



---

# **Rapporto**

## **sui risultati della procedura di consultazione concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie**

### **Gestione strategica del settore ambulatoriale**

---

## Indice

<b>1</b>	<b>Situazione iniziale</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Riassunto dei pareri</b>	<b>3</b>
2.1	Sintesi .....	3
2.1.1	Cantoni.....	3
2.1.2	Medici.....	4
2.1.3	Ospedali .....	5
2.1.4	Assicuratori .....	6
2.1.5	Associazioni mantello dell'economia .....	7
2.1.6	Partiti politici .....	8
2.1.7	Altre istituzioni del settore sanitario .....	9
2.1.8	Altre organizzazioni.....	10
2.2	Pareri generali.....	11
2.3	Commenti alle singole disposizioni dell'avamprogetto .....	71
	<i>Articolo 39 capoverso 1bis LAMal.....</i>	<i>71</i>
	<i>Articolo 40a capoverso 1 LAMal.....</i>	<i>79</i>
	<i>Articolo 40a capoverso 2 LAMal.....</i>	<i>90</i>
	<i>Articolo 40a capoverso 3 LAMal.....</i>	<i>95</i>
	<i>Articolo 40a capoverso 4 LAMal.....</i>	<i>96</i>
	<i>Articolo 40a capoverso 5 LAMal.....</i>	<i>97</i>
	<i>Articolo 40b capoverso 1 LAMal.....</i>	<i>99</i>
	<i>Articolo 40b capoverso 2 LAMal.....</i>	<i>107</i>
	<i>Articolo 40c capoverso 1 LAMal.....</i>	<i>108</i>
	<i>Articolo 40c capoverso 2 LAMal.....</i>	<i>118</i>
	<i>Articolo 40c capoverso 3 LAMal.....</i>	<i>120</i>
	<i>Articolo 40c capoverso 4 LAMal.....</i>	<i>122</i>
	<i>Articolo 40c capoverso 5 LAMal.....</i>	<i>129</i>
	<i>Articolo 53 capoverso 1 LAMal.....</i>	<i>134</i>
	<i>Articolo 53 capoverso 2 lettera e LAMal.....</i>	<i>136</i>
	<i>Articolo 55b capoverso 1 LAMal.....</i>	<i>137</i>
	<i>Articolo 55b capoverso 2 LAMal.....</i>	<i>153</i>
	<i>Articolo 55b capoverso 3 LAMal.....</i>	<i>153</i>
	<i>Articolo 55b capoverso 4 LAMal.....</i>	<i>154</i>
	<b>Allegato 1: elenco dei destinatari</b>	<b>155</b>
	<b>Allegato 2: elenco dei partecipanti alla procedura di consultazione / abbreviazioni / statistica</b>	<b>165</b>

## 1 Situazione iniziale

Con lettera del 20 giugno 2014, il Dipartimento federale dell'interno DFI ha invitato le organizzazioni interessate a esprimere entro il 10 ottobre 2014 il loro parere scritto nell'ambito di una procedura di consultazione sulla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), in merito alla gestione strategica del settore ambulatoriale.

La documentazione per la procedura di consultazione è stata inviata in tutto a 118 destinatari.

Complessivamente sono stati inoltrati 94 pareri scritti: 62 da partecipanti interpellati ufficialmente e 32 da organizzazioni non interpellate ufficialmente.

## 2 Riassunto dei pareri

### 2.1 Sintesi

I partiti di centro, Il partito socialista e alcune organizzazioni di fornitori di prestazioni (ergoterapisti, levatrici, chiropratici) sono sostanzialmente favorevoli all'avamprogetto. Sono invece contrari la maggior parte dei fornitori di prestazioni (ospedali inclusi), gli assicuratori, il PLR e l'UDC, le associazioni economiche e l'industria farmaceutica. La CDS e una grande maggioranza dei Cantoni (eccezione fatta di Zurigo e Argovia) propugnano la revisione, ovvero la necessità di una possibilità di gestione strategica anche se chiedono alcune modifiche in determinati settori, e contano su una soluzione a lungo termine per la gestione strategica del settore ambulatoriale.

Oltre alle critiche più radicali (soluzioni alternative proposte, opinioni sostanzialmente divergenti sul settore ambulatoriale), sono state formulate anche critiche formali. Le organizzazioni interpellate ufficialmente contestano soprattutto la qualità dell'avamprogetto, l'assenza di dati inequivocabili, il fatto che si enunci un problema senza dimostrarlo, l'inesistenza di una prova degli effetti dell'articolo 55a LAMal o ancora la mancanza di uno studio per valutare se le disposizioni proposte consentano di raggiungere l'obiettivo del progetto e infine l'assenza di chiarezza di questo obiettivo.

Nel prosieguo, i pareri sono riassunti per gruppi (Cantoni, medici, ospedali, assicuratori, associazioni mantello dell'economia, partiti politici, altre istituzioni del settore sanitario, altre organizzazioni).

#### 2.1.1 Cantoni

La CDS e la stragrande maggioranza dei Cantoni **sostengono** la revisione, sebbene alcuni Cantoni vincolino il loro sostegno a determinate modifiche. Solamente AG e ZH respingono la proposta di revisione. Il progetto sarebbe in contrasto con numerosi principi importanti, tra cui la libertà economica e la concorrenza. Poco meno della metà dei Cantoni (CDS, BS, AG, GL, AR, BL, NE, ZH, SH, JU, FR) concordano sul fatto che, parallelamente alla soluzione proposta, si debbano sviluppare altre misure (p. es. libertà di contrarre, competenza sussidiaria del Consiglio federale nell'adeguamento delle strutture tariffali, differenziazione delle tariffe, promozione delle cure integrate).

Un numero elevato di Cantoni sostiene che in ogni caso in futuro le **possibilità d'intervento dei Cantoni** debbano essere sancite nella legge **come «formulazione potestativa»** e che i Cantoni debbano essere sempre liberi di adottare, o di non adottare, misure corrispondenti.

La proposta di modificare l'**articolo 39 capoverso 1 bis LAMal**, secondo cui i mandati di prestazioni dei Cantoni agli ospedali devono disciplinare obbligatoriamente anche l'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale, è respinta dalla CDS e da quasi tutti i Cantoni. Sarebbe praticamente impossibile distinguere le prestazioni fornite da un medico nel settore ospedaliero da quelle nel settore ambulatoriale. Per questo motivo la CDS e i Cantoni prediligono, in questo caso, una formulazione potestativa.

Nell'avamprogetto le **misure** proposte **nell'ambito dell'autorizzazione di fornitori di prestazioni** sono sostenute dalla CDS e numerosi Cantoni, purché i Cantoni siano anche liberi di decidere se adottare o meno le misure nella pratica.

Di fatto la CDS e numerosi Cantoni non respingono un disciplinamento legale a livello federale delle **misure** cantonali **in caso di offerta insufficiente**, ma ritengono che non sia necessaria. Già attualmente i Cantoni avrebbero la competenza (di cui si avvarrebbero) di agire attivamente in questo contesto e di emanare disciplinamenti cantonali.

Alcuni Cantoni chiedono di eliminare dall'avamprogetto di legge il **volume di attività** poiché sarebbe difficile, se non impossibile, rilevarlo sistematicamente.

La CDS e numerosi Cantoni sostengono la determinazione uniforme su tutto il territorio nazionale di **criteri** per valutare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura ambulatoriali. In aggiunta, i Cantoni

devono però poter definire condizioni e criteri aggiuntivi e poterli applicare. Nei lavori per determinare i criteri, il coinvolgimento dei Cantoni dovrebbe essere obbligatorio.

Diversi Cantoni (AG, AI, BS, LU, SO, SZ, ZH) si oppongono alle **commissioni** proposte. La CDS e i Cantoni rimanenti considerano invece favorevolmente la proposta. Ritengono funzionale coinvolgere i fornitori di prestazioni nelle commissioni, per poter tenere debitamente conto dei loro interessi. Bisognerebbe rinunciare al coinvolgimento obbligatorio degli assicurati, data la loro mancanza di organizzazione e le difficoltà nel coinvolgerli in modo funzionale. Bisognerebbe rinunciare anche a interpellare gli assicuratori.

Per quanto riguarda i dati necessari per valutare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura, la CDS e numerosi Cantoni sono sostanzialmente favorevoli alla disposizione che obbliga a **fornire i dati gratuitamente**. Tuttavia si dovrebbe menzionare anche la Confederazione tra i fornitori di dati.

La CDS e numerosi Cantoni chiedono di stralciare la precisazione di cui all'articolo 53 riguardante i **ricorsi contro le decisioni dei governi cantonali** in relazione alla gestione strategica del settore ambulatoriale. In caso contrario si temono notevoli problemi di attuazione e un elevato onere amministrativo supplementare.

Le disposizioni di cui all'**articolo 55b** sono respinte dalla CDS e dalla maggior parte dei Cantoni poiché rappresentano un'ingerenza nelle competenze cantonali. La determinazione delle tariffe spetta in primo luogo ai partner tariffali, seguiti dai Cantoni (approvazione/determinazione) e dai tribunali. Nel campo delle tariffe ambulatoriali non sarebbe indicato creare un'ulteriore possibilità d'intervento per la Confederazione. Inoltre, la base di calcolo dei costi da includere per persona assicurata varierebbe considerevolmente a seconda dei Cantoni. Non sarebbe affatto adeguato considerare unicamente l'evoluzione dei costi per valutare la necessità d'intervento.

### 2.1.2 Medici

*(omct, asd, AMDOS, VSAO-ASMAC, ASMI, GAeSO, AeGTG, BEKAG, VSAO SG-AR-AI, CM, GLAeG, SMCF, AGZ, KKA-CMC, medswiss.net, SGR-SSR, AeGBL, ZGAeG, AMG, VSAO ZH, AGAeV, KAeGSH, FMH, SMV, SVM, KAeGSG, BAeV, Medici di famiglia Svizzera)*

La vasta maggioranza delle organizzazioni di medici respinge la revisione parziale della LAMal, anche se apprezzano la volontà di sostituire l'attuale clausola del bisogno e la connessa insicurezza per la loro professione e anche se nessuna delle altre soluzioni proposte sembra essere più idonea.

Le misure adottate durante il blocco delle autorizzazioni non sarebbero riuscite a raggiungere l'obiettivo prioritario della Confederazione (ridurre i costi nel settore ambulatoriale). Anzi: in parte avrebbero avuto persino l'effetto opposto, oltre ad altre ripercussioni negative correlate (p. es. aumento delle specializzazioni acquisite dai medici, espansione del settore ambulatoriale degli ospedali, minore interesse ad apprendere ed esercitare professioni mediche).

Non vi sarebbero prove dell'efficacia della limitazione delle autorizzazioni. Il progetto acuirebbe ulteriormente il problema di una futura penuria di medici e non terrebbe conto né dello sviluppo demografico né dell'aumento dell'attività a tempo parziale. La nozione di offerta eccedentaria utilizzata rimane poco definita e non verrebbe considerato l'imminente contingentamento (iniziativa contro l'immigrazione di massa).

In linea di principio, Hausärzte Schweiz considera positivamente la gestione strategica prevista del settore ambulatoriale, in particolare per contrastare un'offerta insufficiente, fattuale o eventuale.

Le associazioni di medici e le società mediche chiedono di utilizzare prevalentemente i seguenti **criteri di qualità**: almeno tre anni di attività in centri di formazione svizzeri riconosciuti e buone conoscenze di una lingua nazionale.

Le associazioni di medici sostengono che la gestione strategica delle autorizzazioni dovrebbe, semmai, funzionare secondo le stesse regole per l'offerta di prestazioni di cura ambulatoriali sia negli **ospedali** sia negli **studi medici**. Questo per motivi di parità di trattamento e per il ruolo multiplo dei Cantoni in questo ambito. Hausärzte Schweiz considera l'inclusione del settore ambulatoriale ospedaliero un presupposto necessario per una buona gestione strategica del settore ambulatoriale.

Molte associazioni di medici esigono che la **limitazione delle autorizzazioni** abbia un **termine** legale massimo di 3 anni, in modo tale che il Cantone valuti periodicamente la necessità della misura.

La maggioranza delle società mediche respinge la possibilità di limitare il **volume di attività** nell'autorizzazione poiché ciò sarebbe in contrasto con gli attuali sviluppi sociali. Anche la possibilità di far dipendere l'autorizzazione dall'appartenenza a una **rete di cure integrate** sarebbe inammissibile dopo il netto rifiuto del progetto Managed Care nel 2012.

Secondo le associazioni di medici il **termine** entro il quale il fornitore di prestazioni deve utilizzare l'autorizzazione dovrebbe essere di almeno 12 mesi e non **di sei mesi**, scadenza troppo breve se si considera il tempo di pianificazione per aprire uno studio medico.

Oltre ai fornitori di prestazioni già autorizzati, né i medici che hanno lavorato per almeno tre anni presso un centro di formazione svizzero riconosciuto né quelli che rilevano uno studio medico dovrebbero essere soggetti a una limitazione dell'autorizzazione. Inoltre, i Cantoni devono avere la possibilità di rilasciare autorizzazioni straordinarie per motivi importanti.

Alcune associazioni di medici ritengono che la disposizione sulle **misure in caso di offerta insufficiente** sia superflua, poiché già oggi i Cantoni potrebbero adottare misure di sostegno. Altri considerano importante sancire nella legge questa possibilità, anche se dovrebbe essere limitata. Hausärzte Schweiz vorrebbe che nella legge si menzionasse esplicitamente la possibilità di misure di sostegno finanziario.

La maggior parte delle società mediche è favorevole all'impiego di **criteri minimi** in sostituzione dell'attuale numero massimo secondo i numeri RCC per la gestione strategica nel settore ambulatoriale. Secondo alcune società (FMH, AMDOS, BEKAG, SMV, Medici di famiglia svizzera) i criteri dovrebbero essere elaborati dal Consiglio federale con la partecipazione delle parti interessate ed essere disciplinati nella legge e non in un'ordinanza separata. La KKA-CMC e la maggior parte delle società mediche cantonali ritengono che l'elaborazione dei criteri debba spettare ai Cantoni.

Diverse società mediche sottolineano il **ruolo multiplo dei Cantoni**. I numerosi conflitti d'interesse dei Cantoni già esistenti attualmente aumenterebbero ulteriormente con la revisione della legge.

Il **coordinamento dei Cantoni** per determinare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura è visto in modo sostanzialmente positivo, anche se viene messa in discussione l'attuazione pratica. Secondo Hausärzte Schweiz occorre considerare non solo l'attività degli ospedali, ma anche l'offerta intercantonale nel settore ambulatoriale, a seconda della regione.

Diverse società mediche si dichiarano favorevoli a una più forte presenza dei fornitori di prestazioni nelle **commissioni** previste. Secondo FMH, nelle commissioni dovrebbero essere rappresentate sia le società mediche cantonali, sia VSAO-ASMAG, sia AMDOS. Alcuni chiedono addirittura che la commissione sia composta esclusivamente da fornitori di prestazioni. La commissione dovrebbe inoltre godere di veri diritti di codecisione. Secondo Hausärzte Schweiz è necessaria una commissione permanente con membri scelti indipendentemente dal campo in questione.

Le associazioni di medici ritengono che la trasparenza dei **dati** sia una base imprescindibile dalla gestione strategica. Siccome tuttavia rilevare dati di buona qualità rappresenterebbe una forte carica di lavoro, non è accettabile che la Confederazione obblighi i fornitori di prestazioni e le loro associazioni a fornire gratuitamente i dati necessari.

Le associazioni di medici si esprimono all'unanimità contro una **limitazione dei motivi di ricorso**. Anche il criterio dell'adeguatezza deve essere ammesso.

Tutte le associazioni di medici respingono la possibilità di una **riduzione delle tariffe da parte del Consiglio federale** in caso di evoluzione dei costi superiore alla media. In questo modo l'autonomia dei partner tariffali sarebbe ulteriormente limitata. Un intervento del genere sulle tariffe equivarrebbe a una sanzione collettiva inaccettabile. Se i costi aumentassero in misura superiore alla media solo per gli ospedali, in caso di riduzione del valore cantonale del punto tariffale sarebbero interessati comunque anche gli studi medici.

Diverse società mediche valutano l'ipotesi di indire un referendum in caso di mantenimento della presente revisione di legge.

### 2.1.3 Ospedali

(H+, CPS, SwissReha, cP, AVCP, VZK, ZKS, VAKA)

Dal punto di vista degli ospedali l'avamprogetto posto in consultazione è una dichiarazione di sfiducia al sistema sanitario federale, al partenariato tariffale e alla separazione dei poteri. Per questo motivo essi respingono la revisione di legge ed esigono una rielaborazione completa.

In nessun punto l'avamprogetto dimostrerebbe la presenza di problemi legati a un'offerta eccedentaria o insufficiente e dunque la **necessità di una gestione strategica**.

Una revisione parziale della LAMal volta a impedire un'offerta eccedentaria avrebbe un effetto contraddittorio, irritante e inadeguato, data **l'incombente penuria di medici e l'approvazione dell'iniziativa contro l'immigrazione di massa**. Inoltre non si considererebbe l'interazione tra regolamentazione statale e concorrenza poiché non si includerebbero l'economicità o la qualità delle singole prestazioni e dei singoli fornitori di prestazioni.

La **distinzione tra le prestazioni del settore ambulatoriale ospedaliero e le altre prestazioni ambulatoriali** sarebbe sorpassata e non considererebbe lo sviluppo medico (trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale). La pianificazione del settore ambulatoriale svantaggerebbe gli ospedali rispetto agli studi medici poiché per i primi sarebbe introdotto un obbligo generale di pianificazione, mentre per i secondi si limiterebbero unicamente i nuovi fornitori di prestazioni, e questo anche solo per eventuali misure.

La **pianificazione su scala cantonale** non corrisponderebbe inoltre al comportamento della popolazione (crescente mobilità, flussi di pendolari, agglomerati intercantionali).

Nell'avamprogetto le nozioni di **offerta eccedentaria e insufficiente** non sarebbero né definite né approfondite. Mancherebbe qualsiasi criterio di valutazione per entrambi i casi. Senza standard nazionali uniformi il rischio sarebbe grande di avere interpretazioni diverse per ciascuno dei ventisei Cantoni.

Già oggi i Cantoni potrebbero adottare **misure in caso di offerta insufficiente**, l'articolo 40b risulterebbe dunque superfluo.

Per motivi di qualità e di parità di trattamento per l'autorizzazione a esercitare a titolo indipendente, gli ospedali ritengono che la legge debba definire **prescrizioni per la qualità e obblighi uniformi** per tutti i fornitori di prestazioni. A questo proposito H+ avanza proposte concrete, per esempio disporre dei requisiti tecnici necessari, avere le conoscenze linguistiche richieste, rispettare le prescrizioni per strutture e misurazioni, garantire un servizio di pronto soccorso, la tenuta di una cartella informatizzata del paziente, ecc. Sulla base di queste prescrizioni per la qualità, il Consiglio federale deve poi definire i criteri per valutare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura nel settore ambulatoriale.

È respinta la **limitazione del diritto di ricorso**. In uno Stato di diritto con un sistema ben consolidato di separazione dei poteri non si devono porre inutili restrizioni ai soggetti giuridici.

È respinta la **possibilità di un intervento del Consiglio federale mediante una riduzione del valore del punto tariffale**. In questo modo si scardinerebbe l'autonomia tariffale dei partner tariffali e la sovranità cantonale nell'approvazione e nella determinazione. Un aumento dei costi potrebbe avere anche motivi medici ed è raramente riconducibile a una sola causa e difficile da individuare. Nel peggiore dei casi una riduzione tariffale potrebbe punire i fornitori di prestazioni non responsabili dell'aumento dei costi, favorendo invece coloro che lo provocano. Inoltre, la nozione di «settore ambulatoriale» non sarebbe definita e la sanzione del 10 per cento sembra troppo elevata e sproporzionata.

#### 2.1.4 Assicuratori

*(curafutura, santésuisse, ASA)*

Gli assicuratori **respingono** la revisione parziale della LAMal. La presente soluzione non sarebbe mai stata discussa durante una tavola rotonda e purtroppo la Confederazione non avrebbe portato avanti le soluzioni proposte.

