200 Mio., weil die von den Versicherten direkt bezahlten Leistungen in den Daten von SASIS nicht enthalten sind, welche als Grundlage zur Umverteilung beigezogen wurden.	
Der Ausschluss ambulanter Spitalleistungen der Grundversorgung von der Besserstellung ist nicht nur vor dem Grundsatz der Gleichbehandlung, sondern auch von der Wirkung her als nicht sachgerecht und kontraproduktiv anzusehen.	Universitätsspitäler
Den Beschluss aus dem EDI, den Grundversorgern - auch den Pädiatern - in der Praxis 200 Mio. CHF mehr zukommen zu lassen, begrüssen wir sehr. Gleichzeitig trifft dieser Entscheid des EDI die Kinderspitäler hart. Die 200 Mio. werden aus den technischen Leistungen berappt, die mit 9% weniger Taxpunkten vergütet werden. Schon vor der Einführung der vorgesehenen Tarifregelung liegt der Kostendeckungsgrad für Grundversicherer der ambulanten Leistungen der Kinderspitäler weit unter 80%. Mit dieser neuen Tarifregelung verlieren die eigenständigen Kinderspitäler St.Gallen, Basel und Zürich nun im ambulanten Sektor 2 Mio. Franken pro Jahr. Eine korrekte tarifliche Abbildung der Kindermedizin ist eine Voraussetzung für eine langfristig gut planbare und qualitativ hochstehende Spitalpädiatrie. Dazu muss die Tarifstruktur die Eigenheiten der Kindermedizin abbilden. Wir fordern deshalb, dass die neue Position 00.0015 nicht nur für den Praxispädiater, sondern auch für die Kinderspitäler, welche ein wesentlicher Teil der ambulanten Notfallversorgung sind, angewendet werden darf.	AllKidS
Die VNS/UPK lehnt diese neue Tarifposition ab, denn sie ist sachlich nicht gerechtfertigt und führt in mehrfacher Hinsicht zu einer Diskriminierung von Leistungserbringern (ergibt sich aus einer Umlegung der politisch vorgegebenen Fr. 200 Mio.). In der Tat legen die Ergebnisse der Evaluation der EFK nahe, dass die AL – wenn schon – nicht nur bei den Grundversorgern sondern auch bei den spezialisierten Fachdisziplinen eher tief vergütet werden. Für diese Diskriminierung ist schlicht kein sachlicher Grund ersichtlich. Die vorgesehene Benachteiligung der Spitalambulatorien ist eine nicht zu rechtfertigende Diskriminierung und verstösst als solche gegen klares Gesetzes- und Verfassungsrecht.	VNS / Lukas Klinik / UPK
Wir lehnen diese neue Tarifposition ab, denn sie ist sachlich nicht gerechtfertigt und führt in mehrfacher Hinsicht zu einer Diskriminierung von Leistungserbringern. Zunächst ist nicht nachgewiesen, dass die ärztlichen Leistungen bei den vom Vorschlag profitierenden Dignitäten zu tief sind. Erst recht ist nicht nachgewiesen, dass gerade die gewählten 11 Taxpunkte sachgerecht sind. Der Zuschlag wurde nicht datenbasiert ermittelt, sondern ergibt sich aus einer Umlegung der politisch vorgegebenen Fr. 200 Mio., um welche der Bundesrat die Grundversorger besser zu stellen versprochen hat. Eine erste Diskriminierung ergibt sich aus dem Umstand, dass nur die AL der Grundver-	Claraspital / Merian Iselin / KSBL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sorger aufgewertet werden. Die übliche Kritik an TarMed geht ja dahin, dass die intellektuellen Leistungen allgemein zu schlecht vergütet werden; und dies nicht nur bei den Grundversorgern. Erst recht diskriminierend ist der Umstand, dass der Zuschlag bei den von Grundversorgern erbrachten Leistungen in den Spitalambulatorien nicht zur Anwendung gelangen soll. Der Ausschluss der Spitalambulatorien ist ein Verstoss gegen den bisher auch vom Bundesrat unterstützten Grundsatz, dass gleiche Leistungen unabhängig vom Ort der Erbringung gleich abgegolten werden sollen. Die vorgesehene Benachteiligung der Spitalambulatorien ist eine nicht zu rechtfertigende Diskriminierung und verstösst als solche gegen klares Gesetzes- und Verfassungsrecht.	
Gesamtschweizerische Fachgesellschaften	
Gemäss den Bestimmungen des KVG müsste er diese Massnahme [Zuschlagsposition mit 11 TP] mit betriebswirtschaftlichen Argumenten begründen. Die Massnahme wird vielmehr damit begründet, dass so für die Hausärzte ein zusätzliches Einkommen von insgesamt 200 Millionen Franken pro Jahr entstehen werde. Dabei sind Spitäler und Kliniken explizit ausgeschlossen. Dies bedeutet eine Ungleichbehandlung, die nicht sachgerecht ist, da die Spitäler wichtige Grundversorgerleistungen erbringen. (…) Verstoss gegen den (…) Grundsatz, dass gleiche Leistungen gleich abgegolten werden müssen. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der SGGG (gynécologie suisse) ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der fmCh. Zusätzlich eingebrachte Beispiele und Ausführungen der SGGG siehe unter Verfasser/Auteurs/Autori „SGGG“.*	fmCh / SGGG
Allerdings belastet diese Erhöhung die Versicherer nicht im vollen Umfang. Wegen des variablen Selbstbehaltes zahlt eine nicht unbedeutende Zahl von Patienten die Rechnungen bis zu einem gewissen Umfang selber und belastet die Versicherungen nicht.	FMPP
Für die Kinderärzte unverzichtbar ist die Anwendbarkeit des Zuschlags auf die Vorsorgeuntersuchungen. Der Zuschlag soll der Sicherung einer hochqualifizierten ärztlichen Grundversorgung dienen. Konsequenterweise müssen die Leistungen von Praktischen Ärzten mit einer eingeschränkten Weiterbildung und Spezialistenleistungen vom Zuschlag ausgenommen werden. Der Zuschlag sollte in der ganzen Schweiz gleich hoch sein, folglich einen Wert in Franken statt in Taxpunkten erhalten.	Kinderärzte Schweiz
Ob die geplante Zuschlagsposition das genannte Ziel erreichen oder übertreffen wird, kann keineswegs geplant und garantiert werden. Indem die Zuschlagsposition den Spitäler, welche sehr wohl viele Grundversorgerleistungen erbringen, vorenthalten wird, werden gleiche Leistungen ungleich vergütet. Somit führt der Eingriff des Bundesrates zu einer schwerwiegenden Verzerrung des Tarifregelwerkes. Die hausärztliche Zuschlagsposition wird vor allem durch die jüngeren Versicherten finanziert werden, welche einen Selbstbehalt von 10% tragen und häufig nur kurz und einmal den Hausarzt konsultieren.	SGA / SGK
Die SGAM schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Hausärzte Schweiz an.	SGAM
Cette augmentation n'apporte d'ailleurs pas d'avantage pour les généralistes sur la qualité des consultations, mais sur le volume de celles-ci.	SGDV
Als Beispiel für die unsachgerechte Zuschlagsposition 00.0015 diene z.B. die gynäkologische Vorsorgekontrolle: wird diese vom Hausarzt durchgeführt verteuert sich diese um ca. 10 Fr. gegenüber einer entsprechenden Kontrolle beim Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Nachdem die Vorsorgekontrolle nicht Franchisen befreit ist, muss die Patientin diese Differenz berappen. Nicht wenige Hausärztinnen führen als Schwerpunkttätigkeit gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Schwangerschaftskontrollen durch. Sie lassen sich deshalb für ihre persönliche Rechnungsstellerstatistik bei santésuisse in die Kategorie der Gynäkologen einteilen. Nachdem diese Untergruppe von „Hausärztinnen“ offenbar dasselbe Leistungsspektrum wie ihre gynäkologischen Facharztkolleginnen beanspruchen (deshalb Einteilung bei den Gynäkologen) ist es für eine Patientin nur schwer verständlich, weshalb eine Konsultation bei der „Hausärztin“ teurer sein sollte, als dieselbe Leistung bei der Spezialistin. Man wird nicht behaupten wollen, dass dieselbe Leistung zu höherem Preis bei der Hausärztin von besserer Qualität sein sollte, als bei der Fachärztin für Gynäkologie.	SGGG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die SSI anerkennt auch die Notwendigkeit einer leistungsgerechteren Korrektur am Tarif TARMED zu Gunsten der Grundversorgung. Dabei muss gewährleistet bleiben, dass Doppeltitelträger aus Gründen der Effizienz und Wirtschaftlichkeit wie bisher auch künftig die Möglichkeit haben, innerhalb der gleichen Konsultation sowohl Leistungen aus der Grundversorgung als auch spezialärztliche Leistungen zu erbringen und abzurechnen.	SSI
Die neue Zuschlagsposition darf nicht nur mit der Position 00.0010 anwendbar sein, sondern muss unbedingt ebenfalls mit den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen verrechnet werden können, machen diese doch einen wichtigen Teil der Konsultationen in der Pädiatrie aus (die Vorsorgeuntersuchungen dürfen nach geltender Regelung nicht zusammen mit 00.0010 abgerechnet werden). Hiermit soll eine qualitativ hochwertige Grundversorgung unserer Patienten gefördert werden. Konsequenterweise müssen die Leistungen von Praktischen Ärzten mit einer eingeschränkten Weiterbildung und Spezialistenleistungen vom Zuschlag ausgenommen werden. Doppeltitelträger sollen zur Abrechnung berechtigt sein, wenn sie hausärztliche Leistungen erbringen. Sie sollen aber am selben Tag beim selben Patienten nur entweder hausärztlich oder spezialärztlich tätig sein können. Der Zuschlag soll in Franken und nicht in Taxpunkten gewährt werden und damit für die ganze Schweiz gleich hoch sein.	SSP SGP
Kantonale Fachgesellschaften, Weitere	
Für bedenklich erachtet der Aargauische Ärzteverband auch ein tarifarisches Ausspielen der Position Kurzkonsultation zwischen Grundversorgern und Spezialisten bei Langzeitpatienten (Diabetes, rheumatische Erkrankungen), bei denen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit für eine nachhaltige Leistungserbringung unabdingbar Ist.	Ärzte AG
Die Zuschlagsposition 00.0015 muss unbedingt in einem schweizweit gleichen Absolutbetrag CHF eingeführt werden. Doppeltitelträger, welche hauptsächlich spezialärztlich tätig sind, sollten nicht am selben Tag beim selben Patienten spezialärztliche Tarifpositionen zusammen mit dem Grundversorgerzuschlag abrechnen dürfen. Wir verweisen auf die analoge Regelung, die vom Verband „Hausärzte Schweiz“ für den Entwurf des geplanten Tarmed-Kapitels 40 erarbeitet wurde. Hausbesuche und pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen gehören zu den unverzichtbaren haus- und kinderärztlichen Kernkompetenzen. Die Zuschlagsposition muss daher auch mit diesen Positionen kombinierbar sein, nicht nur mit der Grundkonsultation in der Praxis.	Ärzte TG
La position 00.0015 n’étant autorisée qu’au cabinet médical, cette limitation aura pour effet qu’une consultation en ville sera désormais plus chère – de 11 points supplémentaires – qu’une consultation ambulatoire dans les hôpitaux, en particulier dans notre canton où la valeur de point est identique. Elle entraînera un surcoût pour les patients qui consulteront au cabinet médical. Est-ce là un vrai soutien à la médecine de famille ou à la pédiatrie ? La méconnaissance du terrain par l’autorité fédérale est démontrée par le fait que les pédiatres ne pourront pas utiliser cette position tarifaire en plein, puisqu’ils facturent souvent par forfait (examens du jeune enfant).	AMG
Diese [Praktische Ärzte] gehören für uns wie geplant in die Verordnung integriert, da die „Praktischen Ärzte“ seit Jahren einen wichtigen Pfeiler in der Grundversorgung bilden. Hintergrund bei vielen „Praktischen Ärzten“ ist nämlich ein deutscher oder österreichischer Facharzttitel Allgemeine oder Innere Medizin, der bei der Anerkennung durch die Medizinalberufskommission fast immer in den Schweizer Titel „Praktischer Arzt“ umgewandelt wird.	Ärztezentren Deutschschweiz
Auch die Praktischen Ärzte sind Grundversorger und sie tragen auch einen Grossteil der gesamten Grundversorgerlast. Es gibt aber auch noch "Praktische Ärzte", die eigentlich Ärzte für Allgemeinmedizin sind und eine entsprechende Ausbildung erlangt haben. Bei uns im Ärztezentrum sind demnächst 3 Grundversorger und 3 Fachärzte beschäftigt, so dass für uns die ganze Angelegenheit sowieso ein Nullsummenspiel sein wird.	Mutschellen

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Eine Zusatzposition bevorzugt eine Berufsgruppe innerhalb des Tarifs ohne, dass diese dafür eine Mehrleistung zu erbringen hat. Dies entspricht nicht dem Grundsatz der Ausgewogenheit innerhalb der Tarifstruktur TARMED und des KVG's.	BUG
Die Gleichbehandlung der praktischen Ärzte würde falsche Anreize für den Ausbildungsweg der jungen Kollegen setzen. Der Zuschlag wird in Taxpunkten formuliert. Unserer Meinung nach, sollte dieser aber in Schweizer Franken definiert sein. Der Übergangszuschlag sollte auch für Hausbesuche und pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen gelten und nicht nur mit der Grundkonsultation in der Praxis verbunden sein.	Hausärzte GR
Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kindern bilden einen grossen Teil der kinderärztlichen, weniger auch der hausärztlichen Arbeit. Es ist nicht vorgesehen, diese Arbeiten mit dem neu vorgeschlagenen Zusatz zu verknüpfen. Insbesondere Kinderärzte werden dadurch in der Besserstellung benachteiligt, gerade die Fachgruppe in der Grundversorgung, die vom Einkommen her am schlechtesten gestellt ist. Der Besuch ist eine hausärztliche Grundleistung wie die Konsultation auch. Nur Kinderärzte und Hausärzte führen Besuche durch, vor allem auch im Rahmen des Notfalldiensts. Entsprechend würde mit dem Zulassen der Zusatzposition für den Besuch auch der Notfalldienst unterstützt. Bei den Doppeltitelträgern ist zu unterscheiden, in welcher Funktion sie arbeiten: wenn sie hausärztliche Verrichtungen durchführen, sollen sie (wie dies in der Tarifrevision vorgesehen ist) die Zuschlagsposition nutzen dürfen. Bei Arbeiten in ihrem Spezialfach wäre es aber ein Missbrauch der Intention, die Grundversorgung zu stärken. Entsprechend muss eine klare Differenzierung gemacht werden.	Hausärzte ZH
Eine qualitativ hochstehende fachärztliche Grundversorgung bedingt eine spezifische Ausbildung zum Grundversorger. Praktische Ärzte ohne Facharzttitel (…) erfüllen diese Anforderung nicht. Wir lehnen deshalb den Einbezug praktischer Ärzte in die Abrechnungsberechtigung dieses Übergangszuschlags ab. Die Haus- und Kinderärzte der Ostschweiz werden durch die Formulierung des Zuschlags in Taxpunkten grundlos benachteiligt, da hier der Taxpunktwert erheblich tiefer ist. Wir verlangen einen Zuschlag in Schweizer Franken, statt in Taxpunkten, der in der ganzen Schweiz gleich sein muss. Doppeltitelträger, welche hauptsächlich spezialärztlich tätig sind, sollten nicht am selben Tag beim selben Patienten spezialärztliche Tarifpositionen zusammen mit dem Grundversorger-Zuschlag abrechnen dürfen. Der Übergangszuschlag muss daher auch mit diesen Positionen [Hausbesuche und pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen] kombinierbar sein.	HKO
(…) il est particulièrement paradoxal, injuste et inconcevable que les collègues porteur du simple Titre fédéral de «médecin praticien» aient accès aux mêmes rémunérations que ceux qui en ont nettement plus mérité. Cette injustice n'est pas non plus un «signe» propice à encourager la «relève» à se lancer dans le cursus difficile qui conduit à l'obtention du Titre fédéral de Médecine Interne générale.	MFGe
L'Association vaudoise des médecins de famille demande instamment d'autoriser la facturation du supplément avec les visites à domicile et de le faire figurer dans le Tarmed. Seuls les porteurs des titres MIG (Médecine interne générale) ou de Pédiatre possèdent cette qualification, à l'inverse des médecins praticiens. Il faut maintenir et soutenir le niveau de qualité élevée de la médecine de famille et l'enfance. Les porteurs de deux titres de spécialiste devraient pouvoir profiter de la réévaluation quand ils offrent leurs prestations de médecin de famille ou de l'enfance. Nous proposons, de manière analogue au projet de chapitre 40, que les autorisations de facturation des porteurs de deux titres soient précisées et que ces derniers ne puissent facturer, pour le même patient et dans une même journée, que leurs prestations soit comme médecin de famille soit selon leur autre titre. Ainsi il faudrait préciser avec quelles positions le supplément n'est *pas* combinable . Il faut absolument que le supplément ne soit pas combinable avec les prestations spécialisées.	MFVaud
Nous saluons la volonté du Conseil fédéral de revaloriser la fonction de médecin de famille. Enfin, la revalorisation devrait être centrée sur les médecins détenteurs d'un titre de spécialiste (médecine interne générale, pédiatrie) et ne devrait pas s'appliquer aux	SMCF

