



---

**Bericht über die Ergebnisse der Anhörung zum Entwurf der  
Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von  
Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatori-  
schen Krankenpflegeversicherung (VEZL)**

---

# Inhalt

---

1	Ausgangslage .....	3
2	Zusammenfassung der Stellungnahmen .....	4
2.1	Bemerkungen zum Anhörungsverfahren .....	4
2.2	Allgemeine Stellungnahmen / Allgemeine Einschätzung des Projekts .....	7
2.3	Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen des Projekts .....	21
	Bemerkungen zu Artikel 1 .....	21
	Bemerkungen zu Artikel 2 .....	26
	Bemerkungen zu Artikel 3 .....	29
	Bemerkungen zu Artikel 4 .....	31
	Bemerkungen zu Artikel 5 .....	33
	Bemerkungen zu Artikel 6 .....	36
	Bemerkungen zu Artikel 7 .....	39
	Bemerkungen zu Artikel 8 .....	42
	Bemerkungen zu Anhang 1 und 2 .....	43
2.4	Zusätzlich vorgeschlagene Bestimmungen .....	47
	<i>Anhang 1: Liste der Adressaten der Anhörung</i> .....	48
	<i>Anhang 2: Liste der Teilnehmer der Anhörung / Abkürzungen / Statistik</i> .....	53

## **1 Ausgangslage**

Mit Schreiben vom 15. Januar 2013 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die interessierten Organisationen ein, sich im Rahmen einer Anhörung zum Entwurf der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) zu äussern und bis 25. Januar 2013 schriftlich Stellung zu nehmen.

Die Unterlagen für die Anhörung wurden an 58 Adressaten versandt (siehe Anhang 1).

Insgesamt gingen 48 schriftliche Stellungnahmen ein (45 von offiziell begrüßten Anhörungsteilnehmern und 3 von nicht offiziell begrüßten Organisationen).

## 2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die schriftlichen Stellungnahmen sind nachstehend zusammengefasst aufgeführt.

### 2.1 Bemerkungen zum Anhörungsverfahren

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Appenzell Ausserrhoden hält fest, dass die eingeräumte Frist zur Anhörung massiv zu kurz angesetzt wurde. Dasselbe gilt für die Zeit, welche den Kantonen für eine allfällige Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen bis 1. April 2013 verbleiben würde.	AR
Aufgrund dieser knappen Frist ist es, wie bereits bei der Änderung des KVG, dem Regierungsrates des Kantons Bern wieder nicht möglich, eine Stellungnahme einzureichen. Daher äussert sich ausschliesslich die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) zur Vorlage.	BE
Im Übrigen erachten wir die Frist für die Vernehmlassung als sehr kurz.	BL
Wir möchten vorweg festhalten, dass wir die angesetzte Frist von 10 Tagen als unzumutbar kurz erachten. Neben der unzumutbaren und nur bedingt nachvollziehbar kurzen Vernehmlassungsfrist ist auch darauf hinzuweisen, dass es auf der Ebene der Kantone grösste Probleme aufwerfen wird, die nötigen Vollzugsregeln in der vorgesehenen Frist bis zum 1. April 2013 vorzubereiten und zu erlassen.	GL
Die angesetzte Anhörungsfrist von zehn Tagen erachten wir als unangemessen, da sie in keiner Art und Weise die ordentlichen Fristen zur Fassung von Regierungsbeschlüssen berücksichtigt.	GR
Le Gouvernement regrette la brièveté du délai accordé pour étudier ce dossier important et fournir une prise de position fondée et détaillée.	JU
Die Vernehmlassungsfrist von knapp einer Woche erlaubt keine fundierte und breit abgestützte Stellungnahme. Die Verordnung halte problemlos bereits mit der Gesetzesvorlage in die Vernehmlassung gegeben werden können. Leider kommt es immer häufiger vor, dass die Kantone nur noch ganz kurzfristig zu einer Stellungnahme begrüsst werden. Wir bitten Sie deshalb dringend, künftig die Geschäfte so zu planen, dass den Vernehmlassungspartnern genügend Zeit zur Verfügung steht für eine fundierte und breit abgestützte Stellungnahme.	LU
Vu les délais très courts, vous trouverez ci-dessous la position de notre département.	NE
Aufgrund der ausserordentlich knappen Frist ist es in keiner Art und Weise möglich, das Geschäft der Regierung des Kantons NW zuzustellen, weshalb ausnahmsweise die Gesundheits- und Sozialdirektion unterzeichnet.	NW
Die Vernehmlassungsfrist bis am 25. Januar 2013 ist zwar äusserst kurz wir haben aber Verständnis dafür, weil Sie den Kantonen möglichst rasch die nötigen Voraussetzungen für eine befristete Wiedereinführung des Zulassungsstopps schaffen möchten.	OW
Wir müssen festhalten, dass die Fristansetzung unzumutbar kurz ist. In der betroffenen Thematik sind in den letzten Wochen und Monaten keine bedeutsamen und nicht vorhersehbaren Entwicklungen eingetreten, die ein überstürztes Rechtssetzungsverfahren rechtfertigen würden. Neben der unzumutbar kurzen Vernehmlassungsfrist ist auch darauf hinzuweisen, dass es auf der Ebene der Kantone grösste Probleme aufwerfen wird, die nötigen Vollzugsregeln in der vorgesehenen Frist bis zum 1. April 2013 vorzubereiten und zu erlassen.	SH
Wir erachten die Fristansetzung auch unter Berücksichtigung des vom Bund festgelegten zeitlichen Fahrplans und der damit einhergehenden Dringlichkeit des Rechtssetzungsverfahrens als unzumutbar kurz.	TG
Abbiamo ricevuto la vostra richiesta di consultazione dei 15 gennaio 2013. Rileviamo però che la vostra documentazione ci è giunta nel pomeriggio dei 21 gennaio U.S., con scadenza dei termine per la risposta il 25 gennaio. Comprimerete che si tratta di un	TI

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>lasso di tempo assolutamente insufficiente per un'esame minima mente approfondito e ponderato. In futuro vi saremmo tuttavia grati se l'invio avvenisse almeno per posta A, soprattutto laddove i termini imposti sono così brevi.</p> <p>Il Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino coglie comunque l'occasione per inviarvi le proprie osservazioni. Prendiamo atto che per l'occasione tutti i documenti sono stati inviati di primo acchito in versione italiana, quindi tutti i testi sono stati tradotti per tempo in maniera adeguata e di questo ci rallegriamo e 10 interpretiamo quale segnale positivo per il futuro.</p>	
<p>Angesichts der äusserst kurzen Vernehmlassungsfrist hat der Regierungsrat unsere Direktion ermächtigt, direkt für den Kanton Uri zum Verordnungsentwurf Stellung zu nehmen.</p>	UR
<p>Die von Ihnen gewährte Anhörungsfrist beträgt 10 Tage, was von Ihnen selbst als "relativ kurz" bezeichnet wird. Innert dieser kurzen Frist (wobei das Schreiben erst am 17. Januar 2013 bei uns eingetroffen ist) ist es unmöglich, dass sich der Regierungsrat zum Entwurf äussern kann, was angesichts der politischen Tragweite des Geschäfts notwendig ist. Die vorliegende Stellungnahme, die innert Frist eingereicht wird, beinhaltet aus diesem Grund lediglich die rechtstechnischen Aspekte der Vorlage. Wir werden uns erlauben, ausserhalb der gesetzten Frist eine vertiefte Stellungnahme des Regierungsrates nachzureichen.</p> <p>Um die gute Zusammenarbeit zwischen dem Bund und dem Kanton Zug auch in Zukunft zu gewährleisten bitten wir Sie, Ihre Vernehmlassungsfristen unter Berücksichtigung der innerkantonalen Abläufe so anzusetzen, dass die Beantwortung durch den Regierungsrat überhaupt möglich ist.</p>	ZG
<p>Wir halten indessen vorweg fest, dass wir die angesetzte Frist auch unter Berücksichtigung des vom Bund festgelegten zeitlichen Fahrplans und der damit einhergehenden Dringlichkeit des Rechtsetzungsverfahrens als zu kurz erachten. Überdies weisen wir bereits heute darauf hin, dass die beabsichtigte Umsetzung des Zulassungsstopps ab 1. April 2013 Kantone, die von der Wiedereinführung absehen wollen, vor erhebliche Probleme stellt, müssen sie doch ihrerseits kantonalrechtliche Regelungen treffen, um von der ihnen durch das Bundesrecht eingeräumten Verzichtsmöglichkeit Gebrauch zu machen. Die üblichen Fristen für ein ordentliches Verordnungsgebungsverfahren überschreiten aber die vorliegend zur Verfügung stehenden gut zwei Monate.</p>	ZH
<p>Der Vorstand bedauert, dass es aufgrund der eingeräumten Fristen nicht möglich war, die in den Anhängen 1 und 2 vorgelegten Zahlen genau und systematisch zu überprüfen und den Umfang der neuen Aufgaben abzuschätzen, die den Kantonen übertragen werden.</p>	GDK
<p>Etliche unserer Mitgliedverbände, die wir stets in die verbandsinterne Meinungsbildung einbeziehen, haben sich heftig über die ausserordentlich kurze Vernehmlassungsfrist beschwert. Obwohl uns bewusst ist, dass mit der Erarbeitung der vorliegenden Verordnung nicht lange zugewartet werden kann, teilen wir diese Kritik. Angesichts der Konsequenzen der neuen Verordnungsbestimmungen für diverse betroffenen Personen, Institutionen und Verbände muss diesen dringend mehr Zeit eingeräumt werden, um die erarbeiteten Vorschläge gründlicher prüfen zu können. Wir ersuchen Sie deshalb mit Nachdruck, in Zukunft auch bei dringenden Vorlagen mehr Zeit für die Anhörungen einzuplanen.</p>	SGV
<p>Wir bedauern ein Vernehmlassungsverfahren zu einem Verordnungstext, dessen Grundlage (Gesetzesrevision) nach Ablauf der Vernehmlassungsfrist erst durch den</p>	SBV

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Erstrat behandelt wird! Womöglich werden substantielle Korrekturen, Auflagen etc. in der vom Parlament zu schaffenden Gesetzesgrundlage eine Änderung des Verordnungsentwurfs und damit eine weitere Vernehmlassung erfordern.</p>	
<p>Wir erachten es als äusserst schwierig zu einer Verordnung Stellung zu nehmen, deren gesetzliche Grundlage vom Parlament noch nicht verabschiedet ist. Sollten die Beratungen im Parlament zu einem im Vergleich zum vorliegenden Gesetzesentwurf abweichenden Ergebnis führen, erwarten wir eine erneute Konsultation zur VEZL im Rahmen der vorliegenden Anhörung.</p>	<p>santésuisse</p>
<p>Der Vollständigkeit halber erlauben wir uns zugleich den Hinweis, dass uns eine Vernehmlassungsfrist von nur 10 Tagen zu einem wichtigen und komplexen Thema zu kurz erscheint.</p>	<p>SPO</p>

## 2.2 Allgemeine Stellungnahmen / Allgemeine Einschätzung des Projekts

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Mit Schreiben vom 2.11.2012 haben wir uns zur befristeten Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung (KVG-Revision) ausführlich und klar ablehnend geäußert. Demzufolge verzichten wir nun auf eine materielle Stellungnahme zum vorliegenden Verordnungsentwurf und halten nochmals fest, dass auf die Wiedereinführung des Zulassungsstopps verzichtet werden sollte.	AG
Auf die Änderung des KVG sowie auch die VEZL ist zu verzichten. Sollten die Änderungen trotzdem in Kraft gesetzt werden, so soll dies frühestens auf den 1. Juli 2013 erfolgen. Appenzell Ausserrhoden hat sich wiederholt gegen die Wiedereinführung des Zulassungsstopps ausgesprochen. Der Zulassungsstopp in der vorliegenden Form ist weder praktikabel noch nachhaltig. Die nun vorliegende Verordnung bestätigt die Befürchtungen, dass, ausser einem enormen administrativen Aufwand, kein Nutzen resultiert. Die im Anhang aufgeführten Zahlen sind unvollständig und entsprechen nicht der tatsächlichen Situation. So werden weder der tatsächliche Beschäftigungsgrad noch die bereits heute bestehenden Kapazitäten an den Kliniken und anderen Institutionen mitberücksichtigt. Eine Trennung zwischen stationärer und ambulanter Tätigkeit an Kliniken ist zudem nicht praktikabel. Die Daten sind in der in Anhang 1 aufgeführten Form und Qualität unzureichend, obwohl sie für den Vollzug der Verordnung erforderlich wären.	AR
Der vorliegende Entwurf entspricht nur zum Teil der Forderung nach einer Regelung, welche keinen weiteren Reglementierungsbedarf in den Kantonen hervorruft. Wohl ist es grundsätzlich möglich, auf kantonale Ausführungsbestimmungen zu verzichten. Die Tatsache, dass diese im vorgesehenen Umfang überhaupt möglich sind, lässt aber erwarten, dass die Umsetzung des Zulassungsstopps mit grossen kantonalen Unterschieden erfolgen wird. Die resultierende heterogene Reglementierung läuft einer wirksamen Zulassungskontrolle zuwider. Sie bewirkt lediglich eine vermehrte interkantonale Wanderung von Berufsleuten, die den Zulassungsstopp mit dem Binnenmarkt-Recht umgehen.	BL
Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt stimmt der vorgeschlagenen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu. Vorbehalte bestehen zu den im Anhang 1 aufgeführten Höchstzahlen sowie der in Anhang 2 ausgewiesenen Versorgungsdichte.	BS
Notre Conseil déplore que la possibilité de limitation soit réservée aux seuls médecins spécialistes. Il approuve néanmoins l'ordonnance proposée.	GE
Wie Sie bereits unserer Stellungnahme vom 29. Oktober 2012 zum Entwurf von Artikel 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) entnehmen konnten, lehnt der Kanton Glarus die befristete Wiedereinführung des Zulassungsstopps dezidiert ab. Wir beabsichtigen daher, im Falle der Inkraftsetzung von Artikel 55a KVG und der VEZL gemäss Entwurf, von der in Artikel 3 Buchstabe a eingeräumten Kompetenz Gebrauch zu machen und die in Anhang 1 zur VEZL festgelegten Höchstzahlen für nicht anwendbar zu erklären.	GL
Wir begrüßen - im Falle einer Inkraftsetzung von Art. 55a KVG und der VEZL die den Kantonen eingeräumte Kompetenz, auf die Einführung einer Zulassungsbeschränkung zu verzichten. Der Kanton Graubünden wird auf eine Wiedereinführung des Zulassungsstopps verzichten.	GR
Le Gouvernement tient à exprimer une nouvelle fois son scepticisme quant à la pertinence d'une telle mesure. Cela dit, le Gouvernement tient à ce qu'une marge de manœuvre suffisante soit laissée aux cantons, afin qu'ils puissent, car c'est leur responsabilité,	JU