Dal punto di vista degli assicuratori non vi è alcuna esigenza per una pianificazione e una gestione strategica del settore ambulatoriale di ampio raggio. La presente proposta non sostiene un **sistema sanitariolibero e liberale**, bensì limita ulteriormente i valori liberali fondamentali. Significherebbe un allontanamento dal principio della sussidiarietà e dal primato della concorrenza **a favore della pianificazione e della gestione statale**.

Secondo gli assicuratori manca un'**analisi** completa e critica **dello status quo** e delle possibili cause che portano a un'offerta insufficiente o eccedentaria. Sostanzialmente manca una **definizione** chiara di che cosa si intenda per **offerta insufficiente o eccedentaria**.

Per gli assicuratori la presente soluzione rappresenterebbe unicamente il consolidamento dell'attuale temporanea gestione strategica delle autorizzazioni secondo il bisogno, finora inefficace. Non sarebbe questo lo strumento idoneo per frenare l'evoluzione dei costi. Nell'avamprogetto mancherebbe un'analisi degli effetti del regime attualmente esistente. Le misure previste non avrebbero ripercussioni sul controllo dei costi.

Curafutura ritiene inoltre che in veste di «proprietaria» dell'assicurazione malattie, **una volta delegata ai Cantoni la sua competenza in materia di autorizzazioni**, la Confederazione si priverebbe inutilmente di un elemento organizzativo essenziale dell'AOMS.

Gli assicuratori respingono una gestione e una pianificazione cantonale dell'offerta di prestazioni di cura poiché la valutazione dell'adeguatezza dell'offerta e la consultazione di una commissione richiederebbe un **dispendio di risorse sproporzionato** da parte dei Cantoni e finirebbe per tradursi **in soluzioni di regolamentazione diverse per ciascuno dei 26 Cantoni**. A causa della mobilità della popolazione, una gestione cantonale dell'offerta di prestazioni di cura sarebbe poco sensata. Il Cantone, quale istanza di regolamentazione, non sarebbe inoltre credibile a causa del suo **doppio ruolo di proprietario e gestore** degli ospedali pubblici. Con la pianificazione degli ospedali e la gestione strategica delle

autorizzazioni nel settore ambulatoriale, i Cantoni possono amministrare due settori dell'offerta di prestazioni di cura che sono in concorrenza diretta tra loro. Pertanto vi è il pericolo di favorire i propri ambulatori ospedalieri cantonali e dunque di distorcere la concorrenza. Si prospetterebbe dunque un conflitto di ruoli per i Cantoni. Inoltre, i punti deboli del sistema della pianificazione ospedaliera finirebbero per essere ripresi nel settore ambulatoriale.

Gli assicuratori sono favorevoli a vincolare l'autorizzazione a **criteri di qualità**, anche se l'autorizzazione non deve dipendere solo da condizioni relative agli indicatori del processo e della struttura, ma anche dalla qualità dei risultati. Le condizioni per l'autorizzazione non devono valere solo per i nuovi fornitori di prestazioni, bensì per tutti (nessuna protezione dei diritti acquisiti). Tali **barriere di accesso al mercato** non sono auspicabili e portano a una distorsione della concorrenza. Curafutura prevede difficoltà di attuazione nell'attribuzione del volume di attività. Oltre a monitorare quest'ultimo, si dovrebbe anche trovare il modo per garantire che il finanziamento di prestazioni eccedentarie non sia più a carico dell'AOMS.

Gli assicuratori ritengono superfluo l'articolo sulle **misure in caso di offerta insufficiente** poiché già oggi i Cantoni dispongono di strumenti per sostenere i fornitori di prestazioni.

Secondo gli assicuratori la base per una gestione mirata e adeguata alle esigenze è costituita da **informazioni e dati completi** e affidabili. La mancata disponibilità di indicatori adeguati renderebbe problematica la definizione di offerta eccedentaria o insufficiente. Curafutura dubita che la Confederazione possa definire criteri chiari e opportuni per valutare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura nel settore ambulatoriale. Bisognerebbe stralciare i capoversi 1 e 2 dell'articolo 40c poiché in Svizzera i dati sono molto lacunosi.

Gli assicuratori dubitano che sia effettivamente auspicabile un effetto di disciplinamento sul processo di pianificazione e di gestione da parte delle **commissioni** previste nell'avamprogetto. Non è garantito che le conoscenze specialistiche di assicuratori e fornitori di prestazioni vengano considerate in giusta misura. Secondo *santésuisse* vi è il rischio che il ruolo delle parti consultate si riduca alla mera fornitura di **dati e informazioni**. Curafutura sostiene che le associazioni di assicuratori e fornitori di prestazioni non possono essere costrette a fornire i dati.

Gli assicuratori respingono la **competenza del Consiglio federale di ridurre le tariffe**. L'articolo contraddirebbe il principio della certezza del diritto e creerebbe immancabilmente incertezze sulla qualità delle decisioni di approvazione e determinazione.

Secondo gli assicuratori, l'ulteriore affinamento della compensazione dei rischi e il miglioramento delle condizioni quadro per diffondere variegati modelli di gestione strategica dell'offerta di prestazioni integrate rendono superflui una proroga del blocco delle autorizzazioni e la pianificazione dell'offerta di prestazioni di cura da parte dei Cantoni.

In sintesi, gli assicuratori sostengono che solo gli **strumenti di economia di mercato** come la libertà di contrarre e la diversificazione tariffale consentano una concorrenza qualitativa tra i fornitori di prestazioni e garantiscano a ciascun fornitore di prestazioni ambulatoriali le stesse opportunità per diventare attivo nel mercato delle prestazioni a carico dell'AOMS.

### 2.1.5 Associazioni mantello dell'economia

*(economiesuisse, SGV/USAM, USS, FER)*

Fatta eccezione per l'Unione Sindacale Svizzera, tutte le associazioni mantello dell'economia sono **contrarie alla revisione parziale**. Da un lato, sono favorevoli all'approccio federalista, ma dall'altro, vedono nella gestione statale delle autorizzazioni uno **strumento sballato per contenere i costi**, mettendo in dubbio l'effetto arginante delle misure. L'avamprogetto non dimostrerebbe in modo convincente la presenza di un'offerta eccedentaria o insufficiente tale da giustificare un intervento.

La gestione strategica delle autorizzazioni rischierebbe di rappresentare una grave ingerenza nella **libertà economica**, limitare l'imprenditoria, mettere a repentaglio la **certezza del diritto**, indebolire la **concorrenza** e impedire il trasferimento auspicato da modelli stazionari a modelli ambulatoriali. In tal modo si acuirebbe la futura **penuria di medici**.

Per *economiesuisse* la definizione del fabbisogno ottimale e la valutazione attendibile della sua variazione futura sono praticamente impossibili nell'ottica statale.

L'apertura dell'USS a una gestione strategica delle autorizzazioni è motivata anche da un eventuale finanziamento duale da introdurre analogamente al finanziamento ospedaliero nel settore ambulatoriale.

SGV/USAM rifiuta d'**inserire le terapie ambulatoriali svolte in ambito ospedaliero** nei mandati di prestazioni poiché le terapie ospedaliere ambulatoriali sarebbero troppo poco pianificabili.

SGV/USAM è favorevole a inserire nella legge le seguenti condizioni per l'autorizzazione: buone conoscenze di almeno una lingua nazionale e almeno 3 anni di attività medica in un centro di formazione svizzero riconosciuto. Secondo SGV/USAM è positivo considerare esplicitamente il volume di attività.

Le associazioni mantello dell'economia – ad eccezione dell'USS – considerano inutile l'articolo concernente le **misure in caso di offerta insufficiente** poiché i Cantoni possono già intervenire attivamente in base della legislazione vigente. L'USS ritiene che, in caso di un'offerta insufficiente prolungata, i Cantoni dovrebbero essere costretti a intervenire. Le misure di sostegno, tuttavia, devono poter non essere vincolate a un determinato volume di attività.

Per l'USS è opportuno che il Consiglio federale definisca in maniera uniforme a livello di ordinanza i **criteri minimi** per valutare l'adeguatezza dell'offerta nel settore ambulatoriale. Secondo SGV/USAM, invece, spetterebbe ai Cantoni determinare i criteri per valutare l'adeguatezza dell'offerta. Secondo l'USS e FER, l'elevata mobilità comporta che la pianificazione dell'offerta non possa arrestarsi ai confini cantonali, ma che necessiti di una più vasta visione d'insieme geografica. Pertanto l'obbligo dei Cantoni di coordinarsi è considerato favorevolmente. Secondo SGV/USAM, il **coordinamento** tra i Cantoni deve avvenire nell'ambito delle istanze costituzionali esistenti.

L'USS e SGV/USAM sono soddisfatte del fatto che prima della decisione definitiva si debba consultare una **commissione**. Data la composizione eterogenea della commissione si dubita peraltro che in questo modo si possa effettivamente fornire un contributo sostanziale alla riduzione dei costi. Inoltre l'USS non è convinta che la commissione debba essere puramente un organo consultivo privo di potere decisionale.

Tutte le associazioni mantello dell'economia sono contrarie all'estensione della **competenza sovrana del Consiglio federale nell'adeguamento delle strutture tariffali**. Un simile disciplinamento annullerebbe l'autonomia tariffale e la sovranità dei Cantoni nell'approvazione e nella determinazione delle tariffe.

Economiesuisse avanza tre **proposte per una migliore risoluzione dei problemi** in caso di offerta eccedentaria o insufficiente: agevolazioni tariffali per i valori del punto tariffale dipendenti dalle necessità, un sistema di aste per il rilascio di autorizzazioni per l'apertura di nuovi studi medici e l'eliminazione dell'obbligo di contrarre.

### 2.1.6 Partiti politici

(PBD, PPD, PEV, PS, PLR, UDC)

I pareri espressi dai partiti politici sono molto eterogenei. Il partito socialista e i partiti di centro sono sostanzialmente favorevoli alla revisione parziale, mentre i partiti di destra sono contrari.

Dal punto di vista del **PBD** è indispensabile limitare l'accesso al mercato per determinati fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale. Il sistema di gestione strategica proposto va nella giusta direzione. Secondo il PBD occorre tuttavia mantenere la disposizione relativa ai tre anni. Il partito critica il fatto che l'avamprogetto di legge non crei la trasparenza necessaria per le prestazioni nel settore ambulatoriale. Nella gestione strategica delle autorizzazioni non si dovrebbe considerare solo l'offerta del settore ambulatoriale degli studi medici, ma anche quella degli ospedali. I criteri minimi per valutare l'adeguatezza dell'offerta dovrebbero essere definiti a livello di legge come standard nazionali uniformi. Il PBD sostiene la proposta secondo cui spetta ai Cantoni istituire una commissione. Raccomanda inoltre di rinunciare a una definizione unitaria di adeguatezza dell'offerta. Il PBD respingerebbe l'articolo sull'intervento del Consiglio federale per la riduzione delle tariffe.

Il **PPD** è sostanzialmente favorevole allo sforzo realizzato, anche se respinge la forma proposta di revisione parziale della LAMal. Chiede una definizione nazionale e unitaria di offerta eccedentaria e insufficiente e propone di riprendere nella legge la normativa attuale come soluzione permanente.

Il **PEV** sostiene che la proposta sia una soluzione adeguata e che tenga conto del bene dei pazienti e delle realtà economiche. È favorevole a definire in primo luogo i bisogni, e questo prima di analizzare se l'offerta sia eccedentaria o insufficiente. Sostiene che i Cantoni siano nella posizione migliore per analizzare i bisogni, l'offerta esistente e rilevare le lacune. Il Consiglio federale deve definire i criteri per valutare l'adeguatezza dell'offerta in collaborazione con i Cantoni. Dal punto di vista del PEV, si dovrebbe trattare prioritariamente la questione della formazione e della promozione delle cure mediche di base, in particolare quando si determinano i bisogni e si attuano eventuali misure di promozione. Si deve incentivare una presenza rafforzata dei medici di famiglia nelle regioni periferiche con ogni mezzo.

Il **PS** sostiene l'intenzione del Consiglio federale di permettere alle autorità cantonali di gestire strategicamente le autorizzazioni nel settore ambulatoriale. La revisione parziale sembra essere equilibrata. Bisogna tuttavia fare attenzione affinché non attenui le misure adottate per contrastare la penuria di medici e affinché si mantenga un buon livello dell'offerta. L'avamprogetto non sembra conferire grande

flessibilità alle moderne forme di lavoro e di collaborazione, come per esempio gli studi medici collettivi interdisciplinari. Il PS sottolinea l'importanza dell'accesso alle cure mediche di base di qualità per tutti. Il partito indica inoltre la necessità di dati esaustivi e completi per ottenere indicatori chiari e utili per valutare l'adeguatezza dell'offerta. L'istituzione di una commissione è ritenuta giudiziosa. La rappresentanza dei fornitori di prestazioni nelle commissioni non si deve tuttavia limitare ai soli medici, bensì contemplare anche altri professionisti del settore sanitario. Il PS non si oppone sostanzialmente a un intervento del Consiglio federale sulle tariffe (art. 55b), anche se ritiene estremamente importante che con questa pressione sui costi non si creino incentivi con un influsso negativo sulla qualità delle prestazioni. Il partito esorta pertanto il Consiglio federale a svolgere un'analisi minuziosa dell'aumento dei costi prima che siano adottate misure conformemente a questo articolo.

Il **PLR** respinge l'avamprogetto. L'unica soluzione sarebbe una libertà di contrarre equilibrata sia per i medici sia per gli assicuratori. La limitazione delle autorizzazioni in vigore dal 2002 non ha saputo arginare i costi. La normativa proposta non farebbe altro che rafforzare una tendenza negativa (troppi specialisti, troppo pochi medici di base) e aumentare ulteriormente i già oggi numerosi conflitti d'interesse dei Cantoni («ruolo multiplo dei Cantoni»). Inoltre, manca un'analisi esaustiva del problema dell'offerta eccedentaria e insufficiente che potrebbe fungere da base per predisporre una gestione strategica delle autorizzazioni. L'efficacia del blocco delle autorizzazioni praticato sinora non è supportato da prove. Nell'avamprogetto mancherebbero inoltre criteri definiti per valutare l'offerta eccedentaria o insufficiente.

L'**UDC** non può approvare la revisione parziale. Per l'UDC non è moltiplicando i controlli e la gestione strategica che si otterrà il risultato auspicato, ma aumentando la concorrenza e la libertà. In generale serve più scelta e libertà di contrarre. Come il PLR il partito critica l'assenza di una seria analisi del problema, la mancanza di un'analisi degli effetti dell'attuale blocco delle autorizzazioni nonché le definizioni lacunose e vaghe nonché i criteri di valutazione nella presente legge.

### 2.1.7 Altre istituzioni del settore sanitario

(ASE, DLV, physioswiss, SBK/ASI, ChiroSuisse, FSL, SVDE, FSP, pharmaSuisse, Spitex, SVBG, FSO, BFG)

ASE, FSP, SBK/ASI, FSL, SVDE, Spitex, SVBG e FSO **sono sostanzialmente favorevoli all'avamprogetto**. In particolare apprezzano il rafforzamento del ruolo dei Cantoni nella gestione strategica del settore sanitario. **PharmaSuisse e physioswiss respingono l'avamprogetto**, BFG esprime varie critiche.

FSP è contraria ad alcune misure proposte. SVDE, SVBG e FSO vedono alcuni problemi di principio nell'attuazione del disciplinamento previsto (considerazione delle percentuali di lavoro, settori di attività interdisciplinari, considerazione dei collaboratori, ecc.). PharmaSuisse giunge alla conclusione che la LAMal non è adatta per gestire gli obiettivi dell'avamprogetto (offerta generalizzata, sicurezza e qualità, economicità). A physioswiss sembra contraddittoria una revisione della legge che miri a evitare un'offerta eccedentaria e anche molto difficilmente comprensibile, data l'offerta insufficiente che si prospetta nel campo della fisioterapia. Secondo BFG si tratta di una continuazione dell'attuale blocco delle autorizzazioni, addirittura in forma più marcata.

Physioswiss respinge le **misure in caso di offerta eccedentaria** (art. 40a) e negli stessi termini si esprime ASE contro la limitazione delle autorizzazioni. PharmaSuisse propone invece d'introdurre un fondo di compensazione. SBK/ASI respinge il fatto che le misure di sostegno possano essere vincolate a un determinato volume di attività. BFG rifiuta questo articolo poiché di fatto rappresenta una continuazione del blocco delle autorizzazioni. Spitex approva l'articolo.

Physioswiss respinge le **misure in caso di offerta insufficiente** (art. 40b); pharmaSuisse anche in questo caso fa una controproposta e suggerisce d'introdurre un fondo di compensazione. DLV, chiroSuisse e FSL fanno notare l'offerta insufficiente nei loro settori e sono pertanto favorevoli alla possibilità di misure di sostegno. Spitex approva l'articolo. FSP considera decisiva per il buon esito della revisione soprattutto la definizione dei criteri che devono valere per un'offerta adeguata. Secondo BFG, l'attuale mandato dei Cantoni rende superflua qualsiasi regolamentazione a livello federale.

Physioswiss chiede di stralciare senza sostituzione l'articolo sull'**attuazione delle misure** (art. 40c). SVDE, SVBG e FSO si aspettano che i **criteri** della Confederazione siano incentrati sulla qualità dell'offerta e sull'accessibilità per l'intera popolazione. Anche SBK/ASI esprime un parere favorevole. Spitex vorrebbe che il Consiglio federale fissasse criteri nazionali. Secondo FSL, nell'avamprogetto manca la definizione di criteri minimi. Anche BFG dubita che si possa attuare l'annunciata concretizzazione dell'«offerta adeguata».

DLV e Spitex sono favorevoli a considerare l'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale.

DLV, SBK/ASI, SVDE, SVBG e FSO sostengono il **coordinamento dei Cantoni** per valutare l'adeguatezza dell'offerta. Altrettanto auspica pharmaSuisse, anche se i Cantoni non possono essere costretti a un tale passo senza una modifica della Costituzione. Secondo BFG è praticamente impossibile un'armonizzazione regionale se ciascun Cantone deve pianificare autonomamente su questa base non chiara.

SVDE, SVBG e FSO sono favorevoli all'istituzione di una **commissione**. SBK/ASI propone ampie competenze decisionali per questa commissione e DLV chiede che la commissione sia istituita rapidamente e senza complicazioni burocratiche. Secondo BFG neppure la commissione disporrebbe di criteri di pianificazione chiari.

ASE, SVDE, SVBG e FSO non sono disposti a rilevare e a fornire **gratuitamente dati uniformi**. Si aspettano che la Confederazione conferisca un mandato all'Ufficio federale di statistica per un sostanziale miglioramento dei dati. Anche DLV chiede che i costi per i rilevamenti e le valutazioni speciali siano sostenuti dai Cantoni. Anche SBK/ASI e FSP ritengono che i cantoni non possano chiedere gratuitamente i dati per valutare l'adeguatezza dell'offerta. Per FSP è essenziale che la Confederazione formuli indicazioni chiare in merito a tipologia, volume e qualità dei dati.

Tutte le istituzioni respingono la possibilità, per il Consiglio federale, di **ridurre le tariffe** in caso di un'evoluzione dei costi superiore alla media; alcuni chiedono esplicitamente di stralciare l'articolo (DLV, SBK/ASI, SVDE, SVBG, FSO). SVDE, SVBG, FSO e ASE indicano che nel loro settore la tariffa ambulatoriale già oggi non copre i costi e respingono pertanto qualsiasi forma di riduzione del valore del punto tariffale. A tal riguardo pharmaSuisse e physiosuisse sono favorevoli a mantenere il principio dei negoziati tariffali tra fornitori di prestazioni e assicuratori. FSP non ritiene funzionale il collegamento tra indennizzo delle prestazioni e gestione strategica dell'offerta. Secondo BFG con questa disposizione si creerebbe una notevole incertezza del diritto. Si tratterebbe di un'ingerenza nell'autonomia tariffale e negoziale nonché nella competenza cantonale.