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
médecins praticiens, qui ne peuvent pas justifier d'une formation postgraduée équivalente aux spécialistes précités.	
Nous soutenons en tout point la prise de position détaillée de MFE Suisse, notamment sur la nécessité que ce supplément puisse être combiné avec les positions de dépistage, car celles-ci représentent une partie importante et fréquente des soins pédiatriques de base.	SGP (Pédiatre Genève)
Il existe aujourd'hui un consensus sur la nécessité de revaloriser la médecine de famille auquel la SVM adhère pleinement. Dans le détail de l'ordonnance, nous ne souscrivons pas à l'extension automatique de cette revalorisation, sans autre pré-requis, aux médecins praticiens, dont la formation est moins complète que celle des médecins spécialistes en médecine interne générale ou en pédiatrie.	SVM
Wir schlagen vor, dass der Konsultationszuschlag auch von Hausärzten, die in von Hausärzten geführten, an Spitälern angegliederten Notfallstationen arbeiten, im Rahmen einer Ausnahmeregelung abgerechnet werden kann. Dies schiene uns ein wichtiges Signal zu sein in Richtung Netzwerkarbeit und Förderung der Zusammenarbeit zwischen Spitälern und ambulanten Netzwerken.	WÄV
Privatpersonen	
[Qualitative Dignität:] Um Missbräuche zu verhindern, muss sich ein Facharzt mit verschiedenen Titeln entscheiden, ob er weiter in seiner Spezialität oder als Grundversorger abrechnen will. Andernfalls ist zu erwarten, dass Doppelträger von Facharzttiteln von Fall zu Fall und sogar von Konsultation zu Konsultation die günstigere Dignität wählen und damit die ursprüngliche Absicht der Tarifkorrektur unterlaufen. Es ist richtig, dass ambulante Dienste der Spitäler von dieser Tarifposition ausgeschlossen bleiben. Damit wird der kostentreibenden Tendenz entgegengewirkt, über Spitalambulatorien Patienten für den stationären Bereich und die teuren Zusatzleistungen der Spitäler anzulocken.	Fischer
Die Tarifposition 15 wertet jedoch gleichzeitig Kurzkonsultationen (Patienten im 5-bis 10-Minuten-Takt) auf gegenüber dem tiefergehenden Patientengespräch. In meinem Arbeitsalltag mache ich jedoch die Erfahrung, dass sich ein bisschen mehr Zeitinvestition für ein adäquates Patientengespräch lohnt.	Kloter

Bemerkungen zum Anhang Ziffer 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Kantone	
Die lineare Kürzung von 9% im Bereich der Spezialdisziplinen wird allerdings der Komplexität des Tarifwerks mit seinen rund 4‘500 Positionen nicht gerecht. Der Regierungsrat ist darum von der Notwendigkeit einer differenzierteren Tarifrevision überzeugt und befürwortet in diesem Sinne den Status der Verordnung über die Anpassung der Tarifstrukturen in der Krankenversicherung als Übergangsmassnahme.	AG
Wir schlagen aber vor, dass die Senkung der TL ab Inkraftsetzungstermin bis Ende 2015 nur 5% beträgt, also eine geteilte Gegenfinanzierung über die ambulanten Leistungserbringer und die Krankenversicherer stattfindet. Dies erhöht auf *allen* Seiten den Verhandlungsdruck für eine Gesamtrevision. Der Vorschlag entspricht auch der während der Verhandlungen zum Masterplan geäusserten Bereitschaft des Departementsvorstehers EDI, die Gegenfinanzierung in einem zeitlich überschaubaren Rahmen zu etappieren. Sollte bis Ende 2015 keine zwischen den Tarifpartnern einvernehmliche Gesamtrevision vorliegen, könnte im Sinne der Etappierung die Senkung der TL um weitere 4% vorgesehen werden.	BS
Le projet d’ordonnance et son transfert des revenus posent cependant un problème très important pour les hôpitaux. Sur la base des données TARMED 2013 du seul hôpital fribourgeois HFR, le manque à gagner de l’établissement peut être estimé à CHF 3.3 millions. Il est vraisemblable que dans ce contexte les hôpitaux publics n’aient pas d’autre choix que de se retourner vers le canton pour obtenir une compensation du manque à gagner. Si l’Etat entre en matière, alors l’amélioration de la rémunération des médecins de premier recours sera financée, au moins partiellement, par les pouvoirs publics, ce qui n’est pas acceptable. Par conséquent, une baisse linéaire de la rémunération aura un impact baissier sur les montants facturés pris en compte dans les négociations, ce qui pénalisera encore davantage les fournisseurs de prestations dans les procédures présentes et futures.	FR
Die vorgeschlagene lineare Senkung der Technischen Leistungen (TL) um 9 Prozent und der Ausschluss der Spitalambulatorien von der Möglichkeit der Zuschlagsverrechnung bescheren den Spitälern erhebliche Mindereinnahmen. Die Entschädigungsmodelle für Spitalkaderärzte sehen vielerorts eine Vergütung der Ärztlichen Leistung (AL) zugunsten der Ärztin oder des Arztes vor. Die vorgeschlagenen Abschläge werden sich dort gerade nicht auf die Einkommenssituation der Kaderpersonen auswirken, sondern als Mindereinnahmen vollumfänglich von den Spitälern zu tragen sein. Wir beantragen einen linearen Abschlag sowohl der Technischen (TL) als auch der Ärztlichen Leistungen (AL) in den vorgesehenen Kapiteln.	GL
A l’instar de la CDS, le Gouvernement propose que l’évaluation des prestations techniques ne soit que de 5% depuis la date d’entrée en vigueur de l’ordonnance jusqu’à la fin 2015, c’est-à-dire qu’un contre-financement réparti entre les prestataires ambulatoires et les assureur-maladie intervienne. Cela accroît de tous côtés la pression à négocier en vue d’une révision globale. Comme H+, le Gouvernement est d’avis que les coupes linéaires contribuent à accroître le déficit de couverture des prestations TARMED dans les hôpitaux au niveau national. Les millions économisés par les assureurs seront en grande partie supportés par les cantons pour les établissements publics. Par ailleurs, l’estimation donnée par l’OFSP nous semble nettement sous-estimée. Sur la base de l’activité 2013 de l’Hôpital du Jura, un manque à gagner de près de 1 million de francs est à prévoir suite aux modifications prévues par le projet d’ordonnance. En rapportant cela au niveau national, cela représenterait une réduction du chiffre d’affaires des hôpitaux de près d’un milliard de francs. Le Gouvernement demande un monitoring spécifique à cette modification afin d’en assurer l’efficacité ex post.	JU
Um den Druck auf beide Tarifpartner zu erhöhen, schlagen wir vor, die Taxpunkte bei den technischen Leistungen nur um 5 % zu kürzen und damit auch den Druck auf die Krankenversicherer zu erhöhen.	LU
La baisse linéaire de 9% des prestations techniques de certaines positions du TARMED	NE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
n'est pas une approche idéale dans la mesure où elle ne pose pas la question de la pertinence de la structure tarifaire pour chacune des spécialités médicales concernées. De plus, la structure révisée ne représenterait pas les coûts de la fourniture des prestations médicales de manière réaliste et correcte sur le plan économique, ce en contradiction avec les exigences de l'art. 43 LAMaI. La solution proposée dans l'ordonnance ne semble poser des incitatifs en ce sens que pour les seconds [médecins/hôpitaux], mais pas pour les premiers [assureurs-maladie] qui se reposent derrière le principe de neutralité des coûts. Il nous paraîtrait pertinent de réduire la valorisation des prestations techniques de 5% au lieu de 9%, limitant les effets positifs pour les assureurs-maladie et augmentant de fait la pression sur les deux parties en vue d'une renégociation de la structure tarifaire. Par ailleurs, les hôpitaux privilégient, notamment pour le confort du patient, les prises en charge ambulatoires plutôt que stationnaires lorsque les deux modes de prise en charge peuvent être proposés. Cependant, l'impact sur leurs revenus de la revalorisation à la baisse de certaines prestations ambulatoires pourrait être suffisamment important pour pousser ces institutions à revoir leur mode de prise en charge. Cette situation pourrait faire augmenter les coûts de la santé en général, et ceux à charge de l'Etat en particulier, même si ceux à charge de l'AOS diminueraient. Le canton serait finalement appelé à financer la revalorisation de la médecine de premier recours dans le cadre de l'AOS, ce qui n'est ni souhaitable, ni acceptable.	
Die Reduktion bei den technischen Leistungen der Verordnung müsste so nicht mehr 9% sondern nur noch ungefähr 6% betragen. Der Kanton Nidwalden vertritt nun die Meinung, dass die Reduktion der technischen Leistungen bis Ende 2015 nur 3% anstelle dieser 6% betragen soll. Die restlichen 3% sollen die Krankenversicherer im Sinne einer Etappierung mittragen. Die Umverteilung zugunsten der Hausärzte belastet auch so den spitalambulanten Bereich immer noch stark. Die Kantone würden so indirekt gemeinsam mit den Spezialärzten und bis 2015 mit den Krankenversicherern die Hauptlast dieser Umverteilung tragen.	NW
Wenn immer möglich würden wir eine datenbasierte Lösung einer linearen Kürzung vorziehen. In Anbetracht der Tatsache, dass eine genaue betriebswirtschaftliche Beurteilung der Zu- und Abschläge wegen fehlender Daten momentan nicht möglich ist, beurteilen wir die vorgeschlagene Variante jedoch als politisch sinnvoll und vertretbar.	SZ
Infine pur condividendo l'esigenza di compensare il previsto maggior riconoscimento per le prestazioni dei medici di famiglia mediante una riduzione in altri ambiti a garanzia della neutralità dei costi, chiediamo di valutare nuovamente con attenzione le specificità dei settori che verrebbero toccati. Segnaliamo in particolare il campo della patologia clinica, nel quale in Ticino opera un istituto posto direttamente sotto l'organizzazione amministrativa statale. In questo campo già oggi diverse prestazioni non sono riconosciute dal sistema tariffale, che secondo la società svizzera di patologia (SGPath) e obsolete e non copre adeguatamente i costi. La diminuzione del 9% delle tariffe si tradurebbe per L'Istituto cantonale di patologia in un bilancio d'esercizio negativo.	TI
Kritisch beurteilt der Regierungsrat hingegen den Vorschlag, zur Gegenfinanzierung in ausgewählten Spezialarztbereichen nur die Taxpunkte der technischen Leistungen zu kürzen und nicht auch jene der ärztlichen Leistungen. (…) trifft die alleinige reduzierte Abgeltung der technischen Leistung im spitalambulanten Bereich nur das Spital als Besitzerin der Infrastruktur. Ohne anteilsmässige Kürzung der ärztlichen Leistungsabgeltung tragen die Belegärztinnen und Belegärzte wenig oder gar nicht zur kostenneutralen Besserstellung der ärztlichen Grundversorger bei. (…) beantragen wir eine Aufteilung der Kürzung, nämlich um 5 Prozent bei den technischen Leistungen und um 4 Prozent bei den ärztlichen Leistungen.	UR
Or, de notre point de vue, la neutralité des coûts entre la revalorisation des médecins de premiers recours et la réduction tarifaire des prestations techniques ne doit pas être absolue en raison de ses potentiels effets en dehors du champ médical. En effet, dans l'hypothèse ou le contre-financement prévu ne permettrait pas de compenser la revalorisation des prestations de médecins de premier recours, les assureurs-maladie seront enclins à rechercher une compensation financière par un durcissement de conditions de négociation tarifaires dans d'autres secteurs que le secteur ambulatoire médical.	VD
Pour le reste, nous nous rallions à la position de la Conférence suisse des directrices et	VS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
directeurs cantonaux de la santé (CDS), qui émet également un avis favorable à l'adaptation des structures tarifaires dans l'assurance maladie, à la seule différence qu'elle propose une réduction de l'ordre de 5% plutôt que de 9% comme le prévoit le projet d'ordonnance.	
Die Kürzung betrifft zudem einen willkürlich ausgewählten Teil der technischen Leistungen. Ein solcher Eingriff sollte jedoch ausschliesslich auf gesicherter betriebswirtschaftlicher Datengrundlage erfolgen.	ZG
Politische Parteien	
Par ailleurs, le PS juge Ia réduction linéaire indifférenciée des points tarifaires de certaines prestations techniques problématique, car en moyenne plus d'un tiers des frais liés à l'infrastructure nécessaire ont trait aux salaires du personnel non médical. Au surplus, l'important manque à gagner pour les hôpitaux aura pour conséquence d'augmenter le déficit de Ia couverture des coûts ambulatoires hospitaliers et, potentiellement, de générer des programmes d'économies. Cela risque d'entraîner à nouveau de fortes pressions sur le personnel concerné, ce qui n'est pas acceptable aux yeux du PS.	SPS
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	
Die lineare Kürzung technischer Leistungen umfasst wichtige Leistungen von nicht-ärztlichem Personal, die vielfach in den Spitalambulatorien erbracht werden. Die Auswirkungen der Kürzung werden den Druck auf das Personal im Spital weiter erhöhen, was aus gewerkschaftlicher Sicht klar abzulehnen ist.	SGB
Elle est d'autant plus choquante qu'elle s'accompagne d'une baisse arbitraire et linéaire de 9% des points de prestations techniques. Ce procédé, qui contourne les partenaires tarifaires, pénalise à nouveau les hôpitaux et les cliniques. Les coupes linéaires (…) ne semblent pas conformes aux règles économiques et aux principes de la loi sur l'assurance-maladie.	CP
Organisationen des Gesundheitswesens	
Die Kürzung der Technischen Leistung (TL) um 9% bei den 14 definierten Kapiteln ist aus Sicht der FMH weder sachgerecht noch betriebswirtschaftlich begründet: Es werden primär Kapitel mit absolut gesehen hohen Zuwächsen bei den Taxpunkt-Volumina ausgewählt. Logischerweise sind hier absolut gesehen auch die Volumina über drei Jahre vergleichsweise stark angestiegen. Von der überdurchschnittlichen absoluten Steigerung bei den ausgewählten Kapiteln auf besondere Effizienzgewinne zu schliessen ist aus Sicht der FMH deshalb spekulativ. Ein hoher Anteil der Steigerung der TL an der gesamten Steigerung (AL und TL) in einem Kapitel, ergibt sich bei einem hohen Gewicht der Infrastruktur im Vergleich zu den Gesamtkosten. Dies ist aber kein Indikator dafür, dass ein solches Kapitel überbewertet ist. Kapitel, die erst kürzlich revidiert wurden, werden ebenfalls gekürzt. Durch die Kürzung ganzer Kapitel wird in keinster Weise berücksichtigt, dass sich die Einzelleistungen innerhalb der Kapitel seit der ursprünglichen Tarifierung höchst unterschiedlich entwickelt haben. Die Kürzung der TL betrifft tarifarisch gesehen die Angestellten-Löhne in hohem Masse: Durchschnittlich 39% der Kosten, die mit der TL abgedeckt werden, sind Personalkosten. Bei vielen von den Kürzungen betroffenen Spezialitäten haben sich die Qualitätsstandards und die Anforderungen an die Patientensicherheit in den letzten Jahren wesentlich erhöht. (…) sieht die FMH keine gesetzliche Grundlage, warum durch eine sachgerechte Abbildung der Hausärzte die Spezialistenleistungen zwingend um den genau gleichen Betrag „günstiger" werden müssen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist dies nicht nachvollziehbar. Die Frage, ob alle betroffenen Leistungen nach den Kürzungen noch kostendeckend erbracht werden können, wird völlig ausgeklammert; die möglichen Auswirkungen auf den Alltag in Arztpraxis und Spital werden ausgeblendet.	FMH
Es kommt hinzu, dass als Folge fehlenden Zahlenmaterials, relativ willkürlich einzelne Bereiche herausgegriffen und linear gekürzt werden. Dies ist nicht sachlich und daher unzulässig. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der AEGLU ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der KKA.*	KKA / AEGLU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die bezeichneten vierzehn Kapitel, welche einen Abschlag zu gewärtigen haben, sind plausibel begründet. Zudem erfolgt der Eingriff einzig auf der technischen Leistung. Auch wenn dort Personalkosten mitenthalten sind (…), dürften die technisch bedingten Kostensenkungen in diesen Kapitel überwiegen. Wir halten die ergriffenen Massnahmen als vertretbar, weil sie einerseits in den betroffenen Bereichen der Tendenz der Kostenentwicklung entsprechen dürfte und andererseits der vom eidgenössischen Parlament politisch gewollten Stossrichtung entsprechen. Zudem hält das vorgeschlagene Vorgehen den nötigen Druck auf die Tarifpartner aufrecht. (…) absehbar, dass die erwachsenden Mindereinnahmen in Spitälern binnen kurzer Zeit durch das laufende Mengenwachstum kompensiert werden.	GDK
Spitäler werden von der Besserstellung der Grundversorgung im Verordnungsentwurf explizit ausgenommen, obwohl sie einen grossen Teil der Grundversorgung abdecken. Zudem leisten die Polikliniken und Ambulatorien in den Spitälern einen wertvollen und gewichtigen Beitrag für die ärztliche Weiterbildung, welcher in den Arztpraxen nicht aufgefangen bzw. kompensiert werden kann. Die 100 Millionen Franken zusätzliche Belastung jährlich sind für die Spitäler zum heutigen Zeitpunkt schwer zu verkraften. Die Einsparungen werden mit Sicherheit auch zu Lasten des bereits heute sehr stark beanspruchten Personals erfolgen. Wir erlauben uns auch darauf hinzuweisen, dass durchschnittlich 39% der Kosten, die über die technische Leistung abgegolten werden, Löhne des nichtärztlichen Personals sind. Die vorgeschlagene lineare Kürzung um 9% der technischen Leistungen wird somit eher zu einer Senkung der Löhne der Angestellten in Arztpraxen und in den Spitälern als zu einer Verlagerung von Spezialisten- zu Grundversorgereinkommen führen.	VSAO
Die Tarifsenkung der technischen Leistung um 9% liegt um ca. 10 % höher als notwendig wäre, um die Grundversorger um 200 Millionen besserzustellen. Die Umverteilung über IV, MV und SUVA sind in der Berechnung nicht berücksichtigt. Dasselbe gilt für Kosten, welche die Patienten mit einer hohen Franchise selbst übernehmen. Es ist nicht einzusehen, weshalb die Senkung der TL um 9% auf 14 Kapitel eingeschränkt werden soll. Dies entspricht einer willkürlichen Ungleichbehandlung. In allen 14 betroffenen Kapiteln wird diese Massnahme auch auf Positionen angewendet, die dieser Anforderung [überproportionaler Anstieg] nicht entsprechen. Die undifferenzierte, pauschale Senkung der technischen Leistungen widerspricht dem Grundsatz, dass die Tarife auf betriebswirtschaftlichen Grundlagen basieren müssen. (KVG Art. 32)	SBV
Hinsichtlich der fehlenden Notwendigkeit, Berechenbarkeit, betriebswirtschaftlichen Begründetheit sowie Sachgerechtigkeit der geplanten linearen Kürzungen der TL (…) können wir vollumfänglich auf die Vernehmlassung der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) verweisen. Falls diese Senkung um 9% realisiert wird, so würde dies die ambulante Durchführung verschiedener operativer Eingriffe verunmöglichen. Dies [TL-Kürzung sei Fehleingriff] vor allem auch vor dem Hintergrund, dass nach so langer Zeit aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht wohl eher Erhöhungen denn eine Senkung dieser TL-Positionen zur Diskussion stehen dürften! [Antrag:] (…) auf die Anpassungen gemäss Ziff. 2 des Anhangs sei ersatzlos zu verzichten.	VLSS
Die vorgeschlagene lineare Kürzung von Technischen Leistungen (TL) in einigen Tarmed-Kapiteln um 9% erachten wir als falschen Ansatz, denn dadurch wir eine Aufwertung der Ärztlichen Leistung (AL) durch die Abwertung der TL quersubventioniert. Eine solche Methode ist aus tariftechnischer Sicht unbefriedigend. Gleichwohl erfüllt sie als pragmatische, zeitlich limitierte Übergangslösung ihren Zweck. In diesem Sinne können wir mit dem Vorschlag einverstanden sein.	Hausärzte Schweiz
Wenn nun mittels Verordnung eine lineare Kürzung der Taxpunkte für die technische Leistung (TL) vorgenommen wird, erfolgt die Kürzung dort, wo vermutlich in vielen Positionen die technische Leistung eher zu niedrig tarifiert ist. Das Verhältnis der Taxpunkte der AL zu denen der TL ist in der Tarifstruktur pro Leistungsposition vorgegeben. Der in der Verordnung beschriebene „starke Anstieg“ des Netto-Taxpunktvolumens TL in den letzten Jahren ist eine Folge des Gesamtvolumenanstiegs der (Spezialisten-)Kapitel und ist nicht auf eine signifikante Verschiebung in	Curafutura