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>assurer une couverture de soins adéquate sur l'ensemble de leur territoire, cela dans toute la Suisse, y compris dans des régions moins dotées en médecins telles que le canton du Jura.</p>	
<p>Im Wesentlichen geht es bei der Vorlage darum, dass der gleiche Zulassungsstopp wieder eingeführt werden soll wie er bis Ende 2011 gegolten hat. Der Verordnungsentwurf räumt den Kantonen grosse Freiheiten ein, ob und in welcher Form sie den Zulassungsstopp (wieder) einführen wollen. Insofern sind wir mit dem Entwurf einverstanden.</p>	LU
<p>Le projet d'ordonnance apporte une réponse adéquate pour réguler l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux dans les cantons qui ont une pléthore médicale, notamment ceux pour lesquels des dizaines de nouvelles admissions ont eu lieu depuis l'arrêt de la clause du besoin. Dans des cantons comme celui de Neuchâtel qui présente une densité médicale moyenne, mais qui pourrait se voir exposer à une pénurie dans certaines régions, cette ordonnance peut également s'avérer être un outil utile. Il s'agit toutefois d'être particulièrement attentif à l'utilisation des données chiffrées de l'activité médicale. Un autre problème qui survient souvent dans les régions périphériques est la combinaison de deux spécialités comme médecine interne et endocrinologie (diabétologie). A notre avis, les médecins qui exercent une activité de premier recours et qui disposent d'un 2ème titre de spécialiste devraient pouvoir exercer cette activité sans autorisation. Ceci est important dans les régions à risque de pénurie pour donner accès à la fois à des prestations de médecine générale et de spécialiste (par exemple diabétologie). La durée prévue de 3 ans par rapport à l'échelle de temps de la vie professionnelle semble aussi limitée; des effets ne pourraient être mesurés qu'à plus longue échéance à notre avis.</p> <p>Deux solutions s'imposent, soit de prendre tel quel les données de l'annexe 1 et de leur assortir une valeur indicative, appréciable par l'administration qui instruit le dossier, soit de se donner le temps pour chaque canton de définir par enquête la nature de l'offre avec la capacité de production économique de chaque prestataire. Dans cette dernière idée, une collaboration avec les centres de facturation pourrait donner une image plus précise de cette offre médicale par spécialité.</p> <p>En dehors de ces quelques remarques et des éléments spécifiques figurant ci-dessous, nous pouvons apporter notre plein soutien au projet d'ordonnance qui nous est soumis.</p>	NE
<p>Wir gehen davon aus, dass die Einschränkung für 90 Tage Dienstleister nicht gilt, diese Personen benötigen nach MedBG keine Bewilligung.</p> <p>Für problematisch erachten wir eine mögliche Umgehung der Zulassungsbeschränkung durch den „Assistenten -Status“. Gemäss unserem geltenden kantonalen Gesetz ist diese Tätigkeit weder bewilligungs- noch meldepflichtig.</p>	NW
<p>Grundsätzlich sind wir mit dem Verordnungsentwurf einverstanden und verzichten auf eine Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen.</p>	OW
<p>Der vorgeschlagenen Gesetzesänderung zur Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung in der Ausgestaltung, wie sie per Ende 2011 ausgelaufen ist, stimmen wir zu. Zentral ist für uns, dass es sich bei der Wiederaufnahme der bis Ende 2011 geltenden Regelung um eine Übergangslösung handelt, welche so rasch wie möglich durch eine langfristige, differenziertere Lösung der Zulassungssteuerung abgelöst ist.</p> <p>Übergangsrecht</p> <p>Im Gesetzesentwurf zur Änderung des KVG wird in den Übergangsbestimmungen festgehalten, dass auf Leistungserbringer, die vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig waren, der Zulassungsstopp keine Anwendung finden soll. Genügt hier eine einzige "pro forma"-Abrechnung vor Inkrafttreten des Zulassungsstopps? Unseres Erachtens sollten zumindest die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Nichtanwendung des Zulassungsstopps übergangsrechtlich von weiteren Bedingungen abhängig zu machen.</p>	SG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Angaben über OKP-Abrechnungen Die Krankenversicherer wissen, ob und in welchem Umfang eine Ärztin oder ein Arzt OKP-pflichtige Leistungen abgerechnet hat oder nicht. Damit die Kantone ihre Aufsichtsfunktion adäquat wahrnehmen können, ist es unabdingbar, dass ihnen auf konkrete Anfrage hin durch den Krankenversicherer bzw. durch santésuisse Auskunft darüber erteilt wird. Die während des bestandenen Zulassungsstopps gemachten Erfahrungen haben gezeigt, dass es nur bedingt möglich bzw. mitunter sogar unmöglich war, von Seiten von santésuisse die gewünschten Zahlen und Angaben zu erhalten. Wir regen vor diesem Hintergrund an, an geeigneter Stelle eine Bestimmung aufzunehmen, welche diese aus Sicht der Kantone wichtige Informationspflicht verbindlich festhält.</p> <p>Deklaration von Facharzttiteln durch ausländische Gesuchsteller Bei Ärztinnen und Ärzte, welche die Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben, besteht nach Massgabe des Medizinalberuferegisters Gewähr, dass sämtliche Facharzt bzw. Weiterbildungstitel bekannt sind. Bei Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland ist dies nur bedingt der Fall. Die Frage, über welche Weiterbildungstitel eine Gesuchstellerin oder ein Gesuchsteller aus dem Ausland verfügt, ist in der Praxis kaum überprüfbar. Die Gesuchsteller können sich grundsätzlich darauf beschränken, der MEBEKO nur diejenigen Daten einzureichen, welche für den Titel eines "praktischen Arztes" und damit für die ausnahmsweise Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP ausreichen. Damit besteht die Gefahr der unrechtmässigen Umgehung des Zulassungsstopps.</p>	
<p>Der Kanton Solothurn begrüsst die auf 1. April 2013 geplante Inkraftsetzung der Bestimmungen über die befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung.</p>	SO
<p>Der Regierungsrat des Kantons Schwyz unterstützt grundsätzlich die vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsgerechten Zulassung. Leider befriedigt uns der vorliegende Entwurf für eine bundesrätliche Verordnung nur teilweise.</p> <p>Wir begrüssen, dass den Kantonen ausreichend Spielraum gewährt wird, um die Gestaltung der Umsetzung den jeweiligen Verhältnissen und Bedürfnissen des Kantons anzupassen. Ebenso unterstützen wir die Absicht, sowohl die dem Eidgenössischen Parlament beantragte Änderung des KVG (Art. 55a) wie auch die bundesrätliche Verordnung (VEZL) auf den frühestens möglichen Termin in Kraft zu setzen. Dadurch kann der durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung bereits angerichtete Schaden in Grenzen gehalten werden.</p> <p>Der vorliegende Entwurf für eine VEZL mag jedoch in zweierlei Hinsicht nicht zu befriedigen: Die beiden Anhänge der Verordnung, welche den Kantonen als Instrumente für die Steuerung der Versorgung dienen sollen, geben wiederum lediglich das derzeitige Angebot wieder und widerspiegeln in keiner Art und Weise den Bedarf für eine ausreichende Versorgung.</p> <p>Ebenso enthält der Entwurf keine Verpflichtung der Versicherer, den Kantonen die für eine zielgerichtete Umsetzung der bedarfsgerechten Zulassung erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Da zunehmend Fachärzte, insbesondere Ärztinnen, nur in Teilzeit tätig sind, viele ihre Tätigkeit in mehr als einem Kanton anbieten und auch einige sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich Leistungen erbringen, muss sich eine sinnvolle Steuerung nicht an der Anzahl Leistungserbringer („Köpfe“), sondern an der effektiv erbrachten Leistung orientieren. Die Kantone können diesem Umstand nur Rechnung tragen, wenn ihnen die Leistungsdaten, über welche die Versicherer verfügen, zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Zudem hoffen wir, dass die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung in der Art, wie dies nun geplant ist, tatsächlich nur auf drei Jahre beschränkt bleibt.</p>	SZ
<p>Überdies weisen wir bereits heute darauf hin, dass die beabsichtigte Umsetzung des Zulassungsstopps per 1. April 2013 Kantone, die von der Wiedereinführung absehen wollen, vor erhebliche Probleme stellt, müssen sie doch ihrerseits kantonrechtliche</p>	TG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Normen erlassen, um von der ihnen durch das Bundesrecht eingeräumten Verzichtsmöglichkeit Gebrauch zu machen. Die üblichen Fristen für ein ordentliches Verordnungsgebungsverfahren überschreiten aber die vorliegend zur Verfügung stehenden gut zwei Monate bei weitem.</p> <p>Wie Sie bereits der Stellungnahme unseres Departementes vom 2. November 2012 zum Entwurf zur Änderung von Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung entnehmen konnten, ist der Kanton Thurgau entschieden gegen die Wiedereinführung des Zulassungsstopps und wird deshalb, im Falle der Inkraftsetzung von Art. 55a KVG und der VEZL gemäss Entwurf, von der ihm in Art. 3 lit. a VEZL eingeräumten Kompetenz Gebrauch machen und die im Anhang 1 zur VEZL festgelegten Höchstzahlen für nicht anwendbar erklären.</p>	
<p>Nel merito, riteniamo che la normativa proposta possa di principio essere condivisa. Le disposizioni che non sono specificatamente menzionate nel seguito sono approvate. Inoltre accogliamo in particolare con favore la scelta di far entrare automaticamente in vigore la moratoria con l'entrata in vigore del modificato articolo 55a LAMal e di non vincolare l'entrata in vigore all'approvazione delle normative cantonali di applicazione. Ciò permetterà anche al nostro Cantone di mettere in vigore la moratoria per la data prevista, nonostante l'obbligo di emanare una legge formale per applicare le normative federali. Ciò è tanto più importante se si considera che nel solo 2012 i medici in possesso di un numero RCC nel cantone Ticino sono aumentati del 18%!</p> <p>Da un profilo generale è importante che i Cantoni possano disporre di un certo margine di manovra nella concessione delle autorizzazioni eccezionali. In questo senso le eccezioni previste all'art.4 cpv. 2 non sono sufficienti: il Cantone deve ad esempio poter prevedere eccezioni in caso di ripresa di studio o al momento dell'assunzione di un medico primario oppure viceprimario in un ospedale figurante sull'elenco degli ospedali ai sensi dell'articolo 39 LAMal. Poco praticabile infine la soluzione proposta per la gestione della limitazione relativa ai medici attivi a titolo ambulatoriale negli ospedali. Si tratta di una formulazione già utilizzata in precedenza, ma che si è rivelata essere del tutto inapplicabile, come spiegheremo di seguito.</p>	TI
<p>Nachdem einerseits die ärztlichen Grundversorger von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind und dadurch gestärkt werden, und andererseits den Kantonen die notwendige Handlungsfreiheit in der Umsetzung der Zulassungsbeschränkung gewahrt wird, sind wir mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf einverstanden.</p>	UR
<p>Nous accueillons favorablement ce projet qui donne aux cantons une marge de manœuvre dans l'application d'une limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.</p>	VD
<p>Le canton du Valais n'étant concerné par l'utilisation de la clause du besoin que dans une bien moindre mesure que d'autres cantons, et vu la brièveté du délai, nous n'avons pas de remarque, ni de proposition particulière sur ce projet.</p>	VS
<p>In seiner Stellungnahme zur befristeten Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung (Art. 55a KVG) vom 2. November 2012 wies der Regierungsrat darauf hin, dass die Begriffe "Gebrauch machen" und "tätig sein" in der Übergangsbestimmung zu unbestimmt sind, weshalb sie auf Verordnungsstufe zu konkretisieren seien. Dies hat der Bundesrat unterlassen, weshalb nun jeder Kanton die Begriffe näher definieren muss. Dies wird in der Umsetzung zu Unklarheiten und Verwirrung unter den Leistungserbringern führen.</p>	ZG
<p>Wie Sie bereits der Stellungnahme der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom 1. November 2012 zum Entwurf zur Änderung von Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung entnehmen konnten, ist der Kanton Zürich gegen die Wiedereinführung des Zulassungsstopps und wird deshalb, im Falle der Inkraftsetzung von Art. 55a KVG und der VEZL gemäss Entwurf, von der ihm in Art. 3 Bst. a VEZL eingeräum-</p>	ZH

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
ten Kompetenz Gebrauch machen und die im Anhang 1 zur VEZL festgelegten Höchstzahlen für nicht anwendbar erklären.	
Die Plenarversammlung der GDK unterstützt grundsätzlich die befristete Wiedereinführung einer Zulassungsbeschränkung als kurzfristige Massnahme. Für die GDK ist es aber gleich-zeitig sehr wichtig, dass die geplanten Arbeiten im Hinblick auf eine differenziertere, langfristige Lösung der Steuerung des ambulanten Angebots rasch und gemeinsam zwischen Bund und Kantonen an die Hand genommen werden. Der Vorstand der GDK begrüsst die Autonomie, über welche die Kantone bei der vorgeschlagenen befristeten Massnahme zur Steuerung des ambulanten Angebots in ihrem Zuständigkeitsgebiet verfügen sollen. Als positiv beurteilt er auch die im Gesetzestext vorgesehene Unterscheidung zwischen den Grundversorgern und den Spezialärzten.	GDK
Seitens des Schweizerischen Gewerbeverbandes sgV haben wir die Wiedereinführung eines Zulassungsstopps klar abgelehnt, weil dieser nach unserem Dafürhalten einen gravierenden Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit darstellt und weil wir nicht daran glauben, dass sich die Nachfrage mit planwirtschaftlichen Regulierungen wirkungsvoll steuern lässt. In diesem Sinne hoffen wir natürlich nach wie vor, dass das Parlament auf die Wiedereinführung des Zulassungsstopps verzichten wird. Sollte dies nicht der Fall sein, werden wir die Beschlüsse der eidgenössischen Räte selbstverständlich akzeptieren.	SGV
Da die Vorlage die Wirtschaft als Arbeitgeber nicht direkt betrifft, verzichten wir auf eine Stellungnahme.	SAV
Der SGB ersucht den Bundesrat auf die Umsetzung der befristeten Zulassungsbeschränkung zu verzichten, dies aufgrund folgender Überlegungen: Der Zulassungsstopp war 10 Jahre in Kraft. Die Auswirkungen und der Nutzen wurden nie vertieft untersucht. Handlungsbedarf bezüglich Kostenlenkung sehen wir hingegen beispielsweise bei der noch immer unbefriedigenden Koordination der Spitzenmedizin, den noch immer zu hohen Medikamentenpreisen und in der fehlenden Koordination der Hightech-Apparate. Die von Bundesrat Berset eingeschlagene Strategie zur Senkung der Medikamentenpreise begrüssen wir. Der Zulassungsstopp trifft immer die jungen Ärztinnen und Ärzte. Dies ist eine nicht akzeptierbare Diskrimination – vor allem vor dem Hintergrund, dass die Zulassungsbeschränkung bereits während 10 Jahren zur Anwendung kam und nun weitere drei Jahre andauern soll. Anstatt junge Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufsentwicklung zu behindern, müsste die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in den Spitälern und in Fachrichtungen, die heute untervertreten sind, gesteigert werden. Das würde u.a. heissen: familienfreundlichere Arbeitsbedingungen in den Spitälern schaffen via Aufnahme auf die Spitalliste. Damit könnte einerseits der akute Ärztemangel in den Spitälern und in gewissen Disziplinen angegangen werden und andererseits dem Drang in die selbständige Praxistätigkeit entgegengewirkt werden. Die Zulassungsbeschränkung berücksichtigt die Qualität der Leistungserbringer nicht, obwohl dies ein zentrales Kriterium sein müsste.	SGB
Dans la mesure où nous nous opposons à la réintroduction du moratoire (voir notre prise de position du 2 novembre 2012 en annexe), nous n'avons pas de remarque particulière sur l'ordonnance. Nous souhaitons toutefois que, dans l'éventualité malheureuse où un moratoire devait être réintroduit, les droits acquis soient garantis. Les médecins spécialistes en activité doivent pouvoir être remplacés sans limitation. Ceux par exemple qui souhaiteraient cesser leur pratique et remettre leur cabinet doivent pouvoir continuer à le faire en le remettant à un confrère de la même spécialité. Des motifs tant économiques que médicaux plaident pour cette solution : retraites des indépendants, réseaux formels et infor-	CP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>mels, suivi des patients Il en va de même pour les hôpitaux et cliniques qui doivent pouvoir faire face aux changements dans leur personnel et parmi les médecins agréés, tout en maintenant les postes de spécialistes concernés pour des questions de maintien de l'offre et de conservation des équipes. Les motifs tant économiques que médicaux sont là aussi valables.</p> <p>Nous vous demandons dès lors d'introduire dans le texte de l'ordonnance une disposition explicite qui permette la transmission des cabinets et le remplacement des médecins spécialistes dans les hôpitaux et cliniques. Cas échéant, un article avec cette te- neur devrait aussi être mentionné dans la loi.</p>	
<p>Im Prinzip und theoretisch, alle gesetzlichen Einschränkungen in einem Markt sind für Konsumenten eine schlechte Sache. ABER wenn wir von ambulatorische Versorgung UND von Spezialisten reden, geht das nicht, denn mehr Leistungserbringer (Spezialisten) bringen mehr kosten, davon viele unnötige Leistungen, mit schlechte Konsequenzen über Prämien (und in der Gesundheitsbereich sind die Konsumenten meistens Prämienzahlern). So eine Einschränkung ist nötig und dringend. Mittel- und langfristig müssen aber die Parlamentarier eine wirkliche Lösung finden (bessere Verteilung zwischen Regionen und zwischen Spezialitäten. Wir brauchen Planungsinstrumente) und diese Einschränkung beenden. Auch eine solche Einschränkung für Apotheker ist gut, denn es gibt zuviele Apotheken (die Probleme sind hier nicht dieselben, aber OK mit die Verordnung)</p> <p>Kurz: JA zum Entwurf des BAG aber schnell eine gute Lösung finden.</p>	ACSI
<p>De façon générale et dans une situation de concurrence parfaite, toute limitation réglementée de l'offre constitue un désavantage pour les consommateurs et nous nous y opposons puisqu'une telle réglementation limite la pression sur les prix et l'amélioration de la qualité. Cependant, dans le cas précis de la médecine et de la pharmacie ambulatoires, l'offre excédentaire et les déséquilibres régionaux et entre spécialités pour la médecine ambulatoire se traduisent par des surcoûts et donc une surcharge de primes inacceptable pour les assurés; ils génèrent par ailleurs une qualité de soins inférieure à ce qu'elle pourrait devrait être. Et la situation ne semble pas devoir s'améliorer puisque la fin du moratoire précédent a induit une forte croissance de l'offre dans des régions et des spécialités médicales qui n'en ont pas besoin.</p> <p>Sachant que la médecine de famille n'est pas concernée, nous approuvons donc une nouvelle limitation des autorisations de pratiquer à charge de l'AOS pour la durée prévue et selon les modalités proposées, tout en insistant sur le fait qu'une solution à long terme, fournissant des outils efficaces de pilotage (planification) de l'offre sur 20-30 ans (parcours de formation, répartition géographique) sont absolument indispensables.</p>	FRC
<p>Theoretisch gesehen sind gesetzliche Einschränkungen in einem Markt aus Sicht der Konsumenten nicht erwünschenswert. Im Falle der ambulatorischen Versorgung und der Zulassung von Spezialisten ist dies jedoch nicht der Fall. Denn je mehr Leistungserbringer existieren, desto höher sind die anfallenden Kosten. Viele der dabei erbrachten Leistungen sind in diesem Sinne unnötig und beeinflussen die Prämien - zulasten der Konsumentinnen und Konsumenten - negativ. Deshalb erachten wir eine Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern als nötig und dringend. Mittel- und langfristig muss jedoch eine wirkliche Lösung und geeignete Planungsinstrumente gefunden werden, um eine bessere Verteilung der Leistungserbringern zwischen den Regionen und auch zwischen deren Spezialgebieten zu erreichen.</p>	SKS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>1.1 Verzicht auf diese Massnahme  Art. 55a E-KVG erteilt dem Bundesrat lediglich die Kompetenz, eine zeitlich limitierte Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP vorzusehen, erlaubt aber auch den Verzicht auf diese Massnahme. Die FMH ersucht den Bundesrat mit Nachdruck, auf die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung zu verzichten.</p> <p>1.2 Künftige Versorgung wird geschmälert  Die Zahlen des OBSAN zeigen, dass in der Schweiz nicht nur in der Grundversorgung sondern in den meisten Spezialistenfächern viele Ärztinnen und Ärzte schon in den nächsten Jahren das Pensionsalter erreichen. Dem Nachwuchs jetzt die Zukunft zu verbauen, obwohl man ihn rasch brauchen wird, kann keinen Sinn machen.</p> <p>1.3 Ärztlicher Nachwuchs wird demotiviert  Im Hinblick auf den zunehmenden Ärztemangel aufgrund demographischer Entwicklungen wäre diese Massnahme ein falsches Signal an die jungen Ärztinnen und Ärzte und Studierenden. Ausgebildete Ärztinnen und Ärzte müssten zwangsweise in den Spitäler bleiben und konnten keine Perspektiven für die Aufnahme einer eigenständigen Tätigkeit entwickeln. Die jungen Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur gut weitergebildet, sondern sind auch engagiert, motiviert, bringen Innovationen und sind an effizientes und kostenbewusstes Arbeiten gewohnt. Durch das zwingende Verharren in stationären Strukturen werden durch den Zulassungsstopp auch innovative, multidisziplinäre Praxisprojekte, wie sie heute viele Ärztinnen und Ärzte Wünschen, verunmöglicht. Sie mochten sich frei zusammenschliessen und gemeinsam eine Praxis übernehmen oder eröffnen. Im Gegensatz zu vielen Spitalern bietet die freiberufliche Tätigkeit auch mehr Möglichkeiten für familienvertragliche Arbeitsbedingungen wie z.B. Teilzeitpensen für Frauen.</p> <p>1.4 Verfassung wird nicht eingehalten  Der einst als Provisorium gedachte Zulassungsstopp dauerte - mit einem kurzen Unterbruch - über 10 Jahre und soll nun für weitere drei Jahre weitergelten. Das Bundesgericht hat in BGE 130126 ff. den Zulassungsstopp nur unter dem Aspekt der fix auf 3 Jahre begrenzten Zeitdauer der Massnahme gerechtfertigt. Der Bundesrat muss die Frage der Verfassungsmässigkeit ernsthaft prüfen; er ist für die Einhaltung der Verfassung verantwortlich. Abgesehen davon, dass eine Wiedereinführung angesichts der verfassungsmässig geschützten Wirtschaftsfreiheit für junge Ärztinnen und Ärzte nicht tragbar ist, wurde unseres Wissens nach nie vertieft untersucht, welches die Auswirkungen und der Nutzen des Zulassungsstopps waren bzw. sind.</p> <p>1.5 Teure Verschiebung vom praxisambulanten in spitalambulanten Bereich  Die oft zitierte Behauptung, jede neue Arztpraxis generiere zusätzliche Gesundheitskosten in der Höhe von einer halben Million Franken, ist in dieser plakativen Form unhaltbar. Es existieren zahlreiche andere Faktoren, welche ebenfalls zum Anstieg der Gesundheitskosten beitragen (neue Abklärung- und Behandlungsmöglichkeiten, teure Medikamente, Demographie, die steigenden Ansprüche der Bevölkerung u.a.). Eine Begrenzung der Ärztezahlin eigener Praxis trägt dieser Tatsache nicht Rechnung und wird deshalb ihr Ziel, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen, verfehlen. Die absehbare medizinische Versorgungsverknappung im praxisambulanten Bereich wird eine Verschiebung der Patienten in die ungleich teurere Versorgung im spitalambulanten Bereich zur Folge haben. Diese Problematik wird völlig unberücksichtigt gelassen.</p> <p>1.6 Datengrundlage fehlt  Was wir im Moment wissen ist, dass die Anzahl der Gesuche bei der SASIS AG um eine Abrechnungsnummer im laufenden Jahr überdurchschnittlich angestiegen ist. Das erstaunt nach 10-jähriger Niederlassungsbeschränkung und in Anbetracht des bereits wieder drohenden Zulassungsstopps nicht. Es müsste daher zwingend geprüft werden, ob mit den beantragten ZSR-Nummern auch wirklich abgerechnet wird und wenn ja mit welchem Pensum, bevor auf politischer Ebene wieder ein folgenschwerer Schnellschuss erfolgt. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten in einer Praxis Teilzeit. Dieser Umstand wird in der aktuellen Diskussion überhaupt nicht berücksichtigt.</p> <p>1.7 Qualität wird nicht berücksichtigt</p>	<p>FMH</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>H+ lehnt die Zulassungsbeschränkung für die Spital- und Klinikambulatorien nach wie vor entschieden ab. Eine sinnvolle Steuerung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten könnte über finanzielle Anreize erreicht werden, zum Beispiel durch eine Besserstellung der Tätigkeit in Randregionen oder eine betriebswirtschaftliche Revision des TARMED. Falls das Parlament jedoch dennoch die Spitäler und Kliniken dem Zulassungsstopp unterstellen sollte, erachten wir die vorliegende Fassung der VEZL mit zwei Vorbehalten zu Gunsten der Belegarztspitäler und der Ausübungsüberprüfung (siehe unten) als akzeptabel.</p> <p>Gleichbehandlung von Chefarzt- und Belegarztspitälern  Angesichts der Neuen Spitalfinanzierung erachten wir es als störend, dass die Spitäler und Kliniken mit einem Belegarztmodell anders behandelt werden sollen als jene mit einem Chefarztmodell. Hier fordern wir zwingend eine Gleichbehandlung. Hier sollte die Verordnung erweitert werden, in dem Sinne, dass eine Zulassung zu erteilen ist, wenn die Ärztin oder der Arzt regelkonform in einem Spital tätig ist.</p> <p>Ausübungsüberprüfung konkretisieren  Ausserdem bitten wir die Ausübungsüberprüfung in der Verordnung zu konkretisieren. Wer stellt diese fest und aufgrund welcher Daten? Gilt die EAN-Nummer oder die ZSR-Nummer? Die Ärztinnen und Ärzte in den Spitäler und Kliniken wenden nämlich beide alternativ an.</p>	H+
<p>Eine Wiedereinführung des Zulassungsstopps, wie er mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf geplant ist, lehnen wir — weil nicht zielführend — kategorisch ab. Im Hinblick auf den sich abzeichnenden Ärztemangel aufgrund demographischer Entwicklungen wäre diese Massnahme für den ärztlichen Nachwuchs in der ambulanten Medizin äusserst kontraproduktiv. Ausgebildete Ärztinnen und Ärzte müssten in stationären Strukturen und im angestellten Verhältnis verharren und könnten keine Perspektiven für die Aufnahme einer eigenständigen Tätigkeit als Niedergelassene entwickeln. An einer solchen Perspektivenlosigkeit gerade des schweizerischen Nachwuchses kann niemand ein Interesse haben. Unter dem ökonomischen und volkswirtschaftlichen Aspekt gesehen hiesse dies ferner für die Zukunft, dass die Patienten aufgrund der absehbar immer prekäreren medizinischen Versorgungssituation im ambulanten Bereich in die ungleich teurere Versorgung im spitalambulanten Bereich ausweichen müssten. Was wiederum bedeutet, dass mit der Wiedereinführung des Zulassungsstopps die Gesundheitskosten mit dieser Massnahme weiter steigen würden und keinesfalls sinken, wie dies von der Politik versprochen wird! Ein weiteres, grundsätzliches Argument kommt hinzu: die vollständige Abschottung des Marktes gegenüber neuen Konkurrenten lässt sich mit der Wirtschaftsfreiheit und insbesondere dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden nicht mehr länger vereinbaren. Schliesslich dauert der dereinst als Provisorium vorgesehene Zulassungsstopp nunmehr — mit einem kurzen Unterbruch — seit über 10 Jahren an und soll nun für drei Jahre weitergelten. Die fast unveränderte Wiedereinführung des bis vor kurzem geltenden Zulassungsstopps ist im Hinblick auf die verfassungsmässig geschützte Wirtschaftsfreiheit der insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzte nicht tragbar. Einer ganzen Generation von Ärztinnen und Ärzte wird damit die Perspektive genommen. Dies ist nicht akzeptabel.</p> <p>Grundsätzlich würden wir eine kantonale Ressourcenplanung und -steuerung als sinnvoll erachten, aber nur wenn die grösstmögliche Optimierung bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffenden Massnahmen gegeben ist und die Leistungserbringer von den Kantonen insbesondere bei der Abklärung des Bedarfs mit einbezogen werden. Dazu gehört vor allem auch eine valable und funktionierende Datengrundlage. Diesen Grundforderungen der kantonalen Ärzteschaft wird mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf in keiner Weise entsprochen. Ohne Daten gibt es indes keine sinnvolle Planung und damit auch keine bedarfsoptimierte Ressourcensteuerung.</p>	KKA