### 2.1.8 Altre organizzazioni

(SAB, SGV/USAM, FRC, Vips, DVSP, cP)

La maggioranza delle altre organizzazioni è **favorevole all'avamprogetto** (SGV/USAM, SAB, FRC, DVSP), che secondo loro va nella direzione di un miglioramento della qualità dell'offerta di prestazioni di cura.

**SGV/USAM** approva il fatto che la legge non sancisca in modo unificato l'adeguatezza dell'offerta, ma che i Cantoni possano definirla in base alle peculiarità regionali. Secondo SGV/USAM e SAB nella commissione devono essere rappresentati anche i Comuni o le regioni.

Dal punto di vista di **SAB**, le proposte dell'UFSP contenute nella revisione della LAMal per una migliore gestione strategica del settore ambulatoriale vanno esattamente nella direzione auspicata dall'organizzazione (rafforzamento delle cure mediche di base) che pertanto le sostiene integralmente.

Per **DVSP** è importante che tutte le misure per la gestione strategica delle cure mediche ambulatoriali si orientino necessariamente a criteri di qualità. Inoltre, le cure mediche ambulatoriali devono essere coordinate con quelle stazionarie e semistazionarie, verificate periodicamente, adeguate ai progressi medici ed essere collegate a offerte con una dimensione orientata al futuro.

Per **FRC** è nell'interesse dei pazienti, e soprattutto importante per i consumatori, sostenere diverse misure atte a promuovere l'insediamento di medici in regioni periferiche con un'offerta insufficiente. L'associazione è favorevole a rappresentare gli assicurati nelle commissioni previste.

**Centre Patronal** respinge integralmente l'avamprogetto di legge e considera prematuro pianificare l'intero settore ambulatoriale prima di aver valutato la normativa attualmente in vigore e finché non saranno disponibili dati completi. Secondo l'organizzazione, l'assenza di una definizione di offerta eccedentaria lascia spazio a una regolamentazione arbitraria. Occorre mantenere la disposizione secondo cui l'autorizzazione di professionisti che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto non è subordinata all'esistenza di un bisogno.

Dal punto di vista di **Vips** non sussiste alcun motivo per intervenire in un sistema sostanzialmente ben funzionante con una gestione strategica delle autorizzazioni statale e vincolata alla clausola del bisogno. L'associazione teme che la gestione prevista abbia ripercussioni negative sull'assistenza dei pazienti. Per risolvere eventuali problemi, preferirebbe introdurre incentivi tariffali con i quali poter creare i presupposti per una struttura assistenziale sicura ed economicamente sostenibile.

## 2.2 Pareri generali

<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. Grundsätzliche Haltung zum Zulassungsstopp</p> <p>Der Kanton Zürich stand dem Steuerungsinstrument des Zulassungsstopps seit jeher kritisch gegenüber und verzichtete anlässlich der letzten Revision 2013 schliesslich ganz auf die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung. Wir sind der Auffassung, dass es sich dabei um ein untaugliches Mittel zur Steuerung des ambulanten Bereichs handelt, und bis heute wurde denn auch der Beweis nicht erbracht, dass sich der Zulassungsstopp im Bereich der ambulanten Versorgung in irgend einer Weise dämpfend auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ausgewirkt hat. Im erläuternden Bericht wird eingeräumt, dass die mehr fache Verlängerung des Zulassungsstopps einerseits eine Verlegenheitslösung war, weil andere Vorlagen scheiterten, und damit andererseits unerwünschte Wirkungen für das System in Form einer Verunsicherung der Akteure und einer Verfälschung ihres Verhaltens verbunden waren (vgl. S. 2). Inwiefern die ähnlich ausgestaltete neue Regelung nun plötzlich zu einer langfristig zufriedenstellenden Lösung führen sollte, ist nicht nachvollziehbar. Wir lehnen deshalb die vorgeschlagene Teilrevision des KVG vollumfänglich ab.</p> <p>2. Veränderte Ausgangslage</p> <p>Hintergrund des im Jahre 2002 erstmals eingeführten Zulassungsstopps war die Angst vor einer Ärzteschwemme aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU. Heute ist die Ausgangslage nicht mehr mit der damaligen vergleichbar und angesichts der bereits bestehenden Personalknappheit (vor allem Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Fachkräften aus dem Pflegebereich) und der drohenden Verschärfung derselben in den kommenden Jahren (unter anderem auch als Folge der Annahme der Volksinitiative gegen die Masseneinwanderung) wirkt die Vorlage geradezu anachronistisch. Eine Einschränkung der Berufszulassungen für einzelne Berufsgruppen birgt zudem die Gefahr einer Abwertung der betroffenen Berufe in der öffentlichen Wahrnehmung und der Verunsicherung potenzieller Nachwuchskräfte, was zu weniger Absolventinnen und Absolventen in diesen Bereichen führen und die bereits bestehende angespannte Personalsituation zusätzlich erschweren könnte.</p> <p>3. Vergleich der Kostenentwicklung im Kanton Zürich mit der übrigen Schweiz</p> <p>Gemäss erläuterndem Bericht erfordern die zunehmende Komplexität und die gegenläufigen Interessen vermehrte Steuerung und Transparenz des Systems. Diese Schlussfolgerung ist nicht zwingend. Entgegen den Darstellungen im erläuternden Bericht, wonach ohne Regulierung des ambulanten Bereichs auch das Angebot und mit ihm die Menge an erbrachten Leistungen zunehme und damit auch die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstiegen (vgl. S. 3), bestätigt die neuste Prognose zur Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen ein unterdurchschnittliches Kostenwachstum jedenfalls im bevölkerungsreichsten Kanton, dem Kanton Zürich. Für ihn belegen die neuesten Zahlen aus dem Monitoring des BAG für die letzten Monate sogar rückläufige Ausgaben der Krankenversicherer. Damit ist der Beweis erbracht, dass trotz seines Verzichts auf eine Regulierung im Kanton Zürich die Entwicklung im ambulanten Bereich deutlich besser ausfällt als in der Gesamtschweiz. Während die Kosten für die gesamte Schweizer Bevölkerung um 2% stiegen, blieben die Kosten pro versicherte Person im Kanton Zürich im Vergleich zum Vorjahr konstant.</p> <p>4. Unvereinbarkeit mit den Grundsätzen des KVG und alternative Lösungsansätze</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>
<p>Die anvisierte Neuregelung widerspricht diametral dem mit der KVG-Revision von 2007 eingeführten Ansatz für vermehrten Wettbewerb unter den Leistungserbringern und leistungsgerechte Abgeltungssysteme. Der Ansatz steht in Übereinstimmung mit der Grundrechtssystematik der Bundesverfassung und ihrer Gewährleistung grösstmöglicher Wirtschaftsfreiheit. Diese Werthaltung hat der Staat auch im ambulanten Bereich zu respektieren. Der bisherige Ansatz eines möglichst marktkonformen Systems ist deshalb konsequent weiterzuverfolgen. Vor der Einführung neuer Instrumente sollten bereits bestehende Steuerungsmechanismen zur Kosteneindämmung konsequent ausgeschöpft werden. Dazu gehören beispielsweise Massnahmen wie die zwischen den Tarifpartnern santésuisse und den Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) gestützt auf das KVG geschlossene Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) oder Korrekturen in den ambulanten Tarifstrukturen bis hin zu Senkungen der Taxpunktwerte oder Taxpunktwertdifferenzierungen. Bereits bewährte alternative Vergütungsformen (wie für psychiatrische Tageskliniken oder ambulante kardiale Rehabilitation) und neue Vergütungsformen (wie etwa für übergreifende Finanzierungsformen für eine ausreichende Finanzierung von integrierten Versorgungsmodellen) sind zu fördern bzw. zu prüfen. Auf diesem Weg kann einem Überangebot im ambulanten Bereich marktkonform, ohne Gesetzesänderung und unter möglichst weit reichender Wahrung der Wirtschaftsfreiheit begegnet werden. Dieser Auffassung stehen die Ausführungen im erläuternden Bericht entgegen, wonach eine Differenzierung der Tarife kaum geeignet sei, ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot zu schaffen. Dies gilt insbesondere, weil es schwierig sei, den «richtigen» Preis für eine Leistung in einer bestimmten Region festzulegen, der überdies – gestützt auf die Entwicklung der Versorgung – regelmässig neu beurteilt werden müsse (vgl. S. 5 f.). Diese Behauptung führt zur Frage, wieso die Festlegung des «richtigen» Preises schwieriger sein sollte als die Festlegung der «angemessenen» Versorgung, die aufgrund der medizinischen Entwicklungen ebenfalls einer regelmässigen Neubeurteilung unterzogen werden müsste (vgl. dazu die weiteren Ausführungen zu Art. 40a/40b/40c unter Ziff. B). Gegen Tariffdifferenzierungen wird sodann die Verunsicherung der Leistungserbringer ins Feld geführt, die aber, wie die Vergangenheit gezeigt hat, noch viel mehr durch eine Steuerung über bedarfsabhängige Zulassungen herbeigeführt wird.</p> <p>5. Ambulant vor stationär</p> <p>Politisch wie medizinisch ist es erklärtes Ziel, bisher stationär erbrachte Leistungen neu soweit möglich ambulant zu erbringen («ambulant vor stationär»). Auch die medizintechnische Entwicklung wird die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen weiter vorantreiben. Dies löst zwar allenfalls einen höheren Bedarf an ambulanten Leistungserbringerinnen und -erbringern aus. Eine Übernahme staatlicher Planungsinstrumente im ambulanten Bereich ist deshalb nicht erforderlich. Auch für ein allfälliges Mehr an Leistungserbringern und Leistungen sind die heute im ambulanten Bereich zur Verfügung stehenden Steuerungsmechanismen sinnvoll und ausreichend. Dem befürchteten Kostenwachstum im ambulanten Bereich steht zudem eine kostendämpfende Wirkung auf den stationären Bereich gegenüber.</p> <p>6. Vollzug durch die Kantone und finanzielle Auswirkungen auf die Kantone</p> <p>Die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen richtet sich – wie vom KVG gewollt – nicht nach den Kantonsgrenzen (vgl. Art. 41 Abs. 1 KVG, freie Arztwahl). Es wäre deshalb illusorisch, einer Über- bzw. Unterversorgung im ambulanten Bereich über kantonale Planungen begegnen zu wollen. Auch wenn Art. 40 Abs. 3 der Vorlage die Koordination der Kantone unter sich und die Berücksichtigung der Versorgung in den Nachbarkantonen voraussetzt und damit die Versorgung aus einer regionalen Perspektive zur Zielsetzung hat, dürfte die Umsetzung innert nützlicher Frist und mit angemessenem Aufwand schwer zu erreichen sein. Materiell wären die meisten Kantone mit der Aufgabe einer umfassenden ambulanten Planung überfordert. Viele Kantone sind es be-</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>reits heute mit der stationären Planung. Die Datenmenge im ambulanten Bereich beträgt ein Mehrfaches der stationären Daten. Die Erhebung der Daten wäre mit sehr hohem Aufwand verbunden und würde zusätzliche personelle Mittel in erheblichem Umfang erfordern, was mit entsprechenden Folgekosten verbunden wäre. Die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone dürfen ganz allgemein nicht unterschätzt werden. Wenn im erläuternden Bericht ausgeführt wird, die neuen Bestimmungen würden sich insgesamt positiv auf die Kosten zulasten der OKP und damit auf die Prämien der Versicherten auswirken und zu Minderkosten im Bereich der Prämienverbilligung zugunsten des Bundes und der Kantone führen (vgl. S. 18 f.), so wird diese Annahme bereits durch die seit dem Inkrafttreten des KVG gemachten bisherigen Erfahrungen wie auch die vorstehend ausgeführten Überlegungen widerlegt. Zudem bleiben bei dieser Annahme nicht nur Mehrausgaben aufgrund von Unterstützungsmassnahmen nach Art. 40b, sondern auch ein riesiger, kostenintensiver Planungsaufwand unberücksichtigt. Ausgeklammert wird dabei auch eine mögliche Verschiebung von ambulanten Leistungen (zurück) in den stationären Bereich, was aufgrund der Verpflichtungen der Kantone zur Mitfinanzierung in diesem Bereich die Staatshaushalte wiederum belasten würde. (...)</p> <p>Wir lehnen die vorgeschlagene Teilrevision des KVG klar ab. Gerade vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Ärztemangels setzt die geplante Steuerung des ambulanten Bereichs falsche Signale. Überversorgungstendenzen in einzelnen Bereichen ist mit Tarifsenkungen zu begegnen. Dazu braucht es keine Gesetzesänderung, sondern es sind soweit erforderlich auf bestehender Rechtsgrundlage die Tarifstrukturen zu korrigieren und die Taxpunktwerte zu senken bzw. zu differenzieren. Eine kostensenkende Wirkung hat bereits der bisherige Zulassungsstopp nicht bewirken können. Demgegenüber steht fest, dass die Vorlage (soweit überhaupt technisch umsetzbar) bei den Kantonen zu sehr hohem Vollzugsaufwand führen würde. An der kritischen Haltung gegenüber Zulassungsregulierungen ändert auch die vorgeschlagene Freiwilligkeit bei der Einführung nichts. Kantone, die den neuen Zulassungsstopp nicht umsetzten, würden in einen ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, weshalb auch sie mit grossem Aufwand Daten sammeln, aufbereiten und auswerten müssten. Wir lehnen auch die Steuerung des ambulanten Bereichs in den Spitälern klar ab, zumal es in den Spitälern kaum Ärztinnen und Ärzte geben dürfte, die ausschliesslich im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Subsidiäre Kompetenzen des Bundesrates zur Tarifsenkung schliesslich beachten weder die Autonomie der Tarifpartner noch die Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenzen der Kantone, weshalb wir diese ebenfalls ablehnen.</p>	
<p>Die Zulassungen der Leistungserbringer im ambulanten Bereich sind derzeit einer Regulierung unterstellt. Statt einer weiteren befristeten Verlängerung dieser Regulierung will der Bund mit der vorliegenden Revision des KVG eine langfristig zufriedenstellende Lösung schaffen:</p> <p>Die Kantone erhalten die Möglichkeit, den ambulanten Bereich im Falle einer Überversorgung oder einer Unterversorgung zu steuern. Zudem sollen die Kantone die Tätigkeit der Spitälern im ambulanten Bereich regeln. Daneben soll der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz erhalten, in die Tarife einzugreifen, wenn ein Kanton keine Vorkehrungen getroffen hat und das dortige Kostenwachstum Ober dem gesamtschweizerischen Kostenwachstum liegt. Der Regierungsrat stimmt der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die freiwillige Intervention der Kantone bei bestehender Unter- oder Überversorgung im ambulanten Bereich grundsätzlich zu, unter Vorbehalt der Berücksichtigung der nachfolgenden Anträge, welche auch vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in seiner Stellungnahme vom 3. September 2014 gestellt werden. Die Regelungen betreffend Interventionsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Tarife lehnt der Regierungsrat ab.</p>	BE
<p>Wir begrüssen es, dass eine definitive gesetzliche Grundlage für die Steuerung des ambulanten Versorgungsangebotes geschaffen werden soll. Auch in Zukunft ist zu erwarten, dass die Verteilung von Ärztinnen und Ärzten bezüglich Fachgebiet und Region ungleich sein wird. Es ist deshalb wichtig, dass den Kantonen ein Instrument gegeben wird, um dem entgegenzuwirken.</p>	LU

<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 es ausdrücklich, dass die Interventionsmöglichkeiten der Kantone bei den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten als „Kann-Vorschriften“ formuliert sind. Es muss den Kantonen überlassen werden, entsprechende Massnahmen zu ergreifen oder nicht. Die Verhältnisse sind in jedem Kanton unterschiedlich, und diesem Umstand soll Rechnung getragen werden.</p>	
<p>Der Regierungsrat des Kantons Uri begrüsst, dass der Bundesrat die Steuerung des ambulanten Bereichs des KVG im Gesetz regeln will. Erwähnenswert ist, dass die Kantone auch in Zukunft entscheiden können, ob sie aufgrund von Qualitätskriterien den ambulanten Bereich regulieren wollen oder nicht. Jedoch ist für den Regierungsrat nicht nachvollziehbar, warum er den spitalambulanten Bereich regulieren muss. Auch ein subsidiäres Eingreifen durch den Bundesrat bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung lehnt der Regierungsrat entschieden ab.</p>	UR
<p>Der Regierungsrat des Kantons Schwyz unterstützt die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur erweiterten Steuerung des ambulanten Bereichs im Sinne der vorgeschlagenen Vorlage nur, wenn die nachfolgend aufgezeigten Mängel behoben werden. Er begrüsst, dass künftig auch Massnahmen der Kantone bei Unterversorgung möglich sein sollen. Gleichzeitig hält er aber fest, dass dadurch nicht eine schleichende Abkehr von der im Grundsatz monistischen Finanzierung des ambulanten Bereichs einhergehen darf. Eine finanzielle Unterstützung ambulanter Leistungserbringer durch die öffentliche Hand soll auch künftig nur in Einzelfällen, beispielsweise zur Sicherstellung der Versorgung von Randregionen, erforderlich sein. Zur notwendigen generellen Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung sind Massnahmen im Bereich der Aus- und Weiterbildung (z.B. Hausarztmedizin) und der Tarifgestaltung (Tarmedstruktur) zwingend erforderlich. Die vorliegende Revision des KVG darf nicht dazu beitragen, dass diese Massnahmen unter Federführung des Bundes an Priorität einbüßen.</p> <p>Den vorgeschlagenen Ergänzungen des KVG kann der Regierungsrat nur teilweise zustimmen.</p>	SZ
<p>Der Regierungsrat begrüsst die Absicht des Bundesrats, eine gesetzliche Grundlage für die freiwillige Intervention der Kantone bei bestehender Unter- oder Überversorgung im ambulanten Bereich zu schaffen. Gestützt auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) nehmen wir zur Vorlage wie folgt Stellung: Der Vorstand und die Plenarversammlung der GDK haben sich in den bisherigen Diskussionen zu einer Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots immer dafür ausgesprochen, dass zukünftige Interventionsmöglichkeiten der Kantone in jedem Fall als „Kann-Formulierung“ gesetzlich verankert werden sollen und es den Kantonen jederzeit freistehen muss, entsprechende Massnahmen zu ergreifen oder nicht. Es ist Sache der Kantone, im Rahmen der föderalistischen Prinzipien eigenständig und in ihrer grundsätzlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu entscheiden, inwieweit sie steuernd auf das ambulante Angebot Einfluss nehmen wollen oder nicht. Zwingende Gründe für eine entsprechend gleichartige Praxis aller Kantone bestehen in diesem Zusammenhang nicht. Die in der Vorlage vorgeschlagenen Massnahmen im Rahmen der Zulassung von Leistungserbringern unterstützen wir unter der Bedingung der erwähnten Freiwilligkeit für die Kantone, die Massnahmen in der Praxis auch tatsächlich anzuwenden oder nicht. Für die Massnahmen unter dem Gliederungstitel „1a, Massnahmen bei Über- und Unterversorgung im ambulanten Bereich“ ist dies gewährleistet.</p>	OW
<p>Wir schliessen uns der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 3. September 2014 an.</p>	GL
<p>Da die politischen Voraussetzungen für eine marktkonforme Losung - sprich Vertragsfreiheit - derzeit nicht gegeben sind, kann akzeptiert werden, dass die Kantone bei bestehender Über oder Unterversorgung im ambulanten Bereich Massnahmen treffen können. Das Grundproblem der Ungleichbehandlung und des Eingriffes in die Wirtschaftsfreiheit bleibt allerdings wie bei dem geltenden Zulassungsstopp bestehen. Entscheidend und in jedem Fall positiv zu werten ist, dass mit der vorgeschlagenen Regelung</p>	ZG