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Richtung TL zurückzuführen. curafutura lehnt (…) eine isolierte lineare Kürzung der technischen Leistungen ohne Berücksichtigung der ärztlichen Leistungen ab. Curafutura lehnt die ungewichtete Kürzung ab. Die Kürzungen sollten sich auf Bereiche mit dem höchsten Mengenwachstum konzentrieren.	
Die Kürzung der technischen Leistungen für Tarifpositionen von 14 ausgewählten Kapiteln um 9 Prozent kann als zielführend betrachtet werden. Insbesondere darum, weil damit die Kostenneutralität sichergestellt wird. Die Berechnungen von santésuisse zeigen, dass die Grundversorger durch die Kürzung der Taxpunkte bei den technischen Leistungen ebenfalls betroffen sind. So bezahlen die Grundversorger rund Franken 13 Millionen oder 5.8 Prozent der gesamten Einsparungen von rund Franken 218 Millionen. Namentlich in den Kapiteln 17 Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen und 37 Bildgebende Verfahren sind die Grundversorger von der Kürzung frankenmässig am stärksten betroffen.	Santésuisse
Spitäler	
Die im Kommentar zum Verordnungsentwurf angewandte Methode, mit welcher von den Taxpunktvolumina auf eine unsachgerechte und nicht-betriebswirtschaftliche Tarifstruktur geschlossen wird, entbehrt bei genauerer Betrachtungsweise jeder Grundlage. Die angewandte Methode ist selber nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich. Die Steigerung der Taxpunktvolumina erstaunt nicht. Es gibt im Wesentlichen vier Gründe dafür. Erstens wünscht sich jede Patientin, jeder Patient eine zeitgemässe Behandlung. Die Neuerungen fanden vor allem bei der Bildgebung und minimalinvasiven Operationen statt, weshalb es nicht erstaunlich ist, dass die Leistungen dort mehr ansteigen. Hinzu kommt zweitens das Bevölkerungswachstum von 9.2% zwischen Anfang 2004 und Ende 2012. Drittens trägt die Förderung der integrierten Versorgung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Spitälern und Kliniken dazu bei. Spitäler entlasten die Hausärztinnen und –ärzte im Bereich der Notfallversorgung. Viertens fordern Bund und Kantone seit Jahren eine Verschiebung von stationären Behandlungen hin zu ambulanten, was auch zunehmend geschieht. (…) die technischen Leistungen, die gekürzt werden sollen, auch alle nichtärztlichen Personalkosten beinhalten. Die Lohnkosten im Gesundheits- und Sozialwesen sind von der Einführung von TARMED im 2004 bis im Jahr 2010 um 9.8% angestiegen, seit 1995 (Berechnungsbasis für die TL) gar um über 20%. Zudem müssen immer mehr staatliche Auflagen des Bundes und der Kantone erfüllt werden für Personal, Geräte und Bauten: Arbeits- und Ruhezeiten, Strahlenschutz, Qualitätskontrollen, Dokumentation, etc. Die lineare Senkung der technischen Leistungen TL betrifft auch Positionen, die immer noch sachgerecht sind, was nicht das Ziel von Art. 43, Abs. 5bis KVG sein kann. Der Entwurf verpasst es sachgerecht zu beweisen, dass in den vierzehn ausgewählten Kapiteln die Tarifstruktur nicht mehr sachgemäss und betriebswirtschaftlich bemessen ist. Es ist auch nicht sachgerecht, Kapitel mit kleinen Volumina auszunehmen. H+ geht davon aus, dass es sich um eine willkürliche Auswahl von Kapiteln handelt, um die versprochenen Mehrausgaben zu kompensieren. Hinzu kommt, dass auch die Kürzung in der Höhe von 9% so gewählt wurde, um die zugesagten CHF 200 Mio. zu kompensieren. Es gibt auch keinen Beleg, dass die lineare Kürzung zu einer sachgerechteren und betriebswirtschaftlicheren Tarifstruktur führen würde.	H+
Der Effekt der vorgeschlagenen Massnahmen beträgt gemäss den detailliert erstellten Hochrechnungen in den fünf Universitätsspitälern (ohne selbständige Universitätskinderspitäler und ohne selbständige Universitätspsychiatrien) zusammengenommen CHF 28 Mio. pro Jahr oder rund 14% der politisch angestrebten Gegenfinanzierung. Wir weisen Sie darauf hin, dass mit dem Eingriff in die Technischen Leistungen (TL) nicht etwa die Honorareinkommen von Spezialärzten an unseren Spitälern getroffen werden, sondern allein die Spitäler als Institutionen. Sie entziehen damit den fünf grössten Institutionen der Weiterbildung auch von Grundversorgerinnen und Grundversorgern, beziehungsweise unseren Trägerschaften und damit letztendlich den kantonalen Steuerzahlern finanzielles Substrat, um kurzfristig ein nationales politisches Ziel zu finanzieren.	Universitätsspitäler