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wir sind daher dediziert der Ansicht, dass eine Planung aufgrund von Zahlen, welche den Umfang der effektiv erbrachten Leistungen nicht berücksichtigen, zu gravierenden Verzerrungen, unerwünschten Fehlentwicklungen und unter Umständen zu unerwarteten regionalen oder lokalen Versorgungsengpässen führen wird. Wir sind der Überzeugung, dass eine sinnvolle Planung nur aufgrund von verlässlichen Zahlen erfolgen kann und fordern deshalb, dass bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärztlichen Datensammlung eingeholt werden muss. Wie Sie vorliegender Stellungnahme entnehmen können, erachten wir diese Verordnung im Sinn einer anzustrebenden Versorgungsplanung und Steuerungsmöglichkeit zur Sicherstellung der medizinischen Versorgungssicherheit der Schweizer Bevölkerung als absolut untauglich. Wir sind der Überzeugung, dass eine sinnvolle Planung nur aufgrund von verlässlichen Zahlen und definierten Planungsinstrumenten sowie unter zwingendem Einbezug des spitalambulanten Bereichs erfolgen kann.</p> <p>Sollte die Wiedereinführung des Zulassungsstopps per 1. April 2013 mit diesen gesetzlichen Grundlagen erfolgen, fordern wir, dass der Kanton bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärztlichen Datensammlung einholen muss. Grundsätzlich soll bei der kantonalen Ressourcenplanung und -steuerung die grösstmögliche Optimierung bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffenden Massnahmen gegeben sein. Dazu gehört auch die Definition von Qualitätskriterien für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Diese Aufführung bzw. die Definition von Qualitätskriterien zu einer effizienten Ressourcenplanung- und -steuerung fehlt im Verordnungsentwurf. Es ist aber unerlässlich im Sinne der Qualitätssicherung bei der medizinischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung das Thema der spezifisch schweizerischen Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzten mit ausländischen Facharzttiteln aufzunehmen. Gerade bei ausländischen Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharzttitel med.pract. häufen sich die Besorgnisse hinsichtlich einer adäquaten Ausbildung und demnach auch der Qualität ihrer erbrachten medizinischen Leistungen. Es ist deshalb unbedingt zu prüfen, ob die Zulassung bzw. die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung an die Bedingung einer bereits erfolgten und zeitlich definierten Tätigkeit in der Patientenbehandlung im Schweizer Gesundheitssystem geknüpft werden kann. Bevor diese Massnahme oder andere zur Sicherstellung der Behandlungsqualität umgesetzt werden können, sind wir deshalb der Ansicht, dass auch die Ärztinnen und Ärzte mit dem im Ausland erworbenen Facharzttitel med.pract. dem Zulassungsstopp unterstellt werden müssen.</p> <p>Abschliessend ersuchen wir Sie höflich, für eine zukünftige Bundesregelung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung das Angebot der Ärzteschaft, die eigene Datensammlung zur Schaffung von effizienten Steuerungsinstrumenten zur Verfügung zu stellen, anzunehmen.</p>	
<p>PKS lehnt die Zulassungsbeschränkung für die Spital- und Klinikambulatorien nach wie vor entschieden ab. Eine sinnvolle Steuerung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten könnte über finanzielle Anreize erreicht werden, zum Beispiel durch eine Besserstellung der Tätigkeit in Randregionen oder eine betriebswirtschaftliche Revision des TARMED. Falls das Parlament jedoch dennoch die Spitäler und Kliniken dem Zulassungsstopp unterstellen sollte, erachten wir die vorliegende Fassung der VEZL mit zwei Vorbehalten zu Gunsten der Belegarztspitäler und der Ausübungsüberprüfung (siehe unten) als akzeptabel.</p> <p>Gleichbehandlung von Chefarzt- und Belegarztspitälern</p> <p>Angesichts der Neuen Spitalfinanzierung erachten wir es als störend, dass die Spitäler und Kliniken mit einem Belegarztmodell anders behandelt werden sollen als jene mit</p>	<p>PKS</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>einem Chefarztmodell. Hier fordern wir zwingend eine Gleichbehandlung. Hier sollte die Verordnung erweitert werden, in dem Sinne, dass eine Zulassung zu erteilen ist, wenn die Ärztin oder der Arzt regelkonform in einem Spital tätig ist.</p> <p>Ausübungsüberprüfung konkretisieren</p> <p>Ausserdem bitten wir die Ausübungsüberprüfung in der Verordnung zu konkretisieren. Wer stellt diese fest und aufgrund welcher Daten? Gilt die EAN-Nummer oder die ZSR-Nummer? Die Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern und Kliniken wenden nämlich beide alternativ an.</p>	
<p>Die Apotheker ermöglichen dagegen Einsparungen, indem sie durch pharmazeutische Beratung, insbesondere durch die Möglichkeit zur Selbstmedikation in Bagatellfällen, die Grundversicherung entlasten. Ein besser verteiltes Apothekennetz hat deshalb eher eine kostensenkende Wirkung. Deshalb ist die territoriale Verteilung der als Leistungserbringer zugelassenen Apotheker ein wichtiges Element der Grundversorgung. Nur durch ein gutes Apothekennetz kann eine flächendeckende Versorgung mit sämtlichen Medikamenten und Beratung durch eine Medizinalperson sichergestellt werden, die nicht zuletzt bei Bagatellerkrankungen, bei Präventionsfragen und der Betreuung von Chronischkranken besonders effizient ist. Die Umsetzung von Art. 55a KVG hat im Rahmen der gesamten gesetzlichen Ordnung und unter Berücksichtigung der spezifischen Funktionen der einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitssystem zu erfolgen. Insbesondere ist Art. 37 Abs. 3 KVG zu berücksichtigen. Danach ist die Bevölkerung primär über die öffentlichen Apotheken mit Arzneimitteln zu versorgen. Eine Begrenzung ist deshalb eher bei den ärztlichen Privatapotheken vorzunehmen, um die Versorgung durch öffentliche Apotheken zu fordern. Die Kantone sollen dabei auch die vielfältigen Kompetenzen der Apothekenteams und die Infrastrukturen der Apotheken innerhalb des Grundversorgungsauftrags besser ausnützen. Sollte die Gleichstellung der ärztlichen Privatapotheken im Rahmen von Art. 33 KVG beim Zulassungsstopp nicht berücksichtigt werden, 50 wäre dies ein krasser Verstoß gegen das Rechtgleichheitsverbot und damit verfassungswidrig.</p> <p>Wir haben festgestellt, dass die Umsetzung des Zulassungsstopps durch die Kantone die gewünschte Wirkung im Falle der öffentlichen Apotheken bisher nicht erreicht hat. Insbesondere kam er für Apotheker gerade dort zur Anwendung, wo die Versorgung durch Apotheken schlecht ist. Man findet Neueröffnungen allenfalls in Ballungszentren dies aus Rentabilitäts- statt Versorgungsgründen. Wir wünschen uns deshalb, dass diese Revision als zielgerichtetes Instrument eingesetzt wird, welches eine bessere Planung aufgrund der Bedürfnisse ermöglicht.</p> <p>Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel eine regionalisierte Anwendung des Zulassungsstopps (z.B. nur für Apotheken oder Ärzte in städtischen Gebieten). Im Rahmen der Umsetzung dieses Entwurfs könnte eine Regionalisierung des Zulassungsstopps eine Lösung zur Vermeidung von Versorgungslücken bringen. Wir bedauern im selben Sinn, dass der Entwurf den Kantonen keine Möglichkeit bietet, auch bei den Hausärzten eine regionale Steuerungsmöglichkeit vorzusehen.</p>	pharmaSuisse
<p>Art. 55a E-KVG erteilt dem Bundesrat lediglich die Kompetenz, eine zeitlich limitierte Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP vorzusehen, erlaubt aber natürlich auch den Verzicht auf diese Massnahme. Der VSAO ersucht den Bundesrat mit Nachdruck, auf die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung zu verzichten, unter anderem aus folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Ärztemangel würde sich weiter verschärfen, da die Massnahme eine enorme Einschränkung des Tätigkeitsfeldes und der freien Entfaltung bedeutet.</li> <li>• Es ist ein Widerspruch, wenn der Bund mit erheblichem finanziellem Aufwand die Zahl der Studienabgänger erhöhen will und gleichzeitig eine Massnahme beschliesst, die genau diesen Leuten die Zukunftsperspektive verbaut.</li> </ul>	VSAO

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es bestehen erhebliche Bedenken gegen die Verfassungsmässigkeit von Art. 55a E-KVG. Das Bundesgericht hat in BGE 130 I 26ff. den Zulassungsstopp nur unter dem Aspekt der begrenzten Zeitdauer der Massnahme gerechtfertigt. Heute muss berücksichtigt werden, dass der Zulassungsstopp während fast eines Jahrzehnts als Provisorium gehandelt wurde und ein berechtigtes Vertrauen auf dessen Abschaffung bestand. Der Bundesrat muss die Frage der Verfassungsmässigkeit ernsthaft prüfen; er ist für die Einhaltung der Verfassung verantwortlich.</li> <li>• Die Ärztedichte ist kein entscheidender Faktor bei der Zunahme der Kosten in der OKP. Das beweisen bereits zwei Studien. Die Wirksamkeit der Massnahme ist deshalb nicht gegeben.</li> </ul>	
<p>Vorausgeschickt sei grundsätzlich, dass sich die Schweizerische Belegärztervereinigung schon mehrfach entschieden gegen solche Zulassungseinschränkungen geäussert hat. Insbesondere sieht sie darin eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit ohne genügende Begründung und einen Widerspruch zu den hohen finanziellen Aufwänden der öffentlichen Hand und der Studierenden für das Medizinstudium und die medizinische Weiterbildung, wenn in der Folge die Berufsausübung eingeschränkt wird.</p>	SBV
<p>Unserer Ansicht nach veranschaulicht die VEZL die Mängel der Gesetzesvorlage. Zu kritisieren ist insbesondere die ordnungspolitisch fragwürdige Verschiebung elementarer Kompetenzen im Zusammenhang mit der sozialen Krankenversicherung vom Bund auf die Kantone. Zusammengefasst spricht der Bund eine Deckelung der Zulassung aus - welche im Grossen und Ganzen der aktuellen Versorgungslage entspricht - und erteilt den Kantonen gleichzeitig sowohl die Kompetenz zur Ausdehnung des Angebots wie auch eine generelle Möglichkeit zur Einschränkung des Angebots (Art. 55a Abs. 4 Satz 2 eKVG). Damit werden die Kantone mit einer äusserst weitgehenden Planungskompetenz für die ambulante Versorgung ausgestattet. Es kann nicht umstritten sein, dass dies ein direkter Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker darstellt.</p> <p>2. Leichtfertiger Umgang mit dem verfassungsmässigen Schutz der Wirtschaftsfreiheit  Ein Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit muss sich auf ein überwiegendes öffentliches Interesse stützen und sich auf das geringstmögliche, erforderliche Ausmass beschränken (Verhältnismässigkeit). Beide Bedingungen sind nicht erfüllt. Zwar besteht ein öffentliches Interesse an einer angemessenen Kostenentwicklung in der OKP, hingegen kann es kein öffentliches Interesse daran geben, das Angebot durch einfachen Pinselstrich einzuschränken, denn tendenziell wird dadurch auch die Einschränkung von Leistungen und somit eine unerwünschte Rationierung in Kauf genommen. Eine Abwägung dieser Faktoren hat unseres Wissens bisher nicht stattgefunden, müsste aber auf jeden Fall die Basis für einen ausschliesslich kostenmotivierten Zulassungsstopp sein.</p> <p>Die vorgesehene Zulassungsbeschränkung ist zudem in dreifacher Weise unverhältnismässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternativen ungeprüft: Sämtliche Alternativen, welche ohne Einschränkung der Grundrechte umsetzbar waren, wurden bis zum heutigen Tage nicht einer eingehenden Prüfung unterzogen. Darunter fallen bspw. die Verschärfung der Zulassungskriterien in qualitativer Hinsicht, die Umsetzung flexiblerer Tarifmodelle und eine Einschränkung des absoluten Kontrahierungszwangs, respektive einer Kombination solcher Massnahmen.</li> <li>• Diskriminierung: Die Diskriminierung bestimmter Gruppen (in diesem Fall aller nicht selbstständig praktizierenden Ärzte) kann aus Sicht eines Rechtsstaats nie verhältnismässig sein.</li> <li>• Generell statt individuell: Gemäss Kommentar zur VEZL (Ziffer 1.) bezweckt die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung denjenigen Kantonen, die darauf angewiesen sind, ein Instrument zur Steuerung des Angebots im ambulanten Bereich zu bieten.</li> </ul>	ASK

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>In Tat und Wahrheit wird dieses Instrument generell eingeführt, ohne dass ein kantonaler Nachweis für dessen Notwendigkeit erbracht werden müsste. Dadurch beschränkt sich die gesamte Vorlage nicht mehr auf das geringstmögliche, erforderliche Mass.</p> <p>3. Wirkungslose Massnahme  Dem Verordnungsentwurf ist nicht vorzuwerfen, dass er eine weitgehend wirkungslose gesetzliche Vorlage umzusetzen bezweckt. Dennoch sei an dieser Stelle wiederholt, dass praktisch alle Neuzulassungen, welche der bisherige Zulassungsstopp verursacht hat, bis zum neuerlichen Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung ausgesprochen sein werden. Die befristete Massnahme führt damit lediglich zu einer weitgehend wirkungslosen „Stop-and-Go-Politik“.</p> <p>4. Fragwürdiger Umgang mit dem Begriff "Bedürfnis"  Im Kommentar zur VEZL (Ziffer III. Art. 5) wird dargelegt, weshalb die Kantone im Endeffekt gar keinen Bedürfnisnachweis für ihre Zulassungsentscheide zu erstellen haben, obwohl genau dies der Wortlaut des Gesetzesentwurfs noch vorsieht. Dieser Umstand ist durchaus erwähnenswert, denn der ganze Artikel 55a eKVG basiert auf der Annahme, dass die Kantone eben dieses Bedürfnis zu definieren im Stande sind. Stattdessen wird dargelegt, dass „komplexe Kriterien auszuschliessen sind „ und „in erster Linie vorhandene statistische Angaben in Frage kommen“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Grunde genommen wird hier die Erklärung geliefert, weshalb Art. 55 eKVG für sich genommen gar nicht funktioniert, denn „würde man den Kantonen beispielsweise verbindliche Auflagen machen, [ ... ] konnten sie ihre Entscheide über das Vorliegen eines Bedürfnisses nicht innert nützlicher Frist treffen". Damit bleibt alles unverbindlich, respektive die Bedürfnisnachweise sind damit nicht justiziabel. Hinzu kommt, dass kantonale Höchstwerte die unterschiedlichen regionalen Bedürfnisse innerhalb eines Kantons nicht abzubilden vermögen und deshalb als „Steuergrösse" per se ungeeignet sind.</li> </ul> <p>5. Wesentliches Element des Gesetzes bleibt in der VEZL unerwähnt  Im Gesetzesentwurf (Art. 55 Abs. 4 Satz 2 eKVG) wird den Kantonen die generelle Kompetenz erteilt, die Zulassung der Leistungserbringer an Bedingungen zu knüpfen. Es geht somit keineswegs nur um die Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer (im Sinne der Festlegung einer maximalen Angebotsmenge), sondern auch um gezielte Steuerungsmassnahmen, welche die Kantone inskünftig einführen können. Damit geht die Gesetzesvorlage über ihren eigentlichen (aber kaum erreichbaren) Zweck als Kostendämpfungsmassnahme hinaus.</p> <p>Fazit  Hinter der überaus komplex gestrickten „Zulassungsbeschränkung" versteckt sich nichts anderes als die weitgehende kantonale Versorgungsplanung im ambulanten Bereich. Die Befristung auf 3 Jahre ist aus der Luft gegriffen. Wird sie konsequent eingehalten, kann die Massnahme bestenfalls eine gewisse Wellenbewegung bei den Ärztezulassungen bewirken, sicher jedoch keinen nachhaltigen Erfolg. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass erneut eine Kaskade von Verlängerungen einer inhaltlich unausgereiften Vorlage wider besseren Wissens initiiert wird, welche den Druck auf echte Verbesserungen der strukturellen Mangel des KVG erneut reduziert. Das einzige was übrig bleibt, sind die bekannten Nebenwirkungen.</p>	
<p>Als Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer stehen wir der geplanten Wiedereinführung des Zulassungsstopps sehr kritisch gegenüber. Es handelt sich dabei um eine wettbewerbsverzerrende Massnahme, welche nach unserer Auffassung keinen Beitrag zur nachhaltigen Kosteneindämmung leistet. Sollte die Vorlage dennoch vom Parlament angenommen werden, verlangen wir, dass die Erarbeitung einer dauerhaften Lösung ohne Verzögerung und unter Gewährung der Mitwirkungsrechte aller Akteure im Gesundheitswesen eingeleitet wird.</p> <p>Im Übrigen verweisen wir auf die in der Stellungnahme von santésuisse dargelegten</p>	RVK