<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 Autonomie der Kantone im Sinne des Föderalismus und des Subsidiaritätsprinzips gewahrt bleibt.</p>	
<p>Nous saluons l'orientation générale du projet et nous vous remercions pour son élaboration. Concernant les questions spécifiques, nous partageons les remarques émises par la CDS dans sa prise de position du 3 septembre 2014 et vous invitons à reprendre les modifications proposées.</p>	FR
<p>Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Einflussnahme von Bund und Kantonen auf das ambulante Versorgungsangebot soll auch die noch bis Mitte 2016 geltende Zulassungsbeschränkung durch eine definitive Regelung abgelöst werden. Es ist Sache der Kantone in ihrer grundsätzlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu entscheiden, inwieweit steuernd auf das ambulante Angebot Einfluss genommen werden soll oder nicht. Dementsprechend sind auch die zukünftigen Interventionsmöglichkeiten der Kantone ausschliesslich als „Kann-Formulierung“ gesetzlich zu verankern. Jeglichen Zwang der Kantone zur Intervention und des damit einhergehenden administrativen Aufwandes lehnen wir ab.</p>	SO
<p>Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt stimmt der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs unter Vorbehalt der unter Ziffer 2 aufgeführten Punkte und Anliegen grundsätzlich zu. Insbesondere begrüsst der Kanton Basel-Stadt, dass mit der vorliegenden Teilrevision des KVG anstelle einer allfälligen weiteren Verlängerung der Zulassungseinschränkung für Leistungserbringer eine definitive, nachhaltige Lösung für eine differenzierte Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots geschaffen wird. Die für die Kantone vorgesehenen fakultativen Interventionsmöglichkeiten sind wichtig, da davon auszugehen ist, dass auch in Zukunft insbesondere für den Kanton Basel-Stadt als Grenzkanton - regulierende Massnahmen zur Vermeidung einer Über- oder Unterversorgung in der ambulanten Gesundheitsversorgung notwendig sein werden. Zudem wird mittels freiwillig zu treffender Interventionsmassnahmen den Unterschieden bezüglich der ambulanten Versorgungssituation in den einzelnen Kantonen sowie dem föderalistischen Prinzip Rechnung getragen. Wir halten bei dieser Gelegenheit jedoch fest, dass neben den vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten weitere Massnahmen zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und finanzierbaren Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung erforderlich sein werden. Mit Blick auf die Findung tragfähiger Lösungen sollten die erforderlichen Massnahmen wie bisher unter Einbezug der verschiedenen Akteure entwickelt werden. Ferner weisen wir darauf hin, dass die Vorlage keine Übergangsregelung für die Zeit nach dem Auslaufen der geltenden, bis Ende Juni 2016 befristeten Zulassungsregelung vorsieht. Sie äussert sich nicht zur Frage, ob die Kantone, wenn die kantonalen Beschränkungen sowie die bundesrätlichen Höchstzahlen für jeden Kanton wegfallen und die neue Bedarfsplanung der Kantone aber noch nicht vorliegt, allenfalls die geltenden Beschränkungen befristet für weiter anwendbar erklären können. Sollte dieser Fall eintreten, muss wiederum von einer zeitlichen Lücke in der Steuerung des ambulanten Bereichs ausgegangen werden, die ein weiteres Mal zu einer unkontrollierten Zunahme der Praxisbewilligungen führen könnte.</p>	BS
<p>Im Grundsatz begrüssen wir die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die freiwillige Intervention der Kantone bei bestehender Unter- oder Überversorgung im ambulanten Bereich. Zur Begründung sowie zu weitergehenden Ausführungen verweisen wir auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 3. September 2014, der wir uns vollumfänglich anschliessen.</p>	SH
<p>Verschiedene Kantone haben in den letzten Jahren die gesetzlich zur Verfügung stehenden Instrumente zur Steuerung der ambulanten Versorgung in unterschiedlicher Ausprägung zur Anwendung gebracht und nach eigenen Aussagen damit auch eine Wirkung in gewünschter Richtung erzielen können. Dies sind insbesondere grenznahe Kantone, welche ohne entsprechende Massnahmen einen grossen Zuwachs an Leistungserbringern aus dem angrenzenden Ausland beobachten. Es ist auch in Zukunft zu erwarten, dass die heutige, zuweilen sowohl aus der Perspektive einer Über- oder auch einer Unterversorgung problematische Ungleichverteilung des ambulanten Angebots</p>	AR

<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>bezüglich Fachgebiet und Region auch zukünftig bestehen wird und verschiedene Kantone diesbezüglich einen Handlungsbedarf feststellen werden.</p> <p>Für den Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden ist es wichtig, dass zukünftige Interventionsmöglichkeiten der Kantone in jedem Fall als „Kann-Formulierung“ gesetzlich verankert werden sollen und es den Kantonen jederzeit freistehen muss, entsprechende Massnahmen zu ergreifen oder nicht. Es ist eine kantonale Aufgabe, im Rahmen der föderalistischen Prinzipien eigenständig und in ihrer grundsätzlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu entscheiden. Appenzell Ausserrhoden hat darauf verzichtet auf das ambulante Angebot mittels Zulassungsbeschränkungen Einfluss zu nehmen. Dagegen hat der Kanton mit mehreren Massnahmen die Rahmenbedingungen für Grundversorgerinnen und Grundversorger verbessert. Es ist nicht notwendig, dass alle Kantone gleich handeln müssen, zumal die Ausgangslage in den Kantonen auch unterschiedlich ist.</p> <p>Der Regierungsrat stellt fest, dass für die Massnahmen unter dem Gliederungstitel „1a, Massnahmen bei Über- und Unterversorgung im ambulanten Bereich“ die Wahlfreiheit gewährleistet ist. (...)</p> <p>Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden stimmt der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die freiwillige Intervention der Kantone bei bestehender Unter- oder Überversorgung im ambulanten Bereich unter Vorbehalt der Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen zu. Die Regelungen betreffend Interventionsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Tarife lehnt der Regierungsrat strikt ab.</p>	
<p>Die Standeskommission hat die Vorlage geprüft. Sie befürwortet grundsätzlich Interventionsmöglichkeiten der Kantone zur Steuerung der ambulanten Versorgung. Zukünftige Interventionsmöglichkeiten der Kantone sollten aber auf jeden Fall als „Kann-Formulierungen“ gesetzlich verankert werden, damit es den Kantonen freisteht, entsprechende Massnahmen zu ergreifen oder nicht. Es ist Sache der Kantone, im Rahmen der föderalistischen Prinzipien eigenständig und in ihrer grundsätzlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu entscheiden, inwieweit sie steuernd auf das ambulante Angebot Einfluss nehmen wollen.</p>	AI
<p>Wir begrüssen, dass mit der vorgeschlagenen Änderung die Kantone die Kompetenz erhalten, ihren Bedürfnissen entsprechend gezielt eine Über- oder Unterversorgung im ambulanten Gesundheitswesen zu vermeiden. Mit dem vorgeschlagenen Weg wird ein problembezogenes Eingreifen ermöglicht und eine Überregulierung in Fällen verhindert, in denen die Umstände kein Eingreifen erfordern.</p>	SG
<p>Mit der vorliegenden Vorlage soll eine gesetzliche Grundlage für die Einflussnahme von Bund und Kantonen auf die Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebotes geschaffen werden. Damit sollen auch die per 1. Juli 2013 wiedereingeführten, bis Mitte 2016 befristet geltenden Bestimmungen zur Zulassungsbeschränkung durch eine definitive gesetzliche Regelung abgelöst werden.</p> <p>Die Regierung des Kantons Graubünden hat sich in den bisherigen Diskussionen zu einer Steuerung des ambulanten Versorgungsangebotes immer dafür ausgesprochen, dass allfällige Interventionsmöglichkeiten der Kantone in jedem Fall als „Kann-Formulierung“ gesetzlich verankert werden und es den Kantonen jederzeit freistehen muss, entsprechende Massnahmen zu ergreifen oder nicht. Es ist Sache der Kantone, im Rahmen der föderalistischen Prinzipien eigenständig und in ihrer grundsätzlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu entscheiden, inwieweit sie steuernd auf das ambulante Angebot Einfluss nehmen wollen oder nicht. Wir unterstützen die in der Vorlage vorgeschlagenen Massnahmen bei Überversorgung von der Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern entsprechend nur unter der Bedingung, dass die Kantone frei sind, die Massnahmen in der Praxis auch tatsächlich anzuwenden oder nicht. (...)</p> <p>Obwohl nicht Gegenstand des Revisionsentwurfs, möchten wir gleichwohl darauf hinweisen, dass die wichtigste Massnahme gegen die ärztliche Unterversorgung die Erhöhung der Ausbildungszahlen an den Universitäten darstellt und dass sich der Bund diesbezüglich verstärkt finanziell engagieren sollte.</p>	GR

<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>Der zurzeit geltende und von den Kantonen teilweise umgesetzte Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte, die in Praxen, Einrichtungen oder im ambulanten Bereich von Spitälern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, läuft am 30. Juni 2016 aus. Mit der vorliegenden KVG Teilrevision soll eine Anschlusslösung in Kraft gesetzt werden, die sich auf sämtliche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezieht. Bezweckt werden eine Dämpfung des Kostenanstiegs, aber auch eine Optimierung der Versorgung im ambulanten Bereich. Insbesondere sollen neue Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung im (spital-)ambulanten Bereich, mit denen die Kantone auf eine Über- oder Unterversorgung reagieren können, geschaffen werden. Die Kantone erhalten die Möglichkeit zur Steuerung der ambulanten Versorgung, sind jedoch nicht dazu verpflichtet. Der spitalambulante Bereich jedoch muss von den Kantonen gemäss Vernehmlassungsvorlage zwingend in den Leistungsaufträgen geregelt werden. (...)</p> <p>Ob mit den geplanten Massnahmen das Ziel der Reduktion des Kostenanstiegs erreicht werden kann, ist nicht erwiesen. Die langjährige Erfahrung mit dem Instrument des Zulassungsstopps hat gezeigt, dass die Kosten im ambulanten Bereich weiterhin stark steigen. Ausserdem werden an die künftigen Ärztinnen und Ärzte widersprüchliche Signale ausgesendet. Einerseits wird zu Recht und zunehmend darauf hingewiesen, dass sich der Grundversorgermangel drastisch verschärfen wird. Aus diesem Grund werden auch die Ausbildungskapazitäten für Ärztinnen und Ärzte deutlich erhöht. Andererseits lässt die vorgesehene Teilrevision darauf schliessen, dass zu viele Ärztinnen und Ärzte zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind und daher die Zulassungen beschränkt werden sollen. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass sich der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in einigen Jahren nicht nur in der Grundversorgung, sondern auch in anderen Fachgebieten bemerkbar machen wird. Die Umsetzung der geplanten Teilrevision durch die Kantone ist in gewissen Bereichen praktisch unmöglich und generell mit einem immensen administrativen Aufwand verbunden, der bei den Kantonen deutliche Mehraufwendungen nach sich ziehen und insbesondere zu einem Mehrbedarf an personellen Ressourcen führen wird. (...)</p> <p>Im Sinne einer Gesamtbeurteilung wird die geplante Teilrevision des KVG aus den genannten Gründen grundsätzlich abgelehnt. Dem generellen Ziel der Vorlage, den Kostenanstieg im ambulanten Bereich zu bremsen, wird indessen zugestimmt. Im Vordergrund der möglichen Lösungen stehen die Vertragsfreiheit und die Differenzierung der Tarife. Zwar werden gemäss den Ausführungen im erläuternden Bericht diese beiden Varianten nicht weiter verfolgt, jedoch sind sie als zielführend zu betrachten. Entsprechend muss die politische Diskussion nochmals aufgenommen werden. Bei der Vertragsfreiheit können die Leistungserbringer und die Versicherer ihre Vertragspartner frei wählen. Um zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein, müssen die Leistungserbringer mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag abgeschlossen haben. Damit wird der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gefördert. Als Voraussetzung zum Vertragsabschluss können Qualitätskriterien festgelegt werden. Die freie Arztwahl bleibt im Rahmen der von den Versicherern mit den Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge erhalten; der Vollzug ist aus Sicht der Kantone einfach. Als erfolgversprechend ist auch die Differenzierung der Tarife zu betrachten. Im erläuternden Bericht wird festgestellt, dass es schwierig sei, den "richtigen" Preis für eine Leistung in einer bestimmten Region festzulegen. Die Aussage mag zwar zutreffen, noch wesentlich schwieriger ist indessen die Messung einer genügenden Versorgung beziehungsweise einer Unter- oder Überversorgung, die bei einer Steuerung des ambulanten Angebots gemäss der vorgeschlagenen Lösung gewährleistet sein muss. In gar keiner Weise nachvollziehbar und als praxisfremd zu betrachten ist zudem das Argument, die Patientinnen und Patienten einer teureren Region (zum Beispiel einer Landregion) würden sich zur Behandlung in eine günstigere Region (zum Beispiel in eine städtische Region) begeben und der Markt würde somit aus dem Gleichgewicht gebracht. Bekanntlich sind die Patientinnen und Patienten diesbezüglich sehr preisunsensibel. Die Leistungserbringer aber reagieren durchaus auf monetäre Anreize; eine Steuerung des Angebots ist daher gut möglich und umsetzbar. Voraussetzung einer Tariffdifferenzie-</p>	AG

<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>           rung sind allerdings klare und einheitliche, vom Bund vorgegebene Rahmenbedingungen, die einen gesamtschweizerischen einheitlichen Vollzug gewährleisten. Im erläuternden Bericht nicht aufgegriffen werden weitere Möglichkeiten, mit Hilfe derer der Kostenanstieg im ambulanten Bereich gebremst werden könnte. Auch wenn diese als politisch kontrovers zu betrachten sind, erscheint eine eingehendere Prüfung angesichts der Kostenentwicklung dringend notwendig. Zu erwähnen ist etwa die Überprüfung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; eine Einschränkung dürfte mit einem nicht unerheblichen Kosteneinsparungspotenzial verbunden sein. Denkbar ist auch eine Verknüpfung der Leistungspflicht mit der integrierten Versorgung, so dass nur noch Leistungen, die im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle erbracht werden, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssten. Andere Leistungen wären von den Zusatzversicherungen abzudecken. Die Kriterien für die Definition der Modelle integrierter Versorgung müssten vom Bund klar und einfach vollziehbar definiert werden. (...)         </p> <p>           Zusammenfassend muss die Vorlage als in sich widersprüchlich, rechtsstaatlich bedenklich, unfair für die Betroffenen, teilweise nicht vollziehbar, mit hohen kantonalen Vollzugskosten verbunden und nicht zielführend bezeichnet werden. Sie ist in ihrer Gesamtheit zur Überarbeitung im erwähnten Sinn zurückzuweisen.         </p>	
<p>           Richtigerweise sieht der vorliegende Entwurf vor, dass die Präventionsmöglichkeiten der Kantone als „Kann-Formulierung“ verankert werden sollen und es den Kantonen jederzeit freisteht, Massnahmen zu ergreifen oder nicht. (...)         </p> <p>           Wir stimmen der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die freiwillige Intervention der Kantone bei bestehender Unter- oder Überversorgung im ambulanten Bereich unter Vorbehalt der vorstehenden Anträge zu. Die Regelungen betreffen die Interventionsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Tarife lehnen wir strikte ab.         </p>	TG
<p>           La proposta di completare la LAMal con una soluzione definitiva per la gestione strategica del settore ambulatoriale, in sostituzione della moratoria prevista dall'art. 55a LAMal, è senz'altro da salutare favorevolmente per quanto concerne la realtà del nostro Cantone di confine. Al riguardo rileviamo infatti che quando era in vigore la precedente moratoria, nel 2011, le domande di libero esercizio inoltrate da medici ammontavano a 10 in media al mese (i medici di base già non erano più sottoposti a moratoria). Le domande sono poi aumentate a 16.6 nel 2012 e sono infine balzate a 30.8 istanze al mese nei primi sei mesi del 2013. Dopo la reintroduzione della moratoria nel mese di luglio 2013 le nuove domande sono poi ridiscese ad una media mensile di 11.2. Due terzi delle nuove istanze sono state inoltrate da medici provenienti dall'estero.         </p> <p>           A livello di cifre globali nel periodo in cui nessuna moratoria era in atto (dal 1. gennaio 2012 al 5 luglio 2013) il numero dei medici attivi in possesso di un'autorizzazione di libero esercizio è cresciuto in Ticino del 30%! In quei 18 mesi sono ad esempio state inoltrate istanze di libero esercizio per 19 nuovi oftalmologi, una cifra del tutto sproporzionata al fabbisogno del nostro Cantone.         </p> <p>           La scrivente autorità saluta con altrettanto favore la decisione di optare per una soluzione federalista, che, come la moratoria attualmente in vigore, lascia ai Cantoni la libertà di attuare o meno la gestione strategica del settore ambulatoriale.         </p> <p>           Per quanto riguarda il contenuto della proposta va però altrettanto chiaramente evidenziato come il testo di legge elaborato rimanga abbastanza vago riguardo a diversi aspetti. Se ciò può essere comprensibile trattandosi di una legge formale, sorprende tuttavia che anche il rapporto esplicativo (e base del futuro messaggio) non illustra alcuni aspetti più puntuali e concreti che al Consiglio federale dovrebbero pur già essere noti e che dovranno poi essere codificati nell'ordinanza di applicazione. Ad esempio, riguardo alla determinazione della congruità dell'offerta, il rapporto esplicativo si limita a rinviare ai criteri utilizzati nell'ambito della pianificazione ospedaliera, vale a dire in particolare ai dati statistici fondati e ai confronti (art. 58b cpv. 1 OAMal). Ora è ben noto che di dati fondati in ambito ambulatoriale non ne esistono molti (e il progetto di statistica MARS è lungi dall'essere attuato). Parimenti il confronto tra i vari prestatori di servizi (in casu medici) è senz'altro assai più complesso di quanto sia il confronto tra ospedali.         </p>	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>Le maggiori preoccupazioni al riguardo concernono quindi la futura necessità di determinare l'offerta eccedentaria basandosi su dati esaustivi (cfr. p. 7 del rapporto esplicativo) e i relativi criteri che il Consiglio federale dovrà elaborare in virtù dell'articolo 40c capoverso 1. L'esperienza pratica derivante dall'attuazione di dieci anni di moratoria insegna che è assai difficile stabilire in modo oggettivo il fabbisogno di medici sul territorio, pur ricorrendo anche alle società specialistiche. Al riguardo potrebbe essere opportuno incaricare ad esempio l'Obsan di questa valutazione, sviluppando un'impostazione metodologica.</p> <p>Preoccupa pure la tempistica a questo riguardo: per diventare operativa la gestione strategica in questione richiede infatti l'approvazione della modifica LAMal da parte del Parlamento ed eventualmente del popolo, l'elaborazione della relativa ordinanza con alcuni importanti dettagli di attuazione e, almeno per il Cantone Ticino, la successiva elaborazione di una base legale formale a livello cantonale. Tutto ciò deve avvenire obbligatoriamente entro il 5 luglio 2016: in caso contrario si aprirebbe una nuova lacuna con relativa corsa a nuove autorizzazioni assimilabile a quella a cui abbiamo assistito dal 1° gennaio 2012 al 5 luglio 2013. Auspichiamo che questa ipotesi venga scongiurata e confidiamo che se la procedura per l'implementazione del nuovo regime dovesse protrarsi, verrà procrastinata transitoriamente la regolamentazione attuale dell'art. 55a LAMal, che per rapporto alla nostra realtà cantonale risulta di per sé soddisfacente.</p> <p>Riteniamo inoltre inattuabile la proposta di integrare la gestione strategica del settore ambulatoriale negli ospedali nella pianificazione ospedaliera stazionaria con relativi mandati di prestazione. Il parallelismo deve piuttosto sussistere con la gestione del settore ambulatoriale nell'ambulatorio medico. In quest'ottica la gestione strategica del settore ambulatoriale ospedaliero non deve essere imperativa, bensì facoltativa, secondo le esigenze dei Cantoni, così come lo sarà la gestione del settore ambulatoriale nell'ambulatorio medico.</p> <p>Salutiamo per contro favorevolmente l'estensione della gestione strategica a tutte le professioni nel settore ambulatoriale e non più ai soli medici.</p> <p>La scrivente autorità ritiene infine troppo generosa, e poco coerente con l'obiettivo di perseguire una gestione strategica fondata su requisiti di qualità, la soluzione proposta di garantire in toto e senza limitazione di tempo i diritti acquisiti, nel senso che nessun operatore sanitario già autorizzato ad esercitare a carico della LAMal verrà toccato dalla nuova gestione strategica (articolo 40a cpv. 5). A nostro avviso dopo un congruo periodo transitorio di qualche anno anche gli operatori già autorizzati dovrebbero adeguarsi ai criteri di qualità che si applicheranno agli operatori che vorranno entrare quali nuovi fatturanti sul mercato sanitario, pena la revoca del diritto di fatturare.</p> <p>Chiediamo altresì di valutare l'introduzione anche nella LAMal di una norma che sancisca formalmente la possibilità per i Cantoni di prevedere una gestione strategica delle attrezzature medico-tecniche particolarmente costose, attraverso uno specifico regime autorizzativo. Una tale regolamentazione, che pure rappresenta uno strumento di controllo dell'offerta ambulatoriale, è in vigore nel Canton Ticino e in alcuni altri Cantoni e la sua legittimità, pur in assenza di normative federali al riguardo, è stata recentemente sancita anche da una decisione di principio del Tribunale federale (DTF 2C_123/2013).</p>	
<p>Au vu de l'évolution du secteur ambulatoire, des dispositions fédérales pérennes permettant une régulation par les cantons sur le long terme sont indispensables et étaient attendues. Dans ce cadre, le Conseil d'Etat approuve dans son principe la possibilité donnée aux cantons de réguler tout ou partie de l'offre ambulatoire, en limitant, ou soumettant à conditions, l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cela étant, vu les difficultés politiques prévisibles que provoquera ce projet et au vu des critiques mentionnées ci-dessous, le Conseil d'Etat insiste qu'à tout le moins, à l'issue des travaux sur ce dossier, la base légale en vigueur depuis juillet 2013 et permettant aux cantons de pratiquer un moratoire sur l'admission des médecins à pratiquer à charge de la LAMal soit maintenue.</p>	VD