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die VNS/UPK lehnt diese Kürzung ab, denn sie ist sachlich nicht begründbar und führt zu willkürlichen Ungleichbehandlungen verschiedener Leistungserbringer: Es ist in keiner Weise nachgewiesen und wird auch durch die Ergebnisse der Evaluation der EFK nicht nahegelegt, dass die technischen Leistungen gerade in den ausgewählten 14 Kapiteln nicht mehr sachgerecht im Sinne des Gesetzes wären. Die Schlussfolgerung des Bundesrates, das überdurchschnittliche Wachstum in diesen Kapiteln belege, dass es Produktivitätsgewinne gegeben habe, die zumindest teilweise kompensiert werden müssten, ist angesichts der Vielzahl von Gründen, die zu einer Steigerung des Taxpunktvolumens führen können, geradezu willkürlich. Ebenso wenig sachlich begründet ist die Herleitung der 9 %, um welche die Taxpunkte der technischen Leistungen gekürzt werden sollen. Denn der Ausgangspunkt für die Herleitung dieser Grösse sind nicht nachgewiesene Mängel der Tarifstruktur, sondern vielmehr wiederum die rein politisch definierten Fr. 200 Mio.	VNS / Lukas Klinik / UPK
Gemäss Entscheid der Paritätischen Interpretationskommission TarMed vom 21.11.2013 resp. PIK-Antrag I-13010 PET/CT werden bereits, je nach Leistung, die TL um 10% - 22.8% reduziert um den Anforderungen des BAG resp. der Versicherer bezüglich Verrechenbarkeit PET/CT in gleicher Sitzung zu genügen. Eine weitere lineare Senkung der TL, wie geplant, würde im Bereich Nuklearmedizin somit zu einer durchschnittlichen effektiven Senkung der TL um rund 25% führen. Es kann nicht im Sinne des BAG sein, dass durch die Aufwertung der Hausarztmedizin einer gesamten Berufssparte, der Nuklearmedizin, die wirtschaftliche Existenzgrundlage entzogen wird.	Claraspital
Wir lehnen diese Kürzung ab, denn sie ist sachlich nicht begründbar und führt zu willkürlichen Ungleichbehandlungen verschiedener Leistungserbringer: Die Auswahl der Kapitel erfolgte offenbar allein mit Blick auf das Wachstum des Taxpunktvolumens in diesen Kapiteln in den vergangenen Jahren. Die Schlussfolgerungen des Bundesrates, dass ein überdurchschnittliches Wachstum in diesen Kapiteln belegt sei und es Produktivitätsgewinne gegeben habe, die zumindest teilweise kompensiert werden müssten, ist angesichts der Vielzahl von Gründen, die zu einer Steigerung des Taxpunktvolumens führen können, geradezu willkürlich. Ebenso wenig sachlich begründet ist die Herleitung der 9 %, um welche die Taxpunkte der technischen Leistungen gekürzt werden sollen. Denn der Ausgangspunkt für die Herleitung dieser Grösse sind nicht nachgewiesene Mängel der Tarifstruktur, sondern vielmehr wiederum die rein politisch definierten Fr. 200 Mio., um welche der Bundesrat die Grundversorger zulasten der übrigen Leistungserbringer besser stellen will. Im Ergebnis ist die Senkung der Taxpunkte weder hinsichtlich der Auswahl der betroffenen Leistungen noch hinsichtlich der Höhe sachlich gerechtfertigt. Es kann nicht angehen, gestützt auf Art. 43 Abs. 5bis KVG eine (angeblich) nicht sachgerechte Tarifstruktur durch eine neue (nachweislich) nicht sachgerechte Tarifstruktur abzulösen. Mit seinem pauschalen Vorgehen überschreitet der Bundesrat seine Kompetenzen nach Art. 43 Abs. 5bis KVG, verletzt die Tarifgrundsätze des KVG und verstösst gegen das verfassungsrechtliche Gleichbehandlungsgebot. Entgegen seinen Aussagen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens, missbraucht der Bundesrat seine neue Kompetenz nach Art. 43 Abs. 5bis bereits beim ersten Anwendungsfall für rein politische Zwecke. Dafür wurde die neue Gesetzesbestimmung nicht geschaffen.	Claraspital / Merian Iselin / KSBL
Gesamtschweizerische Fachgesellschaften	
Wir erachten die Begründung der linearen Kürzung von 9% der Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) für Tarifpositionen von 14 Kapiteln als völlig unzureichend. Die Umverteilung angeblicher Produktivitätsgewinne von den technischen zu den intellektuellen Leistungen wird nicht auf der Basis betriebswirtschaftlicher Evidenz vollzogen. Der Kommentar zum Entwurf der Verordnung hält selber fest, dass nur die Tarifpartner in der Lage sind, die exakten Verhältnisse der Produktivitätsgewinne je Leistung zu ermitteln. Die dem Bundesrat zur Verfügung stehenden Daten erlauben es ihm nicht, auf Ebene der einzelnen Leistungspositionen differenzierte Eingriffe vorzunehmen“ (S. 6/9). So kann auch nicht nachvollzogen werden, wie der Bundesrat zum Schluss gelangt, mit einer linearen Kürzung werde möglichst wenig in die Tarifstruktur eingegriffen.	FASMED
Gemäss Bestimmungen des KVG müsste der Bundesrat auch hier nachweisen, dass sämtliche gekürzten Leistungen in diesen Kapiteln um 9,0 Prozent überbewertet sind	fmCh / SGGG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
und dass durch die Kürzungen die Sachgerechtigkeit wiederhergestellt wird. Dazu fehlen ihm die notwendigen Datengrundlagen. An erster Stelle der Rangliste [TARMED-Kapitel nach Steigerungsraten] steht aber ausgerechnet das Kapitel 00. An dritter Stelle der Rangliste steht das Kapitel 02 Psychiatrie. (…)[diese] Kapitel hat der Bundesrat nachträglich aus der Rangliste entfernt. Eine Logik ist hier beim besten Willen nicht erkennbar. Schliesslich ist auch das Kapitel 28 Anästhesie aus der Rangliste entfernt worden. Dieser Entscheid wird leider nicht weiter begründet und kann deshalb nicht näher beurteilt werden. Weiter ist anzumerken, dass das Kapitel 29 Schmerztherapie erst vor weniger als 2 Jahren grundsätzlich revidiert und per 1. Juni 2012 in Kraft gesetzt wurde. Dass in dieser kurzen Zeit schon konsistente und vergleichbare Daten vorliegen, die eine Kürzung zum jetzigen Zeitpunkt rechtfertigen, ist nicht sachgerecht. Es ist offensichtlich, dass das Auswahlkriterium „Volumenzuwachs der Taxpunkte der technischen Leistungen" nicht zweckmässig ist, das verfolgte Ziel einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen zu erreichen. Damit wird die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur (…) stark gestört. Überdies wird so die ebenfalls vom Gesetz verlangte Kohärenz der Tarifstruktur verletzt. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der SGGG (gynécologie suisse) ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der fmCh. Zusätzlich eingebrachte Beispiele und Ausführungen der SGGG siehe unter Verfasser/Auteurs/Autori „SGGG".*	
Der geplante Eingriff einer wahllosen, linearen Senkung der Technischen Leistung (TL) der Spezialärzte widerspricht schwerwiegend einem Grundprinzip des TARMED (…): Der Tarif hat sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt zu sein. Eine generelle Senkung bei allen Ärztegruppen ist betriebswirtschaftlich nicht zu begründen und ist nicht sachgerecht. Es wurde auch kaum berücksichtigt, dass die Löhne der Medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten, MPA über die Technischen Leistungen (TL) gerechnet werden. Dass die Leistungen im Kap. 02 als erweiterte Grundversorgung betrachtet werden, begrüssen wir sehr.	FMPP
Die Querfinanzierung des Zuschlags aus der TL Komponente einiger Tarmed-Kapitel ist ökonomisch und sachlich nicht zu begründen. Die TL-Komponente ist ja nicht bloss, wie insinuiert, die „Apparatemedizin", sondern beinhaltet überwiegend Löhne des nichtärztlichen Praxispersonals und den Raumaufwand. Wir können diese Finanzierung daher nur als Überganslösung akzeptieren.	HKO
Die Auswahl der Kapitel sowie die Höhe der Kürzung von 9% sind weder auf betriebswirtschaftliche Berechnungen gestützt, noch sachgerecht und entsprechen deshalb einer willkürlichen Diskriminierung einiger Berufskörper. In der Begründung des BR findet man jedoch keine differenzierte Analyse der Gründe dieser Zunahme [Zunahme der technischen Leistungen]. Dass mindestens ein Teil dieser Entwicklung auf die Verschiebung von technischen Leistungen aus dem stationären in den ambulante Bereich als Folge des DRG, die Überalterung der Bevölkerung, die Veränderung der Erwartung an spezialisierte Leistungen auch bei betagten Patienten und die Einführung von neuen technischen Möglichkeiten zurückzuführen sind, ignoriert der BR.	SGA / SGK
(…) il est inacceptable d'envisager de contre-financer ces 200 millions par une coupe linéaire de 9% sur l'ensemble des prestations techniques spécialisées. Ces prestations n'ont absolument pas toutes les mêmes possibilités d'économie. Si nous prenons l'exemple des prestations techniques les plus utilisées par les allergologues que sont les tests cutanés et les mesures de la fonction respiratoire, force est de constater qu'il n'y a aucun potentiel d'économie, le matériel étant très simple, sans amélioration technique depuis des années, de coût croissant néanmoins, de même que celui du personnel et des locaux nécessaires à les effectuer.	SGAI
Die SGAM schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Hausärzte Schweiz an.	SGAM
Nous estimons l'idée d'abaisser la valeur de la prestation technique inadéquate pour les raisons suivantes: - Les prestations techniques (…) se fondent sur des paramètres économiques précis et mesurés, (sur la base des valeurs de 1994!) (…) Nous attendons du Conseil fédéral qu'il prouve que les prestations techniques sont surévaluées dans les chapitres du	SGDV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Tarmed réservés aux spécialistes, alors qu'ils sont corrects pour d'autres. Cela correspond clairement à une différence de traitement entre les médecins, qui ne saurait être le fait d'un état de droit. (…) il faudrait pouvoir prouver sur quels éléments objectifs la valeur de 9% de diminution qui frappe certaines spécialités a été calculée. En optant pour une réduction linéaire (…) on s'écarte du principe de l'objectivité. - On peut donc s'attendre à voir ces diminutions se multiplier et s'amplifier mutuellement avec les conséquences dramatiques que l'on peut imaginer sur la qualité des soins, puisque, avec les nouveaux prix des prestations, nous ne serons plus en mesure d'assumer les coûts d'exploitation. - Ce sont les femmes qui seront particulièrement atteintes par cette mesure. Un abaissement du chiffre d'affaire avec des charges constantes, conduira à une baisse de revenu qui ne permettra plus à ces femmes médecin d'exercer, pour des raisons de rentabilité, ce qui est tout à fait contraire à la politique fédérale. - la baisse des prestations techniques va avoir de lourdes répercussions sur les investissements, l'entretien et le renouvellement du matériel technique et donc sur la qualité des soins! - La baisse de 9% de la prestation technique, sans discrimination va conduire à l'abandon des prestations non rentables. - Les hôpitaux publics (…) seront placés dans une situation qui les obligera à diminuer leurs prestations de formation et donc de la qualité de cette formation. - Ce sont justement les spécialités comme la dermatologie (…) qui sont finalement pénalisées par cette mesure, les investissements ne pouvant pas être répercutés sur le prix des examens et des interventions. Comment un médecin peut-il être ainsi puni pour avoir respecté toutes les adaptations aux normes (imposées par les diverses autorités!) et à l'évolution technologique afin de garantir au mieux la sécurité et la qualité des soins? - Par exemple la pathologie, dont dépendent, pour les diagnostics, toutes les autres spécialités, est spécialement concernée. (…) Dans ces conditions, les exigences de maintenance du matériel hautement spécialisé ne pourront plus être remplies. - Le revenu AVS moyen de la spécialité de dermatologie, tel que publié et provenant de statistiques peu fiables (…) est faussement élevé, puisqu'il tient compte à la fois de revenus élevés provenant de soins et de chirurgie esthétique, non à charge de l'AOS, et de revenus bas provenant de l'activité médicale remboursée selon le Tarmed. Une baisse de rentabilité des activités facturées selon Tarmed pousse toujours plus de médecins vers des activités hors tarif, ce qui rend l'accès aux soins purement médicaux problématique. - On peut estimer qu'une baisse de 9% des prestations techniques équivalent à au moins 4% de diminution du chiffre d'affaire d'un dermatologue, ce qui ne manquera pas de mettre nombre de cabinets médicaux en difficulté, surtout les femmes ne pouvant pas travailler à plein temps en raison du temps passé à l'éducation des enfants. (…) le revenu du médecin va diminuer de près de 10%. - Une partie des prestations effectuées par les médecins généralistes est facturée avec des positions de spécialistes. Les réductions tarifaires envisagées risquent bien d'être un coup d'épée dans l'eau. [neutralité des coûts:] Pour mémoire, le budget global a toujours été refusé jusqu'ici et le principe de la neutralité des coûts n'était sensé durer que pendant la phase d'introduction du tarif. - C'est bien cette explosion des cancers [cutanés] qui explique en grande partie l'augmentation des coûts constatée. - L'autre élément qui explique l'augmentation enregistrée des prestations des dermatologues est l'augmentation des praticiens (conséquence de la demande croissante de la population). - Il s'agit d'une erreur fondamentale de principe, dans la mesure où la prestation technique sert à payer l'infrastructure du cabinet médical (…) Il ne peut être contesté que ces coûts ont fortement augmenté dans les 20 dernières années (indice des prix à la consommation: + 15.3 entre 1993 et 2013) (…) Dans la mesure où la prestation technique doit permettre de payer les salaires et les infrastructures des cabinets médicaux et des cliniques, qui sont un gage de la qualité des soins qui y sont prodigués, il paraît inadéquat de s'attaquer à ces prestations.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
- Elle contrevient clairement à la LAMal qui stipule que le tarif doit être établi selon les principes de l'économie d'entreprise. - Nous considérons cette mesure comme un signe particulièrement négatif de la part du Conseil Fédéral à l'intention des petits entrepreneurs (et notamment des femmes) (…)	
Uns erscheint auch die vom BR vorgeschlagene lineare Kürzung der Technischen Leistung (TL) gewisser TARMED-Kapitel weder sachgerecht noch plausibel; dies greift in ein in sich überlegtes und abgestimmtes System ein, womit dieses ad absurdum geführt wird. Aus dem TARMED wird durch die lineare Kürzung ein politischer Tarif ohne Bezug zu den realen Kosten, Investitionen, Ausbildungsdauer etc.	SGED
Mit der TL werden bei invasiven Fächern die Raumkosten, Personalkosten und der Unterhalt der Gerätschaften abgegolten. Zusätzlich ergeben sich aber versteckte Kosten, die bei Festlegung des Tarifes 2004 mit Datengrundlage 90er Jahre, nicht berücksichtigt wurden: - Anstieg der Personalkosten (0.9% pro Jahr) - Qualitätsansprüche in der Hygiene sind gestiegen und standardisiert worden - Mindest-Polypendetektionsrate (…): längere Untersuchungen mit Entfernung dieser Polypen - bei Ausarbeitung der TARMED-Struktur sind die Interventionen bei der Endoskopie zu kurz bemessen worden Die Gerätschaften sind sowohl bei Endoskopie-Geräten wie auch deren zugehörigen Waschmaschinen in den letzten 10 Jahren um mindestens 20% verteuert worden. Die TP-Steigerung durch TL von 2009 bis 2012 im Kapitel 19 von 20.8% ist aufgrund eigener Umfragen mit Zunahme der Biopsien, Polypektomien aufgrund neuer internationaler Richtlinien gut erklärt. Viele gemischte Gastroenterologen-Praxen mit Hausarzt-Tätigkeit haben sich in den letzten 5 Jahren durch Praxisübergabe zu reinen Gastroenterologen-Praxen entwickelt, was den Anstieg TL durch Zunahme der Endoskopien gut erklärt.	SGGSSG
Schliesslich ist auch das Kapitel 28 „Anästhesie" aus der Rangliste entfernt worden. Dieser Entscheid wird zwar nicht weiter begründet, ist aber immerhin nachvollziehbar. Es dürfte schliesslich jedermann klar sein, dass Leistungen der Anästhesie für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung von vitaler Bedeutung sind. Konsequenterweise müssten dann aber auch augenärztliche, chirurgische und orthopädische Leistungen von der Kürzung ausgeschlossen werden. Auch diese Leistungen tragen zur Grundversorgung der Bevölkerung bei. Als Beispiel sollen wiederum die typischen gynäkologisch-geburtshilflichen Leistungen auf dem bildgebenden Kapitel 39 dienen: zur Überwachung einer Schwangerschaft muss in der 10.-14. Und in der 20.-23. Schwangerschaftswoche ein Screening-Ultraschall durchgeführt werden. Die heutigen Anforderungen an eine solche Ultraschallkontrolle sind enorm gestiegen. Wir wissen aus Untersuchungen, dass Gynäkologen über die besten Ultraschallgeräte verfügen, die Vergütung der ärztlichen und technischen Leistungen basieren aber noch auf Daten aus einer Zeit, wo wesentlich einfachere und günstigere Geräte verwendet wurden. Sachgerecht müssten heute sowohl die AL (=ärztliche Leistung) als auch die TL (= technische Leistung) den gestiegenen Anforderungen angepasst werden, d.h. erhöht werden. Die Kosten und die Wartung dieser modernen Ultraschallgeräte sind seit den ersten Tarifverhandlungen von GRAT resp. TARMED massiv gestiegen. Mehrere Versuche, die gestiegenen technischen Kosten und den erhöhten Zeitbedarf anlässlich der diversen TARMED Revisionen nach oben anzupassen, scheiterten jeweils an der Vorgabe einer „kostenneutralen" Revision. Eine lineare Kürzung der TL um 9% wiederspricht deshalb aufs Gröbste einem sachgerechten, betriebswirtschaftlichen Tarif. Die Erhöhung der TL Volumina für den Schwangerschaftsultraschall konnte bereits im EFK Bericht klar begründet werden. Durch die Einwanderung ist die Geburtenrate seit Einführung von TARMED um mehrere Tausend Geburten gestiegen, was logischer Weise mit einer Zunahme der Schwangerschafts-Ultraschalle verbunden ist. Daraus den Schluss zu ziehen, die TL sei zu kürzen, bedeutet die Fakten willentlich übersehen zu wollen. Zudem werden mit der Kürzung der TL im Kapitel 39 auch die Grundversorger „bestraft", welche sonographische und radiologische Leistungen abrechnen.	SGGG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Dasselbe gilt für das Kapitel 4, welches die Grundversoger bei Notfallbehandlungen wie z.B. Wundversorgungen oder bei kleinen Probeexzisionen aus der Haut schlechter stellt. Man darf damit nicht behaupten, man mache die Hausarzttätigkeit damit attraktiver! Nicht nachvollziehbar ist die Kürzung der TL im Kapitel 35 (Operationssaal / Aufwachraum / Tagesklinik). Ein Anstieg des TL Volumens ist durch die zunehmende Verlagerung von bisher im stationären Bereich erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich zu erklären. Es liegen auch keine Erkenntnisse für medizinischen Fortschritt vor, welche eine allfällige Kürzung der TL in diesem Bereich rechtfertigen würde. Das Gegenteil ist der Fall: durch die gestiegenen Sicherheitsansprüche und Richtlinien (z.B. Anforderungen an einen OP-1 oder Praxis-OP / Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesie SGAR) ist die Personaldotation gestiegen. Rund 40% der TL sind zur Vergütung der Personalkosten vorgesehen. Der Einsatz von entsprechend ausgebildetem Personal schlägt sich unweigerlich in den Kosten nieder. Auch hier müsste die TL erhöht werden, falls der TARMED weiterhin sachgerecht revidiert wird. Eine Kürzung um 9% widerspricht jeder betriebswirtschaftlichen Berechnungsgrundlage und ist deshalb nicht gesetzeskonform. Es kann ja nicht das Ziel des bundesrätlichen Eingriffs in die Tarifstruktur sein, die Löhne des nicht ärztlichen Personals unter Druck zu setzen. Bei den Gynäkologen muss eingewendet werden, dass es grosse regionale Unterschiede gibt, weil die Einkommen nicht nur aus TARMED Leistungen, sondern zu einem grossen Teil aus operativer Tätigkeit im Zusatzversicherungsbereich generiert werden. Vor allem Gynäkologinnen die Teilzeit tätig und nicht operativ sind, erzielen Einkommen im Bereich der Hausärzte. Nicht berücksichtigt wird dabei auch die längere Weiterbildungszeit, als z.B. diejenige eines praktischen Arztes. Zwischen den Allgemeinmedizinern und den Gynäkologen beträgt der Einkommensunterschied 2009 rund 38‘500 (197‘500 vs. 236‘000 Fr.). Gemäss der Erhebung Bass verdienen Ärztinnen rund 30% weniger, als ihre männlichen Kollegen. Durch die zunehmende Feminisierung in der Gynäkologie (rund 2/3 der Facharzt Anwärter sind Frauen!) ist bereits 2014 mit einer deutlichen Verringerung der Einkommensunterschiede resp. Angleichung der Einkommen zu rechnen.	
Durch die „Verordnung über die Anpassung der Tarifstrukturen in der Krankenversicherung“ des Bundesrates erfolgt nun ein Eingriff in die, für die in der SGH vertretenen Ärzte relevanten Tarife, die wir aus folgenden Gründen nicht akzeptieren können. Die entsprechend der Verordnung um 9% zu kürzenden Kapitel betreffen praktisch alle handchirurgischen Tätigkeiten mit Ausnahme der reinen Konsultation, ohne dass dies betriebswirtschaftlich begründet werden könnte. Die vorgesehenen Tarifänderungen benachteiligen die Handchirurginnen und Handchirurgen als einzelne Gruppe, während andere Leistungserbringergruppen von dieser Verordnung unbehelligt bleiben. Damit wird der Grundsatz der Billigkeit verletzt. Durch die punktuellen Eingriffe in die Tarifstruktur, die lediglich durch die Rangliste der zu erwartenden Einsparungen begründet sind, wird die sorgfältig austarierte Balance dieses Systems empfindlich gestört, im schlimmsten Fall dieses System zu Fall gebracht. Die im Kommentar des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erwähnten Begründungen zur Auswahl der zu kürzenden Kapitel entbehren einer fundierten betriebswirtschaftlichen Analyse.	SGH
Die SGNM bezweifelt die vom Bundesrat vermutete Leistungssteigerung bezüglich nuklearmedizinischer Untersuchungen. Tendenziell erfolgte [2009-2012] eher eine leichte Abnahme von 75432 Untersuchungen auf 74739 Untersuchungen (stationär + ambulant). Jedoch hat sich ganz klar aufgrund der politisch gewünschten Umstellung auf ambulante Behandlungspfade auch eine Verschiebung der nuklearmedizinischen Diagnostik in den ambulanten Bereich von mehr als 20 % ergeben. Aufgrund der Änderungen der medizinischen Versorgung sowie dem allgemeinen Fortschritt der medizinischen Erkenntnisse und der Gerätetechnologie hat der Technisierungsgrad in der Nuklearmedizin erheblich zugenommen. Die heutigen nuklearmedizinischen Untersuchungen bestehen in der Regel aus 2 Teilleistungen, zum einen der nuklearmedizinischen Funktionsuntersuchung und neu auch einer morphologischen Unter-	SGNM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
suchung (CT). Obwohl die Untersuchungen komplexer und aufwändiger wurden und höhere gerätetechnische Anforderungen zu erfüllen sind, wurde für die Nuklearmedizin der TARMED seit den 90er Jahren nie angepasst, d.h. es werden heute zwei Untersuchungen für den Preis von früher einer Untersuchung angeboten. Somit hat eine verdeckte Optimierung bereits stattgefunden. Auch ist der Anspruch an die Befundung und die Interpretation der Untersuchung erheblich gewachsen und erfordert einen deutlich erhöhten Arbeitsaufwand durch die Ärzte, welcher ebenfalls nicht im TARMED abgebildet wurde. Das führt dazu, dass bereits heute konventionelle nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie, SPECT und SPECT-CT) nicht kostendeckend durchführbar sind. Die nach Etablierung des TARMED-Tarifs eingeführte Positronen–Emissions-Tomographie (PET/CT) Untersuchung war bis heute kostendeckend. Hier wurde in der Vergangenheit jedoch erkannt, dass aufgrund des Interpretationsspielraums Missbrauchsmöglichkeiten gegeben waren. Die Tarifpartner haben sich zum Jahreswechsel im gegenseitigen Einvernehmen auf eine revidierte TARMED-Interpretation zur PET/CT geeinigt und einen Kompromiss festgeschrieben, der bei dieser Untersuchungstechnik zu einer Einsparung über die Gesamtleistung von ca. 13 % führen wird. In einer Sitzung vom 21. November 2013 hat die paritätische Interpretationskommission TARMED-Suisse (PIK) diese Abrechnungssystematik bestätigt. Die Tarifpartner haben damit eine Tarifsenkung im Bereich PET/CT bereits vorweggenommen.	
Ein isolierter Tarifeingriff und eine Gegenfinanzierung nach dem Giesskannenprinzip durch Kürzungen der Technischen Leistungen (TL) bei den Spezialisten ist gefährlich, da in den Gesamtauswirkungen schwer einschätzbar und vor allem unfair gegenüber den betroffenen Spezialistengruppen, die ähnliche Einkommen wie die Grundversorger erreichen. Pneumologen gehören in diese Gruppe der Spezialisten. Das durchschnittliche Einkommen gemäss FMH Statistik der Pneumologen liegt schon jetzt und dies seit Jahren unter dem der Grundversorger (vgl. FMH Einkommensstatistik). Festgehalten sei die historisch bedingte falsche Mindereinstufung vieler pneumologischer Leistungen zum Zeitpunkt der TARMED-Einführung (2004), diese wurde für die Pneumologiepositionen des Tarmed nie angepasst trotz Interventionen unserer Fachgruppe. Diese historisch bedingte, nicht korrekte Abbildung der Kostenstruktur der Pneumologie führte dazu, dass die ärztliche Leistung in der Pneumologie bis heute unterbewertet ist. Auch ist das Kostenwachstum bei den Pneumologen seit Jahren sowohl im Vergleich mit den Grundversorgern als auch mit anderen Spezialisten unterdurchschnittlich. Als Ursache der + 69% TL-Steigerung 2009-2012 im Kapitel 15 sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: - (…) kostenintensive Schlafdiagnostik, die heute viel häufiger ambulant durchgeführt wird als noch vor einigen Jahren. - Die Schlafapnoe wird zunehmend ambulant (TARMED) abgeklärt und erfolgreich behandelt. Bei einer grossen Dunkelziffer ist es klar, dass mit besseren Screeningmethoden mehr Erkrankte frühzeitiger erfasst werden, was automatisch mit einer TL-Steigerung einhergeht, aber gleichzeitig bei ganzheitlicher Sicht sinnvoll ist. - (…) ein neuer Test zur effizienteren und besseren Asthmaabklärung und Therapiesteuerung (…) etabliert worden und wird seit dem 1.3.2009 nach Tarmed vergütet. Die TL ist längst nicht mehr korrekt abgebildet (gestiegene Lohnkosten, Sozialleistungen, Apparate, Mieten, Versicherungen, EDV-Support, Serviceverträge, Qualitätssicherungen, Abrechnungssysteme, Trustcenter, etc.). Auf keinen Fall darf das Kapitel 15 zur Querfinanzierung gekürzt werden, da der angeblichen Kostensteigerung ungerechtfertigte Annahmen zugrunde liegen und die Pneumologen weniger verdienen als die Grundversorger.	SGP
Die Zunahme der TL-TP ist die Folge einer Änderung der medizinischen Versorgung der onkologischen Patienten. Zum Verständnis der fachspezifischen Eigenheiten in Kapitel 37 muss vorausgeschickt werden, dass im Kapitel 37 alle Tarifpositionen entweder nur aus ärztlichen Leistungen (AL) oder nur aus technischen Leistungen (TL) bestehen, wobei (…) die TL (…) die Leistungen/Kosten und auch das Einkommen der biomedizinischen Analytikerinnen	SGPath (SGZ, SGMP, SGNP, SGDP)