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Argumente und Anträge, welche wir entschlossen unterstützen.	
<p>Wie bereits in unserer Stellungnahme vom 5. November 2012 im Rahmen der gesetzlichen Vernehmlassung (zu 55a KVG) eingebracht, stehen wir der geplanten Wiedereinführung des Zulassungsstopps äusserst kritisch gegenüber. Insbesondere haben wir folgende Vorbehalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Zulassungsstopp kommt einem faktischen Berufsausübungsverbot für junge und innovative Ärztinnen und Ärzte gleich, was auf längere Sicht die medizinische Grundversorgung gefährden kann;</li> <li>- Der Zulassungsstopp bewirkt, dass Praxen zu hohen Preisen übergeben werden, was wiederum durch Mengenausweitung kompensiert wird und dass neue Praxen „auf Vorschuss“ eröffnet werden, weil ein neuer Zulassungsstopp droht;</li> <li>- Durch den Zulassungsstopp werden Wellenbewegungen ausgelöst. Die Planwirtschaft in der Grundversicherung muss mit immer neuen Eingriffen die eigenen Planungsfolgen korrigieren.</li> </ul> <p>Wir bedauern sehr, dass unsere Anliegen, welche wir im Rahmen der KVG-Revision zur befristeten Wiedereinführung des Zulassungsstopps betreffend die Ärzteschaft eingebracht haben, nicht aufgenommen wurden. Insbesondere die Ausnahme von Spezialärztinnen und –ärzten vom Zulassungsstopp, welche nachweislich in Netzwerken im Sinne der integrierten Versorgung arbeiten, sowie die Befristung auf zwei Jahre. Aus Sicht von santésuisse ist die Gesetzesvorlage nicht zielführend und die santésuisse angeschlossenen Krankenversicherer stimmen der geplanten Gesetzesvorlage sowie dem geplanten Verordnungsentwurf VEZL im Rahmen vorliegender Erwägungen nur im Sinne einer absoluten Notlösung, bedingt durch die zeitkritischen Verhältnisse, zu. Insbesondere erwarten wir seitens des Bundes eine zügige Aufnahme der Erarbeitung einer definitiven Lösung für die Zeit nach Ablauf der Befristung unter Einbezug aller relevanten Akteure des Gesundheitswesens und Beachtung der bereits in diversen politischen Diskussionen aufgetauchten tauglicheren Lösungsvorschlägen.</p>	santésuisse
<p>Der SVV lehnt Eingriffe in die Wettbewerbs- und Wirtschaftsfreiheit grundsätzlich ab, weshalb er sich auch gegen die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung ausspricht. Zum einen handelt es sich beim Zulassungsstopp faktisch um ein Berufsausübungsverbot für junge Ärztinnen und Ärzte, das längerfristig unter Umständen die medizinische Grundversorgung gefährdet; zum anderen sollten solche einschneidenden Massnahmen nur dann angewandt werden, wenn andere Lösungen nicht möglich sind. Ob und in welchem Rahmen andere Lösungsmöglichkeiten im Hinblick auf die geplante Gesetzesänderung geprüft worden sind, kann nicht beurteilt werden. Sollte trotz allem an der vorliegenden Verordnung festgehalten werden, stellen wir nach einer ersten, aufgrund der äusserst kurz bemessenen Frist, nur summarischen Prüfung des Entwurfs fest, dass die Kantone einen sehr grossen Ermessensspielraum erhalten, was wir als kritisch erachten.</p> <p>Im weiteren scheinen uns die Zahlen in Anhang 1 im Widerspruch zum Verordnungstext zu stehen.</p>	SVV
<p>Grundsätzlich begrüssen wir die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung von Ärzten und Ärztinnen gemäss Art. 1 der Verordnung, insbesondere im Bereich der Spezialfachgebiete. Denn Patienten sind aus unserer Sicht von schädigenden Überbehandlungen zu schützen. Viele Patienten können nicht abschätzen, welche medizinischen Massnahmen primär aus pekuniären Interessen von Spezialärzten vorgeschlagen und durchgeführt werden.</p> <p>Unbegründet scheint uns aber, dass die Zulassungsbeschränkung auch die Apotheker und Apothekerinnen erfassen soll. Durch die Apotheker werden initial keine Kosten ausgelöst, welche die Allgemeinheit mit den Krankenkassenprämien bezahlen muss. Denn das Rezeptieren erfolgt durch die Ärzte.</p>	SPO

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wie Sie unserer Vernehmlassungsantwort vom 2.11.12 (zum Bundesgesetz) im Anhang entnehmen können, lehnen wir die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung ab. Daher lehnen wir auch den hier vorgelegten Entwurf der Verordnung ab, genauso wie solch kurze Anhörungsfristen.</p>	<p>FDP</p>
<p>Le point principal qui fait défaut dans ce texte est l'absence de normes qualitatives sur la formation post-graduée des médecins. Cet élément est particulièrement important et serait de nature, en lui-même, à mieux réguler l'ouverture de nouveaux cabinets s'il était appliqué correctement. Les médecins praticiens devraient également être soumis à cette limitation. Il est notoire que les prestataires de premiers recours étrangers (euro-docs) ont une durée de formation nettement inférieure aux normes helvétiques. De surcroît, ils ne connaissent ni l'organisation de notre système de santé ni nos lois sanitaires, sans parler des lois régissant le marché du travail, connaissances élémentaires et indispensables pour l'engagement du personnel (assistante médicale, secrétaire médicale, laborantine ...). Cela engendre passablement de problèmes au quotidien, principalement au préjudice des patients. Une mise à niveau de ces «eurodocs », avant leur installation, est donc indispensable.</p>	<p>SMSR</p>
<p>1. Nous pensons que les médecins praticiens doivent être soumis au moratoire. Ainsi donc, la loi doit être modifiée en ce sens, pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• permettre d'orienter les localisations de ces installations selon les besoins réels de la médecine de 1er recours et de la garde médicale</li> <li>• favoriser l'intégration de ces forces aux structures médicales déjà existantes</li> <li>• incorporer ces médecins dans le système de formation continue suisse qui est l'un des garants de la qualité des soins donnés aux citoyens</li> <li>• et enfin, intégrer ces éléments au système de santé suisse de façon optimale en permettant aux sociétés cantonales de jouer leur rôle de plateforme de contact avec leurs futurs confrères.</li> </ul> <p>Ces questions liées aux praticiens ont été à une très large majorité votées par la Chambre Médicale de la FMH lors de sa séance du 06.12.2012. Toutefois, si la modification de la loi en ce sens n'est plus possible, l'ordonnance devrait alors au moins donner les moyens aux cantons de vérifier, de concert avec la société cantonale, l'état réel des titres/formations des médecins praticiens afin de garantir l'équité de traitement avec les spécialistes soumis au moratoire. En effet, il faut impérativement éviter que des titulaires de certains titres européens de spécialiste puissent accéder au marché helvétique de façon détournée.</p> <p>2. Les chiffres des annexes 1 et 2 de l'ordonnance ne sont utiles que s'ils sont finement interprétés: afin de leur donner du sens, mais également pour apprécier les circonstances locales permettant de déroger ou non à la clause du besoin, le concours des principaux intéressés, à savoir les médecins est nécessaire. Les spécialités sont les seules à pouvoir nuancer, dans le respect de la protection des données, les chiffres en termes de type et de taux d'activité tout en apportant une vision prospective. En conséquence, l'ordonnance doit préciser que les données des annexes 1 et 2 sont indicatives.</p> <p>3. La soumission de l'ambulatoire hospitalier ne doit pas être formulée de manière potestative mais impérative pour les raisons suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. tous les indicateurs, autant fédéraux que cantonaux, montrent une très nette inflation des volumes financiers de ce secteur sur les coûts de la santé en Suisse au contraire du secteur de l'ambulatoire privé qui montre une grande stabilité</li> <li>b. dès lors, autant par volonté de maîtriser la hausse constante des charges de ce secteur que par souci d'équité envers les différents prestataires de soins de ces 2 secteurs, il convient de soumettre l'ambulatoire hospitalier au même contrôle.</li> </ol>	<p>SVM</p>

## 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
<p>Die Kantone wurden zur Ermittlung der Höchstzahlen nicht beigezogen. Das Einfrieren der zugelassenen Leistungserbringer auf den Stand vom November 2012 erachten wir als nicht akzeptabel. Bereits bei einer ersten Durchsicht fallen grobe Ungereimtheiten auf, beispielsweise in der Allergologie und der klinischen Immunologie (GE: 19, BE: 9). Unseres Erachtens muss eine Normal- respektive Optimalversorgung definiert werden, die auf einer wissenschaftlich basierten Versorgungsforschung gründet. In Ermangelung eines besseren beziehungsweise eines noch nicht vorhandenen Parameters ist alternativ die Normalversorgung als eine Versorgungsdichte im schweizerischen Schnitt zu ermitteln, um eine Gleichbehandlung zu erreichen. Die Bemerkung in den Erläuterungen auf Seite 3 folgende, wonach die Sicherstellung der Versorgung nicht Gegenstand der Höchstzahlen sei, ist zu streichen.</p>	BE
<p>Die Unterstellung von Apothekern unter den Zulassungsstopp in der vorgesehenen Form (Art 1 der VO) ist untauglich. Eine Berufsausübungsbewilligung ist in den meisten Kantonen auch für angestellte Apotheker erforderlich. Mit Aufgabe einer Anstellung wird die Zulassung in den Kantonen in der Regel aber nicht aufgehoben. Dieses System muss dazu führen, dass Arbeitnehmer künftig vermehrt an ihren Arbeitgeber, oder zumindest an den aktuellen Kanton, gebunden werden. Sollten sie doch ihre Stelle aufgeben, so stehen den Apotheken-Betrieben über kurz oder lang zu wenig verfügbare Bewilligungsinhaber zur Verfügung. Korrekterweise müssen die Betriebsbewilligungen für Apotheken dem Zulassungsstopp unterstellt werden, und nicht die Berufsausübungsbewilligungen, wenn der Zulassungsstopp Sinn machen soll.</p>	BL
<p>Alinéa 2 Régime transitoire Il semble que le régime transitoire fera encore l'objet de précisions lors du débat parlementaire. Ainsi, la CSSS-N propose, dans un amendement, de n'exempter du champ d'application de la clause du besoin que les médecins qui ont pratiqué dans leur propre cabinet à la charge de l'assurance obligatoire des soins (cette formulation ne couvrant pas, soit dit en passant, le cas des médecins ayant travaillé dans une institution au sens de l'article 36a LAMal). Afin de garantir l'application uniforme du régime transitoire dans toute la Suisse, il importe que les conditions d'exemption finalement retenues par la loi soient précisées de manière détaillée dans la présente ordonnance. Ainsi notamment, que faut-il concrètement entendre par « avoir pratiqué à la charge de l'AOS » ? Le médecin potentiellement concerné, doit-il faire preuve d'un taux d'activité/chiffre d'affaires/nombre de factures minimal et si oui, lequel?</p>	FR
<p>Es wird bei der Versorgungsanzahl auf die Anhänge der Verordnung verwiesen. Als Basis dient dabei die Anzahl der bei santésuisse registrierten Leistungserbringer. Dabei ist uns nicht klar, wie folgende Faktoren berücksichtigt werden: Das Arbeitspensum der in der jeweiligen Spezialisierung tätigen Ärztinnen und Ärzte und die Zuordnung von Mehrfachtitelträgern. Des Weiteren interessiert uns, ob die Zahl der Ärzte oder die Zahl der ZSR Nummern für die Liste gemäss Anhang I massgebend war.</p>	NW
<p>Gemäss dieser Bestimmung soll die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte eingeschränkt werden, wenn im entsprechenden Kanton in der entsprechenden Spezialisierungsrichtung die Höchstzahl gemäss Tabelle im Anhang zur VEZL erreicht wird. Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Höchstzahlen der Leistungserbringer je Kanton (Anhang 1) nicht mit den Kantonen besprochen wurden, sondern auf dem ZSR-Register von santésuisse (Stichtag 21.11.2012) basieren. Wir weisen darauf hin, dass die angegebenen Höchstzahlen die Realität unvollständig oder unzutreffend wiedergeben. So gibt es etwa Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses, d.h. unselbständig</p>	SG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>tätig sind und keine eigene ZSR-Nummer besitzen. Im Kanton St.Gallen verfügen zum Beispiel 58 Anästhesistinnen und Anästhesisten über eine Berufsausübungsbewilligung. In Anhang 1 ist indessen die Höchstzahl 15 vermerkt. Bei den Apothekerinnen und Apothekern sieht die Situation so aus, dass es im Kanton St. Gallen zur Zeit 142 gültige Berufsausübungsbewilligungen gibt. Die Höchstzahl gemäss Anhang 1 soll hingegen lediglich 54 betragen. Weiter fällt etwa auf, dass gemäss Anhang 1 im Kanton Waadt die Höchstzahl für Allergologie und Klinische Immunologie 22 beträgt, während im Vergleich dazu im bevölkerungsstarken Kanton Zürich die Höchstzahl 2 betragen soll. Diese Beispiele verdeutlichen, dass die in Anhang 1 bzw. Anhang 2 festgelegten Höchstwerte zumindest in einigen Fällen nicht nachvollziehbar sind und deshalb überprüft werden und mit den Kantonen dringend diskutiert werden müssen.</p>	
<p>Gemäss Art. 55a Abs. 1 lit. b KVG und Art.1 Abs.1 VEZL können Einrichtungen nach Art. 36a KVG dem Zulassungsstopp unterstellt werden. Der Kanton Solothurn beabsichtigt, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.</p>	SO
<p>Der Vorstand der GDK fordert, dass für die Verordnungsbestimmungen auf die aktuellst verfügbaren Daten aus dem Zahlstellenregister der santésuisse und in Informationen der Kantone im Rahmen dieser Anhörung abgestützt wird. Wir bitten Sie, die entsprechenden Daten in diesem Sinne nochmals zu überprüfen. Im Hinblick auf eine auch von uns geforderte, rasche befristete Wiedereinführung der Zulassungssteuerung auf der Basis der bis Ende 2011 geltenden Regelung können wir der (ebenfalls von der ausgelaufenen Regelung übernommenen) Methodik zur Ermittlung der aktuellen Versorgungsdichte grundsätzlich zustimmen. Wir sind uns aber bewusst, dass diese verschiedene Probleme mit sich bringt, die in Zusammenhang mit einer längerfristigen Lösung zwingend berücksichtigt werden müssen. Die verwendete Methodik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• registriert die Personen und nicht die Vollzeitäquivalente (VZÄ);</li> <li>• berücksichtigt auch pensionierte Ärztinnen und Ärzte, die nur noch eine sehr gering-fügige berufliche Tätigkeit ausüben;</li> <li>• lässt die Tatsache ausser Acht, dass gewisse Spezialärzte über mehrere Facharzttitel verfügen und unter Umständen doppelt erfasst sind.</li> </ul> <p>Diese Aspekte sind bei der Erarbeitung einer langfristigen Lösung zu berücksichtigen.</p>	GDK
<p>Auch bei den Ärztinnen und Ärzten sowie den Apothekerinnen und Apothekern gibt es immer mehr Berufstätige, die „nur“ Teilpensen absolvieren. Diesem Umstand müsste auch bei der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP Rechnung getragen werden, indem Beschäftigte mit Teilpensen nur ihrem effektiven Beschäftigungsgrad entsprechend angerechnet werden.</p>	SGV
<p>Artikel 55a E-KVG spricht von einer bedarfsabhängigen Zulassungsbeschränkung. Die Zahlen in den Anhängen sind jedoch nicht das Ergebnis einer auf Versorgungssicherheit ausgerichteten Planung, sondern sie dürften wohl eher den Status quo abbilden. Diese Ausgangslage ist ein Grund mehr, auf die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung zu verzichten.</p>	SGB
<p>Das vom Bundesrat zur Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer erneut vorgesehene Abstellen auf die Anzahl der von der SASIS AG abgegebenen ZSR-Nummern ist für die Prüfung der aktuellen medizinischen Versorgungssituation untauglich, irreführend und führt zu einer Fehlsteuerung.</p> <p>Zum Einen ist nicht nachvollziehbar, wie die im Anhang 1 der SASIS AG stammenden Höchstzahlen genau zustande gekommen sind. Zum Andern kann es nicht angehen, dass bei Festlegen der Höchstzahlen allein auf die Zahl der erteilten ZSR-Nummern abgestellt wird ohne zu berücksichtigen, ob und wie viel über sie abgerechnet wird. Die</p>	FMH

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Anzahl der erteilten ZSR-Nummern sagt nämlich überhaupt nichts darüber aus, ob die Inhaber dieser ZSR-Nummern tatsächlich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen und in welchem Pensum sie tätig sind. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang ferner die Leistungserbringer, welche nebst einer unselbständigen Tätigkeit in einer Einrichtung nach Art. 36a KVG auch selbständig und über eine persönliche ZSR-Nummer Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Auch diese Leistungserbringer schöpfen das ihnen aufgrund der persönlichen ZSR-Nummer zukommende Pensum nicht voll aus. All dies ist aufgrund des Bestandes einer ZSR-Nummer nicht ersichtlich. Zudem führt das reine Abstellen auf die Anzahl ZSR-Nummern dazu, dass von zu hohen Kapazitäten ausgegangen wird, was zur Folge hat, dass zu stark nach unten gesteuert wird und damit eine medizinische Unterversorgung noch gefördert wird. Daher ist die Berücksichtigung des Umfangs der effektiv zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen für eine sach- und bedarfsgerecht Steuerung oder Versorgungsplanung von zentraler Bedeutung.</p> <p>Durch das Abstellen einzig auf die Anzahl der ZSR-Nummern wird somit ein verzerrtes und irreführendes Bild über die tatsächlich bestehende medizinische Versorgungssituation geliefert. Wie das Bundesamt für Gesundheit in diesem Zusammenhang richtig festhält, kann die Bedürfnisklausel ihr Ziel grundsätzlich nur gerade dann erreichen, wenn bei der Ermittlung, ob ein Bedürfnis besteht, die tatsächlich im ambulanten Bereich vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden (vgl. Kommentar zur Verordnung vom 1. April 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des BAG, Seite 3 Kommentar zu Art. 1 E-VEZL).</p> <p>Die Zahlen in den Anhängen entsprechen im besten Fall dem Status quo, sagen aber nichts über den Bedarf aus. Folgende Beispiele zeigen die Absurdität der vorgeschlagenen Höchstzahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Genf sind 19 Allergologen und klinische Immunologen aufgeführt (4,1 pro 100'000 Einwohner), in Zürich 2 (0,1 pro 100'000).</li> <li>• In der Waadt sind 90 Kinder- und Jugendpsychiater aufgeführt (12,4 pro 100'000), in Luzern 11 (2,9 pro 100'000).</li> <li>• Im Tessin sind 27 Dermatologen und Venerologen aufgeführt (8,0 pro 100'000), im Kanton Bern 36 (3,7 pro 100'000).</li> </ul> <p>Wenn die Kantone richtigerweise einen Ermessensspielraum haben sollen, dann soll eine klare und transparente Regelung in der Verordnung konsequenterweise von "Richtzahlen" und nicht von "Höchstzahlen" sprechen. Der Bund soll solche Zahlen als unverbindliche Planungshilfe an die Kantone veröffentlichen. Wollte der Gesetzgeber tatsächlich, dass der Bundesrat Höchstzahlen festlegt - der Gesetzgeber spricht bekanntlich von "Kriterien" - müssten diese unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit vertretbar sein. Die FMH fordert, dass die Zahlen kritisch überprüft werden. Die vorgeschlagenen Zahlen würden den gesetzlichen Auftrag einer bedarfsabhängigen Zulassungsregelung verletzen, die Verordnung darf so nicht in Kraft treten.</p>	
<p>Das vom Bundesrat zur Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer erneut vorgesehene Abstellen auf die Anzahl der von der SASIS AG bzw. der santésuisse abgegebenen ZSR-Nummern ist für die Prüfung der aktuellen medizinischen Versorgungssituation untauglich, ja sogar schlicht irreführend und führt zu einer Fehlsteuerung. Die Anzahl der erteilten ZSR-Nummern sagt nämlich überhaupt nichts darüber aus, ob die Inhaber dieser ZSR-Nummern tatsächlich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Ausserdem können aufgrund der blossen Tatsache, dass eine ZSR-Nummer besteht, keine Aussagen über das Ausmass der erbrachten Leistungen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung gemacht werden. Viele Inhaberinnen</p>	<p>KKA</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>und Inhaber einer ZSR-Nummer sind teilzeitlich tätig. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang ferner die Leistungserbringer, welche nebst einer unselbständigen Tätigkeit in einer Einrichtung nach Art. 36a KVG auch selbständig und über eine persönliche ZSR-Nummer Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Auch diese Leistungserbringer schöpfen das ihnen aufgrund der persönlichen ZSR-Nummer zukommende Pensum nicht voll aus und auch hier ist dies über die blossе Tatsache, dass eine ZSR-Nummer besteht, nicht ersichtlich. Mithin führt das Abstellen auf die ZSR-Nummer dazu, dass von zu hohen Kapazitäten ausgegangen wird mit der Folge, dass zu stark nach unten gesteuert und damit eine medizinische Unterversorgung generiert wird. Dies kann nun wirklich nicht der Sinn sein! Daher ist die Berücksichtigung des Umfangs der effektiv zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen für eine sach- und bedarfsgerecht Steuerung oder Versorgungsplanung von eminenter Bedeutung. Sowohl der Bund als auch die Kantone verfügen aber nur über die Information, wie viele Berufsausübungsbewilligungen erteilt wurden. Die SASIS AG kann nur Aussagen über die Anzahl der erteilten Zulassungen als Leistungserbringer KVG bzw. die Anzahl ZSR-Nummern machen. Weder der Bund, noch die Kantone, noch die SASIS AG verfügen somit über Angaben zur Anzahl teilzeitlich tätiger Bewilligungsinhaber sowie den Umfang der von diesen Leistungserbringern erbrachten Leistungen.</p> <p>Durch das Abstellen einzig auf die Anzahl der ZSR-Nummern wird somit ein verzerrtes und irreführendes Bild über die tatsächlich bestehende medizinische Versorgungssituation geliefert. Wie das Bundesamt für Gesundheit in diesem Zusammenhang richtig festhält, kann die Bedürfnisklausel ihr Ziel grundsätzlich nur gerade dann erreichen, wenn bei der Ermittlung, ob ein Bedürfnis besteht, die tatsächlich im ambulanten Bereich vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden (vgl. Kommentar zur Verordnung vom 1. April 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des BAG, Seite 3 Kommentar zu Art. 1 E-VEZL).</p> <p>Hinzu kommt, dass nicht nachvollziehbar ist, wie die im Anhang 1 von der santésuisse bzw. der SASIS AG stammenden Höchstzahlen genau zustande gekommen sind. Eine Auswertung der ärztzeigenen Daten über alle Bewilligungsinhaber (inklusive angestellter Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung) im Kanton Zürich hat gezeigt, dass die Zahlen stark von den im Anhang 1 des E-VEZL vorgesehenen Höchstzahlen abweichen. So sind im Anhang 1 E-VEZL im Kanton Zürich beispielsweise zwei Allergologen und klinische Immunologen aufgeführt. In Tat und Wahrheit sind im Kanton Zürich heute bereits 29 Leistungserbringer als Allergologen und klinische Immunologen tätig. Weiter sind im Anhang 1 E-VEZL im Kanton Zürich 8 Intensivmediziner aufgeführt; tatsächlich weist der Kanton Zürich bereits heute 56 als Intensivmediziner tätige Leistungserbringer auf. Weitere grosse Divergenzen bestehen bei der Arbeitsmedizin (Anhang 1 E-VEZL: 4; Tatsächlich: 16) und im Bereich der physikalischen Medizin und Rehabilitation (Anhang 1 E-VEZL: 13; Tatsächlich: 45).</p> <p>Wir fordern daher, dass die von der santésuisse bzw. SASIS AG stammenden Zahlen, welche zur Festlegung der Höchstzahlen im Anhang 1 E-VEZL herangezogen worden sind, einer kritischen Überprüfung, einer umfassenden Analyse unterzogen werden. Wir beantragen ferner, dass bei der Ermittlung der tatsächlich vorhandenen Ressourcen auf die Datensammlung der Ärzteschaft abgestellt wird und die Anhänge 1 und 2 entsprechend berichtigt werden.</p>	
<p>Zu Art. 1, Anhang 1 und Anhang 2: Hier sind ebenfalls die gleichgestellten ärztlichen Privatapotheken gemäss Art. 37 KVG aufzunehmen.</p>	<p>pharmaSuisse</p>
<p>Der VSAO hofft, dass die Ausnahmen in Art. 55a Abs. 2 vom Gesetzgeber noch erweitert werden. Sicher muss dem Vertrauensschutz der kurz vor der selbständigen Be-</p>	<p>VSAO</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
rufsausübung stehenden Ärztinnen und Ärzte ausreichend Rechnung getragen werden, dies mindestens im Rahmen einer angepassten Übergangsbestimmung.	
Die Verordnung geht von einer Höchstzahl von Personen aus, ohne dass deren Pensum berücksichtigt wäre. Aufgrund des Umstands, dass die weiblichen Medizinerinnen stetig zunehmen, für die Teilpensen oft im Vordergrund stehen, müsste wohl auf die Grundstrukturen von TarMed zugrundegelegten 1940 Std./Jahr abgestellt werden.	SBV
Le nombre de prestataires est limité par l'Annexe 1 qui est repris du registre RCC de Sasis SA ne représente pas la réalité du terrain puisqu'il s'agit d'un registre de créanciers, qui inclus aussi les médecins décédés et les médecins à la retraite dont les factures sont encore susceptibles de parvenir aux assureurs-maladie. Le contenu de cette Annexe 1 tendrait à prouver l'état de sous-équipement de certains cantons périphériques.	SMSR