<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>Ce projet soulève toutefois quelques difficultés d'application, eu égard notamment à la fiabilité et la disparité des analyses de l'offre ambulatoire ainsi que des mesures d'application qui nécessitent des collaborations intercantionales. Ces points sont repris ci-après dans les commentaires article par article. Le Conseil d'Etat relève également que les fondements du projet présenté manquent souvent de clarté dans l'établissement des constats et la définition des mesures proposées. Plus précisément, il existe un amalgame entre les notions de « qualité » et de « quantité » qui induisent une certaine confusion dans l'ensemble du projet. Par exemple, on peut lire en page 3 du rapport explicatif que « L'offre est de qualité notamment lorsqu'elle n'est ni excédentaire ni insuffisante ». De quelle « qualité » parle-t-on ? Certainement pas de la qualité des soins, plus vraisemblablement de la qualité de l'organisation du système de santé. De même lorsqu'il est mentionné que les cantons se baseront sur des critères de « qualité » (p. 9 du rapport) pour limiter les admissions à pratiquer, de quoi parle-t-on ? De critères liés à la qualité des compétences des professionnels, de l'organisation du système, la qualité des prestations, etc. Il conviendrait de définir plus clairement la notion de « qualité » afin de garantir une compréhension et une application uniforme par les cantons. En effet, selon ce que recouvre ce terme (qualité de la structure, des processus, des résultats, etc.), on peine à comprendre comment l'objectif visé pourrait être atteint si les médecins déjà installés ne sont pas soumis aux mêmes règles.</p> <p>Pour terminer ces remarques d'ordre général, le Conseil d'Etat relève que le projet présente, pour les cantons qui appliqueront les dispositions proposées, d'importantes charges nouvelles, notamment en termes de ressources supplémentaires. Cet aspect pourrait d'ailleurs dissuader certains cantons de mettre en place une régulation et il serait souhaitable que la Confédération se dote des ressources nécessaires afin de soutenir le plus efficacement possible les cantons dans la mise en oeuvre de la régulation (voir ci-après, en particulier au niveau de la mise en place de critères et la transmission des données nécessaires). (...)</p> <p>Le Conseil d'Etat tient par contre à souligner, à l'instar de la CDS, qu'il est favorable à la compétence subsidiaire que confère l'article 43 alinéa 5bis LAMal au Conseil fédéral en matière d'adaptation des structures tarifaires. Le Conseil d'Etat est en effet d'avis que la pression exercée sur les fournisseurs de prestations dans le cadre de la révision générale du TARMED doit être maintenue, afin qu'une optimisation des structures tarifaires existantes puisse aboutir dans les meilleurs délais.</p> <p>En conclusion, le Conseil d'Etat est favorable à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie relative au pilotage du domaine ambulatoire, sous réserve qu'il soit tenu compte de ses propositions de modifications ; le moratoire doit être maintenu au cas où cette révision ne passe pas. Convaincu de l'importance d'ancrer des bases légales permettant de réguler l'offre en soins ambulatoire, le Conseil d'Etat souhaite d'ailleurs d'ores et déjà préciser que si ce projet devait être refusé, il étudierait toutes les pistes pour mettre en place un pilotage au niveau cantonal.</p>	
<p>Le secteur de la santé est en constante mutation. Ces dernières décennies ont été marquées par un fort développement des nouvelles technologies médicales qui a permis une réduction importante des durées moyennes des séjours hospitaliers ainsi qu'un accroissement considérable des possibilités de prise en charge en milieu ambulatoire. Les traitements ambulatoires sont en pleine croissance, tant au niveau hospitalier que non hospitalier (développement des centres de chirurgie de jour notamment).</p> <p>Parallèlement, l'offre médicale est inégalement répartie, certaines régions étant sur-dotées, alors que d'autres s'acheminent vers une pénurie. Le secteur des soins à domicile gagne aussi en importance avec le vieillissement de notre population et le raccourcissement des durées des séjours hospitaliers. Le nombre d'organisations de soins et d'aide à domicile s'accroît, avec également une répartition inégale entre les régions.</p> <p>Dans ce contexte, il devient de plus en plus difficile pour les cantons d'assurer une offre en soins optimale sur leur territoire avec pour seul instrument la planification du secteur hospitalier stationnaire et des établissements médico-sociaux (EMS). Pour faire face aux besoins grandissants en soins, tout en veillant à la qualité et à l'économicité des</p>	VS

<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>prestations, il est indispensable de mettre en place de nouveaux outils de régulation et de coordination du système sanitaire.</p> <p>Il est nécessaire de pouvoir coordonner l'offre entre les secteurs actuellement soumis à la planification cantonale (séjours hospitaliers, EMS) et les secteurs non planifiés (ambulatoire). Il importe aussi, dans l'intérêt de la santé publique et des acteurs concernés, de veiller à un développement harmonieux des secteurs ambulatoires hospitalier et non hospitalier.</p> <p>Le projet de révision partielle de la LAMal relative au pilotage du domaine ambulatoire va dans ce sens. Le Conseil d'Etat du canton du Valais tient à exprimer dans le cadre de cette consultation un soutien fort à ce projet. Il importe à ce stade initial de pouvoir fédérer les divers acteurs face à la nécessité de gérer au mieux nos ressources sanitaires et d'assurer la couverture en soins pour notre population au vu des défis importants qui nous attendent dans ce domaine.</p> <p>Le gouvernement valaisan souhaite que ce projet puisse être soumis dans les meilleurs délais au parlement fédéral.</p>	
<p>Sur le principe, nous sommes évidemment très favorables d'octroyer des compétences élargies aux cantons en matière de pilotage du domaine ambulatoire. Les cantons planifient déjà aujourd'hui les soins stationnaires pour près de 50 % des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Un élargissement de cette compétence au domaine ambulatoire leur permettrait d'avoir une meilleure maîtrise des coûts globaux de la santé tout en assurant un accès aux soins de base équitable pour l'ensemble de la population.</p> <p>La conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) vous a envoyé une prise de position en date du 3 septembre que nous pouvons globalement soutenir et à laquelle nous vous renvoyons. Nous souhaitons toutefois vous communiquer en plus les réflexions suivantes. (...)</p> <p>Equipements de médecine lourds et de médecine de pointe Pour le surplus, considérant que le contexte s'y prête tout a fait, nous nous permettons de vous suggérer d'introduire dans ce projet de loi une disposition obligeant les cantons à piloter l'offre en équipements de médecine lourds et de médecine de pointe, à l'instar de celles qui existent dans les cantons du Tessin, du Jura, de Fribourg et plus particulièrement celui de Neuchâtel. En effet, nous constatons, comme d'autres cantons, de plus en plus une "course à l'équipement", en particulier en IRM, en scanners, et à une explosion du nombre d'exams et de traitements effectués au moyen de ce type d'équipements, pour une proportion non négligeable, semble-t-il non justifiée médicalement, avec des conséquences dévastatrices en matière de maîtrise des coûts, mais aussi potentiellement, pour certains types d'équipements, notamment ceux utilisant des rayons ionisants, en matière de santé publique. L'équipement en salles d'opérations pourrait aussi être visé. La bien connue émission Kassensturz de la télévision suisse alémanique SFR a très bien thématiqué cette problématique lors d'émissions qui ont eu lieu en novembre 2010 et en mai 2014, dont il est fait état dans les liens Internet ci-après:</p> <p><a href="http://www.srf.ch/konsum/themen/gesundheit/unnoetige-hightech-geraete-kosten-millionen">http://www.srf.ch/konsum/themen/gesundheit/unnoetige-hightech-geraete-kosten-millionen</a></p> <p><a href="http://www.srf.ch/konsum/themen/gesundheit/gewissenlose-radiologen-kassieren-mit-unnoetiger-bestrahlung">http://www.srf.ch/konsum/themen/gesundheit/gewissenlose-radiologen-kassieren-mit-unnoetiger-bestrahlung</a></p> <p>Le canton de Neuchâtel a introduit il y a de cela près de 15 ans déjà dans sa loi de santé (article 83 b, dont vous trouverez le contenu ci-dessous) un régime d'autorisation pour la mise en service d'équipements lourds et de médecine de pointe, qu'il a concrétisé dans un arrêté du Conseil d'Etat. Cet arrêté précise ce qu'il faut entendre par équipements lourds et de médecine de pointe, la liste des équipements concernés soumis autorisation et des critères d'appréciation (besoin de santé public, impératifs de politique sanitaire (nombre et formation du personnel utilisant l'équipement), adéquation entre le besoin de santé publique et les coûts générés). Cet arrêté est joint au présent courrier, de même que la première jurisprudence dont il a été à l'origine. Nous pouvons en outre souligner que la mobilité des patients réduit de manière notable la portée de ladite</p>	NE

<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>clause et ce en engendrant une multiplication des équipements lourds a la frontière du canton de Neuchâtel. Par conséquent et pour éviter ce type de situations, une clause nationale parait devoir s'imposer. Le service de la sante publique du canton de Neuchâtel se tient a disposition si des compléments d'information devaient être souhaités.</p>	
<p>De façon générale, les modifications légales proposées répondent aux souhaits de notre Conseil. Le canton de Genève limite en effet, depuis 2002, l'admission des médecins à pratiquer a la charge de la LAMal. De 2012 à 2013, lors de la levée temporaire de la réglementation limitant ces admissions, nous avons constaté une augmentation massive des installations de médecins spécialistes, facturant à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins, sans rapport avec les besoins réels de la population. Lors de cette période, l'augmentation des coûts par assure, dans la médecine ambulatoire, s'est montée a 4.3% en 2012 et a 8.5% en 2013, alors qu'en période d'application de la législation sur la limitation des admissions, l'augmentation moyenne des coûts précités s'élevait a 2.5% annuellement. Cette révision légale nous parait donc constituer une évolution indispensable de la législation fédérale actuelle. Elle permettra aux cantons qui le souhaitent d'appliquer la limitation a tous les professionnels de la sante du domaine ambulatoire, tout en fixant durablement dans la loi le principe de régulation de ces professions. Il est en effet indispensable d'équilibrer le nombre de fournisseurs de prestations a la charge de la LAMal, afin d'endiguer l'évolution des coûts de la sante. (...)</p> <p>Au-delà de la base légale, il est avant tout nécessaire de poursuivre le dialogue entre les institutions fédérales, cantonales et les fournisseurs de prestations, afin de garantir une couverture appropriée en soins et une répartition adéquate des ressources entre les régions.</p>	GE
<p>Le projet de loi a fait l'objet de nombreux débats au sein de la CDS et de la CLASS qui s'accordent sur l'importance de donner aux cantons la possibilité d'intervenir dans le pilotage des soins ambulatoires.</p> <p>Le Gouvernement se rallie entièrement à la prise de position de la CDS du 3 septembre 2014, qui approuve la création d'une base légale permettant l'intervention volontaire des cantons en cas d'offre insuffisante ou excédentaire dans le domaine ambulatoire. Il est également en accord avec les réserves émises par la CDS au sujet du principe et de la réglementation de la mise en oeuvre.</p>	JU
<p>Der befristete Zulassungsstopp für Spezialärzte läuft am 30. Juni 2016 aus. Anstatt einer befristeten Verlängerung von Art. 55a KVG schlägt der Bundesrat ein differenziertes Steuerungssystem vor. Die dauerhafte Zulassungsbeschränkung umfasst nicht mehr nur Spezialärzte, sondern auch alle anderen im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassenen Berufe. Ziel des Steuerungsinstrumentes ist die optimale Organisation der Versorgung, welche einerseits den Anstieg der Gesundheitskosten eindämmt und andererseits den gewünschten Zugang der Versicherten zu den Leistungen gewährleistet. Die optimale Versorgung ist gemäss Bundesrat erreicht, wenn weder eine Unter- noch Überversorgung besteht. Die zentrale Stellung bei der Steuerung der Grundversorgung liegt beim Kanton. Wird eine Überversorgung festgestellt, haben die Kantone die Möglichkeit, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu regulieren. Falls der Kanton bei Überversorgung, die sich messbar auf die Kosten auswirkt keine Massnahmen trifft, hat der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz in die Taxpunktweite einzugreifen, indem er den entsprechenden Tarif während eines Jahres maximal um 10 Prozent senkt.</p> <p>Die temporäre Aufhebung des Ärztstopps führte zu einer massiven Zunahme der Zulassungen, worauf der befristete Zulassungsstopp für Spezialärzte sofort wieder eingeführt wurde. Da eine durch Überkapazitäten induzierte Nachfrage zu höheren Kosten führt, ist aus Sicht der BDP eine Begrenzung des Marktzugangs für bestimmte Leistungserbringer im ambulanten Bereich unabdingbar.</p> <p>Die Steuerung soll jedoch nicht jegliche Marktkräfte ausschalten, sondern dem Markt transparente und berechenbare Grenzen setzen. Das differenzierte Steuerungssystem,</p>	BDP

<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>wonach die Kantone im Anschluss an die zwingende Konsultation der paritätisch eingesetzten Kommission das bestehende Angebot bei Überversorgung einzuschränken können, zielt aus der Sicht der BDP in die richtige Richtung. Nach Ansicht der BDP soll jedoch die 3-Jahres-Regelung beibehalten werden: Ärztinnen und Ärzte, welche mindestens drei Jahre in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, sollen von der Zulassungssteuerung ausgenommen sein.</p>	
<p>Die Teilrevision schlägt Massnahmen zur Verhinderung von Über- und Unterversorgung im ambulanten Bereich vor. Eine der Massnahmen ist der stärkere Einbezug der Kantone und der betroffenen Kreise in die Entscheidungsprozess, sowie die bessere Kontrolle der Umsetzung der vorgegebenen Qualitätskriterien. Die Kantone sollen damit gegen eine Über- und Unterversorgung im ambulanten Bereich wirken können, so sollen sie die Möglichkeit erhalten eine optimale Gesundheitsversorgung garantieren zu können.</p> <p>Die CVP begrüsst dieses Bestreben grundsätzlich, lehnt jedoch die vorgeschlagene Form der Teilrevision des KVGs ab.</p> <p>Vorgeschlagene Lösung</p> <p>Artikel 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung bietet eine Regulierung der Zulassungen der Leistungserbringer im ambulanten Bereich an. Nach ihre Aufhebung per 1. Januar 2012 kam es zu einer massiven Zunahme von Ärztinnen und Ärzte. Als Lösung wurde die heutige Fassung von Artikel 55a KVG per Juli 2013 in Kraft gesetzt, die eine Ausnahme vorsieht: Die Zulassungsbeschränkung gilt nicht für Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Eine Stabilisierung der erteilten ZSR-Nummern hat sich schon Anfangs 2014 spürbar gemacht.</p> <p>Die CVP hat damals diese KVG-Bestimmung weitgehend mitgeprägt und schlägt vor, die jetzige Regelung als permanente Lösung aufzunehmen.</p>	CVP
<p>Le PEV saisit volontiers l'occasion de participer à la consultation mentionnée dans le titre. Soucieux de la santé de la population en Suisse mais également intéressé à endiguer les coûts du système de santé, le Parti Evangélique voit d'un bon œil ce projet de loi qui vise à lever le blocage des admissions sans pour autant laisser la porte grande ouverte à des abus. Il estime que cette proposition est une solution mesurée qui prend en compte le bien des patients et les réalités économiques. De plus, elle met en avant le principe de subsidiarité et permettra de trouver des solutions adaptées et largement soutenues puisque élaborées avec les différents acteurs du domaine de la santé, dans une collaboration intra- et intercantonale.</p> <p>Remarques complémentaires</p> <p>Le PEV tient à souligner que des efforts particuliers doivent être fournis par tous les acteurs afin de permettre à tous les résidents de pouvoir recourir à une médecine de premiers recours de proximité. C'est pourquoi il relève que la question essentielle de la formation et de la promotion de la médecine de premier recours doit être prioritaire à tous les niveaux, non seulement auprès des jeunes professionnels, mais également lors de la détermination des besoins et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures incitatives. Une présence accrue de médecins de famille dans les régions périphériques permettrait de remplir ce mandat et doit être encouragée par tous les moyens.</p>	PEV
<p>FDP. Die Liberalen lehnt die Vorlage ab. Die FDP hatte sich gegen die Verlängerung des Zulassungsstopps eingesetzt und hatte bereits damals betont, dass die einzige Lösung eine ausgewogene Vertragsfreiheit sowohl für Ärzte als auch für Krankenversicherer sei. Der Vorschlag „mehr Staat“ ist keine Lösung. Die seit 2002 in unterschiedlicher Form geltende Zulassungsbeschränkung hat die Kosten nicht eindämmen können; die</p>	FDP