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
(BMA) widerspiegeln. Dass die AL in Kapitel 37 nicht proportional zu den TL gestiegen sind, ist logisch, da in Kapitel 37 AL- und TL-Leistungen bewusst entkoppelt wurden (…) Dies bedeutet, dass der Verordnungsentwurf inhaltlich nicht zutrifft und beim Kapitel 37 die falschen Spezialisten trifft.	
Mit dem vorgesehenen Eingriff in die Tarifstruktur werden wesentliche Grundleistungen in der Diagnostik und Behandlung des Bewegungsapparates beschnitten, die auch zu den Grundleistungen von Hausärzten zählen: Kapitel B24 Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates 24.0120, 24.0130, 24.0140, 224.0180: Injektionen an Gelenken und Bursa Kapitel B39 Bildgebende Verfahren diverse Positionen für konventionelle Röntgenaufnahmen an Extremitäten, Wirbelsäule, Thorax und Abdomen. Es gibt keine wirtschaftlich haltbare Begründung bei diesen Leistungen die TL um 9% zu kürzen und damit die Vergütung des nicht-medizinischen Personals zu reduzieren. Kapitel B29 (Schmerztherapie): Dieses Kapitel wurde kürzlich neu überarbeitet und neu verhandelt. Es wurde auf den 1.6.2012 in Kraft gesetzt. Das Unterkapitel 29.05 hat die Dignität „alle“ und steht somit auch den Hausärzten offen. Das Unterkapitel 29.06 betrifft die interventionelle Schmerztherapie. In diesem Kapitel wurden Leistungen neu eingegliedert, die zuvor anderweitig aufgelistet waren, womit der statistische Vergleich der aktuellen Anwendung zu früheren Jahren nicht haltbar ist.	SGPMR
Die SGR-SSR bestreitet vehement, dass die Tarifstruktur im Tarmed-Kapitel 39 generell nicht mehr sachgerecht ist. Im Gegensatz zu allen anderen Kapiteln des Tarmed, welche auf Daten aus den 90er Jahren basieren, sind die Sachkosten der radiologischen Leistungen rund 20 Jahre aktueller und können nicht als unsachgerecht bezeichnet werden. Am 15.06.2012 hat der Bundesrat mit der Einführung der Tarmed-Version 1.08 die Tarifstruktur geprüft und die Gesetzeskonformität, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bestätigt. 18 Monate später soll das ganze Kapitel 39 nicht mehr sachgerecht und eine pauschale Senkung der technischen Leistungen notwendig sein. Die überraschende, pauschale und undifferenzierte Tarifsenkung erfolgt überstürzt und unangemessen schnell. Die Argumentation im EFK-Bericht 2010, dass die technisch-apparative Medizin generell zu hoch, die intellektuelle Leistung vergleichsweise zu niedrig bewertet sei, vermag im Kapitel 39 nicht zu überzeugen. Die Komplexität der Untersuchungen und der intellektuellen, ärztlichen Beurteilung der einzelnen Untersuchung hat in den letzten Jahren markant zugenommen. Die Tarifsenkung verletzt das Gebot der Wirtschaftlichkeit gemäss KVG Art. 32: Die Auswahl der Kapitel und die Höhe der Tarifsenkung sind nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien erfolgt und muss als willkürlich bezeichnet werden. Im Kapitel 39 finden sich Positionen, die bereits heute unterfinanziert sind, andere werden korrekt vergütet, wiederum andere erlauben aufgrund einer Produktivitätssteigerung eine Senkung der Anzahl Taxpunkte. Eine generelle Kürzung der technischen Leistungskomponenten um 9% (…) zerstört die betriebswirtschaftliche Berechnung der einzelnen Tarifpositionen und stellt einen willkürlichen, systemfremden Eingriff dar. Im Rahmen des Projekts Tarvision ist zurzeit eine betriebswirtschaftliche Überarbeitung der Positionen des Kapitels 39 in Arbeit. Die geplante, pauschale Senkung der Vergütung der technischen Leistungen benachteiligt die Radiologie und verletzt das Gebot der Billigkeit. Es ist nicht einzusehen, weshalb die pauschale Reduktion der technischen Leistung nicht auf alle Kapitel angewendet wird. Diese Ungleichbehandlung widerspricht dem Gebot der Billigkeit gemäss KVG Art. 46 Abs. 4. Die Bildgebung ist zwingend mit Investitionskosten in Millionenhöhe verbunden. Der Anteil der technischen Leistung, TL, an der gesamten Leistung ist entsprechend höher als in andern Tarmed-Kapiteln. Infolge der sehr hohen Anlagenutzungskosten wird die Radiologie bei einer generellen Senkung der TL benachteiligt und das Gebot der Billigkeit wird verletzt. Im Gegensatz zu sämtlichen Kliniken arbeitet die Radiologie nur auf externe Zuweisung. Eine Selbstzuweisung und die damit verbundene selbstinduzierte Mengenausweitung	SGR-SSR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sind in der Radiologie nicht möglich! Die Zunahme der Untersuchungszahlen in der Bildgebung ist Folge einer erhöhten Nachfrage und Teil des medizinischen Fortschrittes. Der medizinische Fortschritt hat zu einer Verschiebung von Leistungen aus einem Kapitel in andere Bereiche der Medizin geführt. Verschiebungen in das Tarmed-Kapitel 39 sind in den letzten Jahren oft vorgekommen (z.B. Arthroskopie bei Gelenksverletzungen → MRT). Das Volumen der Positionen und Unterkapitel des Kapitels 39 hat sich sehr unterschiedlich entwickelt. Es finden sich Tarifpositionen und Unterkapitel mit einer Volumenzunahme und andere mit einem weitgehend unveränderten oder sogar rückläufigen Volumen. Die Sparten der Radiologie weisen im Vergleich zu andern Tarmed-Kapiteln die höchste Produktivität und die längste Betriebsdauer auf. (…) was dazu führt, dass wiederum einzelne Institute in ihrer Existenz gefährdet sind. Dabei handelt es sich nicht um Institute in einem urbanen Zentrum, sondern um Institute, welche für die Grundversorgung der Bevölkerung in der Peripherie sorgen. Wir erwarten, dass der Bundesrat aufgrund der dargelegten Argumente auf die geplante Tarifsenkung im Kapitel 39 verzichtet und die betriebswirtschaftliche Überarbeitung des Kapitels 39 im Rahmen des Projekts Tarvision abwartet.	
Innerhalb der SGZ gibt es eine nicht unbedeutende Anzahl von nicht-ärztlichen Mitgliedern, die der Berufsgruppe der biomedizinischen AnalytikerInnen, die sich der Unmutsäusserung der obgenannten Fachgesellschaften [SGPath, SGZ, SGMP, SGNP, Schweizerische Gesellschaft für Dermatopathologie] nur anschliessen können oder expliziter: - Herr Bundesrat Berset, Sie kürzen meinen Lohn, weil mein Institut für Pathologie auf Ihren Befehl 9% weniger zur Verfügung hat um meine Arbeit zu bezahlen. - Sie streichen meine Stelle, weil mein Institut für Pathologie 9% einsparen muss. - Sie spielen mit meiner Gesundheit und der Gesundheit aller Frauen, weil mein Institut für Pathologie die Qualitätskontrollen beim Krebsvorsorgeabstrich nicht mehr finanzieren kann. - Sie gefährden meine Gesundheit und die Gesundheit aller Frauen, weil mein Institut für Pathologie keine Krebsabstriche mehr beurteilen wird, da es sich die daraus resultierenden Verluste nicht mehr leisten kann.	SGZ
Die zu prognostizierenden Mindereinnahmen der Institute für Pathologie (mind. 6-7% der Jahreseinnahmen) können nicht durch vermehrte Automatisierung aufgefangen werden. Eine erhöhte Anzahl TL bedeutet deshalb eine Erhöhung des Personalbedarfs, womit den zusätzlichen Einnahmen unmittelbar erhöhte Personalkosten gegenüber stehen. Ein weiterer Grund für gestiegene Kosten (…) sind die durch Zertifizierung und Akkreditierung diverser Tumorzentren und durch die Zunahme der Patientenzahlen beschleunigten Prozesse, welche zur Ausweitung der Betriebszeiten und zu höheren Personalkosten führen.	SHT
Im Gegensatz zu anderen Facharztbereichen hat der Fortschritt jedoch nicht zu einer wesentlichen Reduktion des personellen Aufwands, der Anforderungen an die Infrastruktur oder der Dauer der Prozeduren geführt. Die vorgesehene bundesrätliche Massnahme mit linearen Kürzungen technischer Leistungen um 9% ist einschneidend und insofern äusserst stossend und widersinnig, als dass ein statistisch einkommensmässig gleich schlecht gestelltes Spezialarztfach [Neurologie] durch eine noch schlechtere Einkommensattraktivität die Attraktivität der Hausarztmedizin aufbessern soll. Dies insbesondere, da zunehmende Grundversorgungstätigkeiten bedingt durch die progrediente Therapielastigkeit / Komplexität neurologischer Erkrankungen von Neurologen übernommen werden müssen (Parkinson, MS, Schlaganfall, etc.)	SNG
Wird nun den Augenärzten einfach die technische Leistung gekürzt, so zwingt die Kürzung zum Verzicht auf notwendigen Ersatz veralteter Geräte, welche die Qualität der Versorgung verbessern und die medizinische Behandlung sicherer machen. Mit anderen Worten, es droht ein Investitionsstau im technischen Bereich einer Medizin, die auf die Technik fundamental angewiesen ist. Die Folge davon wird eine schleichende Qualitätseinbusse sein.	SOG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Radio-Onkologie ist immer Teamwork. Sie erfordert eine enge Zusammenarbeit von Medizinern, Physikern, Technikern, Fachleuten für medizinisch-technische Radiologie, Pflegenden und weiteren. Die lineare Kürzung von 9.0% der Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) ist daher nicht sachgerecht. 1. Seit Einführung des TARMED sind die Kosten für die vom BAG geforderten Qualitätskontrollen deutlich angestiegen. Die entsprechenden Mehrkosten wurden nie im TARMED berücksichtigt. 2. Seit 1990 wurden in immer kürzeren Abständen komplexe Behandlungstechniken in die Radio-Onkologie eingeführt, mit denen es möglich ist, gesundes Gewebe besser zu schonen. Diese neuen Verfahren werden im TARMED nicht abgedeckt, obwohl sie sich mittlerweile zum Standard entwickelt haben. 3. Die TL in der Radio-Onkologie muss neben der apparativen Ausrüstung, den Geräten zur Dosimetrie auch die Kosten für das gesamte nichtärztliche Personal abdecken. Es sind die MTRA, die Physiker, etc. welche die Besserstellung der Hausärzte bezahlen müssen! 4. Technische Leistungen können zunehmen und die Produktivität gleichzeitig abnehmen. Das ist bei der Radioonkologie der Fall. Die aufwändigeren Bestrahlungstechniken und die viel umfassenderen und obligatorischen Qualitätssicherungsmassnahmen führen pro Bestrahlungsfraktion, pro Bestrahlungsplanung und pro Patient zu einem deutlich höheren zeitlichen wie auch personellen und apparativen Aufwand. Aus diesem Grund ist die Produktivität gesunken, nicht angestiegen. 5. Der Anteil der Steigerung TL widerspiegelt nur den im TARMED festgelegten Anteil der TL im Warenkorb der entsprechenden Disziplin. Wenn, wie in der Radio-Onkologie, die TL 90% des Gesamtvolumens (AL und TL) ausmacht, dann macht eben die TL auch 90% einer allfälligen Steigerung aus. Die Begründung für eine Senkung der TL ist also nicht stichhaltig und die Senkung um 9% ist nicht sachgerecht. 6. Bei einer Reduktion der Abgeltung der TL werden Modernisierungen der Infrastruktur, Verbesserung der Behandlung, sowie Investitionen in Dosimetrie und Bestrahlungsgeräte behindert. Leistungen können nicht mehr angeboten werden. Die ohnehin prekäre Personalsituation wird zusätzlich durch tendenziell sinkende Löhne bzw. Stellenabbau verschärft. Der Fortschritt in der Radio-Onkologie wird gebremst.	SRO
(…) schlägt der Bundesrat eine Reduktion der TL um 9% u.a. im Kapitel 29 (Schmerztherapie) vor mit der Begründung, dass seit 2009 eine Volumen-Zunahme resp. Steigerung um 129.01% stattgefunden habe. Vergessen wurde dabei, dass in dieser Zeit das Kapitel 29 revidiert und umgearbeitet werden musste, so dass damit eine „virtuelle“ Volumenzunahme entstanden ist. Das Volumen hat insgesamt sogar abgenommen, weil diese Positionen nicht 1:1 übernommen worden sind, sondern durch mehrfache Anpassungen (bezüglich Dignitäten, Produktivität und vor allem Mengenbeschränkung) gegenüber vorher drastisch reduziert wurden! ANTRAG: Wegen falscher Berechnungsgrundlage sollen die Positionen aus Kapitel 29 (Schmerztherapie) von der vom Bundesrat erstellten Liste mit den Kapiteln, welche eine Senkung der TL um 9 % erfahren, gestrichen werden.	SSIPM
Wie bereits (…) erwähnt, rechtfertigt sich im Kapitel 29 (…) eine Reduzierung der Technischen Leistungen (TL) nicht, da entgegen der tabellarischen Darstellung in der bundesrätlichen Verordnung keine Volumenzunahme zwischen 2009 und 2010 stattfand, im Gegenteil. Bei einem vergleichbaren Leistungsblock entfielen in der alten Version z.B. bei einer epiduralen Infiltration 97,45 TP auf das Kapitel 29 und 287,62 TP auf fremde Kapitel. Neu wurde die ganze Leistung im Kapitel 29 allein abgebildet, was einem Zuwachs von 295% entspricht. Da die Leistungen zusätzlich limitiert wurden, betrug die Volumenzunahme weniger also „nur“ 129 %. [Beispieldokumentation der Ärztekasse illustriert die Verschiebung von Volumina aus anderen Kapiteln ins Kapitel 29 und kommt zum Schluss:] Das vom Bundesrat ermittelte Umsatzwachstum ist rein durch den Tarifumbau	SSIPM/SGR/ SGPMR (Wüest im Namen der o. g.) inkl. Beilage der Ärztekasse