Bemerkungen zu Artikel 2

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wir begrüßen, dass die Kantone selber über eine Unterstellung von Ärztinnen und Ärzten des ambulanten Spitalbereichs unter den Zulassungsstopp entscheiden können.</p>	<p>GL</p>
<p>Il paraît difficile de chiffrer précisément le taux d'activité des médecins hospitaliers, qui mis à part les consultants, exercent à la fois des activités de soins, parfois dans plusieurs disciplines et des responsabilités au niveau de l'organisation, de la supervision et de la formation. Une "mise à plat" de l'activité hospitalière ambulatoire semble donc complexe et peu productive à moyen terme.</p> <p>Dans le cas où une autorisation est accordée nominativement à un médecin exerçant ambulatoirement dans l'hôpital, une telle autorisation est-elle limitée au cadre hospitalier ou le médecin titulaire peut-il s'en prévaloir pour ouvrir une consultation privée à titre indépendant?</p>	<p>NE</p>
<p>Wir begrüßen die Kompetenzdelegation an den Kanton mit der Erweiterung auf den ambulanten Spitalbereich.</p>	<p>NW</p>
<p>Wir begrüßen es, dass den Kantonen die Unterstellung von Ärztinnen und Ärzten unter den Zulassungsstopp, welche ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich von Spitälern ausüben, in Abweichung zur generell verordneten Einschränkung gemäss Art.1 freigestellt wird.</p>	<p>TG</p>
<p>L'esperienza dell'ultima moratoria ha evidenziato l'impossibilità di applicare la moratoria ai medici attivi ambulatorialmente in ospedale così come previsto dal capoverso 2. Congeggiando i medici attivi in ospedale congiuntamente con tutti gli altri non sarebbe più possibile preservare l'attività degli ambulatori ospedalieri come all'inizio della moratoria. Se si scendesse infatti sotto la soglia degli allegati il posto potrebbe anche essere occupato da un medico fuori ospedale, portando così eventualmente anche all'estinzione degli ambulatori ospedalieri. Il contingente dei medici attivi in uno studio al di fuori dall'ospedale e quello relativo ai medici attivi ambulatorialmente in ospedale deve pertanto essere chiaramente distinto. Va inoltre pure rilevato che la situazione a livello ambulatoriale in ospedale è tutt'altro che statica. Di regola non vi sono unità di personale dedicate in modo fisso all'ambulatorio ospedaliero, ma i medici assunti per l'attività stazionaria vengono saltuariamente e a seconda dei bisogno chiamati nell'ambulatorio. Considerato il tenore dell'allegato 8 alla convenzione TARMED stipulata tra santésuisse e H plus nemmeno dalla fatturazione è inoltre possibile identificare il medico assistente che ha curato il paziente. È quindi essenziale poter operare a livello di contingenti con unità di personale complessive dedicate l'attività ambulatoriale combinate al volume di fatturato delle prestazioni TARMED a titolo di verifica di plausibilità.</p>	<p>TI</p>
<p>Contrairement à l'article 1 qui s'applique en l'absence de base légale cantonale, les cantons doivent légiférer s'ils entendent étendre le périmètre de la limitation à l'ambulatoire hospitalier. S'ils décident de le faire, les chiffres de l'annexe 1 doivent être augmentés en conséquence. Nous relevons ici une ambiguïté entre les projets de révision LAMal et d'ordonnance et leur rapport explicatif respectif. Dans le rapport explicatif de la révision LAMal, il est fait mention de la nécessité de tenir compte de l'activité des médecins exerçant dans l'ambulatoire hospitalier. Dans le rapport de l'ordonnance (p. 3), il est stipulé que les cantons doivent prendre en compte le taux d'activité des médecins toutefois les chiffres de l'annexe 1 représentent un nombre d'individus, soit un nombre de médecins sans référence à leur activité réelle.</p> <p>D'autre part, il est, à court terme, extrêmement difficile pour ne pas dire impossible, de pouvoir déterminer de manière fiable le taux d'activité des médecins hospitaliers. En effet, ceux-ci sont amenés à travailler dans plusieurs secteurs (stationnaire et ambulatoire) et pour des patientèles dont les soins seront facturés sous des régimes différents (LAMal, LCA, LAA). Dans ces conditions, on relèvera que l'application de la disposition</p>	<p>VD</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>transitoire figurant dans la loi risque d'être problématique.</p> <p>Enfin, une application de l'annexe 1, soit limiter le nombre de médecins à partir d'un seuil fixe, serait insatisfaisante car elle ne tiendrait pas compte de l'évolution démographique. Au vu de ce qui précède, une application de la limitation au domaine de l'ambulatorio hospitalier s'avèrerait difficilement réalisable et basée sur des critères dont la validité est inadéquate.</p>	
<p>Wir begrüßen es, dass den Kantonen die Unterstellung unter den Zulassungsstopp von Ärztinnen und Ärzten, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich von Spitälern ausüben, freigestellt wird, in Abweichung zur allgemein verordneten Einschränkung gemäss Art. 1.</p>	ZH
<p>Wie wir einleitend festgehalten haben, wären wir seitens des sgv sehr froh, wenn das Parlament entgegen den Empfehlungen des Bundesrats doch noch auf die Wiedereinführung eines Zulassungsstopps verzichten würde. Tritt ein solcher aber doch in Kraft, erachten wir es als heikel, wenn die ambulanten Bereiche der Spitäler davon ausgenommen werden. Die Missbrauchs- bzw. Umgehungsgefahr scheint uns doch recht gross zu sein, wenn es innerhalb eines Spitals Bereiche gibt, für die ein Zulassungsstopp gilt und solche, für die keiner gilt. Konsequenterweise müsste man den Kantonen vorschreiben, dass auch die ambulanten Bereiche der Spitäler unter den Zulassungsstopp fallen. Im Gegenzug müssten entsprechend mehr Zulassungen erteilt werden.</p>	SGV
<p>Diese Bestimmung lehnen wir ab. Die Zunahme der ambulanten Behandlungen in den Spitälern, die Einhaltung des Arbeitsgesetzes, die steigende Zahl der Teilzeitarbeitenden und weitere Faktoren werden den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten auch im ambulanten Spitalbereich weiter erhöhen. Werden die Zulassungen beschränkt, wird der Arbeitsplatz Spital zusätzlich an Attraktivität verlieren, was in Anbetracht des Ärztemangels in den Spitälern nicht opportun ist.</p>	SGB
<p>Ärztinnen und Ärzte, die auch im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, müssen vom Kanton in die Versorgungsplanung und -steuerung miteinbezogen werden, um eine kostenerhöhende Verlagerungen von der ambulanten Versorgung durch die freipraktizierende Ärzteschaft in die Versorgung im spitalambulanten Bereich zu vermeiden. In spitalambulanten Bereiche müssen deshalb zwingend die gleichen Massstäbe und Regelungen gelten wie für die freipraktizierende Ärzteschaft.</p>	FMH
<p>Die für die Spitäler relevante Ordnungsbestimmung (Art. 2) enthält eine Kann- Formulierung. Dies lässt den Kantonen den notwendigen Spielraum, die Zulassungsbeschränkung (Bedarfsnachweis) auf Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich von Spitälern ausüben, auszuweiten. Der Kanton kann aber umgekehrt eben auch explizit davon Abstand nehmen. Wir hoffen, dass die einzelnen Kantonen wie in den Vorjahren sehr zurückhaltend mit diesem Instrument umgehen werden.</p>	H+
<p>Wie bereits einleitend ausgeführt, müssen auch die Leistungserbringer im Bereich Spital ambulant vom Kanton in die Versorgungsplanung und -steuerung miteinbezogen werden, um Unwuchten zwischen der ambulanten Versorgung durch die freipraktizierende Ärzteschaft und der Versorgung im spitalambulanten Bereich zu vermeiden bzw. die bereits bestehende Tendenz hin zur kostenintensiven medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Spital ambulant zu brechen. Im spitalambulanten Bereich müssen deshalb zwingend die gleichen Massstäbe und Regelungen gelten wie für die freipraktizierende Ärzteschaft; eine kantonale Bevorzugung der eigenen Einrichtungen ist auszuschliessen!</p>	KKA
<p>Die für die Spitäler relevante Ordnungsbestimmung (Art. 2) enthält eine Kann- Formulierung. Dies lässt den Kantonen den notwendigen Spielraum, die Zulassungsbeschränkung (Bedarfsnachweis) auf Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit im ambulanten</p>	PKS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>ten Bereich von Spitälern ausüben, auszuweiten. Der Kanton kann aber umgekehrt eben auch explizit davon Abstand nehmen. Wir hoffen, dass die einzelnen Kantonen wie in den Vorjahren sehr zurückhaltend mit diesem Instrument umgehen werden.</p>	
<p>Diese Bestimmung lehnt der VSAO ab, da sie realitätsfremd ist, der gewollten Entwicklung ambulant vor stationär widerspricht und zudem ungewollte negative Nebenwirkungen erzielen würde. Spitalärztinnen und —Ärzte sind in der grossen Mehrheit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig. Je nach Arbeitsanfall und Dienstplanung variieren die Einsätze. Die Zunahme der ambulanten Behandlungen, die Einhaltung des Arbeitsgesetzes, die steigende Zahl der Teilzeitarbeitenden und weitere Faktoren werden den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten auch im ambulanten Bereich weiter erhöhen. Werden die Zulassungen beschränkt, wird der Arbeitsplatz Spital zusätzlich an Attraktivität verlieren, was in Anbetracht des gravierenden Ärztemangels in diesem Bereich nicht opportun ist.</p>	VSAO
<p>Der Einbezug von Ärztinnen und Ärzten, die in Spitälern im ambulanten Bereich tätig sind, müsste, wenn schon ein Zulassungsstopp erlassen würde, zwingend vorgeschrieben werden, zum einen wegen der Missbrauchs-/ Umgehungsgefahr und erheblich eingeschränkter Kontrollmöglichkeiten, zum andern, um die verfügte Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit nicht willkürlich auf spitalextern tätige Mediziner zu beschränken.</p>	SBV
<p>Grundsätzlich stellen wir fest, dass die Kantone im Rahmen des Verordnungsentwurfs einen sehr grossen Ermessensspielraum haben. Zudem ist in der Verordnung sowie im Anhang 1 der Verordnung terminologisch sicher zu stellen, dass der Kreis der von der Höchstzahl betroffenen Leistungserbringer in dem Sinne klar definiert ist, dass die in Spitalambulatorien arbeitenden Ärzte, nicht in den dort aufgeführten Höchstzahlen mit eingeschlossen sind. Nur dann macht Art. 2 VEZL entsprechend Sinn.</p>	santésuisse
<p>Cet article permet aux cantons de décider facultativement de soumettre les médecins des hôpitaux à cette limitation avec la possibilité de créer une inégalité de traitement entre le secteur privé et le secteur public. Si le but de la limitation est la maîtrise des coûts, l'échec est programmé, il faut donc que l'ambulatoire hospitalier soit aussi soumis aux mesures de contrôle. Les données des annexes ont tout au plus une valeur informative pour les sociétés cantonales de médecine et les administrations cantonales. Les cantons sont les seuls à connaître le terrain.</p>	SMSR

Bemerkungen zu Artikel 3

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wir begrüßen - im Falle einer Inkraftsetzung von Art. 55a KVG und der VEZL die den Kantonen eingeräumte Kompetenz, auf die Einführung einer Zulassungsbeschränkung zu verzichten. Der Kanton Graubünden wird auf eine Wiedereinführung des Zulassungsstopps verzichten.</p>	<p>GR</p>
<p>Nous avons pris note que l'article 3 permet certains aménagement du régime par les cantons et nous ne manquerons pas d'y recourir le cas échéant. Ce type de procédure ne devrait cependant pas être une source de charges et de complications administratives pour nos services.</p>	<p>JU</p>
<p>Nous lisons cet article comme une grande autonomie pour le canton d'appliquer ou de limiter la portée de l'article 1. Est-ce bien dans ce sens qu'il a été voulu. Vu notre situation de pléthore/pénurie variable d'une région à une autre nous apprécierions d'avoir une large marge d'appréciation pour limiter, autoriser ou assortir les nouvelles admissions de charges.</p>	<p>NE</p>
<p>Wir begrüßen die flexible Handhabung durch den Kanton, damit haben wir die Möglichkeit, regionale Bedürfnisse gegebenenfalls zu berücksichtigen.</p>	<p>NW</p>
<p>Die in den Anhängen 1 und 2 dargestellten Werte sind aus unserer Sicht nicht geeignet, um als Basis für die Umsetzung des Zulassungsstopps herangezogen zu werden. Die ausgewiesenen Ärztezahlen zeigen in Relation zur Bevölkerung der einzelnen Kantone in vielen Disziplinen enorme Abweichungen, die durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen und –Bedürfnisse ganz offensichtlich nicht hinlänglich erklärt werden können. Die teilweise geradezu grotesken interkantonalen Abweichungen der ausgewiesenen Versorgungsdichte zeigen deutlich, dass das den Tabellen zugrunde liegende Zahlenregister ZSR keine reale Abbildung der effektiven Versorgungslage der einzelnen Kantone erlaubt. Auf einer Grundlage, die über weite Strecken derart offensichtliche und gravierende Plausibilitätslücken aufweist, kann es aus unserer Sicht nicht möglich sein, eine angemessene und hinlänglich differenzierte Umsetzung des Zulassungsstopps zu erreichen. Deshalb beabsichtigt der Kanton Schaffhausen im Falle der Inkraftsetzung von Art. 55a KVG und der VEZL gemäss Entwurf, von der ihm eingeräumten Kompetenz Gebrauch zu machen und Zulassungsbeschränkungen - wenn überhaupt - höchstens für einige wenige Leistungsbereiche einzuführen.</p>	<p>SH</p>
<p>Zu Art. 3 Bst. a  Die Kantone sollen festlegen können, dass die nach Art. 1 festgelegte Höchstzahl für eine oder mehrere Spezialisierungsrichtungen nach Anhang 2 nicht gelten. Entsprechend sollte diese Bestimmung mit dem Hinweis auf Anhang 1, in welchem die Höchstzahlen festgehalten sind, ergänzt werden, Unseres Erachtens lasst im Übrigen die Formulierung "Spezialisierungsrichtung" offen, ob damit ein Facharzttitel oder eine Spezialisierung innerhalb eines Facharzttitels gemeint ist. Anstelle des Terminus "Spezialisierungsrichtung" sollten unseres Erachtens in der VEZL einheitlich die Begriffe "Facharzt- richtung" und "Facharzttitel" oder "Weiterbildungstitel" verwendet werden.</p> <p>Zu Art. 3 Bst. b  Den Kantonen sollte es unbenommen sein, in einer oder mehreren Facharzt- richtungen auch dann keine neuen Zulassungen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erteilen, wenn im betreffenden Kanton die Versorgungsdichte nach Anhang 1 bzw. 2 tiefer ist als die Versorgungsdichte in der Grossregion, zu welcher der Kanton nach Anhang 1 bzw. 2 gehört, oder tiefer ist als in der Schweiz. Dies umso mehr als die in Anhang 1 aufgeführten Höchstwerte zumindest interpretations- bedürft sind (vgl. Bemerkungen zu Art. 1 Abs. 1 vorstehend).</p>	<p>SG</p>
<p>Wir gehen davon aus, dass der Verweis auf Anhang 2 irrtümlich erfolgte, werden die Höchstzahlen der einzelnen Spezialisierungsrichtungen doch in Anhang 1 aufgeführt,</p>	<p>TG</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>während Anhang 2 einen Überblick über die Versorgungsdichte gibt. Zu den Höchstzahlen gemäss Anhang 1 halten wir zudem fest, dass sie in dieser Form schlicht unbrauchbar sind, wird doch offensichtlich bei der Zählweise auf die ZSR-Nummer abgestellt und ausser Acht gelassen, dass darüber nur Ärzte verfügen, die mit selbständiger Berufsausübungsbewilligung in eigenem Namen abrechnen. Auf Spitalärzte trifft dies indessen nicht zu. Hier erfolgt die Abrechnung über das Spital und damit über eine einzige ZSR-Nummer. Für eine korrekte Beurteilung der Versorgungslage müsste zwingend auf sämtliche Ärzte abgestellt werden, also auch auf die Spitalärzte.</p>	
<p>Cet article permet au canton d'avoir une certaine marge de manœuvre dans l'application d'une limitation et nous y sommes favorables. Toutefois, nous relevons que la formulation de cet article est floue et source d'ambiguïté dans son application. En effet, on peine à comprendre ce qui signifie exactement le chiffre a et, plus particulièrement, une non limitation de l'annexe 1, pour une ou plusieurs spécialités, au sens de l'annexe 2. Ceci mériterait d'être reformulé et explicité.</p>	VD
<p>Wir gehen davon aus, dass die Verweisung auf Anhang 2 irrtümlich erfolgte, werden die Höchstzahlen der einzelnen Spezialisierungsrichtungen doch in Anhang 1 aufgeführt, während Anhang 2 einen Überblick über die Versorgungsdichte gibt. Zu den Höchstzahlen gemäss Anhang 1 halten wir zudem fest, dass sie in dieser Form unbrauchbar sind, wird doch beispielsweise im Fachgebiet Allergologie und klinische Immunologie für den Kanton Zürich (mit rund 1,4 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern) die Höchstzahl bei 2 und für den Kanton Genf (mit rund 470 000 Einwohnerinnen und Einwohnern) die Höchstzahl bei 19 festgesetzt.</p>	ZH
<p>Richtig ist, dass die Kantone Spielraum haben müssen (deshalb sollten Zahlen in der Verordnung nicht Höchstzahlen heissen). Die vorgesehene Bestimmung, wonach die Kantone bei der Beurteilung, ob für einzelne Kategorien von Leistungen ein Bedürfnis besteht, auf die Versorgungsdichten im eigenen Kanton, in den anderen Kantonen, den sieben Grossregionen oder der Schweiz gemäss Anhang 2 E-VEZL abstellen müssten, ist unzweckmässig. Wie bereits erwähnt, sind diese Daten zur Planung einer ausreichenden medizinischen Versorgungssicherheit ungeeignet. Wird (allein) auf sie abgestellt, ist eine Fehlsteuerung unausweichlich, mit den entsprechenden Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.</p>	FMH
<p>Die Kantone verfügen über eine sehr grosse Regelungsfreiheit in der Umsetzung dieser Verordnung, aber erfahrungsgemäss verfügen sie in keiner Weise über die notwendigen Steuerungsgrundlagen und –Instrumente! Gemäss BAG haben die Kantone bei der Beurteilung, ob für einzelne Kategorien von Leistungen ein Bedürfnis besteht, auf die Versorgungsdichten im eigenen Kanton, in den anderen Kantonen, den sieben Grossregionen oder der Schweiz gemäss Anhang 2 E-VEZL abzustellen. Diese Versorgungsdichten stützen sich vor allem auf die Angaben der santésuisse. Wie weiter oben schon erwähnt, sind diese Daten zur Planung einer ausreichenden medizinischen Versorgungssicherheit ungeeignet. Wird (allein) auf sie abgestellt, ist eine Fehlsteuerung unausweichlich, mit den entsprechenden Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.</p>	KKA
<p>Art.3 lit. a: Diese Bestimmung erachten wir als zwingend.  Art. 3 lit. b: Da die Zahlen in den Anhängen I und 2 wie oben ausgeführt unbrauchbar sind, macht die Bestimmung wenig Sinn.</p>	VSAO
<p>Entgegen den bundesrätlichen Versprechungen will der Bund vorschreiben und den Kantonen Ausnahmeregelungen anbieten. Wenn schon, müssten die Kantone, soweit nötig, den Zulassungsstopp von sich aus verhängen und dabei die Details regeln.</p>	SBV