<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>Zulassungssteuerung vermochte Mengenausweitung nicht zu bremsen. Die Kosten im staatlich gesteuerten <i>spital</i>ambulanten Bereich explodieren – nicht so im ambulanten Bereich. Auch die Zahl der im Spital tätigen Ärzte ist gestiegen. Auf der einen Seite wird von Ärztemangel gesprochen, auf der anderen Seite wird im ambulanten Bereich beschränkt. Die vorgeschlagene Regelung würde negative Trends (zu viele Spezialisten, zu wenige Grundversorger) nur verstärken.</p> <p>Ausbau der problematischen Mehrfachrolle der Kantone</p> <p>Die vorgeschlagene Lösung ist weder innovativ, noch neu. Im Grundsatz wäre es zu begrüßen, wenn der Bund Kompetenzen an die Kantone übertragen will. Hier delegiert aber der Bund eine Aufgabe an die Kantone, um sich davon zu entledigen. Gleichzeitig wird verschwiegen, dass die Kantone im Gesundheitswesen keine neutrale Instanz sind und eigene Interessen vertreten. Die heute bereits zahlreichen Interessenkonflikte („Mehrfachrolle der Kantone“) werden dadurch noch zunehmen. Heute sind die Kantone bereits Gesetzgeber, Spitalplaner und Eigentümer, gleichzeitig Spitalbetreiber und Teilfinanzierer. Ausserdem genehmigen die Kantone Tarife und sind Schlichtungsstelle für Tarifstreitigkeiten. Diese problematische Mehrfachrolle soll entflechtet werden, anstatt zusätzlich auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden.</p> <p>Problemanalyse statt maximale Versorgungsplanung</p> <p>Die Kantone sollten minimale Versorgungsgrössen definieren und diese durchsetzen. Darüber hinaus würde die Aufhebung des Kontrahierungszwanges dafür sorgen, dass der Markt eine optimale Versorgung sicherstellt. Eine solche lässt sich von Staat und Expertenkommissionen nicht eruieren. Im erläuternden Bericht fehlt überhaupt eine ausführliche Problemanalyse zum Thema Über- und Unterversorgung, welche als Grundlage gelten könnte, um eine Zulassungssteuerung einzusetzen. Es fehlt auch der Nachweis, dass der bisherige Zulassungsstopp funktioniert hätte.</p> <p>Etatistischer Ansatz wird nicht hinterfragt</p> <p>Der präsentierte Ansatz ist etatistisch (Steuerung, staatliche Eingriffe in die Tarife, etc.) und vermag die Probleme im Gesundheitswesen nicht zu beheben. Die Notmassnahme aus 2002 wird nicht mehr einfach „nur“ verlängert, sondern sogar zum Normalfall. Die komplette staatliche Planung des ambulanten Sektors ist damit absehbar. In der Vorlage fehlen ausserdem definierte Messkriterien für eine Über- oder Unterversorgung. Die Lockerung oder Aufhebung des Kontrahierungszwanges oder andere Ideen werden im erläuternden Bericht fadenscheinig abgelehnt. Lieber wird die Allmacht des Staates propagiert, die Prämienentwicklung bremsen zu können (mit der grundsätzlich gleichen Regelung, welche seit 2002 die Kostenentwicklung nicht eindämmt).</p>	
<p>Obwohl die SVP Schweiz im Bereich der Überversorgung im Gesundheitswesen ebenfalls Handlungsbedarf sieht, verstärkt aber die vorliegende Gesetzesänderung letztendlich nur die Systemmängel des Krankenversicherungsgesetzes. Denn nicht immer mehr Kontrolle und Steuerung, sondern mehr Wettbewerb und Freiheit würden zum gewünschten Ergebnis führen. Die SVP kann daher dieser planwirtschaftlichen Teilrevision nicht zustimmen.</p> <p>Einmal mehr vergessen die Gesundheitsfunktionäre des BAG, dass man Qualität nicht über den Preis steuern und planwirtschaftlich verordnen kann. Die Steuerung über den Preis führt lediglich zu Qualitätsverlust und die planwirtschaftliche Verordnung zu aufwändiger Bürokratie mit erneuten Kostenfolgen. Weitere Eingriffe in die Tarifautonomie der Partner kann die SVP daher nicht unterstützen.</p> <p>Darüber hinaus bemängeln wir das Fehlen einer seriösen Problemanalyse, das Fehlen einer Wirkungsanalyse des bisherigen Zulassungsstopps und die lückenhaften und schwammigen Definitionen und Messkriterien im vorliegenden Gesetz.</p>	SVP

<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>L'offre de prestations dans le domaine ambulatoire est une problématique qui préoccupe la politique depuis de nombreuses années, sans qu'aucune solution à long terme n'ait été trouvée. Plusieurs tentatives ont été faites au Parlement, récemment encore, pour que l'on laisse le soin au marché de s'autoréguler en levant l'obligation de contracter pour les assureurs. Dans ce contexte, le Parti socialiste suisse (PS) tient à rappeler qu'une telle solution n'entrera pas en ligne de compte et que toute tentative allant dans ce sens sera combattue à tout prix.</p> <p>C'est pourquoi nous saluons la volonté du Conseil fédéral de donner aux autorités cantonales la possibilité de réguler l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine ambulatoire. Le PS juge que ce projet est, en attribuant un rôle subsidiaire à la Confédération, équilibré et tient à faire part au Conseil fédéral de son soutien.</p> <p>En revanche, il est connu que la Suisse fait aujourd'hui face à une pénurie de main-d'œuvre spécialisée dans le domaine de la santé. Aux yeux du PS, il sera important que cette modification de la LAMal n'affaiblisse pas les mesures prises en vue de combler cette lacune et maintienne un bon niveau d'approvisionnement. Cela nous apparaît d'autant plus important dans le contexte d'une population vieillissante qui nécessitera toujours plus de personnel pour répondre à ses besoins.</p> <p>En outre, le projet ne semble pas garantir beaucoup de flexibilité pour permettre des formes de travail et de collaboration modernes. Ainsi, une modification de la loi dans ce sens devrait, par exemple, faciliter l'association de plusieurs médecins de spécialités différentes pour constituer un cabinet de groupe interdisciplinaire. Les autorités lui attribueraient une admission sous la forme d'un taux d'occupation maximal qui pourrait être réparti entre les membres du cabinet. Les médecins y seraient libres de s'organiser comme ils le souhaitent. Cela offrirait également davantage de souplesse pour les personnes désireuses d'adapter leur temps de travail à de nouvelles circonstances de vie particulières – entre autres lorsqu'il s'agit de fonder une famille –, encourageant de cette manière la conciliation entre vie familiale et professionnelle. A l'heure actuelle, plus du tiers de la population active exerce une activité à temps partiel (tendance croissante ces dernières années) ; les conditions-cadres respectant cette liberté et ce choix doivent donc être mises en place.</p> <p>Le PS insiste sur l'importance de l'accès pour tout le monde à des soins de base de qualité. Dans le cas d'une offre insuffisante, il est essentiel que les cantons soient tenus de prendre des mesures pour combler les lacunes. Ce faisant, il faut que l'accent soit mis avant tout sur la qualité et qu'une simple analyse coûts-bénéfices ne constitue pas l'intérêt prépondérant.</p>	PSS
<p>Für den SGV ist eine flächendeckende, zu gleichwertigen und vergleichbaren Bedingungen angebotene Grundversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen in der ganzen Schweiz ein zentrales Anliegen und eine wichtige Voraussetzung für eine ausgeglichene Entwicklung aller Regionen. Angesichts der stetigen demografischen Alterung, dem wachsenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen, den steigenden Gesundheitskosten sowie dem Fachpersonalmangel in der Hausarztmedizin und in der Pflege sind in den nächsten Jahren im Gesundheitsbereich grosse Herausforderungen zu bewältigen. An seiner Fachtagung vom 6. Oktober 2013 betonte der SGV, dass die Sicherstellung einer qualitativ guten und flächendeckenden medizinischen Grundversorgung eine enge horizontale und vertikale Zusammenarbeit und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitsbereich erfordere. Bund, Kantone und Gemeinden sind in der Pflicht, die sich stellenden Herausforderungen gemeinsam anzugehen und auf Ebene der Kantone und Regionen eine überkommunale Strategie zur medizinischen Grundversorgung zu erstellen und umzusetzen.</p> <p>Mit der nun vorliegenden Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im ambulanten Bereich wird eine wichtige Zielsetzung der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020, namentlich die Verbesserung der gesundheitspolitischen</p>	SGV

<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>Steuerung, erfüllt. Der SGV begrüsst die vorgeschlagene Änderung zur besseren Regulierung des ambulanten Bereichs, da diese die Qualität des Versorgungsangebots ins Zentrum stellt. Die Vorschläge nehmen die Kantone in die Pflicht, eine regionale Planung der ambulanten Versorgung an die Hand zu nehmen, sich untereinander zu koordinieren und auch Synergien mit den Spitälern zu prüfen.</p>	
<p>Die Vorschläge des Bundesamtes für Gesundheit mit der Revision des KVG zwecks besserer Steuerung des ambulanten Bereichs gehen exakt in die von uns anvisierte Richtung und werden deshalb von uns vollumfänglich unterstützt.</p> <p>Die Vorschläge nehmen die Kantone in die Pflicht, dass sie eine regionale Planung der ambulanten Versorgung an die Hand nehmen. Bei dieser Planung sind auch die Synergien mit den Spitälern aufzuzeigen, die für die medizinische Grundversorgung ebenfalls eine wichtige Rolle einnehmen. Bei Über- oder Unterversorgung können die Kantone Massnahmen ergreifen. Damit kommt den Kantonen entsprechend der Kompetenzverteilung im Bereich der medizinischen Grundversorgung eine zentrale Steuerungsrolle zu. Der Bund agiert nur subsidiär, insbesondere indem er Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung festlegt. Dies entspricht dem Gedanken einer flächendeckenden Grundversorgung, die für alle Bürgerinnen und Bürger und für alle Landesgegenden einen vergleichbaren Standard aufweisen soll.</p> <p>Wir machen in diesem Zusammenhang aber auch darauf aufmerksam, dass sich je nach Raumtyp sehr unterschiedliche Herausforderungen in der medizinischen Grundversorgung stellen. Während in städtischen Räumen eher eine Überversorgung eintritt, sind die ländlichen Räume vor allem von einer Unterversorgung betroffen. Diese Unterversorgung kann u.a. dazu führen, dass die Spitäler immer mehr Aufgaben in der ambulanten Versorgung übernehmen müssen, mit entsprechenden Konsequenzen für die Spitalfinanzierung. Uns erscheint deshalb wichtig, dass die Korrekturmassnahmen bei Überversorgung stringent durchgesetzt werden. Denn damit kann ein Beitrag geleistet werden zur Bekämpfung der Unterversorgung in ländlichen Räumen.</p>	SAB
<p>économiesuisse vertritt als Verband der Schweizer Unternehmen rund 100'000 Unternehmen jeglicher Grösse und insgesamt rund 2 Millionen Beschäftigte. Unsere Mitglieder umfassen über 100 Branchenverbände, 20 kantonale Handelskammern sowie zahlreiche Einzelunternehmen. Wir nehmen aus einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive Stellung.</p> <p>1 Wirtschaft ist gegen eine Zulassungssteuerung</p> <p>Wir begrüssen den föderalistischen Ansatz, wonach die Kompetenz zur Regulierung den Kantonen übertragen wird. Dies ermöglicht eine feinere Steuerung und beugt einer nationalen Fehlregulierung vor. Wir sehen aber in der staatlichen Zulassungssteuerung das falsche Instrument zur Kosteneindämmung. Deshalb lehnt économiesuisse die Teilrevision ab. Fünf Argumente sprechen gegen eine Angebotssteuerung.</p> <p>a) Ordnungspolitische Einwände</p> <p>Eine bedarfsabhängige Zulassungssteuerung ist ordnungspolitisch falsch. Der Staat soll höchstens minimale Versorgungsgrössen definieren und diese durchsetzen. Mit maximalen Versorgungsparametern kann keine optimale Versorgung erreicht werden. Hierzu sind andere Instrumente zu wählen (vgl. Abschnitt 3). Eine bedarfsabhängige Zulassungssteuerung ist zum Scheitern verurteilt, denn die Eruiierung des optimalen Bedarfs und die zuverlässige Abschätzung seiner künftigen Veränderung sind aus staatlicher Perspektive nicht bzw. kaum rechtzeitig möglich. Zudem verursacht eine solche Steuerung immer unvorhersehbare und auch ungewollte Nebeneffekte.</p> <p>Mit der bedarfsabhängigen Zulassungssteuerung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird automatisch dem überobligatorischen, ambulanten Bereich auch eine Zulassungsbeschränkung auferlegt, da ein Arzt für seine Tätigkeit generell eine kantonale</p>	écono- miesuisse

<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>Bewilligung braucht. Dieser Eingriff in den überobligatorischen Bereich ist eigentlich nicht Gegenstand der Vorlage. Er verstösst gegen ordnungspolitische Prinzipien.</p> <p>b) Wettbewerbspolitische Einwände</p> <p>Aus wettbewerblicher Perspektive ist eine staatliche Zulassungsbeschränkung ebenfalls abzulehnen. Durch eine solche Massnahme wird ein wichtiger Wettbewerbsdruck aus dem System genommen, weil dadurch die Ärzte mit Zulassung einen Schutz vor neuer Konkurrenz geniessen. Oft sind junge Ärzte motiviert und innovativ. Sie können deshalb dem ganzen Leistungsbereich neue Impulse verleihen. Genau diese positiven Kräfte werden mit der Zulassungsbeschränkung vom System fern gehalten. Im Weiteren wird den jungen Ärzten durch ihren Ausschluss aus der ambulanten Versorgung der unternehmerische Weg versperrt.</p> <p>Sie müssen sich deshalb unselbstständiger Tätigkeit zuwenden. Dies führt zu einer Verbeamtung der künftigen Ärztegeneration. Für eine gute, ambulante Versorgung braucht es aber in Zukunft unternehmerisch denkende Ärztinnen und Ärzte.</p> <p>c) Negative Auswirkungen für die Versorgung</p> <p>Mit der Zulassungsbeschränkung spitzt sich der künftige Ärztemangel zu. Junge Medizinabsolventen werden demotiviert, den Ärzteberuf zu wählen oder sich eine gewisse Spezialisierung anzueignen. Eine ganze Generation wird von der üblichen Ärztekariere ausgeschlossen. Dies führt zu einem künftigen Unterangebot, wenn die heutige Ärztegeneration pensioniert wird. Generell folgt auf ein starkes Überangebot ein starkes Unterangebot. Diese Abfolge kann sehr schnell geschehen, noch bevor man eine falsche Regulierung korrigieren kann. Starke Zyklen von Über- und Unterangebot beobachten wir auch in anderen Bereichen der Bedarfsplanung. Im Gesundheitswesen sind solchen Zyklen für die Versorgungssicherheit fatal.</p> <p>Im Bereich der Spitalversorgung ist eine ambulante, bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkung besonders schlecht für eine effiziente Versorgung. Häufig muss bei einer Behandlung kurzfristig entschieden werden, ob diese stationär oder ambulant erbracht werden soll. Muss die Behandlung nur deshalb stationär erfolgen, weil der betreffende Arzt keine ambulante Zulassung hat, dann ist dies ineffizient. Es werden nämlich dadurch tendenziell zu viele Eingriffe stationär vorgenommen. Dies erhöht die Kosten wegen der dazu nötigen Kapazitäten oder die Wartezeiten für echte stationäre Fälle verlängern sich. Deshalb behindert eine ambulante Zulassungsteuerung die erwünschte Verlagerung von stationären zu ambulanten Versorgungsmodellen.</p> <p>d) Erfahrung offenbart fehlenden Einfluss auf Kostenstabilität</p> <p>Im erläuternden Bericht wird angeführt, dass die Zahl der erteilten Zentralstellenregister-Nummern durch Artikel 55a stabilisiert werden konnte. Deshalb sehe man in der bedarfsabhängigen Zulassungsbeschränkung ein erfolgreiches Instrument. Aus unserer Sicht sollte der Erfolg nicht bloss an der Zahl der erteilten ZSR-Nummern gemessen werden. Viel wichtiger ist die Kontrolle des gesteckten Ziels: Der Eindämmung eines unnötigen Kostenanstiegs. Die Erfahrung zeigt aber, dass der Einfluss des Zulassungsstopps auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nur geringfügig ist. Der Kanton Zürich verzichtete deshalb zurecht auf die Wiedereinführung des Zulassungsstopps im Jahr 2013.</p> <p>e) Grössere Tragweite</p> <p>Die aktuelle, im Jahr 2013 eingeführte Zulassungsbeschränkung befreit Ärzte und Ärztinnen, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, von der Beschränkung. Durch diese Umsetzungsmassnahme waren Schweizer Ärzte nur marginal von der Regulierung betroffen. In der hier diskutierten Vorlage wird dieses Kriterium aus europarechtlichen Überlegungen nicht</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>aufgenommen. Dies hat zur Folge, dass die vorgesehene Zulassungsbeschränkung eine grössere Tragweite hat. Diese radikalere Umsetzung verstärkt die in den vorherigen Punkten beschriebenen negativen Konsequenzen.</p> <p>3 Bessere Lösungen gegen Über- und Unterversorgung</p> <p>Die vorliegende Gesetzesrevision erachtet die Wirtschaft als Symptombekämpfung. <i>économiesuisse</i> schlägt drei bessere Problemlösungen bei einem Über- oder Unterangebot an Leistungserbringern vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarifarische Anreize: Durch die Einführung von bedarfsabhängigen Taxpunktwerten könnten Anreize geschaffen werden, die zu einer effizienten Versorgungsstruktur führen. Diese Massnahme wird auch von kantonaler Ebene gefordert und könnte ohne KVG-Revision unmittelbar festgesetzt werden, falls sich die Tarifpartner in den einzelnen Kantonen nicht einigen.</li> <li>- Auktionsmodell bei der Vergabe von Praxiskonzessionen für neue Arztpraxen: Nationalrat Ignazio Cassis hat das Postulat 12.3783 „Ärztstopp. Die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen (2)“ vorgeschlagen. Das überwiesene Postulat beruht auf dem Vorschlag von <i>Avenir Suisse</i>, ein Auktionsmodell einzuführen. Konkret sollen die Praxiskonzessionen durch eine umgekehrte holländische Auktion vergeben werden. Mit einer periodisch wiederholten Auktion würde der Regulator der Ärzteschaft einen Tarmed-Tarif vorschlagen, welcher tiefer ist als heute. Dieser würde stufenweise erhöht, bis genug Ärzte sich bereiterklären, im betreffenden Versorgungsgebiet zu einem gewissen Tarif tätig zu sein.</li> <li>- Gegenüber dem Ärztstopp hätte ein Auktionsmodell verschiedene Vorteile: In Zentren mit hoher Ärztedichte liessen sich die Kosten senken, während Randgebiete mit sich abzeichnender Unterversorgung durch einen höheren Tarmed-Tarif attraktiver gemacht werden könnten. Der Regulator kann bei diesem Modell allerdings die optimale Anzahl Ärzte für ein Gebiet nur grob abschätzen. Dadurch wäre das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage bei freien Kapazitäten ungelöst, weshalb mittelfristig eine Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Ärzten ins Auge gefasst werden muss.</li> <li>- Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Die schlüssige Lösung ist die Vertragsfreiheit, welche in den meisten europäischen Gesundheitswesen bereits existiert. Diese kann vollständig oder in bestimmten Fällen eingeführt werden. Letztere Variante verlangt Nationalrat Jürg Stahl in seiner Motion 13.3265 „Gegenvorschlag zum Zulassungsstopp für Ärzte“, die wir unterstützen. Diese beschränkte Umsetzung der Vertragsfreiheit hätte den Vorteil, dass sich die Vertragspartner vorerst in einem beschränkten Bereich über die Kontrahierungskriterien einigen könnten.</li> </ul> <p>4 Fazit</p> <p>Die Wirtschaft lehnt die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs strikte ab. Wir sehen in einer bedarfsabhängigen Zulassung des ambulanten Leistungsbereichs negative Folgen für das gesamte Gesundheitswesen. Es sind gute und effiziente Handlungsalternativen vorhanden, die genutzt werden sollen.</p>	
<p>Seitens des Schweizerischen Gewerbeverbandes <i>sgv</i> lehnen wir die uns unterbreitete Gesetzesvorlage zur Steuerung des ambulanten Bereichs dezidiert ab. Zulassungsbeschränkungen stellen als planwirtschaftliches Instrument einen gravierenden Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar, den wir so nicht akzeptieren können. Wir haben auch grosse Zweifel, ob die kostendämpfende Wirkung, die sich das EDI von diesem rigiden Eingriff ins Recht auf freie Berufsausübung verspricht, tatsächlich realistisch ist. Die Erfahrung zeigt, dass die OKP-Kosten auch in jenen Zeitspannen ungebremst angestiegen sind, als der Zulassungsstopp zeitlich befristet eingeführt war. Bedenklich ist für uns auch, dass mit den uns unterbreiteten Vorschlägen die Rechtssicherheit Schaden nähme und es für die betroffenen Leistungserbringer immer schwieriger würde, eine berufliche Karriere verlässlich zu planen.</p>	SGV/USAM