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
und damit durch Verschiebungen zwischen Kapiteln begründet. Wir stellen deshalb den Antrag, dass das Kapitel 29 von der vorgesehenen Tarifreduktion ausgenommen wird.	
Die angestrebten linearen Kürzungen (…) sind nicht sachgerecht und nicht wirtschaftlich begründet. Die Begründung des Bundesrates, die technischen Kapitel seien im Vergleich zu den intellektuell ärztlichen in den letzten Jahren überproportional gestiegen – was zudem auf Produktivitätsgewinne schliessen lasse – lässt sich betriebswirtschaftlich nicht rechtfertigen, denn die Eckwerte der für die Berechnung aller Kosten hinterlegten Daten stammen für 35 von 37 Kapiteln aus den 1990er Jahren. Die (…) EFK kam 2010 zu folgender Schlussfolgerung: „Insbesondere die Löhne, aber auch die Kosten für Materialien und Medikamente, der Verwaltungsaufwand und die Gerätekosten sind seither gestiegen." Ein Verordnungsentwurf, der nicht in Einklang steht mit den Schlussfolgerungen der EFK, entbehrt jeglicher Rechtfertigung. Durchschnittlich 39% der TL werden durch Personalkosten verursacht. In der Konsequenz werden Kürzungen der technischen Leistungen zu Mindervergütungen und Personalabbau des nichtärztlichen Personals führen.	PULSUS
Der VKJC begrüsst sehr, dass in der vorgeschlagenen Verordnung die Berufsgruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie von der Tarifreduktion nicht betroffen sind (Kapitel 2 im TARMED).	VKJC
Kantonale Fachgesellschaften, Weitere	
Die Art des Eingriffs birgt ferner das Risiko, dass letztlich ärztliche Grundversorger selbst zur Gegenfinanzierung des Mehraufwandes beitragen müssen. Das würde insbesondere jene Grundversorger treffen, die in strukturschwächeren Regionen mit abnehmender Praxisdichte elementare Spezialleistungen erbringen müssen, um eine adäquate ambulante Grundversorgung überhaupt gewährleisten zu können.	Ärzte AG
Durch die pauschale lineare Kürzung einiger Kapitel finanzieren die Hausärzte ihre Besserstellung gleich selbst wieder mit (z.B. Röntgen, Sonografie, Kleinchirurgie und ähnliches). Diese Leistungen sind in der hausärztlichen Praxis jedoch ebenfalls sehr zentral und hätten eine differenziertere Behandlung verdient. Als inakzeptabel erachten wir die lineare Kürzung der Technischen Leistung von 14 Kapiteln des Tarmed um 9%. Alleine die kantonalen Unterschiede in den TPW ergeben prozentual höhere Einkommensverluste, je niedriger der Taxpunktwert ist [im Anhang werden Zahlentabellen mit Einkommensauswirkungen ohne Angabe zur Quelle dargestellt, in denen in Abhängigkeit von versch. AL-/TL-Proportionen und TPW absolute (18 – 53 Tsd. SFR) und prozentuale (9 – 16%) Auswirkungen der linearen TL Kürzung dargestellt werden]. (…) In Folge dieser noch grösseren Einkommensunterschiede werden zahlreiche Spezialisten aus den Kantonen mit tieferen Taxpunktwerten abwandern. Wenn die Besserstellung der Grundversorger um CHF 200 Mio. tatsächlich kostenneutral umgesetzt werden muss, so nur auf dem Wege, dass gesamtschweizerisch der Taxpunktwert der Technischen Leistung harmonisiert wird. [dies] würde die Umverteilung auf alle Ärzte bedeuten und damit zu einer schweizweit faireren Lösung führen.	Ärzte TG
La sélection des groupes de spécialistes effectuée inclut en effet des disciplines qui, en jouant pleinement le jeu de l'ambulatoire, ont permis de substantielles économies et une prise en charge optimale des patients selon les normes actuelles de la médecine et de la chirurgie. Avoir fait ce choix de l'ambulatoire semble mériter une punition aux yeux de l'autorité fédérale. C'est incompréhensible.	AMG
Angesichts der Grössenordnung des erwähnten Verzichts der Ärzteschaft in den Jahren 2004-2012 erachten wir es als reichlich polemisch, die marginale Erhöhung zugunsten der Grundversorger in einem anderen Bereich angeblich gestützt auf die Grundsätze des KVG wieder einsparen zu wollen. Diese Absicht steht im Widerspruch zur Tatsache, dass das KVG keine Kostenneutralität, sondern betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Abgeltungen vorsieht. Hinsichtlich der fehlenden Notwendigkeit, Berechenbarkeit, betriebswirtschaftlichen Begründetheit sowie Sachgerechtigkeit der geplanten linearen Kürzungen der technischen Leistungen der Kapitel 4, 5, 8, 15, 17, 19, 21 24, 29, 31, 32, 35, 37 und 39 um 9%, welche wir ablehnen, können wir vollumfänglich auf die Vernehmlassung der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) verweisen.	BEKAG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
(…) erachten wir die vorgesehene Kürzung der erwähnten Positionen, was bei mehrjähriger Geltung einer Teilrevision gleichkommen würde, als einen Fehleingriff. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass nach so langer Zeit aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht wohl eher Erhöhungen denn eine Senkung dieser Positionen zur Diskussion stehen dürften! Hinsichtlich der vorgesehenen Kürzungen einzelner Tarifpositionen der technischen Leistungen (vgl. Anhang Ziff. 2.) ist eine derartige Schieflage indessen nicht gegeben und auch nicht nachgewiesen. Die vorgesehenen Kürzungen werden bei richtiger Betrachtung denn auch ausschliesslich mit dem angeblichen Ziel der Kostenneutralität begründet.	
Eine Kürzung der TL im ambulanten Bereich wird auch in den Spitälern (…) zu einer zusätzlichen Belastung wegen Mindereinnahmen (…) führen und potentiell einem zusätzlichen Personalabbau Vorschub leisten.	BUG
Von vornherein war es uns klar, dass die für die Einhaltung der Kostenneutralität nötigen Einsparungen in so kurzer Zeit nicht in einem sehr ausgeklügelten und sachgerechten Verfahren durchgeführt werden konnten. Aus tariftechnischer Sicht ist dieser Eingriff unbefriedigend, als zeitlich befristete Übergangslösung aber akzeptabel.	Hausärzte ZH
Wir sehen hier nirgends einen Produktivitätsgewinn, sondern lediglich das logische Abbild der allgemeinen und stets zunehmenden Tendenz zur Technisierung der medizinischen Diagnostik und Therapie. Die Aufwendungen für Löhne, Mieten, apparative Kosten, Material, Instandhaltung und Qualitätssicherung haben infolge Teuerung und des Fortschritts zugenommen. Eine Verminderung der Produktivität ist die Folge. Die allermeisten der techniklastigen Positionen haben einen weit über 50%igen Anteil der TL-Taxpunkten und so ist ein überproportionaler Anstieg des Taxpunktvolumens der TL gegenüber der AL bei einer allgemeinen Zunahme zwangsläufig folgerichtig und unvermeidbar. Von einer überproportionalen Zunahme des Taxpunktvolumens TL auf einen Produktivitätsgewinn zu schliessen, ist weder nachvollziehbar noch belegbar.	MEDGES
Von Ihrer geplanten linearen Kürzung der technischen Leistungen der Pathologie um 9% ist auch die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung [für das Gebärmutterhalskarzinom], der PAP-Abstrich, betroffen. Vom Entgelt für diese Untersuchung entfallen 75% auf die TL-Position. Diese Untersuchung ist keineswegs eine technisch apparative Untersuchung. Biomedizinische Analytikerinnen für Zytologie analysieren die Abstriche einzeln unter ärztlicher Supervision sorgfältig unter dem Mikroskop. Die Vergütung für diese Untersuchung ist bereits heute nicht kostendeckend. Die gemäss TARMED bezahlten 22 TP decken nur ca. 75% der Gestehungskosten dieser Vorsorgeuntersuchung. Bitte überdenken Sie den Frauen zu Liebe die Kürzung der technischen Leistungen des TARMED-Kapitels 37.	medica
La proposition de réduction linéaire de 9 % des prestations techniques (PT) dans certains chapitres du Tarmed est une approche douteuse. Une telle méthode n'est pas satisfaisante du point de vue de la technique tarifaire. Elle reste acceptable en tant que solution pragmatique et transitoire. Dans ces limites, nous pouvons accepter cette solution.	MFVaud
Pour compenser la revalorisation des prestations des médecins de premier recours, l'ordonnance fédérale sur l'adaptation des structures tarifaires prévoit des réductions dans plusieurs domaines. Les prestations pour le système nerveux central et périphérique sont concernées, la réduction de la valeur des prestations techniques étant justifiée par une augmentation du volume proche de 25% (le volume total du chapitre dépasse seulement légèrement 1% du total des prestations Tarmed facturées). Pour cet aspect, il faut préciser que la neurologie clinique et les neurosciences ont connu dans la dernière décennie un développement intense et très rapide, tel qu'indiqué du reste dans un récent courrier que la Société suisse de neurologie vous a adressé. En conséquence, les besoins et les exigences de qualité des prestations techniques fournies ont naturellement augmenté. Il est incompréhensible que le Conseil Fédéral justifie la nécessité de corriger une rémunération insuffisante des médecins de premier recours, en pénalisant des spécialistes déjà moins bien rémunérés au départ. La mesure planifiée est d'autant plus pénible pour les neurologues du Valais, où la valeur du point est particulièrement basse	GNNN VS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
(0.83). Le groupement s'oppose donc fermement à la modification telle que mise en consultation. Une compensation nous semble cependant possible afin de préserver le revenu des neurologues, qui serait d'augmenter proportionnellement la part médicale intellectuelle, pour tous les actes neurologiques.	
La réduction de la valeur des prestations techniques pour ce chapitre 05 est justifiée par une augmentation du volume de 24,6 % alors que, sur l'ensemble des prestations Tarmed facturées pour la période 2009-2012, la proportion qui incombe à ce chapitre équivaut à 1%. Nous tenons, par ailleurs, à préciser que la neurologie clinique et les neurosciences ont connu, au cours de la dernière décennie, un essor intense et très rapide, tel que détaillé dans le courrier du 16 janvier 2014 adressé par la Société Suisse de Neurologie. Le corollaire de ces développements est une augmentation des besoins et des exigences de qualité des prestations techniques à fournir. En conclusion, il ressort que la mesure proposée par le Conseil fédéral ne nous paraît pas conforme aux règles de l'économie d'entreprise, que les dispositions qui devraient entrer en vigueur dès le 1er octobre 2014 sont insuffisamment étayées et ne reflètent pas le développement majeur des neurosciences et des adaptations nécessaires de pratique pour les spécialistes en neurologie. De plus, nous estimons incompréhensible que le Conseil fédéral justifie la nécessité de corriger une rémunération insuffisante des médecins de premier recours, en pénalisant des spécialistes déjà moins bien rémunérés. Le groupe s'oppose donc fermement à la modification telle que mise en consultation.	Neurologues vaudois
Une coupe arbitraire dans les prestations techniques telle que proposée par le Conseil fédéral est en contradiction avec la loi et ne peut être acceptée telle quelle. Cette diminution pénaliserait également certains médecins internistes généralistes FMH qui utilisent également la radiologie et l'ultrason. En rapport avec le coût global de la santé, le Conseil fédéral devrait pouvoir trouver une solution afin de dégager les 200 millions de francs nécessaires à la revalorisation de la fonction de médecin de famille sans pénaliser les autres spécialistes.	SMCF
En envisageant une réduction linéaire de certaines prestations techniques, cette méthode est contraire à l'esprit qui a présidé à l'introduction de TarMed, qui se voulait un tarif répondant aux règles applicables en économie d'entreprise (43 al.4 et 7 LAMal). Elle constitue un dangereux précédent dans la pratique tarifaire, en utilisant de plus des procédés arbitraires. Il nous paraît que cette ingérence pourrait avoir des conséquences irréversibles et surtout imprévisibles.	SVM
Der neue Zuschlag sollte unbedingt als fixer Frankenbetrag verrechnet werden, wobei wir den Vorschlag von Hausärzte Schweiz, einen mittleren Betrag von 9.57 Fr. festzulegen, begrüssen. Ebenso gibt es keinen Grund, dass bei Hausbesuchen wie auch bei Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte der neue Zuschlag nicht verrechnet werden kann. Wie Hausärzte Schweiz sind wir auch der Meinung, dass Praktische Ärzte nicht in den Genuss der neuen Tarifposition kommen sollten.	TGV
So, wie wir den Auftrag des Bundesrates verstehen, (…) ergibt sich durch eine generelle Kürzung von technischen Leistungen um 9% ein Paradoxon, indem auch solche Eingriffe betriebswirtschaftlich gerechtfertigt sein müssen und die Tarifstruktur nicht in ihrem Grundprinzip (zer-)stören dürfen. Wenn nun der Bundesrat einzelne Leistungen herausnimmt und diese bei Kürzungen über denselben Leisten schlägt, ist offensichtlich, dass nicht die Betriebswirtschaftlichkeit, sondern das zu erreichende (absolute) Ziel in Franken und Rappen als Maxime gegolten haben muss. Dies ist unseres Erachtens zu pragmatisch und zehrt – zusätzlich zum obigen Punkt [Zeitpunkt des Inkrafttretens] – an der Glaubwürdigkeit des Bundesrates.	VHBB
Die Tatsache, dass lineare Abstriche von 9% auf den TL (technischen Leistungen) vorgeschlagen werden, die einzig auf dem Argument basieren, dass das Verrechnungsvolumen der gewählten Kategorien von 2009 bis 2012 gestiegen sei, befremdet uns sehr: Die betroffenen Kategorien enthalten allesamt technische Grundleistungen, die für eine rationelle Diagnosestellung unerlässlich sind, wie z.B. konventionelle Röntgenbilder, Ult-	WÄV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
raschalluntersuchungen, EKG, Ergometrien, Holter, Spirometrien. Diese kostengünstigen technischen Untersuchungen werden sehr häufig durch die Hausärzte selber durchgeführt und erlauben es ihnen, rasch eine sinnvolle Behandlung einzuleiten. Andererseits sind diese Untersuchungen auch unerlässlich, um die intellektuelle Arbeit der Spezialisten aufwerten zu können, da sie je nach Resultat dazu dienen, andere kostenintensivere Abklärungen einsparen zu können. Es befremdet uns auch, dass anscheinend keine medizinische Analyse gemacht wurde, inwiefern die gestiegene Verrechnungshäufigkeit der betroffenen Leistungen mit einer Reduktion der Morbidität der Patienten einhergeht und inwiefern sie auf Empfehlungen zurückzuführen ist, die auf ‚State of the Art'-Regeln und epidemiologischen Argumenten beruhen. Im Bereich der Neurologie z.B. ist die Zunahme von 25% in den verrechneten Leistungen zwischen 2009 und 2013 (knapp 1 % der Gesamtverrechnungen) auf die rasante und beeindruckende wissenschaftliche Entwicklung dieses Fachbereichs zurückzuführen. Die Neurologie ist eine v.a. auf intellektueller Arbeit basierende Disziplin, die zurzeit ungenügend valorisiert wird. Der Durchschnittslohn eines Neurologen liegt zurzeit unter jenem eines Hausarztes. Es ist für uns somit schwer zu rechtfertigen, weshalb diese kleine Spezialistengruppe noch weiter abgewertet werden soll. Eine solche Kürzung der TL von 9% ist nicht mit den Regeln einer wirtschaftlichen Betriebsführung zu vereinbaren, denn sie macht es schwierig, wenn nicht gar unmöglich, anstehende Investitionen in technische Geräte zu planen und zu verwalten. Die Auswirkungen der linearen Kürzungen der TL in Kantonen mit einem Tarifpunkt unter 83 Rappen müssen gesondert analysiert werden. Es besteht die Gefahr, dass gewisse Spezialitäten wie z.B. die Radiologie und die Neurologie in Kantonen mit tiefem Taxpunkt nicht mehr kostendeckend betrieben werden kann. Wir fordern, dass entsprechende Massnahmen getroffen werden, um solche Szenarien zu verhindern.	
Die Kürzungen im Bereich der technischen Leistungen werden auf das technische, nicht ärztliche Personal umgelegt werden müssen. Die Bereitschaft der betroffenen Ärzte, in neue lnfrastruktur zu investieren, wird weiter sinken, nachdem angesichts des jahrelangen Stillstandes der Taxpunktwerte die Reallöhne und somit auch der lnvestitionsspielraum bereits seit längerem aufgebraucht sind. Das Abrechnungsverhalten wird sich ändern und der Effekt der Kürzung möglicherweise sogar ins Gegenteil verkehrt.	Zofinger Spezialärzte
Privatpersonen	
Die Kürzungen werden – im Zusammenspiel mit wohl noch kommenden und schon bereits erfolgten Massnahmen (kein Teuerungsausgleich seit zirka 20 Jahren) – nicht verfehlen, bei den Spezialisten die gleiche Demoralisierung wie wir sie heute schon in der Hausarztmedizin beobachten zu erzeugen. Es macht neuerdings immer wieder Mühe unsere jungen KollegInnen davon zu überzeugen, dass es sich lohnt während Jahrzehnten den grössten Teil seiner Kräfte für die Medizin einzusetzen und das eigene Potential qualitativ und quantitativ voll auszuschöpfen. Bis vor kurzem war dies eine Selbstverständlichkeit. Diese Top-Leute werden uns fehlen. Die Kürzungen sind daher auf das betriebswirtschaftlich tatsächlich begründbare Mass zu reduzieren.	Eigenmann
Es ist zu begrüssen, dass die im Rahmen der allerdings fragwürdigen Kostenneutralität (der Taxpunktwert wurde in den langen Jahren des Tarmed-Vertrags trotz eindrücklicher Teuerung kaum oder nie angepasst und Kostensenkungen im Bereich des Labortarifs und der Medikamente nicht kostenneutral durchgesetzt) zu Lasten der technischen Leistungen geht. Das rasant steigende Angebot an radiologischen Angeboten (bald jedes Regionalspital verfügt über eine MRI- oder CT- Anlage) zeigt beispielhaft, wie fehlerhaft die Anreize in diesem Bereich wirken.	Fischer
Gesetzlich hat eine Tarifstruktur die Aufgabe, die Kosten für die Erbringung medizinischer Leistungen betriebswirtschaftlich korrekt und realistisch abzubilden. Eine generelle Senkung aller TL verletzt dieses Gesetz, da nach dieser willkürlichen Kürzung nicht jede einzelne betroffene Tarmed-Position auf diese Kriterien hin geprüft wird. In einer Arztpraxis werde die Löhne der Angestellten in der Regel mittels der Einnahmen aus den TL bezahlt, in diesem Zusammenhang ist eine Kürzung sicherlich ungerechtfertigt. Des weiteren geht die generelle Kürzung aller TL sogar zu Ungunsten derjenigen Generalisten, welche ein Röntgengerät betreiben.	Kloter
Ich begrüsse eine Korrektur der Radio-Onkologie Tarife aus folgendem Grund: Eine	Lütolf