Bemerkungen zu Artikel 4

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Il relève que les cantons gardent une marge de manœuvre et la possibilité d'admissions exceptionnelles, lorsque la couverture sanitaire est insuffisante dans un domaine de spécialité.	GE
Vu notre situation de pléthore/pénurie variable d'une région à une autre nous apprécions d'avoir une large marge d'appréciation pour limiter, autoriser ou assortir les nouvelles admissions de charges.	NE
Wir begrüssen die Kompetenzdelegation an den Kanton.	NW
Unserer Auffassung nach ist Art. 4 überflüssig. Es ist davon auszugehen, dass ein Kanton, der in einer Spezialisierungsrichtung eine Unterversorgung ortet, diesen Bereich gestützt auf die ihm mit Art. Art. 3 lit, a eingeräumte Kompetenz generell vom Zulassungstopp ausnehmen wird.	TG
La formulazione dell'articolo 4 deve essere più aperta, lasciando ai Cantoni la competenza di prevedere ulteriori eccezioni, ad esempio in casa di ripresa di studio medico 0 di assunzione di medici da parte degli ospedali figuranti sull'elenco ospedaliero ai sensi dell'articolo 39 LAMal. Proponiamo pertanto di riformulare come segue il testo dell'articolo 4: In ogni campo di specializzazione contingentato, i Cantoni possono autorizzare un numero di persone maggiore di quello fissato nell'allegato 1 qualora ne fosse dimostrata la necessità, in particolare quando nel campo di specializzazione considerato la densità della copertura sanitaria risulti insufficiente.	TI
En cas de besoin, le canton peut choisir de ne pas appliquer, pour l'une ou des spécialités, l'annexe 1. Les cantons, tout comme l'article 3, lettre b, devrait pouvoir également se référer à l'annexe 2. Nous ne sommes pas favorable à une limitation au sens de l'annexe 1 car elle ne tient pas compte de l'évolution démographique.	VD
Diese Bestimmung ist überflüssig. Es ist davon auszugehen, dass ein Kanton, der in einer Spezialisierungsrichtung eine Unterversorgung ortet, diesen Bereich allgemein vom Zulassungstopp ausnehmen wird, gestützt auf die ihm mit Art. 3 Bst. a eingeräumte Kompetenz.	ZH
Die Kantone sollten dazu verpflichtet werden, bei Massnahmen zur Verhinderung oder Beseitigung einer Überversorgung auch die Entwicklungen im Beschäftigungsgrad der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen und gegebenenfalls Zulassungen auch für beschränkte Tätigkeitspensen auf mehrere Personen zu erteilen. Nur so ist eine effiziente Ausnutzung der Ressourcen möglich. Ferner sollte den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt werden, die Zulassungen an weitere Bedingungen und Auflagen zu knüpfen, um die Leistungserbringer auch durch die Schaffung von Anreizen aktiv zu unterstützen.	FMH
Die Kantone sollten dazu verpflichtet werden, bei Massnahmen zur Verhinderung oder Beseitigung einer Überversorgung auch die Entwicklungen im Beschäftigungsgrad der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen und gegebenenfalls Zulassungen auch für beschränkte Tätigkeitspensen auf mehrere Personen zu erteilen. Nur so ist eine effiziente Ausnutzung der Ressourcen möglich. Ferner sollte den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt werden, die Zulassungen an weitere Bedingungen und Auflagen zu knüpfen, um die Leistungserbringer auch durch die Schaffung von Anreizen aktiv zu unterstützen.	KKA
Diese Bestimmung erachten wir als zwingend.	VSAO
Entgegen den bundesrätlichen Versprechungen will der Bund vorschreiben und den Kantonen Ausnahmeregelungen anbieten. Wenn schon, müssten die Kantone - soweit	SBV

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Il relève que les cantons gardent une marge de manœuvre et la possibilité d'admissions exceptionnelles, lorsque la couverture sanitaire est insuffisante dans un domaine de spécialité.	GE
nötig - den Zulassungsstopp von sich aus verhängen und dabei die Details regeln.	
Les Article 4 et 5 permettent heureusement une souplesse dans les admissions de la part des cantons sans toutefois que le concept de couverture sanitaire insuffisante ne soit défini. Les critères d'appréciation sont très théoriques et difficiles à définir. Comment, par exemple, juger du taux d'activité d'un médecin, par le nombre d'heures de travail, de jours de travail par an ou par mois, par le nombre de patients par jour ou par semaine? Les cantons ne disposent d'aucune information dans ce domaine.	SMSR

Bemerkungen zu Artikel 5

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Die vorgesehene Pflicht zur Berücksichtigung der Versorgungsdichte in den Nachbarkantonen, in der Grossregion und in der ganzen Schweiz (Abs. 1 Bst. a) für Kantone, welche auf die Wiedereinführung des Zulassungsstopps verzichten wollen, beschneidet die den Kantonen in Artikel 3 Buchstabe a eingeräumte Kompetenz wesentlich. Der Verweis auf Artikel 3 ist deshalb zu streichen oder zumindest auf Artikel 3 Buchstabe b zu beschränken.</p>	<p>GL</p>
<p>Il nous semble qu'un critère supplémentaire devrait être introduit prenant en compte la démographie médicale (âge et sexe des professionnels en activité et durée probable de leur activité).</p>	<p>NE</p>
<p>Wir begrüssen es, dass der Gesetzgeber im Bereich von Art 3 und Art. 4 Leitlinien vorgibt. Wir sind aber der Meinung, dass der Kanton die positive oder negative Berücksichtigung von ambulanten Spezialisten auch nach weiteren Kriterien sollte regeln dürfen.</p>	<p>NW</p>
<p>Es kann unmöglich die Absicht des Verordnungsgebers sein, dass ein Kanton, der gestützt auf Art. 3 lit, a auf die Wiedereinführung des Zulassungsstopps für Spezialärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege gemäss Art. 36a KVG verzichten will, bei diesem Entscheid die Versorgungsdichte in den Nachbarkantonen, in der Grossregion, zu welcher er nach Anhang 2 gehört, und in der ganzen Schweiz zu berücksichtigen hat. Damit würde die den einzelnen Kantonen eingeräumte Kompetenz wieder beschnitten bzw. inhaltsleer. Der Verweis auf Art. 3 ist deshalb zu streichen oder zumindest auf Art. 3 lit, b zu beschränken. Absatz 2 ist ebenfalls zu streichen, stellt er inhaltlich betrachtet doch eine blosser Wiederholung von Absatz 1 dar.</p>	<p>TG</p>
<p>Anche il testo dell'articolo 5 deve essere formulato in modo più flessibile, così da permettere ai cantoni l'aggiunta di ulteriori criteri, come ad esempio quello della conoscenza delle lingue o della conoscenza del tessuto sanitario e sociale in cui il medico opererà. Proponiamo pertanto di riformulare come segue il testo dell'articolo 5: Se si avvalgono delle competenze previste agli articoli 3 o 4, i Cantoni prendono in particolare in considerazione: .....</p>	<p>TI</p>
<p>En cas d'application des articles 3 et 4, les cantons doivent tenir compte de critères d'appréciation. Si nous pouvons comprendre l'intention du législateur et adhérer à une telle démarche, les critères choisis ne sont pas adéquats. Accès des assurés au traitement en temps utile : comment le démontrer, à partir de quel indicateur et quel déterminant ? Aucun critère n'est reconnu au niveau Suisse à notre connaissance. Compétences particulières : cette notion n'est pas assez précise. Le taux d'activité des fournisseurs : il y a une incohérence à demander aux cantons de tenir compte des taux d'activité alors que l'annexe 1 spécifie un nombre maximum d'individus. De plus, les taux d'activité dans le domaine ambulatoire sont impossibles à déterminer. Plusieurs études ont démontré cette difficulté et une des options choisies, et émises également par un groupe de travail de l'OFSP, est de parler en 1/2 journée de travail. A ce stade, personne (santésuisse, associations professionnelles et cantons), à notre connaissance, ne dispose de cette donnée.</p>	<p>VD</p>
<p>Es kann nicht die Absicht des Verordnungsgebers sein, dass ein Kanton, der gestützt auf Art. 3 ist. a auf die Wiedereinführung des Zulassungsstopps für Spezialärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege gemäss Art. 36a KVG verzichten will, bei diesem Entscheid die Versorgungsdichte in den Nachbarkantonen, in der Grossregion, zu der er nach Anhang 2 gehört, und in der ganzen Schweiz zu berücksichtigen hat. Damit würde die den einzelnen Kantonen eingeräumte Kompetenz wieder beschnitten bzw. inhaltsleer. Die Verweisung auf</p>	<p>ZH</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Art. 3 ist deshalb zu streichen oder zumindest auf Art. 3 Bst. b zu beschränken. Abs. 2 ist ebenfalls zu streichen, stellt er inhaltlich betrachtet doch eine blosser Wiederholung von Abs. 1 dar.	
Abs. 1 Bst. a greift nach unserem Dafürhalten zu stark in die Autonomie der Kantone ein, weshalb wir dessen Streichung beantragen. Auch die besonderen Kompetenzen und der Beschäftigungsgrad "in den entsprechenden Spezialisierungsrichtungen" bereiten uns Mühe. Aus unserer Sicht handelt es sich um völlig ungenügende Kriterien, die zu einer willkürlichen Beurteilungen einladen. Die Buchstaben c und d sind entweder klar zu präzisieren oder ersatzlos zu streichen.	SGV
Wir begrüßen sehr, dass der Beschäftigungsgrad als Beurteilungskriterium verankert ist. Wichtig ist allerdings, dass zusätzlich erwähnt wird, dass Zulassungen auf mehrere Personen aufgeteilt werden können und die Zahlen im Anhang entsprechend erhöht werden. Auch sollte der Kanton die Förderung neuer Versorgungsmodelle berücksichtigen und die Möglichkeit haben, Personen bevorzugt zu behandeln, die bereits 5 Jahre an einer SIWF anerkannten Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.	SGB
Macht ein Kanton Gebrauch vom Zulassungsstopp, hat er gemäss Art. 5 E-VEZL weitere Versorgungskriterien zu berücksichtigen. Zu berücksichtigen sind Faktoren wie städtische Ballungszentren, grenznahe Regionen, aber auch Qualitätskriterien sowie der Einbezug bereits erbrachter Volumen der Leistungserbringer. Unter Beachtung und Validierung dieser Kriterien sollen alsdann die Kantone die Zulassung von Leistungserbringern an bestimmte Bedingungen und Auflagen knüpfen können. Erfahrungsgemäss verfügen die Kantone aber über keine valablen Datengrundlagen oder Erhebungen, welche eine solche Versorgungssteuerung unter Beachtung von Regional- und Qualitätskriterien nur annähernd möglich machen würde. Die praktische Umsetzung der hier vorgesehenen Versorgungssteuerung durch Berücksichtigung der Kompetenzen und des Beschäftigungsgrads der Leistungserbringer ist daher seitens der Kantone von vornherein nicht möglich. Das Heranziehen der Datensammlungen der Ärzteschaft ist Voraussetzung für die Umsetzung der hier festgehaltenen Ziele.	FMH
Macht ein Kanton Gebrauch vom Zulassungsstopp, hat er gemäss Art. 5 E-VEZL weitere Versorgungskriterien zu berücksichtigen. Zu berücksichtigen sind Faktoren wie städtische Ballungszentren, grenznahe Regionen, aber auch Qualitätskriterien sowie der Einbezug bereits erbrachter Volumen der Leistungserbringer. Unter Beachtung und Validierung dieser Kriterien sollen alsdann die Kantone die Zulassung von Leistungserbringern an bestimmte Bedingungen und Auflagen knüpfen können. Erfahrungsgemäss verfügen die Kantone aber über keine valablen Datengrundlagen oder Erhebungen, welche eine solche Versorgungssteuerung unter Beachtung von Regional- und Qualitätskriterien nur annähernd möglich machen würde. Die praktische Umsetzung der hier vorgesehenen Versorgungssteuerung durch Berücksichtigung der Kompetenzen und des Beschäftigungsgrads der Leistungserbringer ist daher seitens der Kantone von vornherein nicht möglich. Das Heranziehen der Datensammlungen der Ärzteschaft ist Voraussetzung für die Umsetzung der hier festgehaltenen Ziele.	KKA
Art.5 lit. d: Es ist für den VSAO ein zentrales Anliegen, dass bei der vorgesehenen Einschränkung der Zulassung der Beschäftigungsgrad berücksichtigt wird. Die Formulierung in lit. d genügt unserer Ansicht nach aber nicht. Es muss zusätzlich erwähnt werden, dass Zulassungen auf mehrere Personen aufgeteilt werden können und dass die Zahlen im Anhang entsprechend erhöht werden müssen. Wir beantragen, lit. d entsprechen zu ergänzen. Im weiteren beantragen wir <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine neue lit, e, wonach die Kantone auch die Förderung neuer Versorgungsmodelle zu berücksichtigen haben</li> </ul>	VSAO

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine neue lit, f, wonach die Kantone Ärztinnen und Ärzte zu bevorzugen haben, die bereits seit 5 Jahren an einer SIWF anerkannten Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Ausserdem beantragt der VSAO, dass die Kantone in ihren Zulassungsentscheiden aufzeigen müssen, ob und wie sie die Kriterien berücksichtigt haben. Wir beantragen eine entsprechende Ergänzung des Art. 5.</li> </ul>	
<p>Die Zuweisung eines Kantons zu einer Grossregion ist unter föderalistischen Gründen ausdrücklich abzulehnen. Es kann nicht sein, dass auf dem Verordnungsweg schleichend die kantonale Zuständigkeit (und Verantwortung) im Gesundheitswesen geändert wird. Litera a ist abzulehnen.</p> <p>Die besonderen Kompetenzen und der Beschäftigungsgrad "in den entsprechenden Spezialisierungsrichtungen" sind völlig ungenügende Kriterien und laden zu willkürlichen Beurteilungen ein. Litera c und d sind entweder klar zu präzisieren oder ersatzlos zu streichen.</p>	SBV