<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>Der SGB begrüsst, dass den Kantonen die Aufgabe der Steuerung der ambulanten Versorgung übertragen wird. Damit reagiert der Gesetzgeber auf Angebotslücken und Überangebote, die in den letzten Jahren entstanden sind. Der SGB begrüsst insbesondere auch, dass das Zentrum der Steuerung nicht bei den Kassen, sondern bei den Kantonen angesiedelt wird. Die Kantone sind nach geltendem Recht für die Versorgungssicherheit zuständig.</p> <p>Die offene Haltung des SGB gegenüber der Zulassungssteuerung liegt auch in einer allenfalls einzuführenden dualen Finanzierung analog der Spitalfinanzierung im ambulanten Bereich begründet. Eine zentrale Voraussetzung dafür dürfte die Zulassungssteuerung der Kantone sein. Eine solche duale Finanzierung im ambulanten Bereich würde sich positiv auf die hohe Prämienbelastung der Haushalte auswirken.</p>	<p>SGB</p>
<p>Le projet a pour objectif de créer une base légale permettant une prise d'influence de la Confédération et des cantons sur le développement de l'offre de prise en charge ambulatoire. Il doit aussi permettre de remplacer la limitation de l'admission, réintroduite au 1er juillet 2013 et limitée à fin 2016, par une réglementation légale définitive.</p> <p>Durant les dernières années, plusieurs cantons ont recouru à l'arsenal des instruments à leur disposition pour piloter la prise en charge ambulatoire de manière plus ou moins intense et ils affirment avoir pu obtenir, par ce biais, des résultats allant dans la direction souhaitée. Il s'agit en particulier de cantons limitrophes qui, faute de prendre les mesures appropriées, assistent à un accroissement important du nombre de fournisseurs de prestations étrangers provenant des zones proches de la frontière suisse. Il faut s'attendre à ce que persiste à l'avenir la situation actuelle qui, examinée sous l'angle de la couverture excédentaire ou insuffisante, présente des aspects d'inégalité de répartition quant à la spécialisation des fournisseurs de prestations ou quant à la région où les services sont disponibles ; différents cantons ressentent à cet égard un besoin d'intervention.</p> <p>Dans tous les débats qui ont eu lieu à ce jour, tant le Comité directeur que l'Assemblée plénière de la CDS ont toujours pris position en faveur de l'option d'ancrer dans la loi, sous forme d'une clause potestative, les possibilités d'intervention des cantons et de leur permettre ainsi de prendre en tout temps les mesures qui s'imposent ou de s'en abstenir. Eu égard aux principes fédéralistes et sur la base de leur responsabilité de principe pour garantir la prise en charge sanitaire de la population, il incombe aux cantons de décider s'ils souhaitent influencer sur l'offre de soins ambulatoire et dans quelle mesure ils veulent le faire. Dans ce contexte, il y a à notre avis aucune raison contraignante d'instaurer une pratique uniforme pour tous les cantons.</p> <p>Les mesures que le projet propose dans le cadre de l'admission des fournisseurs de prestation ont notre soutien, à condition toutefois que dans la pratique, les cantons restent libres de recourir à ces mesures ou de ne pas le faire. Pour ce qui est des mesures figurant sous le titre suivant l'art. 40 "Section 1a Mesures en cas de déséquilibre de l'offre en soins ambulatoires", cela est garanti. (...)</p> <p>Indépendamment du projet de loi proposé, la CDS salue en revanche toujours la compétence subsidiaire du Conseil fédéral en matière d'évolution des structures tarifaires du domaine ambulatoire. L'évaluation et l'indemnisation des prestations peuvent également avoir un impact sur l'offre desdites prestations. Le Comité de la CDS est d'avis que la pression exercée sur les fournisseurs de prestations dans le cadre de la révision générale du TARMED doit être maintenue, afin qu'une optimisation des structures tarifaires existantes puisse aboutir dans un délai utile.</p> <p>Le Comité directeur de la CDS approuve la création d'une base légale permettant l'intervention volontaire des cantons en cas d'offre insuffisante ou excédentaire dans le domaine ambulatoire, sous réserve de la prise en considération des propositions formulées ci-dessus. Il rejette en revanche les réglementations concernant les possibilités d'intervention de la Confédération dans le domaine des tarifs.</p>	<p>CDS / GDK + GL, FR, SH, JU, NW, BL, NE</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>Par souci d'exhaustivité, nous tenons à préciser que l'évolution de l'offre de la prise en charge ambulatoire, notamment en cas de couverture insuffisante, ne dépend pas uniquement des possibilités d'intervention proposées dans le cadre du projet de révision de la loi. Il nous semble important que, au-delà du projet de loi existant, le dialogue entre la Confédération, les cantons et les fournisseurs de prestations concernant les conditions permettant de garantir une couverture appropriée en soins et une répartition "adéquate" des ressources sur les régions soit maintenu.</p> <p>Mit der vorliegenden Vorlage soll eine gesetzliche Grundlage für die Einflussnahme von Bund und Kantonen auf die Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebotes geschaffen werden. Damit sollen auch die per 1. Juli 2013 wiedereingeführten, bis Mitte 2016 befristet geltenden Bestimmungen zur Zulassungsbeschränkung durch eine definitive gesetzliche Regelung abgelöst werden.</p> <p>Verschiedene Kantone haben in den letzten Jahren die gesetzlich zur Verfügung stehenden Instrumente zur Steuerung der ambulanten Versorgung in unterschiedlicher Ausprägung zur Anwendung gebracht und nach eigenen Aussagen damit auch eine Wirkung in gewünschter Richtung erzielen können. Dies sind insbesondere grenznahe Kantone, welche ohne entsprechende Massnahmen einen grossen Zuwachs an Leistungserbringern aus dem angrenzenden Ausland beobachten. Es ist auch in Zukunft zu erwarten, dass die heutige, zuweilen sowohl aus der Perspektive einer Über- oder auch einer Unterversorgung problematische Ungleichverteilung des ambulanten Angebots bezüglich Fachgebiet und Region auch zukünftig bestehen wird und verschiedene Kantone diesbezüglich einen Handlungsbedarf feststellen werden.</p> <p>Der Vorstand und die Plenarversammlung der GDK haben sich in den bisherigen Diskussionen zu einer Steuerung des ambulanten Versorgungsangebotes immer dafür ausgesprochen, dass zukünftige Interventionsmöglichkeiten der Kantone in jedem Fall als „Kann-Formulierung“ gesetzlich verankert werden sollen und es den Kantonen jederzeit freistehen muss, entsprechende Massnahmen zu ergreifen oder nicht. Es ist Sache der Kantone, im Rahmen der föderalistischen Prinzipien eigenständig und in ihrer grundsätzlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu entscheiden, inwieweit sie steuernd auf das ambulante Angebot Einfluss nehmen wollen oder nicht. Zwingende Gründe für eine entsprechend gleichartige Praxis aller Kantone bestehen u.E. in diesem Zusammenhang nicht.</p> <p>Die in der Vorlage vorgeschlagenen Massnahmen im Rahmen der Zulassung von Leistungserbringern unterstützen wir unter der Bedingung der erwähnten Freiwilligkeit für die Kantone, die Massnahmen in der Praxis auch tatsächlich anzuwenden oder nicht. Für die Massnahmen unter dem Gliederungstitel „1a, Massnahmen bei Über- und Unterversorgung im ambulanten Bereich“ ist dies gewährleistet.</p> <p>(...)</p> <p>Hingegen begrüsst der Vorstand der GDK – unabhängig der vorliegenden Gesetzesvorlage – nach wie vor die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur im ambulanten Bereich. Die Bewertung und Abgeltung der Leistungen kann sich ebenfalls auf das Versorgungsangebot auswirken. Der Vorstand der GDK ist der Ansicht, dass der Druck auf die Leistungserbringer bezüglich einer Gesamtrevision des TARMED zwingend aufrechterhalten werden muss, damit in nützlicher Frist eine Optimierung der bestehenden Tarifstruktur erreicht werden kann. Der Vorstand der GDK stimmt der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die freiwillige Intervention der Kantone bei bestehender Unter- oder Überversorgung im ambulanten Bereich unter Vorbehalt der Berücksichtigung der erwähnten Anträge zu. Die Regelungen betreffend Interventionsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Tarife lehnt der Vorstand der GDK ab.</p> <p>Wir möchten der Vollständigkeit halber abschliessend festhalten, dass die Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebotes – insbesondere auch bei bestehender Unterversorgung – nicht alleine von den im Rahmen der vorliegenden Gesetzesvorlage vorgeschlagenen Interventionsmöglichkeiten abhängt. Es erscheint uns wichtig, auch über die bestehende Gesetzesvorlage hinaus den Dialog zwischen Bund, Kantonen und Leistungserbringern über die Voraussetzungen zur Sicherstellung einer angemessenen</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>
Gesundheitsversorgung und eine adäquate „Verteilung“ der Ressourcen in den Regionen weiterzuführen.	
La FRC, sur le principe, approuve le projet de révision de loi proposé, car il semble à même d'améliorer le pilotage du domaine ambulatoire. Il nous semble en particulier très important, dans l'intérêt des patients et des consommateurs, de soutenir diverses mesures aptes à encourager l'installation de médecins même dans les zones dites reculées où il y a pénurie.	FRC
<p>Logopädinnen und Logopäden sind eine kleine Berufsgruppe von Leistungserbringern und fallen unter KVG Art. 35 Abs. 2e).</p> <p>Seit Jahren sind die Patienten und deren Angehörige mit einer Unterversorgung konfrontiert und die Suche nach einer Therapeutin erweist sich häufig als Hürdenlauf: Die vorhandenen Therapie-Plätze sind meistens ausgebucht und so müssen die Patienten entweder grosse Wege oder lange Wartezeiten in Kauf nehmen.</p> <p>Die Abgeltung der logopädischen Leistungen ist sehr tief, auch nach einer kleinen Anhebung des Taxpunktwertes am 1. Juni 2014 bei den tarifsuisse ag angeschlossenen Krankenversicherungen. Logopädinnen und Logopäden sind deshalb immer weniger freipraktizierend tätig; sie suchen alternativ eine Anstellung in Kliniken oder im Schulbereich (wo sie sehr gefragt sind).</p> <p>Im Rahmen von SwissDRG stellen auch die Klinik-Logopädinnen eine kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten fest. Damit verlagert sich die logopädische Therapie zunehmend in den ambulanten Bereich.</p>	DLV
Grundsätzlich sind wir mit einer Steuerung im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens einverstanden. Es stellen sich uns jedoch bei der Umsetzung der Massnahmen (Art. 40c) einige grundsätzliche Verfahrensfragen.	EVS
<p>Die FMH lehnt die vorgeschlagene Einführung einer unbefristeten Zulassungssteuerung vollumfänglich ab.</p> <p>Diese Steuerung allein in einem der drei Versorgungssektoren (stationär, spitalambulant, praxisambulant) ist nicht in der Lage, den Kostenanstieg zu begrenzen. Zudem berücksichtigt diese Zulassungssteuerung weder die überregionale Gesamtversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen, noch das Bevölkerungswachstum, noch den medizinischen Fortschritt, noch die Alterung der Bevölkerung, noch gesellschaftliche Entwicklungen mit Einfluss auf die Versorgung wie veränderte Arbeitsmodelle.</p> <p>Der verwendete Begriff der Überversorgung bleibt undefiniert und die bevorstehende Kontingentierung (Masseneinwanderungs-Initiative) unberücksichtigt. Die Behauptung, dass «die Steuerung der Zulassungen zumindest eine Stabilisierung der Kosten bewirken wird», bleibt unbelegt; auch nach einer Periode zwölfjähriger Steuerung seit 2002.</p> <p>Für den Fall, dass trotz der grundsätzlichen Ablehnung durch die Ärzteschaft eine unbefristete Zulassungssteuerung eingeführt werden würde, fordern die FMH und die ihr angeschlossenen Organisationen, dass folgende zwei nationalen Qualitätskriterien kumulativ zur Anwendung kommen:</p> <p>Drei Jahre Spitaltätigkeit: Ärztinnen und Ärzte, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, sind zugelassen. Sie sind mit dem Schweizer Gesundheitswesen vertraut und qualitativ gut weitergebildet.</p> <p>Sprachprüfung: Ärztinnen und Ärzte müssen eine standardisierte Sprachprüfung (minimal Niveau B2 CEFR des Europarats) in einer Landessprache erfolgreich absolviert haben, um zugelassen zu werden. Analoge Sprachkompetenz wird zum Beispiel in Grossbritannien, Österreich und Südtirol seit Jahren, in Deutschland seit 2014, verlangt.</p> <p>Allgemeine Bemerkungen</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>1. Grossmehrheitliche Ablehnung der Vorlage</p> <p>Die grosse Mehrheit der Ärzteschaft steht der Vorlage ablehnend gegenüber.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zulassungssteuerung <p>Durch die Einführung einer unbefristeten Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich werden junge, in der Schweiz sehr gut aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte in Spitälern festgehalten und deren berufliche Perspektiven eingeschränkt. Am Medizinstudium interessierte Menschen müssen bereits bei Beginn ihrer Ausbildung zweifeln, ob sie ihren Beruf dereinst ausserhalb von Institutionen werden ausüben können.</p> <p>Bislang konnte nicht aufgezeigt werden, dass mit der Zulassungsbeschränkung allein für Ärzte und allein für die ambulante Versorgung seit ihrer Einführung 2002 Kosten gespart werden konnten.</p> <p>Die Erfahrungen seit Einführung des Zulassungsstopps im Jahr 2002 stellen die staatliche Planbarkeit des Bedarfs und die Steuerbarkeit der Ressourcen in Frage – zu komplex und interdependent sind die Parameter. Der medizinische Fortschritt, die demographische Entwicklung und das Bevölkerungswachstum (0,8 Mio. Einwohner seit 2002) erhöhen den Bedarf an ärztlichen Leistungen. Geänderte Familienstrukturen, zu wenig Studienplätze für Mediziner und neue Arbeitsmodelle vermindern die Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen. Die Steuerbarkeit auch der ambulanten Versorgung ist aus unserer Sicht eine Illusion.</p> <p>Es fehlt zudem in den Erläuterungen des Bundes die Berücksichtigung der Masseneinwanderungsinitiative. Wie die geplante Einführung der Zulassungssteuerung per Juli 2016 mit der wenige Monate danach im Februar 2017 umzusetzenden Masseneinwanderungsinitiative koordiniert werden soll, ist nicht erkennbar.</p> <p>Eine kleine Minderheit der Ärztesgesellschaften stimmt der fakultativen Möglichkeit einer Steuerung durch die Kantone zu, ausschliesslich bei Über- oder Unterversorgung Massnahmen und neu qualitativ ausreichendes Versorgungsangebot sicherstellen sollen.</p> </li> <li>- Massnahmen bei Unterversorgung <p>Massnahmen der Kantone bei Unterversorgung werden begrüsst. Allerdings wird in Frage gestellt, ob es dafür eine Ergänzung des KVG braucht – die Kantone können solche Massnahmen schon heute beschliessen.</p> <p>Nötig sind den heutigen Bedürfnissen entsprechende Rahmenbedingungen für den ärztlichen Notfalldienst, insbesondere eine adäquate Finanzierung der Notfallpiketentschädigung und der Notfalltelefonzentralen. Sinnvoll ist zudem die Unterstützung von Praxiszusammenlegungen, wo dies aufgrund des Einzugsgebiets Sinn macht.</p> </li> <li>- Tarifsenkungseingriff <p>Die neu vorgesehene Kompetenz des Bundesrats zu Tarifsenkungen wird einhellig abgelehnt. Damit würde sowohl die Tarifautonomie der Leistungserbringer und Versicherer untergraben, wie auch die Kompetenz des Kantons zur Versorgungsplanung übersteuert. Beides sind weitere Schritte auf dem Wege der Überregulierung des Gesundheitswesens.</p> </li> </ul> <p>2. Zentrale Forderungen der Ärzteschaft: Qualitätskriterien</p> <p>Für den Fall, dass trotz der grundsätzlichen Ablehnung durch die Ärzteschaft eine unbefristete Zulassungssteuerung eingeführt werden würde, fordern die FMH und die ihr angeschlossenen Organisationen die Berücksichtigung von nationalen Qualitätskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3-Jahres-Regelung:</li> </ul>	

<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>Ärztinnen und Ärzte, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, sind zugelassen. Sie sind mit dem Schweizer Gesundheitswesen vertraut und qualitativ gut weitergebildet.</p> <p>Das Argument, eine solche Regelung würde gegen die Personenfreizügigkeit verstossen, über-zeugt nicht. Seit der Einführung dieser 3-Jahres-Regelung wurden weder von der EU noch von Direktbetroffenen juristische Schritte dagegen eingeleitet.</p> <p>Ergänzung von Art. 40a Abs. 5 (neu)</p> <p>«Als Leistungserbringer sind zudem zugelassen Personen nach den Artikeln 36, 37 und 38 sowie Ärzte und Ärztinnen, die in einer Einrichtung nach Artikel 36a tätig sind, wenn sie mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungs-stätte gearbeitet haben.»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprachprüfung <p>Als weiteres Qualitätskriterium fordert die FMH, dass Ärztinnen und Ärzte eine standardisierte Sprachprüfung in einer Landessprache erfolgreich absolviert haben müssen, wie dies zum Beispiel in Grossbritannien und Österreich seit Jahren, in Deutschland seit 2014, verlangt wird: Mindestens Kompetenzniveau B2 gemäss dem «Gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen» (CEFR) des Europarats. 29% der berufstätigen Ärzte in der Schweiz haben ein ausländisches Arztdiplom. Adäquate Sprachkenntnisse sind eine Voraussetzung für eine angemessene Behandlungsqualität und die Patientensicherheit.</p> </li> <li>- Gleichbehandlung von spitalambulant und praxisambulant <p>Wenn überhaupt eine Zulassungssteuerung, dann nach denselben Regeln sowohl für die spitalambulante und die praxisambulante Versorgung. Durch die Unterstellung beider Bereiche unter denselben Artikel 40 wird auch sichergestellt, dass der Kanton die beratende Kommission zur ganzen ambulanten Versorgung anhört.</p> <p>Streichung von Art. 39 Abs. 1bis;</p> <p>Ergänzung von Art. 40a Abs. 1</p> <p>«Ein Kanton kann bei einer Überversorgung [...]die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Leistungserbringer nach den Artikeln 36, 37 und 38 sowie für Ärzte und Ärztinnen, die in einer Einrichtung nach Artikel 36a oder in einer ambulanten Einrichtung eines Spitals tätig sind, [...]»</p> </li> </ul> <p>3. Weitere Bemerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problematische Mehrfachrolle des Kantons (Art. 40a) <p>Die heute bereits zahlreichen Interessenkonflikte der Kantone werden durch die Möglichkeit der sektoriellen Zulassungssteuerung noch zunehmen. Aktuell sind die Kantone bereits Gesetzgeber im Gesundheitswesen, Kontrollbehörde, Ausbildner für Medizinalpersonen, Spital-Eigentümer, Spital-Planer-Bauherren-Betreiber, Spital-Teilfinanzierer, Tarifgenehmigungsbehörde und Schlichtungsstelle für Tarifstreitigkeiten. Neu wären sie zusätzlich noch Zulassungs-Steuerungsbehörde für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte.</p> </li> <li>- Regionale Versorgungsungleichgewichte aufgrund kantonaler Planung (Art. 40a) <p>Da die Kantone steuern würden, würden erhebliche Versorgungsunterschiede die Folge sein. Das Gesetz müsste ein System regionaler Steuerung vorsehen.</p> </li> <li>- Zusammensetzung und Kompetenz der Kantonalen Kommission ungenügend (Art. 40c Abs. 4)</li> </ul>	