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Korrektur ist notwendig weil die Gewinne, die mit der Strahlentherapie zu erzielen sind, zu einer Dichte der installierten Linearbeschleuniger in der Schweiz führte, die einzigartig ist. Die Kürzung um 9% ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung. Er verhindert aber die mögliche Mengenausweitung nicht, könnte sogar angetan sein die Anzahl Sitzungen pro Patientin oder Patient zu erhöhen, um „Verluste“ wett zu machen. Hier wäre das Thema „ambulante Fallpauschalen“ für die Radio-Onkologie geeignetes Mittel Kosten zu senken und Qualität zu verbessern.	
Quelle incidence sur nous chirurgiens de la main? Ce sera une réduction effective des produits de notre activité de 9%. En effet, nous sommes notoirement touchés puisque toutes nos prestations ambulatoires sont facturées sur la base des chapitres 4, 5, 24, 35 (pour ceux qui ont investi dans une salle d’opération) et 39 (pour ceux qui ont investi dans une installation d’imagerie radiologique ou ultrasonographique). Ce d’autant plus que notre activité est, de fait, essentiellement ambulatoire par sa nature même, l’assurance privée y étant donc réduite à sa portion congrue. Que se passera-t-il dès le 1er juillet 2014? Pour les chirurgiens de la main (et sûrement aussi pour d’autres), cela n’est pas difficile à prévoir: le tarif laisse suffisamment de place à l’interprétation pour rajouter quelques prestations pas forcément indispensables mais aisément justifiables et difficilement vérifiables, de manière à compenser la perte induite par l’ordonnance que vous projetez.	Papaloïzos
Ich stelle (…) den formellen Antrag, dass das Kapitel 5 Neurologie aus dem bundesrätlichen Tarifeingriff herausgenommen wird. Eine Tarifreduktion im Kapital 5 Neurologie trifft weit überwiegend die Neurologen. Selbst bei Herausnahme des Kapitels 5 resultieren für die Neurologen je nach Ausrichtung der Tätigkeit empfindliche Lohneinbussen in anderen Tarifkapiteln. Im Übrigen ergreife ich die Gelegenheit, um eine Besserstellung der Neurologen zu bitten, wenn nun im BAG schon Bemühungen um die schlechter gestellten Ärzte mit Nachwuchssorgen im Gange sind.	Rihs
Die Volumenzunahme im Kapitel 29 zwischen 2009 und 2012 von 129.01% (…) ist nur auf die Umstrukturierung des Kapitel 29 anlässlich dieser Revision (Revision Kapitel 29 im Jahre 2010 und 2011) zurückzuführen. In Tat und Wahrheit war das Volumen vor der Revision noch grösser (schätzungsweise 25%). Sämtliche Positionen von 29.2000 ff bis 29.2210 wurden neu in das vorbestehende Kapitel 29 aus mehreren Kapiteln (wie z.B. Röntgen 39 „Myelografie Pos. 39.0570“, „Funktionelle Durchleuchtung Pos. 39.5000“, Arthrografien Pos. 39.0400“, usw. aber auch Ultraschall, gewisse Grundleistungspositionen wie internistischer Status, Rheumastatus usw. aus dem Kapitel 00) übernommen und in der neuen Schmerztherapie (29) integriert. Einzig vorbestanden haben im alten Kapitel die Positionen 29.1000 ff bis 29.1110. Wie Sie daraus ersehen können, handelt es sich statistisch um einen gravierenden Fehler, wenn man die nach der Revision des Kapitels 29 aus anderen Kapiteln zugezogenen Positionen als Volumenzunahme bezeichnet. Ich stelle deshalb den Antrag auf eine 9%-ige Senkung der Taxpunkte im Kapitel 29 zu verzichten.	Wüest

2.4 Zusätzlich vorgeschlagene Bestimmungen

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Politische Parteien	
Die Versicherer sollen mit sämtlichen Leistungserbringern regional differenzierte Tarife vereinbaren können, so dass unterversorgte Gebiete wegen der besseren Entschädigung für die Leistungserbringer attraktiver werden.	CVP
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	
Der Bundesrat hätte die Möglichkeit, im Tarmed Grundsätze zu verankern, mit denen die Tarifpartner in die Pflicht genommen werden könnten. Die Tarife der Facharztgruppen müssten sich an den jeweiligen, kantonalen Ärztedichten orientieren. Eine höhere Fachärztedichte hätte eine Senkung des Taxpunktwertes dieser Fachärztegruppe zur Folge und umgekehrt. Taxpunktwerte nach Fachärztedichte haben den Vorteil, dass damit die Ärztedichte ohne Ärztestopp in beide Richtungen gesteuert werden kann. Allenfalls könnte sich der Bundesrat auch überlegen, Leistungs-Kosten-Vereinbarung (LeiKoV) zwischen Versicherern und freipraktizierenden Ärzten für sämtliche ambulanten Verträge bei den Tarifpartnern einzufordern.	economiesuisse
Organisationen des Gesundheitswesens	
Die vorgesehenen Eingriffe in die Tarifstruktur TARMED sind in der Verordnung klar zu befristen, bis die von den Tarifpartnern revidierte, gesetzeskonforme und vom Bundesrat genehmigte, TARMED-Tarifstruktur in Kraft tritt, d.h. bis Ende 2016.	FMH
Wir vermissen jedoch Präzisierungen, welche Rechtssicherheit schaffen würden. So ist in dieser Verordnung nicht näher umschrieben, nach welchen Kriterien beurteilt wird, wann eine Tarifstruktur nicht mehr sachgerecht ist und ab welchem Zeitpunkt von einer Nichteinigung der Tarifpartner auszugehen ist.	pharmaSuisse
Der Bundesrat hätte die Möglichkeit, im Tarmed den Grundsatz zu verankern, dass sich die Tarife jeder Facharztgruppe kantonal nach der Ärztedichte richten müssen. Eine höhere Fachärztedichte würde die Tarifpartner zwingen, den Taxpunktwert dieser Fachärztegruppe zu senken und umgekehrt. Taxpunktwerte nach Fachärztedichte haben auch den Vorteil, dass damit die Ärztedichte ohne Ärztestopp in beide Richtungen gesteuert werden kann. Weiter kannte der Bundesrat die Leistungs-Kosten-Vereinbarung (LeiKoV) zwischen Versicherern und freipraktizierenden Ärzten auch für Spitalambulatorien verbindlich erklären. Und drittens könnte der Bundesrat auch den Grundsatz im Tarmed verankern, dass sich die Tarifpartner auf ein Anreizsystem für transparente Qualität einigen müssen.	comparis
Gesamtschweizerische Fachgesellschaften	
Eine vom Bundesrat politisch gewollte Subventionierung der Hausarztmedizin soll nicht über das Instrument der Tarifrevision, sondern über die Preise, dass heisst über die Taxpunktwerte, erfolgen. Die Besserstellung der Hausärzte soll geordnet auf der Grundlage des vom Parlament verabschiedeten Bundesverfassungsartikels 117a "Medizinische Grundversorgung" erfolgen, vorausgesetzt, dass das Schweizer Stimmvolk diesem Artikel zustimmt. Der vorliegende Verordnungsentwurf ist im Gegensatz dazu eine übereilte, unausgereifte Hauruckübung, die in einem gewissen Sinn das Parlament desavouiert. Die Verhandlung des Taxpunktwertes ist aus ordnungspolitischer Sicht der richtige Ort, um Aspekte der Vergütung, die in der Tarifstruktur nicht berücksichtigt werden können, einzubringen. Eine politisch gewollte Subventionierung, wie sie nun in Bezug auf die Hausarztmedizin vorliegt, muss über diese Verhandlungen in den Taxpunktwert einfliessen. Eine zweckmässige Massnahme [zum Ausgleich von Einkommensunterschieden] würde vielmehr darin bestehen, den Hausärzten den Zugang zur Fakturierung von zusatzversicherten Leistungen gemäss VVG zu ermöglichen. *→ Hinweis: Die Stellungnahme der SGGG (gynécologie suisse) ist deckungsgleich mit der Stellungnahme der fmCh. Zusätzlich eingebrachte Beispiele und Ausführungen der SGGG siehe unter Verfasser/Auteurs/Autori „SGGG".*	fmCh / SGGG
Die Hausarztmedizin kann auf einer viel besseren Grundlage nach der Abstimmung zur Verfassungsänderung ‚Medizinische Grundversorgung' gefördert werden, falls diese in der Abstimmung angenommen wird.	SGC
Kantonale Fachgesellschaften, Weitere	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge **Observations, critiques, suggestions, propositions** **Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte**	**Verfasser** **Auteurs** **Autori**
Wenn Sie eine schnelle Lösung zur Besserstellung der Hausärzte brauchen, dann korrigieren Sie doch einfach den erwiesenermassen nutzlosen Eingriff Ihres Vorgängers in die Labortarife der Hausärzte, welcher zu Umsatzeinbussen der Hausärzte geführt hat, die die aktuell geplanten Zuwendungen bei Weitem übersteigen.	AGSZ
Die AGZ empfiehlt weiter, nicht nur eine finanzielle « Pflästerlipolitik » zur Lösung des Versorgungsproblems zu betreiben. Sie fordert den Bundesrat auf, mit sofortigem Beginn im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin einen gesundheitspolitischen Dialog zu eröffnen, wie und mit welchen Anreizen eine flächendeckende medizinische Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte in allen Landesteilen unter Berücksichtigung der soziodemografischen Veränderungen der Bevölkerung sowie jener der Hausärzte nachhaltig und ohne willkürliche Eingriffe in die TARMED Tarifstruktur sichergestellt werden kann. Dieser Dialog sollte aber nicht nur auf der nationalen Ebene geführt werden, sondern muss die kantonale und die kommunale Ebene mit einbeziehen, die wesentliche Anspruchsgruppen in der medizinischen Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte darstellen.	AGZ