Bemerkungen zu Artikel 6

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Nous émettons toutefois des réserves concernant les articles 6 et 7 du projet. Cette disposition (l'admission est caduque s'il n'en est pas fait usage dans un délai de six à douze mois) nécessiterait une communication de la part des assureurs, afin qu'elle puisse être aisément appliquée au niveau cantonal. En conséquence, nous proposons d'ajouter un alinéa précisant que les assureurs communiquent aux cantons les noms des professionnels qui ne font pas usage de leur admission.</p>	<p>GE</p>
<p>Quant à l'article 6 qui prévoit les dispositions concernant les délais d'expiration des admissions il nous paraît également trop restrictif notamment dans la formulation de l'alinéa 2; nous vous proposons de laisser aux cantons toute latitude en matière de prolongation de ces délais, ceci, une fois encore, afin de leur laisser la compétence d'anticiper et de planifier la relève médicale pour leur territoire, relève dont on sait qu'elle n'est pas assurée, notamment dans le domaine de la médecine de famille et tout particulièrement dans les régions périphériques.</p>	<p>JU</p>
<p>L'administration aura de la peine à vérifier si le prestataire fait usage de son autorisation. Il conviendrait que les assureurs, dûment informés des nouvelles admissions puissent en informer le cas échéant l'administration. Nous interprétons cet article comme la nécessité de faire mention dans l'autorisation de pratiquer à charge LAMal de ce délai d'expiration, ceci rendant caduque l'autorisation.</p>	<p>NE</p>
<p>Wir begrüßen eine Vorgabe im Bereich des Verfalls der Zulassungen sehr. Wir wünschen uns für die Umsetzung aber eine klare Präzisierung darüber, was der Gesetzgeber meint mit: "Gebrauch machen von der Zulassung". Dieser Punkt hat schon bei der letzten Einschränkung Anlass zu Fragen aufgeworfen. Dabei gilt es unter anderem auch zu klären, was das für bereits tätige Spezialisten in Einrichtungen nach Art. 36a KVG bedeutet, die noch nie eine ZSR Nummer gelöst haben. Ähnliches gilt in der retrospektiven Betrachtung bspw. für Ärzte, die in mehreren Kantonen eine Zulassung haben aber noch nicht überall tätig waren.</p>	<p>NW</p>
<p>Zu Art. 6 Abs. 1 Wir fragen uns, was unter dem Passus "nicht innert sechs Monaten nach Erteilung Gebrauch macht" zu verstehen ist bzw. wie dieser in der konkreten Rechtsanwendung auszulegen ist. Genügt hier eine einzige "pro forma"-Abrechnung innert dieser sechs Monate? Wir regen folgende Regelung an: "Die Zulassung verfällt, wenn die Zulassungsinhaberin oder der Zulassungsinhaber nicht innert sechs Monaten nach Erteilung mindestens 100 Stunden OKP-Leistungen (Konsultation TARMED Position 00.0010, 00.0020 und 00.0030) abgerechnet hat." Mit Blick auf das übergeordnete Ziel, den Kantonen, die darauf angewiesen sind, ein Instrument zur Steuerung des Angebots im ambulanten Bereich zu bieten, bis langfristig anwendbare Bestimmungen beschlossen werden, erachten wir es als zielführend, den Kantonen auch hinsichtlich der Regelung des Verfalls der Zulassung die Kompetenz einzuräumen, ergänzende Regelungen zu erlassen oder den Verfall der Zulassung von weiteren Bedingungen abhängig zu machen. Zu Art. 6 Abs. 2 Die in dieser Bestimmung vorgegebene Frist von sechs Monaten, um welche der Verfall der Zulassungen höchstens erstreckt werden kann, greift zu kurz. In der Praxis gibt es immer wieder Fälle, in welchen eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Gründen des Investitionsschutzes eines grösseren Bau- und Investitionsvorhabens zunächst um eine kantonale Berufsausübungs-Bewilligung bzw. Zulassung ersucht, bevor in einem zweiten Schritt die geplante Praxiseröffnung umgesetzt werden kann. Dabei muss auch mit Verzögerungen und weiteren Abklärungen (z.B. Festlegung MRI-Standort bei der Einrichtung einer Radiologie-Praxis) gerechnet werden. Vor diesem Hintergrund sollte das Ermessen der Kantone bei der Gewährung von Fristerstreckungen nicht ohne Not ein-</p>	<p>SG</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>geschränkt werden. Art. 6 Abs. 2 sollte mithin wie folgt offen formuliert werden: "Die Kantone können die Frist verlängern."</p>	
<p>Une disposition légale devrait obliger les assureurs à communiquer aux cantons, dans un délai raisonnable (1 mois), tous les médecins n'ayant pas fait usage de leur admission. A défaut, cet article 6 restera lettre morte car inapplicable.</p>	VD
<p>Wir begrüßen den Verfall einer Zulassung nach sechs Monaten. Damit lässt sich verhindern, dass Zulassungen auf Vorrat hin gehortet werden. Mit dem Verfall solcher Zulassungen erhöhen sich die Chancen jener Leistungserbringer, die effektiv gewillt sind, rasch wirtschaftlich tätig zu werden.</p>	SGV
<p>Die vorgeschlagene Frist von 6 Monaten ist zu kurz, denn erst nach Erteilung einer Zulassung kann ein Praxisprojekt umgesetzt werden. Konkret bedeutet das Abschluss von Mietverträgen, allenfalls bauliche Anpassungen vornehmen, geeignetes Personal suchen, allenfalls Kündigung einer Kaderstelle etc. Die Zulassungsfrist sollte deshalb generell auf 12 Monate verlängert werden. In besonderen Fällen sollten die Kantone darüber hinausgehende Ausnahmen gewähren können. Besondere Fälle sind z.B. unerwartete Verzögerungen, Familienplanung, Mutterschaft. In der Botschaft wird diese Möglichkeit für Ausnahmen erwähnt und sie war auch Bestandteil der Verordnung, die beim früheren Zulassungstopp galt. Sie fehlt im vorliegenden Verordnungsentwurf. Wir beantragen diese Ergänzung vorzunehmen.</p>	SGB
<p>Es ist weiterhin vorgesehen, dass die Zulassung verfällt, wenn der Leistungserbringer nicht innert sechs Monaten nach ihrer Erteilung von ihr Gebrauch macht, indem er zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig wird. Diese Frist konnte von den Kantonen um höchstens sechs Monate sowie im Einzelfall und aus wichtigen Gründen auf Antrag verlängert werden (vgl. Art. 55a Abs. 5 E-KVG).  Die Frist von sechs Monaten bis zum Verfall der Zulassung hat sich in der Praxis als zu kurz herausgestellt, weil die Vorarbeiten bis zur Inbetriebnahme einer Arztpraxis erfahrungsgemäss mehrere Monate dauern und für viele Planungsschritte bereits die Erteilung einer Praxisbewilligung bzw. Zulassung als Leistungserbringer KVG vorausgesetzt wird. In der Folge haben dann auch viele Kantone von der Kompetenz Gebrauch gemacht, die Frist um 6 Monate auf insgesamt 12 Monate zu verlängern.  Wie auch die Ausnahmefälle, welche früher ebenfalls erst in der Verordnung genannt waren, ist auch die einjährige Mindestfrist, während welcher die Zulassung gelten soll und welche beim Vorliegen wichtiger Gründe im Einzelfall auf Antrag verlängert werden kann, als generell geltende Frist im Verordnungstext aufzunehmen.</p>	FMH
<p>Es ist weiterhin vorgesehen, dass die Zulassung verfällt, wenn der Leistungserbringer nicht innert sechs Monaten nach ihrer Erteilung von ihr Gebrauch macht, indem er zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig wird. Diese Frist konnte von den Kantonen um höchstens sechs Monate sowie im Einzelfall und aus wichtigen Gründen auf Antrag verlängert werden (vgl. Art. 55a Abs. 5 E-KVG).  Die Frist von sechs Monaten bis zum Verfall der Zulassung hat sich in der Praxis als zu kurz herausgestellt, weil die Vorarbeiten bis zur Inbetriebnahme einer Arztpraxis erfahrungsgemäss mehrere Monate dauern und für viele Planungsschritte bereits die Erteilung einer Praxisbewilligung bzw. Zulassung als Leistungserbringer KVG vorausgesetzt wird. In der Folge haben dann auch viele Kantone von der Kompetenz Gebrauch gemacht, die Frist um 6 Monate auf insgesamt 12 Monate zu verlängern. Wie auch die Ausnahmefälle, welche früher ebenfalls erst in der Verordnung genannt waren, ist auch die einjährige Mindestfrist, während welcher die Zulassung gelten soll und welche beim Vorliegen wichtiger Gründe im Einzelfall auf Antrag verlängert werden kann, als generell geltende Frist im Verord-</p>	KKA

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nungstext aufzunehmen.</p>	
<p>Die vom Bundesrat vorgeschlagene Frist von 6 Monaten bis zum Verfall einer Zulassung ist entschieden zu kurz bemessen. Wir erinnern daran, dass die Zulassung eine <i>conditio sine qua non</i> für eine Praxistätigkeit darstellt. Erst nach Erteilung einer Zulassung kann ein Praxisprojekt weiter konkretisiert werden. Dies umfasst unter anderem die Suche geeigneter Praxisräumlichkeiten, allenfalls bauliche Anpassungen, Abschluss von Mietverträgen, Suche von Partnerinnen und Partnern, Suche und Anstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Verhandlungen mit Banken und Abschluss von Kreditverträgen, Kündigung einer bestehenden Anstellung - meist in Kaderposition mit verlängerten Kündigungsfristen - und vieles mehr. Die Frist von 6 Monaten ist deshalb deutlich zu kurz. Wir beantragen, dass die Frist generell auf 12 Monate verlängert wird. In besonderen Fällen wie zum Beispiel unerwartete Verzögerungen, Familienplanung, Mutterschaft usw. sollen die Kantone darüber hinaus gehende Ausnahmen gewähren können. In der Botschaft wird diese Möglichkeit für Ausnahmen erwähnt (und sie war auch Bestandteil der Verordnung, die beim früheren Zulassungsstopp galt), ist aber im Verordnungstext nicht zu finden. Wir beantragen, einen entsprechenden Absatz 3 aufzunehmen.</p>	<p>VSAO</p>
<p>Die Frist für den Verfall der Zulassung nach 6 Monaten wird begrüsst. Womöglich werden dadurch Zulassungsbegehren "auf Vorrat" verhindert. Dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz, wonach die mildeste Massnahme geboten wird, wäre noch viel mehr Rechnung getragen, wenn zunächst diese Bestimmung erlassen wird, bevor über einen allgemeinen Zulassungsstopp diskutiert wird. Eine Fristverlängerung erscheint uns nicht nötig; Absatz 2 kann ersatzlos gestrichen werden.</p>	<p>SBV</p>

Bemerkungen zu Artikel 7

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wir weisen darauf hin, dass die Kantone keine Möglichkeit haben, die Zahl der zugelassenen Leistungserbringer laufend zu aktualisieren und somit die Vorgaben der Verordnung einzuhalten. Dies ist nur möglich, wenn auch santésuisse verpflichtet wird, den Kantonen die Erteilung und den Entzug von ZSR-Nummern zu melden. Daher beantragen wir, dass in Artikel 7 eine entsprechende Meldepflicht der Versicherer aufgenommen wird.</p>	<p>BE</p>
<p>Nous émettons toutefois des réserves concernant les articles 6 et 7 du projet. L'ordonnance prévoit diverses obligations d'annonce concernant les institutions de santé qui doivent, selon nous, être complétées. Nous demandons, par exemple, que les admissions au sein du secteur ambulatoire ne fassent pas uniquement l'objet d'annonce par les institutions, mais que chaque médecin souhaitant effectuer des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en fasse la demande. L'institution peut appuyer cette dernière, mais n'est pas la bénéficiaire de l'admission. Article 7 alinéa 1 lettre b: Cet alinéa prévoit que le canton communique aux assureurs l'identité des médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire des hôpitaux visés à l'article 39 LAMal. Cette manière de procéder est difficilement applicable, compte tenu de l'organisation de ces institutions avec des tournus de médecins entre le domaine stationnaire et l'ambulatoire. Article 7 alinéas 2 et 3: Ces alinéas prévoient que les institutions visées à l'article 36a et 39 LAMal communiquent au canton toute modification du nombre de médecins exerçant en leur sein, de la période d'embauche et des domaines de spécialités visés à l'annexe 1 dans lesquels ils exercent. Nous sommes d'avis qu'une obligation de communication de la part des institutions n'est pas suffisante. Notre expérience en la matière a montré qu'une gestion des admissions sur la base des communications d'institutions fonctionne difficilement. En pratique, nous demandons que chaque médecin souhaitant effectuer des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'annonce, l'institution ayant la possibilité d'appuyer la demande d'admission exceptionnelle. En conséquence, nous proposons de compléter dans ce sens l'article 7.</p>	<p>GE</p>
<p>Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b ist ersatzlos zu streichen. Die im Entwurf vorgesehene Verpflichtung der Kantone, "den Versicherern" monatlich Meldung zu erstatten, könnte angesichts der in zunehmender Auflösung begriffenen Verbandsstrukturen der Versicherer zu inflationären Informationsansprüchen führen. Die Kantone erstatten der von den Versicherern beauftragten Betreiberin des Zahlstellenregisters ZSR regelmässig Meldung über die erteilten Praxisbewilligungen in Berufsbereichen mit OKP-Zulassung. Zusätzliche Meldungen nach VEZL sind somit überflüssig.</p>	<p>GL</p>
<p>Art. 7 ist dahin gehend zu präzisieren, dass die Meldepflicht für Kantone, welche auf die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung verzichten, nicht gilt.</p>	<p>GR</p>
<p>Nous sommes réservée sur la capacité d'un hôpital d'informer dans un délai d'un mois des informations sur sa capacité précise dans le domaine ambulatoire. Une telle institution pour se développer dans le contexte actuel doit réaliser un virage ambulatoire. L'ampleur de ces prestations ambulatoires dépend aussi des indications voulues par le canton et traduites dans le contrat de prestation. Ce pilotage se fait sur le long terme et on peut imaginer qu'un bilan annuel donne une idée de la capacité de l'institution à fournir des prestations à charge de la LAMal.</p>	<p>NE</p>
<p>Die Meldepflicht der Einrichtungen nach Art. 36a KVG sollte wie bei den Spitälern auch das Pensum der Spezialisten nach Anhang 1 umfassen; da dies eine bessere Beurteilung der aktuellen Lage in einem Kanton ermöglicht.</p>	<p>NW</p>
<p>Art. 7 Abs. I lit, b ist ersatzlos zu streichen. Die im Entwurf vorgesehene Verpflichtung der Kantone, "den Versicherern" monatlich Meldung zu erstatten, könnte angesichts der</p>	<p>SH</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>in zunehmender Auflösung begriffenen Verbandsstrukturen der Versicherer zu inflationären Informationsansprüchen führen. Die Kantone erstatten der von den Versicherern beauftragten Betreiberin des Zahlstellenregisters ZSR regelmässig Meldung über die erteilten Praxisbewilligungen in allen Berufsbereichen mit OKP-Zulassung. Zusätzliche Meldungen nach VEZL sind somit überflüssig.</p> <p>Die in Art. 7 Abs. 2 und 3 vorgesehenen Meldepflichten zu den in Spitälern und Ambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzten würden zumindest in jenen Kantonen, die von einer rigiden Umsetzung des Zulassungsstopps absehen, einen unverhältnismässigen Administrativaufwand mit sich bringen. Mit Blick auf die absehbare föderalistische Vielfalt des Vollzugs wäre es angezeigt, die Regelung der Meldepflichten in diesen Bereichen den Kantonen zu überlassen und auf übergeordnete Vorgaben des Bundes zu verzichten.</p>	
<p>Zu Art. 7 Bst. b</p> <p>Die Meldepflicht sollte ausschliesslich auf Ärztinnen und Ärzte beschränkt sein, die dem kantonalen Zulassungsstopp unterliegen und bei denen eine Zulassung erteilt oder nicht erteilt worden ist. Die darüber hinaus vorgeschlagene Meldepflicht betreffend die Personalien der im ambulanten Bereich von Spitälern nach Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) tätigen Ärztinnen und Ärzte geht unseres Erachtens zu weit und würde zu einem erheblichen und in der Sache nicht gerechtfertigten Verwaltungsaufwand führen.</p>	SG
<p>In Art. 7 Abs. 2 VEZL wird eine Meldepflicht für Einrichtungen statuiert. Aus Art. 7 Abs. 2 VEZL könnte der falsche Schluss gezogen werden, Einrichtungen dürften die Anzahl der für die Einrichtung tätigen Ärztinnen und Ärzte beliebig - also ohne Rücksicht auf den Zulassungsstopp - verändern. Dies steht dem Sinn und Zweck des Zulassungsstopps klar entgegen. Art. 7 Abs. 2 VEZL bzw. die Erläuterungen dazu sollten präzisiert werden.</p>	SO
<p>Bezüglich Absatz 1lit. b muss verdeutlicht werden, dass diese Meldepflicht nicht für Kantone gelten kann, die generell von der Umsetzung des Zulassungsstopps abgesehen haben. Für Ärztinnen und Ärzte aus entsprechenden Kantonen gilt hinsichtlich ihrer Anerkennung als Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Kontrahierungszwang. Damit fällt die Zulassung der Leistungserbringer in die Zuständigkeit der Versicherer, die folglich ohnehin über die entsprechenden Informationen verfügen, währenddessen eine Meldepflicht für die Kantone mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden wäre und einen administrativen Leerlauf bedeuten würde.</p> <p>Auch Absatz 2 und 3 können nur Geltung beanspruchen, wenn ein Kanton die in Einrichtungen nach Art. 36a KVG tätigen Ärztinnen und Ärzte vom Zulassungsstopp nach Art. 1 Abs. 1 nicht ausgenommen hat und/oder den ambulanten Bereich der Spitäler dem Zulassungsstopp unterstellt hat. Eine entsprechende Verdeutlichung wäre auch hier wünschenswert.</p>	TG
<p>Con riferimento a quanta espresso sopra ad art. 2 va stralciato l'obbligo di annunciare agli assicuratori identità dei medici attivi ambulatorialmente in ospedale. Questa identità spesso non è nota.</p>	TI
<p>Le délai d'un mois pour communiquer aux cantons les fluctuations, de nombre ou d'activité, risque de s'avérer inapplicable pour les institutions ambulatoires (36a LAMal) et les hôpitaux. Nous relevons, à nouveau, un flou entre une limitation par le nombre de médecins (annexe 1) applicable à l'alinéa 2 de cet article et la prise en compte du taux d'activité stipulé à l'alinéa 3. Ceci doit être éclairci.</p>	VD
<p>Bezüglich Abs. 1 Bst. b muss verdeutlicht werden, dass diese Meldepflicht nicht für Kantone gilt, die allgemein von der Umsetzung des Zulassungsstopps absehen. Für Ärztinnen und Ärzte aus entsprechenden Kantonen gilt hinsichtlich ihrer Anerkennung als Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversi-</p>	ZH

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>cherung der Kontrahierungszwang. Damit fällt die Zulassung der Leistungserbringer in die Zuständigkeit der Versicherer, die folglich ohnehin über die entsprechenden Informationen verfügen, währendem eine Meldepflicht für die Kantone mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden wäre und einen administrativen Leerlauf bedeuten würde. Auch Abs. 2 und 3 können nur Geltung beanspruchen, wenn ein Kanton die in Einrichtungen nach Art. 36a KVG tätigen Ärztinnen und Ärzte vom Zulassungsstopp nach Art. 1 Abs. 1 nicht ausgenommen hat und/ oder den ambulanten Bereich der Spitäler dem Zulassungsstopp unterstellt hat. Eine entsprechende Verdeutlichung wäre auch hier wünschenswert.</p>	
<p>Den Kantonen werden neue Aufgaben übertragen, und sie müssen dem BAG und den Versicherern die entsprechenden Daten melden. Dies ist mit einem zusätzlichen Arbeitsaufwand verbunden. Es ist sicherzustellen, dass für Kantone, welche nicht von den Regelungen Gebrauch machen wollen, keine zusätzlichen Meldepflichten entstehen. Damit Kantone, die von den Regelungen Gebrauch machen wollen, ihre Kontrollfunktion wahrnehmen können, müssen sie über die Daten der Versicherer verfügen. Deshalb schlagen wir vor, diesen Artikel mit einem Absatz 4 wie folgt zu ergänzen: «Die Versicherer melden den Kantonen innert Monatsfrist die Daten, mit denen sie die erforderlichen Kontrollen durchführen können, um die Versorgungsdichte im Kanton zu beurteilen».</p>	GDK
<p>Damit die Kantone laufend über die aktuellen Ressourcen im ambulanten Bereich Bescheid wissen, werden die Spitäler verpflichtet, dem Kanton unter anderem das Pensum der in ihrem ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte mitzuteilen. Für die Einrichtungen gemäss Art. 36a KVG und die übrigen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte besteht keine Pflicht, den Kantonen ihr Arbeitspensum zu melden. Die Kantone würden für die Beurteilung der medizinischen Versorgungsdichte auf die Zahlen der SASIS AG abstellen. Wie bereits weiter oben erklärt, ergeben sich indes aus die Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte aus diesen Zahlen nicht. Die Kantone könnten die aktuellen Ressourcen im ambulanten Bereich daher nur aufgrund der ärzteigenen Daten feststellen.</p>	FMH
<p>Damit die Kantone laufend über die aktuellen Ressourcen im ambulanten Bereich Bescheid wissen, werden die Spitäler verpflichtet, dem Kanton unter anderem das Pensum der in ihrem ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte mitzuteilen. Für die Einrichtungen gemäss Art. 36a KVG und die übrigen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte besteht keine Pflicht, den Kantonen ihr Arbeitspensum zu melden. Die Kantone würden für die Beurteilung der medizinischen Versorgungsdichte auf die Zahlen der santésuisse bzw. SASIS AG abstellen. Wie bereits weiter oben erklärt, ergeben sich indes aus die Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte aus diesen Zahlen nicht. Die Kantone könnten die aktuellen Ressourcen im ambulanten Bereich daher nur aufgrund der ärzteigenen Daten feststellen.</p>	KKA
<p>Art. 7 Abs. 2: Auch hier wird fälschlicherweise nur auf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte abgestellt. Unserer Ansicht nach müsste wenn schon auch das Pensum berücksichtigt und gemeldet werden. Art. 7 Abs. 3: Wie bereits oben ausgeführt arbeiten die meisten Spitalärztinnen und -ärzte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die geforderte Meldung ist daher unmöglich oder zumindest ausserordentlich aufwändig.</p>	VSAO
<p>La surcharge administrative engendrée par ces communications obligatoires mensuelles concernant l'activité au sein des institutions sera coûteuse pour les institutions et les administrations cantonales, à moins qu'une solution informatique de guichet online ne soit créé, mais ce n'est pas encore le cas!</p>	SMSR

*Bemerkungen zu Artikel 8*

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Angesichts der bisherigen Erfahrungen mit dem Zulassungsstopp wären wir positiv überrascht, wenn die Verordnung tatsächlich nur bis Ende März 2016 gültig bliebe.	SGV
Vertrauen in die bundesrätlichen Versprechen betreffend die 3-jährige Dauer dieses Zulassungsstopps ist aufgrund des seinerzeit auch nur als vorübergehende Massnahme beschlossenen Zulassungsstopps Mangelware!	SBV