L'application de l'ordonnance doit tenir compte de la valeur du point différente des cantons.
En prenant comme valeur du point celle de la SUVA à 92 cts
- un facteur de correction de la baisse prévue de 9% de la PT dans l'ordonnance à venir, pourrait être appliqué sur le seuil de 92 cts le point
- par exemple de 1 % par différence de centime de valeur du point
  - en diminution pour les cantons à valeur du point inférieure à 92 cts, ce qui donnerait une diminution supportable dans chaque canton. Cette diminution par palier de 1% donnerait un pourcentage de diminution de la PT de 8 % pour les cantons ayant 91 cts et ainsi de suite jusqu'à 1% pour ceux qui sont à 83 cts de valeur du point
  - en augmentation pour les cantons où la valeur du point est supérieure à 92 cts. C'est augmentation par palier de 1% donnerait un pourcentage d'augmentation de la retenue de la PT de 10 % pour les cantons ayant 93 cts et allant jusqu'à 15 % pour ceux qui se situent à 98 cts de valeur du point. Ceci devrait être une diminution supportable dans chaque canton concerné.
- Le tout peut-être considéré comme une certaine forme de neutralisation des extrêmes. N'était-ce pas d'ailleurs ce qui était promis de réaliser dans les cinq ans après l'entrée en vigueur du Tarmed?
	SMV

Anhang 1: Liste der Adressaten der Anhörung

Liste der Anhörungsadressaten
Liste des destinataires
Elenco die destinatari

Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieur Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	Postgasse 68 Postfach 840 3000 Bern 8 info@sta.be.ch
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Marktlatz 9 Postfach 4001 staatskanzlei@bs.ch
Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg chancellerie@fr.ch relationexterieures@fr.ch
Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	Case postale 3964 1211 Genève 3 service-adm.ce@etat.ge.ch
Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	Rathaus 8750 Glarus staatskanzlei@gl.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch
Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'Etat du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	Rue du 24-Septembre 2 2800 Delémont chancellerie@jura.ch
Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern staatskanzlei@lu.ch
Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	Château 2001 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch

Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	Rathaus 6370 Stans staatskanzlei@nw.ch
Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	Rathaus Postfach 1562 6061 Sarnen staatskanzlei@ow.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn kanzlei@sk.so.ch
Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	Postfach 6431 Schwyz stk@sz.ch
Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	Regierungsgebäude 8510 Frauenfeld staatskanzlei@tg.ch
Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Residenza Governativa 6501 Bellinzona can-scds@ti.ch
Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	Postfach 6460 Altdorf ds.la@ur.ch
Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	Château cantonal 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	Palais du Gouvernement 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	Postfach 156 6301 Zug Info.Staatskanzlei@zg.ch
Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	Kaspar Escher-Haus 8090 Zürich marianne.lendenmann@sk.zh.ch
Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 444 3000 Bern 7

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Bürgerlich-Demokratische Partei BDP Parti bourgeois-démocratique PBD Partito borghese-democratico PBD	BDP Schweiz Postfach 119 3000 Bern 6 mail@bdp.info
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Postfach 5835 3001 Bern info@cvp.ch
Christlich-soziale Partei Obwalden csp-ow	c/o Stefan Keiser Enetriederstrasse 28 6060 Sarnen wyrsch.w@bluewin.ch
Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis	Geschäftsstelle CSPO Postfach 3980 Visp info@cspo.ch
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti evangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägeligasse 9 Postfach 294 3000 Bern 7 vernehmlassungen@evppev.ch
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali	Sekretariat Fraktion und Politik Neuengasse 20 Postfach 6136 3001 Bern grob@fdp.ch hofer@fdp.ch
Grüne Partei der Schweiz GPS Parti écologiste suisse PES Partito ecologista svizzero PES	Waisenhausplatz 21 3011 Bern gruene@gruene.ch
Grünliberale Partei glp Parti vert-libéral pvl Partito verde liberale pvl	Postfach 367 3000 Bern 7 schweiz@grunliberale.ch
Lega die Ticinesi (Lega)	Lega dei Ticinesi casella postale 4562 6904 Lugano lorenzo.quadri@mattino.ch
Mouvement Citoyens Romand (MCR)	c/o Mouvement Citoyens Genevois (MCG) CP 340 1211 Genève 17 info@mcge.ch
Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Postfach 8252 3001 Bern info@svp.ch
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS Parti socialiste suisse PSS Partito socialista svizzero PSS	Postfach 7876 3001 Bern verena.loembe@spschweiz.ch

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali die Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Schweizerischer Gemeindeverband SGV Association des Communes Suisses ACS Associazione dei Comuni Svizzeri ACS	Postfach 3322 Urtenen-Schönbühl verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband SSV Union des villes suisses UVS Unione delle città svizzere UCS	Monbijoustrasse 8 Postfach 8175 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete SAB Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	Postfach 7836 3001 Bern info@sab.ch

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch bern@economiesuisse.ch
Schweizerischer Gewerbeverband SGV Union suisse des arts et métiers USAM Unione svizzera delle arti e mestieri USAM	Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Schweizerischer Arbeitgeberverband SAV Union patronale suisse UPS Unione svizzera degli imprenditori USI	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch
Schweizerischer Bauernverband SBV Union suisse des paysans USP Unione svizzera dei contadini USC	Haus der Schweizer Bauern Laurstrasse 10 5200 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerische Bankiervereinigung SBV Association suisse des banquiers ASB Associazione svizzera dei banchieri ASB	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund SGB Union syndicale suisse USS Unione sindacale svizzera USS	Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch
Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	Postfach 1853 8027 Zürich gabriel.fischer@kvschweiz.ch hansueli.schuetz@kvschweiz.ch
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch

Centre patronal CP	Route du Lac 2 1094 Paudex Case postale 1215 1001 Lausanne Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern

Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consommatori

Associazione Consumatrici della Svizzera Italiana (ACSI)	Via Polar 46 c.p. 165 6932 Lugano-Breganzona
Fédération romande des Consommateurs (FRC)	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne
Konsumentenforum kf	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern
Stiftung für Konsumentenschutz SKS	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23

Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) Collège de médecine de premier recours (MPR) Collegio di medicina di base (CMB)	Geschäftsstelle Landhausweg 26 3007 Bern
Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7
Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere	Worbstrasse 52 3074 Muri b. Bern

pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Liebefeld
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (AS-MAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)	Bahnhofplatz 10 A Postfach 8650 3001 Bern
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)	Moostrasse 2 3073 Gümligen
Verein der Leitenden Spitalärztinnen und –ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)	Sekretariat Bolligenstrasse 52 3006 Bern
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 54 Postfach 6052 3001 Bern
Curafutura – Die innovativen Krankenversicherer	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern
RVK – Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern
santésuisse	Römerstrasse 20 4502 Solothurn
Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	C.F. Meyer-Strasse 14 Postfach 4288 8022 Zürich
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich
Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients OSP Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti OSP	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich

Anhang 2: Liste der Teilnehmer der Anhörung / Abkürzungen / Statistik

I. Anhörungsadressaten

Nr.	Abkürzung	Name
1	AG	Kanton Aargau
2	AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
3	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
4	BE	Kanton Bern
5	BL	Kanton Basel-Landschaft
6	BS	Kanton Basel-Stadt
7	FR	Canton de Fribourg
8	GE	Canton de Genève
9	GL	Kanton Glarus
10	GR	Kanton Graubünden
11	JU	Canton du Jura
12	LU	Kanton Luzern
13	NE	Canton de Neuchâtel
14	NW	Kanton Nidwalden
15	OW	Kanton Obwalden
16	SG	Kanton St. Gallen
17	SH	Kanton Schaffhausen
18	SO	Kanton Solothurn
19	SZ	Kanton Schwyz
20	TG	Kanton Thurgau
21	TI	Cantone Ticino
22	UR	Kanton Uri
23	VD	Canton de Vaud
24	VS	Canton du Valais
25	ZG	Kanton Zug
26	ZH	Kanton Zürich
27	CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
28	SVP	Schweizerische Volkspartei
29	SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
30	SSV	Schweizerischer Städteverband
31	SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
32	economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen
33	SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
34	SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
35	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
36	KV Schweiz	Kaufmännischer Verband Schweiz
37	CP	Centre patronal
38	FRC	Fédération romande des Consommateurs
39	kf	Konsumentenforum
40	SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
41	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
42	H+	Die Spitäler der Schweiz

Nr.	Abkürzung	Name
43	KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften
44	GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
45	PKS	Privatkliniken Schweiz
46	pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband
47	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
48	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
49	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz
50	Hausärzte Schweiz	Berufsverband der Haus- und Kinderärzte
51	Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer
52	RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
53	santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer
54	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband

II. Nicht begrüsste Organisationen / Personen

Nr.	Abkürzung	Name
Spitäler		
55	AllKidS	Allianz der Kinderspitäler der Schweiz
56	BSH	Bündner Spital- und Heimverband
57	Claraspital	Claraspital Basel
58	KSBL	Kantonsspital Baselland
59	Lukas Klinik	Verein für Krebsforschung – Lukas Klinik
60	Merian Iselin	Merian Iselin – Klinik für Orthopädie und Chirurgie
61	Universitätsspitäler	Universitätsspitäler Schweiz
62	UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
63	Vaud Cliniques	Vaud Cliniques – Association vaudoise des cliniques privées
64	VNS	Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler
Gesamtschweizerische Fachgesellschaften		
65	FAMH	FAMH die medizinischen Laboratorien der Schweiz
66	fmCh	foederatio medico rum chirurgico rum helvetica
67	FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum
68	Kinderärzte Schweiz	Kinderärzte Schweiz
69	SGAI	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie
70	SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
71	SGC	Die Schweizer Chirurginnen und Chirurgen
72	SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
73	SGED	Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
74	SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
75	SGGSSG	Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
76	SGH	Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie
77	SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
78	SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
79	SGK/SGA	SGK – Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie und SGA – Schweizerische Gesellschaft für Angiologie
80	SGKC	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie
81	SGKN	Schweizerische Gesellschaft für klinische Neurophysiologie

Nr.	Abkürzung	Name
82	SGNM	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin
83	SGNR	Schweizerische Gesellschaft für Neuroradiologie
84	SGORL	Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie
85	SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie
86	SGPath	Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (SGZytologie, SGMolekularpathologie, SGNeuropathologie, SGDermatopathologie)
87	SGPMR	Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
88	SGR-SSR	Schweizerische Gesellschaft für Radiologie
89	SGR	Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie
90	SGZ	Schweizerische Gesellschaft für Zytologie
91	SHT	Schweizerische Gesellschaft für Histologie-Technik
92	SNG	Schweizerische Neurologische Gesellschaft
93	SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
94	SRO	Schweizer Gesellschaft für Radioonkologie
95	SSI	Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie
96	SSIPM	Swiss Society for Interventional Pain Management
97	SSP SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
98	swiss orthopaedics	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
99	VKJC	Vereinigung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte der Schweiz
Sonstige gesamtschweizerische Gesellschaften		
100	BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen
101	Comparis	comparis.ch – Internet-Vergleichsdienst
102	EQUAM	Stiftung für externe Qualitätssicherung in der Medizin
103	FASMED	Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik
104	MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
105	PULSUS	Verein für eine freie, sozial verantwortbare Medizin
Kantonale/regionale Gesellschaften		
106	AABB	Augenärzte Beider Basel
107	AEGLU	Ärztegesellschaft Kanton Luzern
108	Ärzte AG	Aargauischer Ärzteverband
109	Ärzte GR	Bündner Ärzteverein
110	Ärzte SG	Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen
111	Ärzte TG	Ärztegesellschaft Thurgau
112	Ärztezentren Deutschschweiz	Ärztezentren Deutschschweiz AG
113	AGSZ	Ärztegesellschaft Schwyz
114	AGZ	AerzteGesellschaft des Kantons Zürich
115	AMG	Association des Médecins du canton de Genève
116	ArgoDoc	Aargauer Hausärzte
117	ARGOMED	Ärzte AG
118	BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
119	BUG	Berner Urologen Gesellschaft
120	GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Nr.	Abkürzung	Name
121	GNNN VS	Groupement des neurologues, neurochirurgiens et neuropédiatres du Valais
122	GPV	Groupement des Pédiatres Valaisans
123	HÄ Zofingen	Hausärzteverein Region Zofingen
124	Hausärzte GR	Hausärzte Graubünden
125	Hausärzte LU	Vereinigung Luzerner Hausärzte
126	Hausärzte ZH	Hausärzte Zürich
127	HKO	Haus- und Kinderärzte Ostschweiz
128	MEDGES	Medizinische Gesellschaft Basel
129	medica	Medizinische Laboratorien Dr. F. Kaeppeli AG
130	MFGe	Médecins de Famille Genève
131	MFNe	Médecins de famille Neuchâtel
132	MFVaud	Médecins de famille Vaud
133	Mutschellen	Ärztezentrum Mutschellen
134	Neurologues vaudois	Groupe des neurologues vaudois
135	SÄ Zofingen	Spezialärzte Region Zofingen
136	SGP (Pédiatre Genève)	Société Genevoise de Pédiatre
137	SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg
138	SMV	Groupement des radiologues valaisans
139	SVM	Société Vaudoise de Médecine
140	TGV	Thurgauer Grundversorgerverband
141	VBHK	Verein Berner Haus- und KinderärztInnen
142	VHBB	Vereinigung Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel
143	WÄV	Walliser Ärzteverband
Privatpersonen		
144	Bachofner	Dr. med. Ronnie Bachofner
145	Bhend	Dr. med. Heinz Bhend, Aarburg
146	Bianchetti	Dr. med. Marco Bianchetti, Sursee (Augenarzt)
147	Birchler	Dr. med. Manfred Birchler
148	Bischof	Dr. med. Bruno Bischof
149	Bucher	Dr. Heinrich Bucher
150	De Garis	Ch. De Garis, Kinder- und Jugendmedizin
151	Eigenmann	Franz Eigenmann
152	Fischer	Dr. med. Max Albrecht Fischer
153	Fromm	Dr. med. Urs Fromm
154	Grosse	Diane Maria Grosse
155	Hostettler	Dominik Gerber Hostettler (Augenarzt)
156	Kamin	Dr. med. Götz Kamin (Augenarzt)
157	Kloter	Dr. med. Regine Kloter
158	Lütolf	Prof. em. Dr. med. Urs Martin Lütolf
159	Papaloïzos	Dr. M. Papaloïzos (Handchirurg Genf)
160	Reber	Dr. med. Peter Reber
161	Rickenbacher	Dr. med. Beat Rickenbacher
162	Rihs	Dr. med. Frank Rihs (Neurologe)
163	Simonett	Dr. med. Manuel Simonett

Nr.	Abkürzung	Name
164	Wüest	Dr. med. Andreas J. Wüest

III. Statistik

	Total Eingeladene	Stellungnahmen Begrüsste	Stellungnahmen nicht Begrüsste	Total Stellung-nahmen
Schriftliche Stellungnahmen	72	54	110	164