Bemerkungen zu Anhang 1 und 2

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Die Maximalzahlen von Leistungserbringern in Anhang 1 stellen eine Momentaufnahme der Schweizerischen Gesundheitslandschaft dar. Die Ankündigung des Zulassungsstopps hat aber einen enormen Schub von Zulassungsgesuchen, besonders von Spezialärzten, ausgelöst. Die Zahlen sind somit in keiner Weise mehr aktuell. Was schlimmer wiegt, sind die Unterschiede der Zulassungsdichte unter den Kantonen, wie sie aus Anhang 2 ersichtlich ist. Die VEZL zementiert damit die bestehende Ungleichheit der Versorgung und steht im Widerspruch zu 8 der Bundesverfassung.</p>	<p>BL</p>
<p>Die aufgeführten Höchstzahlen entsprechen dem Stand der zugelassenen Leistungserbringer in den Kantonen per 21. November 2012. Diese Höchstzahlen basieren auf dem Zahlstellenregister von santésuisse und geben damit die Zahl der erteilten Zahlstellennummern und nicht den Stand der vom Kanton erteilten Bewilligungen wieder. Damit werden Bewilligungsinhaber, die am 21. November 2012 noch keine Zahlstellennummer beantragt haben, nicht berücksichtigt. Als Konsequenz daraus resultieren Höchstzahlen, die bereits im Januar 2013 überschritten sind, obwohl die neue Regelung erst per 1. April 2013 in Kraft tritt. Vorzuziehen wären Höchstzahlen, die den Stand Ende Februar 2013 angeben.</p> <p>Was die Versorgungsdichte betrifft, bestehen Vorbehalte betreffend deren Aussagekraft. So werden im Kanton Basel-Stadt als Zentrum einer Region auch viele ausserkantonale Menschen behandelt, die in der Einwohnerzahl des Kantons Basel-Stadt nicht enthalten sind. Folgerichtig haben Stadtkantone mit Zentrumsfunktion eine viel höhere Versorgungsdichte als Kantone mit ländlichem Umfeld. Auch geht das Verhältnis der Anzahl Ärzte zur Einwohnerzahl davon aus, dass alle Bewilligungsinhaber zu 100% tätig sind und ignoriert allfällige Teilzeitpensen. Gerade die Tendenz der ansteigenden Frauenquote in der Medizin - verbunden mit dem Wunsch von Frauen, in Teilzeitpensen zu arbeiten - zeigt, wie wenig aussagekräftig der Indikator Versorgungsdichte ohne Differenzierung nach Voll- und Teilzeitpensen sein kann.</p>	<p>BS</p>
<p>Il ne nous a pas été possible, dans le délai très court imparti, de procéder à une analyse approfondie des chiffres retenus dans les annexes 1 et 2 (nombre de médecins, respectivement calcul des taux de densité régionaux). Un pointage a toutefois permis de constater que les chiffres ne correspondent pas toujours à la réalité. On trouve également des calculs manifestement erronés, voire - probablement – des coquilles (par exemple une densité de 1.8 (!) médecins chirurgiens pour 100'000 habitants de l'Espace Mittelland). Sasis SA est en mesure d'identifier les médecins ayant un numéro RCC et qui l'ont effectivement utilisé pour facturer leurs prestations. Nous partons de l'hypothèse que les chiffres retenus dans les annexes ne prennent en compte que les médecins présentant une activité d'une certaine importance, dont l'ampleur est à définir par l'OFSP (par exemple un chiffre d'affaire à charge de l'AOS d'un minimum de 50'000 francs), Ainsi, on évitera de prendre en compte notamment des médecins en fin de carrière (« Alterszulassungen », dans certains cantons), ainsi que les médecins cadres travaillant au sein des hôpitaux tout en ayant une activité ambulatoire accessoire privée à propre compte. Enfin, nous demandons que l'OFSP mette à disposition des cantons, sur leur demande, les données brutes utilisées pour fixer les chiffres contenus dans les annexes 1 et 2, à savoir les noms, les spécialités et les numéros RCC des médecins. Pour la bonne forme, le rapport définitif devra également préciser la date du recensement de la population pris en compte pour l'établissement de l'annexe 2.</p>	<p>FR</p>
<p>Die Höchstzahlen gemäss Anhang 1 sind unseres Erachtens unbrauchbar, da zwischen den Höchstzahlen und den Bevölkerungszahlen der einzelnen Kantone kaum ein Bezug besteht.</p>	<p>GL</p>
<p>Die im Anhang 1 festgelegten Höchstzahlen für den Kanton Graubünden können wir</p>	<p>GR</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
nicht nachvollziehen.	
<p>Les chiffres fournis dans les annexes 1 et 2 de l'ordonnance semblent, après une analyse rapide, souvent sujets à caution. Ces chiffres feront l'objet d'une analyse détaillée par nos services et nous émettons pour l'instant une grande réserve à leur égard, cela dans l'attente des indispensables vérifications qu'il s'agit de réaliser; il est en effet impossible d'effectuer ce travail dans le cadre du délai imposé par la consultation.</p>	JU
<p>Für uns wirft der Anhang 1, wo die Höchstzahl der Leistungserbringer pro Kanton und Region festgelegt ist, einige Fragen auf. So zum Beispiel bereits in der ersten Spalte betreffend Allergologie und klinische Immunologie: Für GE sind maximal 19, für VD 22 Bewilligungen vorgesehen. BE soll hingegen bloss maximal 9 Bewilligungen ausstellen und der bevölkerungsreichste Kanton ZH sogar nur 2! Für Luzern ist die Höchstzahl ebenfalls bei 2 festgelegt wie im Kanton ZH. AG hingegen soll bloss 1 Bewilligung ausstellen, obwohl dort wesentlich mehr Menschen leben als im Kanton Luzern. Solche Beispiele finden sich zuhauf in diesem Anhang. Die Angaben erachten wir als nicht brauchbare verbindliche Höchstzahlen.</p>	LU
<p>Les décisions devraient se baser sur l'annexe 1 et 2 qui donne par spécialité le nombre de médecins et leur densité. Or, ce référentiel n'est pas parfaitement satisfaisant. Pour certaines spécialités, il diverge en effet quelque peu des données dont nous disposons. De plus, la portée de cette ordonnance vise à une maîtrise des coûts de la santé. L'activité économique d'un médecin autorisé peut varier de 0 à 100%. Par exemple pour les urologues, le nombre 4 figure dans l'annexe. 2 figurent sur le répertoire de la Société neuchâteloise de médecine et 5 sont autorisés. Parmi ceux-ci, 3 ont effectivement une adresse professionnelle dans le canton. De plus, cette annexe mentionne des spécialités qui n'entraînent pas de prestations remboursables par la LAMal, comme par exemple la prévention et santé publique ou la médecine légale.</p>	NE
<p>Wie Sie in ihren Erläuterungen richtig schreiben, kann die Bedürfnisklausel ihr Ziel grundsätzlich nur dann erreichen, wenn bei der Ermittlung, ob ein Bedürfnis besteht, die tatsächlich im ambulanten Bereich vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden. Die Höchstzahlen entsprechen dem Stand der zugelassenen Leistungserbringer in den Kantonen per 21. November 2012. Weil in unserem Landkanton nur wenige Spezialärzte tätig sind, wird in Anhang 1 zur Verordnung die Höchstzahl der Leistungserbringer in vielen Disziplinen mit „0“ angegeben, Aus diesem Grund werden wir voraussichtlich von der Ausnahmeregelung gemäss Art. 4 Gebrauch machen müssen, wenn sich in einer Spezialisierungsrichtung eine Unterversorgung abzeichnen würde.</p>	OW
<p>Die für die Zulassungssteuerung in den Kantonen im Einzelfall massgeblichen Höchstzahlen gemäss Anhang 1 des vorliegenden Entwurfs sind vor Erlass der VEZL grundlegend zu überarbeiten (vgl. insbesondere Bemerkungen zu Art. 1 Abs. 1 nachstehend). Beim Vollzug der Zulassungsbeschränkung ist es sowohl im innerkantonalen als auch im interkantonalen Kontext unabdingbar, dass die massgeblichen Höchstwerte in sich schlüssig sind und auch der Überprüfung in einem Beschwerde- oder Gerichtsverfahren Stand halten.</p> <p>Im Kanton St.Gallen verfügen zum Beispiel 58 Anästhesistinnen und Anästhesisten über eine Berufsausübungsbewilligung. In Anhang 1 ist indessen die Höchstzahl 15 vermerkt. Bei den Apothekerinnen und Apothekern sieht die Situation so aus, dass es im Kanton St. Gallen zur Zeit 142 gültige Berufsausübungsbewilligungen gibt. Die Höchstzahl gemäss Anhang 1 soll hingegen lediglich 54 betragen. Weiter fällt etwa auf, dass gemäss Anhang 1 im Kanton Waadt die Höchstzahl für Allergologie und Klinische Immunologie 22 beträgt, während im Vergleich dazu im bevölkerungsstarken Kanton Zürich die Höchstzahl 2 betragen soll. Diese Beispiele verdeutlichen, dass die in Anhang 1 bzw. Anhang 2 festgelegten Höchstwerte zumindest in einigen Fällen nicht nachvollziehbar sind und deshalb überprüft werden und mit den Kantonen dringend</p>	SG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>diskutiert werden müssen.</p> <p>Le législateur part du présupposé que les chiffres des annexes 1 et 2 représentent les seuils d'une offre médicale ambulatoire (hors hospitalier) adéquate au besoin de la population. Tel n'est pas le cas, puisqu'ils représentent uniquement une photographie de la densité médicale au 21 novembre 2012, selon les bases de données de santésuisse. Ceci ne permet en aucun cas de qualifier l'adéquation de cette offre qui peut être adaptée, pléthorique ou refléter une pénurie dans certaines spécialités. Ces chiffres ne peuvent donc pas être appliqués tels quels, sans une analyse plus fine de l'offre et de la demande locale, avec des objectifs de santé publique.</p> <p>De plus, après avoir comparé les chiffres de santésuisse avec ceux de notre base de données (qui alimente MedReg), nous constatons que nos chiffres sont significativement supérieurs. Pour certaines spécialités, ils dépassent les 50% et pour la grande majorité des spécialités ils sont supérieurs de 20-30% à ceux de santésuisse. Au vu de ce différentiel, une application pure et simple des chiffres de santésuisse apparaît totalement inadéquate.</p> <p>Encore une fois, établir un nombre ou une densité de médecins en se basant uniquement sur les chiffres des assureurs revient à fixer des limites qui ne correspondent pas à la réalité et ce déjà au moment de l'entrée en vigueur de la disposition légale. Comme nous l'avons proposé dans la consultation sur le projet de révision LAMal (art. 55a), les cantons devraient recevoir des assureurs et des associations professionnelles les chiffres dont ils disposent. Il reviendrait alors aux cantons, en concertation avec les associations professionnelles, d'établir l'annexe 1 en confrontant ces éléments avec leur propre base de données. L'objectif de cette démarche et de cette méthodologie est de tenir compte, au mieux, de la réalité de l'offre médicale ambulatoire sur leur territoire et des besoins de la population.</p> <p>La Société vaudoise de médecine, que nous avons consultée, partage nos considérations sur la fiabilité et l'utilisation des chiffres de cette ordonnance.</p>	<p>VD</p>
<p>In Anhang 1 der Verordnung soll die Höchstzahlen der zugelassenen Leistungserbringer aufgeführt werden. Bei der Ermittlung, ob ein Bedürfnis besteht, sollen die tatsächlich im ambulanten Bereich vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden. Dabei stützt sich das EDI auf den Stand der zugelassenen Leistungserbringer in den Kantonen per 21. November 2012 ab. Die verwendeten Zahlen basieren gemäss Erläuterung der Verordnung auf dem Zahlstellenregister von santésuisse, das grundsätzlich von Personen und nicht von Institutionen (Arztpraxen, Apotheken) ausgehen soll.</p> <p>Diese Annahme ist offensichtlich in verschiedener Hinsicht falsch. So führt santésuisse selber kein Zahlstellenregister mehr. Die Registrierung von Ärztinnen und Ärzten für die Abrechnung gegenüber Krankenversicherer erfolgt über die sasis AG. Die Registrierung erfolgt für alle Krankenversicherer in der Schweiz und nicht nur für die Krankenversicherer, die Mitglied von santésuisse sind.</p> <p>Die Zahlstellenregisternummer (kurz ZSR-Nr.) wird an Ärztinnen und Ärzte, an ambulante Institutionen, aber auch an Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens erteilt. Bei einer ZSR-Nr. sind jeweils die Zahlungsverbindungen hinterlegt. Mehrere Ärztinnen und Ärzte können sich eine Zahlstellenregisternummer teilen. Die Annahme des EDI, dass ZSR-Nr. grundsätzlich an Personen und nicht an Institutionen (Arztpraxen, Apotheken) erteilt werden, ist falsch. Richtig ist, dass die sogenannten Kontroll-Nummern (K-Nr.) nur an Personen erteilt werden. Mit der K-Nr. wurde früher der Zulassungstopp überprüft. Heute dient die K-Nr. für die Dignitätsprüfung der Krankenversicherung bei der Abrechnung von Tarmed-Leistungen. Denn anders als bei der ZSR-Nr. sind bei der K-Nr. nicht Zahlungsverbindungen hinterlegt, sondern die Facharztkompetenz des jeweiligen Arztes, der freiberuf-</p>	<p>SGV</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>lich oder angestellt bei einer ambulanten Institution oder einem Spital tätig sein kann. Dementsprechend sind alle Zahlen im Anhang 1 falsch, wie sich leicht über das Ärzteverzeichnis der FMH eruieren lässt. Im Ärzteverzeichnis der FMH sind alle Ärzte (erkennbar als Mitglied oder Nichtmitglied der FMH) nach Facharzttitel und Tätigkeitsart (mit eigener Praxis oder angestellt bei einem Leistungserbringer) hinterlegt und können nach Kanton abgefragt werden. Wir beantragen, dass Anhang 1 entsprechend angepasst wird.</p>	
<p>Anhang 1 und 2  Leider wird die Berechnung der Höchstwerte für die Anzahl Leistungserbringer und die Versorgungsdichte nicht klar dargelegt. Wir gehen aber davon aus, dass damit die aktuelle Versorgungslage abgebildet wird. Anders lassen sich die Werte nicht interpretieren. Damit wird klar, dass diese Höchstwerte in keinem Zusammenhang stehen mit den ansonsten KVG-tragenden Elementen der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Basierend auf diesen Höchstwerten wird jedoch ein Geflecht von Ausnahmen konstruiert, mit denen Abweichungen von den Höchstwerten begründet werden können.  Wenn hierbei - wie in Ziffer 4 weiter oben dargelegt - aber nicht einmal ein fundierter Bedürfnisnachweis vorgelegt werden muss, entpuppt sich das ganze Zahlenwerk als weitgehend sinnlos.</p>	ASK

## 2.4 Zusätzlich vorgeschlagene Bestimmungen

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Le projet de loi ne soumettant pas à limitation les médecins au bénéfice d'un titre de médecine interne générale, de praticien ou de pédiatre, nous demandons que l'ordonnance attribuée aux cantons la compétence de vérifier qu'ils pratiquent exclusivement la médecine de premier recours. Pour ce faire, ces médecins doivent fournir aux cantons les détails sur leur projet d'installation ainsi que les attestations de leur formation continue.</p>	<p>VD</p>
<p>In Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zu Art. 55a E-KVG steht: „1 Kein Bedürfnisnachweis ist erforderlich für Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, die vor Inkrafttreten der Änderung vom ... 3 nach den Artikeln 36 beziehungsweise 37 zugelassen wurden und zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren.“ In der Botschaft wird dazu erläutert, dass Absatz 1 der neuen Regelung auf Leistungserbringer keine Anwendung findet, die bereits vor Inkrafttreten der Änderung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet haben. Was heisst "abgerechnet haben"? Der vorliegende Verordnungsentwurf konkretisiert in keiner Weise, wie viele Rechnungen (1, 2, 50, 100?) zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung vor dem 1. April 2013 gestellt werden müssen, damit der Zulassungsstopp nicht greift. Damit besteht für die betroffenen Leistungserbringer eine erhebliche Rechtsunsicherheit. V.a. davon betroffen sind jene, die kurz vor einer Praxiseröffnung Übernahme stehen, Investitionen getätigt haben, Verträge abgeschlossen haben, aber aus Zeitnot nicht mehr die Möglichkeit haben, überhaupt oder in genügender Weise bis am 1. April 2013 zulasten der OKP abzurechnen.</p>	<p>FMH</p>
<p>Eine sinnvolle Steuerung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten könnte über finanzielle Anreize erreicht werden, zum Beispiel durch eine Besserstellung der Tätigkeit in Randregionen oder eine betriebswirtschaftliche Revision des TARMED.</p>	<p>PKS</p>

**Anhang 1: Liste der Adressaten der Anhörung****Liste der Anhörungsadressaten****Liste des destinataires****Elenco dei destinatari****Kantone / Cantons / Cantoni**

Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du Canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	Regierungsgebäude 5000 Aarau
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
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
Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du Canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	Postgasse 68 3000 Bern 8
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
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du Canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	Rathaus Postfach 4001 Basel
Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg
Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du Canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 1211 Genève 3
Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du Canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	Rathaus 8750 Glarus
Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du Canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	Reichsgasse 35 7001 Chur
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
Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du Canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern
Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	Château 2001 Neuchâtel
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du Canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	Rathaus 6370 Stans

Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du Canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	Rathaus 6060 Sarnen
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
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du Canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen
Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du Canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	Rathaus 4509 Solothurn
Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du Canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	Postfach 6431 Schwyz
Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du Canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	Regierungsgebäude 8510 Frauenfeld
Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du Canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Residenza Governativa 6501 Bellinzona
Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du Canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	Postfach 6460 Altdorf 1
Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	Château cantonal 1014 Lausanne
Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du Canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	Palais du Gouvernement 1950 Sion
Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du Canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	Postfach 156 6301 Zug
Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du Canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	Kaspar Escher-Haus 8090 Zürich
Konferenz der Kantonsregierungen KdK Conférence des gouvernements cantonaux CdC Conferenza dei governi cantonali CdC	Postfach 444 3000 Bern 7
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)	Postfach 684 3000 Bern 7

**Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft****Associations faitières 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
Schweizerischer Gewerbeverband SGV Union suisse des arts et métiers USAM Unione svizzera delle arti e mestieri USAM	Postfach 3001 Bern
Schweizerischer Arbeitgeberverband SAV Union patronale suisse UPS Unione svizzera degli imprenditori USI	Postfach 8032 Zürich
Schweizerischer Gewerkschaftsbund SGB Union syndicale suisse USS Unione sindacale svizzera USS	Postfach 3000 Bern 23
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern
Centre patronal CP	Postfach 5236 3001 Bern

**Konsumentenverbände****Associations de consommateurs****Associazioni dei consumatori**

Associazione consumatrici e consumatori 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 Forum des consommateurs Forum dei consumatori	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern
Stiftung für Konsumentenschutz SKS Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	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 kantonale Krankenhaus Verbände	c/o VAKA Geschäftsstelle Laurenzenvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau
Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere	Worbstrasse 52 3074 Muri / Bern
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Bern – Liebefeld
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) 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)	Moosstrasse 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 KinderärztInnen Schweiz 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
Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK Alliance des assureurs maladie suisses Unione degli assicuratori malattia svizzeri	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern

Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Instituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn
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
Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn
Association Suisse des Assurés Schweizerischer Verband der Versicherten Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 case postale 1911 1227 Carouge
Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération des patients	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich
Stiftung Patientenschutz SPO 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	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
3	BE	Kanton Bern
4	BL	Kanton Basel-Landschaft
5	BS	Kanton Basel-Stadt
6	FR	Canton de Fribourg
7	GE	Canton de Genève
8	GL	Kanton Glarus
9	GR	Kanton Graubünden
10	JU	Canton du Jura
11	LU	Kanton Luzern
12	NE	Canton de Neuchâtel
13	NW	Kanton Nidwalden
14	OW	Kanton Obwalden
15	SG	Kanton St. Gallen
16	SH	Kanton Schaffhausen
17	SO	Kanton Solothurn
18	SZ	Kanton Schwyz
19	TG	Kanton Thurgau
20	TI	Cantone Ticino
21	UR	Kanton Uri
22	VD	Canton de Vaud
23	VS	Canton du Valais
24	ZG	Kanton Zug
25	ZH	Kanton Zürich
26	GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
27	SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
28	SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
29	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
30	CP	Centre patronal
31	ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
32	FRC	Fédération romande des consommateurs
33	SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
34	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
35	H+	Die Spitäler der Schweiz
36	KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften
37	PKS	Privatkliniken Schweiz
38	pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband
39	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -Ärzte
40	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
41	ASK	Allianz Schweizer Krankenversicherer

Nr.	Abkürzung	Name
42	RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
43	santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer
44	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
45	SPO	Stiftung Patientenschutz SPO

## II. Nicht begrüßte Organisationen

Nr.	Abkürzung	Name
46	FDP	Die Liberalen
47	SMSR	Société médicale de Suisse romande
48	SVM	Société vaudoise de médecine

## III. Statistik

	Total Eingeladene	Stellungnahmen Begrüsste	Stellungnahmen nicht Begrüsste	Total Stellung- nahmen
Schriftliche Stellungnahmen	58	45	3	48