<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>«Vertretungen der Leistungserbringer» genügt nicht – damit wäre nicht einmal sichergestellt, dass minimal ein Arzt Einsitz hätte. In den kantonalen Kommissionen müssten sowohl die kantonale Ärztesgesellschaft wie auch der VSAO und die Spitalärzte vertreten sein. Die Kommission müsste echte Mitentscheidungsrechte haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu kurze Frist für Praxisgründung (Art. 40a Abs. 3)</li> </ul> <p>Der Entwurf sieht vor, dass von einer Zulassung innert sechs Monaten Gebrauch gemacht werden muss, damit sie nicht verfällt. Der Planungshorizont für die Gründung einer Arztpraxis beträgt mindestens zwölf Monate. Die gesetzliche Frist ist auf zwölf Monate mit Verlängerungsmöglichkeit zu erweitern.</p>	
<p>La FSP salue le présent projet et en approuve pour l'essentiel l'orientation générale. Il importe avant tout que la question des soins de santé ne se concentre pas uniquement sur les seuls coûts, mais aussi sur un accès optimal aux prestations et sur leur qualité. Nous ne pouvons en revanche nous rallier à un certain nombre de mesures proposées et demandons en conséquence que le projet soit fondamentalement remanié.</p> <p>En particulier, l'idée de coupler le pilotage des soins avec les tarifs ne nous paraît pas défendable, et nous demandons sur ce point une claire distinction. En outre, il nous semble important d'intégrer aussi la question de la formation de base et de la formation postgrade des spécialistes dans le cadre d'un éventuel paquet de mesures.</p> <p>Nous comprenons les motifs ayant conduit au choix du modèle proposé; ils sont en définitive plus convaincants que ceux qui auraient plaidé en faveur du modèle de la liberté de contracter ou de la différenciation des tarifs. Nous sommes conscients que la complexité croissante et les différents intérêts en présence (évolution démographique / maladies chroniques / financement des besoins accrus) requièrent davantage de pilotage - mais celui-ci doit obligatoirement être associé à une plus grande transparence.</p> <p>Nous saluons le fait que les compétences relatives au pilotage des soins ambulatoires restent, en grande partie, aux mains des cantons et nous approuvons également une certaine marge de manoeuvre qui permet de tenir compte des particularités cantonales</p>	FSP
<p>Generelle Bemerkungen:</p> <p>Hausärzte Schweiz steht der beabsichtigten Steuerung im ambulanten Bereich dem Grundsatz nach positiv gegenüber, insbesondere um eine bestehende oder drohende Unterversorgung zu bekämpfen. Mit dem vorgelegten Entwurf der Teilrevision des KVG erhalten die Kantone die Möglichkeit, bei Über- oder Unterversorgung zu reagieren und die nötigen Massnahmen einzuleiten. Eine Unterversorgung droht in den nächsten Jahren nicht nur im Bereich der hausärztlichen Versorgung, sondern auch in anderen medizinischen Fachgebieten. Somit bedarf es nach Ansicht unseres Verbandes grundsätzlicher Steuerungsmöglichkeiten, wie dies im vorliegenden Entwurf vorgesehen ist. Zentral ist aus Sicht der Ärzte, dass keinerlei Benachteiligungen entstehen, weder unter den einzelnen Fachgruppen noch unter den Ärzten, welche den Schritt in die Selbständigkeit beabsichtigen. Gleichzeitig sind aber Massnahmen vorzusehen, um weiterhin eine qualitativ hochstehende Medizin zu garantieren. Dazu gehört auch der Nachweis einer Landessprache.</p> <p>Dass eine unbefristete Lösung eingeführt werden soll, bewertet Hausärzte Schweiz als positiv, da damit die Planungssicherheit erhöht und weitere systembedingte Auswüchse, wie sie in den letzten Jahren durch eine wiederholte Änderung der gesetzlichen Grundlagen vorkamen, verhindert werden.</p> <p>Abschliessende Bemerkungen:</p> <p>Hausärzte Schweiz erhebt zudem im Hinblick auf die Qualität der ärztlichen Versorgung die folgenden zentralen Forderungen, deren Irrelevanz oder Gesetzeswidrigkeit bisher seitens des Gesetzgebers nicht schlüssig nachgewiesen werden konnte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenntnis einer Landessprache: Auch wenn diese Voraussetzung in Art. 15 Abs. 1 MedBG erwähnt ist, ist sie dennoch im Rahmen der Steuerung des ambulanten Bereichs nochmals zu erwähnen, da sie absolut zentral ist.</li> </ul>	Hausärzte Schweiz

<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>- Tätigkeit von mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte: Da es um die Wahrung einer hochstehenden Qualität der ärztlichen Versorgung und um die Vertrautheit mit dem Schweizerischen Gesundheitssystem geht und somit sachliche Gründe für diese Einschränkung vorliegen, erachten wir die Verpflichtungen der Schweiz im Zusammenhang mit der Personenfreizügigkeit im EU-/EFTA-Raum als nicht verletzt.</p>	
<p>In seiner beständigen Politik und zuletzt gegenüber dem Departementsvorsteher anlässlich des Runden Tisches vom 11. Februar dieses Jahres steht H+ der Zulassungssteuerung kritisch gegenüber und hat bisherige Vorschläge abgelehnt (Beilage).</p> <p>Der vorliegende Vernehmlassungsentwurf ist aus Sicht von H+ eine Misstrauenserklärung an das föderale Gesundheitssystem, die Tarifpartnerschaft und die Gewaltentrennung. Er wirft mehr Probleme auf, als er zu lösen vermag. H+ lehnt deshalb die vorliegende Gesetzesrevision ab und verlangt eine umfassende Überarbeitung.</p> <p>1 Fehlende Problemanalyse und Ziele</p> <p>Angesichts des drohenden Ärztemangels und der Annahme der Volksinitiative „gegen Masseneinwanderung“ am 9. Februar 2014 erscheint eine Gesetzesrevision gegen Überversorgung widersprüchlich und anachronistisch.</p> <p>Solange keine Definitionen und Messkriterien bestehen, ist völlig unklar, was unter einer Überversorgung zu verstehen ist. Zwar gibt es Studien, die zeigen, dass Angebot und Nachfrage medizinischer Leistungen korrelieren. Ob ein höheres Angebot aber eine Überversorgung bedeutet, wurde nirgends behauptet oder nachgewiesen. Mengensteuerungen ohne vorhandene Definitionen, Messkriterien und Evidenz lehnen wir ab.</p> <p>Eine allfällige Unterversorgung können die Kantone im Rahmen ihrer kantonalen Gesetzgebung heute bereits angehen. Dafür brauchen sie keine Änderung der nationalen Gesetzgebung. In den meisten Kantonsverfassungen ist die Sicherung der medizinischen Versorgung aufgeführt.</p> <p>Die einzigen Gründe für eine ambulante Steuerung, die im erläuternden Bericht genannt werden, sind die bisherige dringliche Gesetzgebung, die Angst „gewisser Kantone“ (Seite 2) und die Äusserungen einiger Partner der beiden Runden Tische (Seite 3). Eine konkrete Notwendigkeit zur Steuerung von Über- oder Unterversorgung wird aber im Bericht nirgends ausgewiesen. Dies zeigt sich dann auch in der Ausgestaltung der Gesetzgebung, wenn jeder Kanton seinen Eingriff anders begründen und ausgestalten kann.</p> <p>Der Vernehmlassungsentwurf legt keinen Beweis vor, dass ein Problem besteht.</p> <p>Der Vernehmlassungsentwurf verschiebt es in die Verordnung, eine „angemessene Versorgung zu bestimmen“ und „Kriterien festzulegen“ (Seite 10). Der Entwurf spricht allgemein von „Qualitätskriterien“ und bringt nur ein Beispiel, nämlich den „Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist“. Der Bund hat bisher weder im Rahmen seiner Kompetenzen zur Qualitätssicherung (Art. 58 KVG) noch anlässlich der beiden Runden Tische konkrete inhaltliche Vorstellungen über solche Qualitätskriterien geäußert. Auch bei der stationären Spitalplanung hat der Bund sich auf prozedurale Vorgaben beschränkt (Art. 58a – 58e KVV), namentlich oben erwähnter Zugang. Eine gesetzliche Vollmacht für ambulante Planungskriterien ohne klare Vorstellungen, was diese beinhalten sollen, lehnen wir ab.</p> <p>Unter dem Punkt „Finanzielle Auswirkungen“ (Seite 18) wird eine Senkung oder Stabilisierung der Krankenversicherungskosten und -prämien als positiv bewertet. Offenbar ist dies das eigentliche Ziel des Vernehmlassungsentwurfes, nicht die Qualitätssicherung. Es fehlt aber auch hier der Nachweis, dass die seit 2001 bestehende Gesetzgebung zur Einschränkung der ambulanten Leistungserbringer effektiv dazu beigetragen hat, die Kosten- und Prämienentwicklung in der Krankenversicherung zu dämpfen.</p>	<p>H+</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>Politisch und medizinisch ist eine verstärkte Verlagerung von stationären nach ambulanten Leistungen erwünscht. Dies führt zu einem höheren Bedarf an ambulanten Leistungserbringern und - durch die unterschiedliche Finanzierung von stationär und ambulant - automatisch zu überdurchschnittlich steigenden Prämien. Dieser Aspekt bleibt in der Problemanalyse unerwähnt.</p> <p>2 Fehlende Gesamtkonzeption</p> <p>Dem jetzigen Vorschlag fehlt eine Gesamtkonzeption. Erstens ist die Trennung zwischen spital-ambulanten und anderen ambulanten Leistungen überholt und berücksichtigt die medizinische Entwicklung nicht. Zweitens bestimmen heute nicht mehr Kantons-grenzen, sondern gewachsene Agglomerationen und Pendlerströme das Verhalten der Bevölkerung. Drittens bleibt das Zusammenspiel zwischen staatlicher Regulierung und Wettbewerb unberücksichtigt. Und schliesslich werden im Gesetzesentwurf die Begriffe Über- und Unterversorgung als Legitimation für staatliche Eingriffe verwendet, ohne dass auch nur ansatzweise eine Klarheit darüber besteht, was darunter zu verstehen ist.</p> <p>Medizinische Entwicklung</p> <p>Spitäler und Kliniken nehmen in der ambulanten Medizin eine immer wichtigere Rolle ein. Sie leisten heute rund ein Drittel aller ambulanten Leistungen und kooperieren mit Praxenärztinnen und -ärzten, vor allem zur Sicherung der Notfall- und der Hausarztmedizin. Die Bevölkerung nutzt vermehrt Walk-in Praxen oder im Notfall die Angebote bei den Spitälern und Kliniken. Zu-dem erbringen immer mehr Spezialistinnen und Spezialisten Behandlungen, die früher ausschliesslich den Spitälern und Kliniken vorbehalten waren (z.B. Herzkatheterlabors, Dialysezentren, Radiologieinstitute).</p> <p>Die medizinische Entwicklung wird die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen weiter vorantreiben. Viele chirurgische Eingriffe oder Krebsbehandlungen sind heute ambulant möglich. In der Psychiatrie, der Rehabilitation und der Übergangspflege sind fließende Übergänge zwischen stationären und ambulanten Angeboten aus medizinischen und gesellschaftlichen Gründen ganz zentral.</p> <p>Viele dieser medizinischen Entwicklungen sind nicht längerfristig vorhersehbar und sind deshalb auch nicht planbar.</p> <p>Die medizinische Verlagerung führt durch die unterschiedliche Entschädigung und Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu einer höheren Belastung der Prämienzahler und Entlastung der Steuerzahler. Ob diese finanzielle Verschiebung sinnvoll ist oder nicht, ist eine sozialpolitische Frage, nicht eine medizinische. Sie lässt sich nicht durch eine medizinische Planung oder tarifarische Noteingriffe lösen.</p> <p>Versorgungsregionen</p> <p>Art. 41 Abs. 1 KVG erlaubt sinnvollerweise den Versicherten die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringer und sichert die volle Kostenübernahme zum Tarif des Wohn- oder Arbeitsorts zu. Es ist deshalb mehr als zweifelhaft, ob angesichts der Mobilität der Bevölkerung, der Pendlerströme und der überkantonalen Agglomerationen eine kantonale Planung überhaupt machbar ist.</p> <p>Regulierter Wettbewerb</p> <p>Im stationären Bereich hat das Parlament mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung wettbewerbliche Elemente gestärkt (Spitalwahlfreiheit, Wirtschaftlichkeit und notwendige Qualität der Leistungen, etc.). Die vorliegende Vorlage hingegen beinhaltet eine Regulierung des Gesamtangebots bzw. der Gesamtkosten der ambulanten Leistungen, ohne auf die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der einzelnen Leistungen und Leistungserbringer einzugehen.</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>Definitionen Über- und Unterversorgung</p> <p>Der Gesetzesentwurf erwähnt die Über- oder Unterversorgung als staatliche Interventionskriterien, drückt sich aber vor einer Legaldefinition dieser Begriffe. Ohne national einheitliche Standards ist sechszwanzig kantonal unterschiedlichen Interpretationen Tür und Tor geöffnet. So könnte es durchaus sein, dass ein Kanton auf Grund einer bestimmten Versorgungssituation die Zulassungsbeschränkung aktiviert, während ein anderer auf Grund der gleichen Versorgungssituation eine Unterversorgung postuliert.</p> <p>Nicht akzeptierbar angesichts der fehlenden Definitionen ist der Umstand, dass betroffene Leistungserbringer nicht einmal gegen unangemessene Planungen oder Einschränkungen klagen dürften (Art. 53 Abs. 2 Bst. b KVG).</p> <p>3 Prämiensenkungen statt optimaler Versorgung als Ziel?</p> <p>Die mit Art. 55b KVG vorgeschlagene Massnahme für Tarifeingriffe durch den Bundesrat lässt zwei Dinge vermuten. Erstens scheint man bei den Bundesbehörden der Tarifpartnerschaft und dem föderalen System der Tarifgenehmigungen inklusive der Rechtsprechung bis vor Bundes Verwaltungsgericht wenig Vertrauen zu schenken. Und zweitens geht man offenbar davon aus, dass eine in einem Jahr etwas überdurchschnittliche Kostensteigerung in einem Kanton auf eine ambulante Überversorgung hindeutet, die sich durch finanzielle Sanktionen beseitigen lässt.</p> <p>Für H+ ist die Vorlage, ganz besonders der vorgeschlagene Artikel 55b KVG, ein Wendepunkt weg von einem Gesundheitswesen mit reguliertem Wettbewerb, Tarifautonomie und Gewaltentrennung hin zu einer staatlichen Steuerung, die sich der Justiziabilität und Gewaltentrennung entzieht.</p>	
<p>Une grande majorité du corps médical est opposée à ce projet. La suppression du "droit d'urgence" précédent, sous le régime de la clause du besoin durant plusieurs années, et les réglementations de droit ordinaire pour la garantie des soins de santé ambulatoires pour la population suisse sont en elles-mêmes à saluer. Les objectifs que la Confédération veut atteindre avec ces directives légales, dans le cadre d'interventions de baisse des coûts et de régulation, sont cependant fermement rejetés. Les mesures prises pendant la période de la clause du besoin n'ont pu en aucune sorte remplir l'objectif suprême de la Confédération, à savoir réduire les coûts dans le domaine ambulatoire. Elles ont même parfois eu l'effet inverse, en plus d'autres effets secondaires négatifs. L'expérience acquise depuis l'introduction de la clause du besoin en 2002 fait planer le doute sur la capacité de l'État à planifier les besoins et à piloter les ressources - les paramètres étant trop complexes et interdépendants. Le progrès médical, l'évolution démographique et l'accroissement de la population (0,8 millions d'habitants supplémentaires depuis 2002) augmentent le besoin en prestations médicales. L'objectif visé par ce projet d'un pilotage des soins ambulatoires ne peut certainement pas être atteint grâce aux mesures présentées.</p> <p>Les médecins diplômés resteront de préférence dans des structures stationnaires avec un statut de salarié, car les perspectives d'une activité indépendante en tant que médecin établi sont par trop incertaines et comportent des risques importants. De plus, la situation tarifaire déjà très dégradée dans le domaine ambulatoire en cabinet est peu à même de motiver au passage de la clinique au cabinet. Les conséquences économiques font que les patients doivent se rabattre sur les soins bien plus onéreux du domaine ambulatoire hospitalier, en raison de la précarisation prévisible de la situation en matière de soins médicaux dans le secteur ambulatoire, qui se dessine déjà aujourd'hui.</p> <p>Avec cette révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral entend définir les critères d'évaluation de l'adéquation des soins dans le domaine ambulatoire, y compris en hôpital. On ne sait absolument pas si ces critères comporteront aussi des exigences de qualité relatives à l'exercice de la profession médicale, telles qu'une formation de 3 ans dans un établissement de formation postgraduée suisse et de bonnes connaissances</p>	<p>CCM, GAeSO  AeGTG,  GLAeG,  AeGBL, SMCF,  KAeGSG,  BAeV,  KAeGSH,</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>d'une langue nationale, ni si les cantons et le corps médical pourront participer à la définition des critères.</p> <p>Les cantons sont tenus de coordonner l'adéquation des soins au-delà des limites cantonales. La Confédération peut réduire les valeurs de point tarifaire dans un canton d'un taux allant jusqu'à 10% si les coûts moyens par personne assurée dans un secteur ambulatoire - donc aussi en ambulatoire hospitalier - augmentent plus fortement de plus de 2 points de pourcentage que les coûts moyens par personne assurée dans l'ensemble de la Suisse. L'intervention tarifaire du Conseil fédéral est ainsi inscrite dans la loi et la souveraineté tarifaire des cantons, de même que le partenariat entre le corps médical et les assureurs, est éliminée.</p> <p>Un pilotage dans le domaine ambulatoire doit avoir pour objectif premier la sécurité et la qualité des soins pour la population. C'est pourquoi les mesures à prendre doivent être couplées à une offre de soins suffisante, non seulement sur le plan quantitatif, mais surtout qualitatif. Au regard de l'initiative sur l'immigration massive à mettre en oeuvre d'ici février 2017, du "retour au pays" de médecins de l'UE déjà amorcé et du manque de relève médicale, précisément dans le domaine ambulatoire, des mesures doivent être prises au plus vite pour la garantie des soins. Dans la planification, il faut tenir compte du fait que dans les prochaines années un nombre supérieur à la moyenne de médecins va partir en retraite, que la féminisation croissante en médecine est accompagnée d'une augmentation des emplois à temps partiel et de façon générale que l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée aujourd'hui donne une plus grande part aux loisirs. En outre, il faut créer les conditions cadres nécessaires, en particulier pour les services d'urgence ambulatoires. Cela comprend entre autres un financement adéquat des structures organisées et gérées par le corps médical, telles que les centrales téléphoniques d'urgence ou les cabinets d'urgences en amont d'un hôpital, qui permettent de garantir les soins médicaux en cas d'urgence, même avec des ressources en personnel toujours plus limitées parmi les médecins assurant des services d'urgence. Sur le fond, une planification et un pilotage cantonaux des ressources nous semblent judicieux, mais uniquement s'ils sont accompagnés d'une optimisation maximale en ce qui concerne les mesures à prendre pour la garantie des soins médicaux et si les cantons font appel aux fournisseurs de prestations, notamment pour la détermination des besoins. Cela comprend impérativement la définition de critères de qualité pour des soins médicaux de haute qualité.</p> <p>Conclusion</p> <p>Nous considérons les présentes dispositions légales, dont l'objectif est, du point de vue de la Confédération, une planification des soins et une possibilité de pilotage en vue de la garantie de la sécurité des soins médicaux pour la population suisse, comme absolument inappropriée.</p> <p>Il s'agit concrètement d'une tentative évidente de la part de la Confédération de prise d'influence profonde sur la souveraineté cantonale jusqu'au fournisseur de prestations individuel (cabinet médical ou ambulatoire hospitalier).</p> <p>Pour pouvoir réviser les dispositions prévues dans la présente révision de loi, avant tout de l'art. 55 b LAMal, il devrait être fait appel ultima ratio à l'outil du référendum.</p> <p>Mais il nous semble indispensable de continuer et d'intensifier le dialogue entre la Confédération, les cantons et le corps médical ainsi que les autres fournisseurs de prestations du secteur de la santé au sujet des conditions préalables à la garantie de soins de santé de qualité et sûrs.</p>	
<p>Generell zur Vorlage</p> <p>Die unterbreitete Vorlage will mit einer Revision des KVGs gleichzeitig die 3 folgenden Ziele erreichen:</p> <p>a.) eine flächendeckende Versorgung (Zugangsmöglichkeit)</p> <p>b.) ihre Sicherheit und Qualität</p>	<p>pharmaSuisse</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>c.) ihre Wirtschaftlichkeit in der OKP</p> <p>Die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung [a] der Bevölkerung mit Krankenpflegerischen Leistungen gehört gemäss geltender Kompetenzaufteilungen in der Verfassung zu den Aufgaben der Kantone. Die Sicherheit und Qualität [b] als Schutz der Bevölkerung und insbesondere der Patienten gehören zu gesundheitspolizeilichen Normen, die ausserhalb der Krankenversicherung geregelt werden. Grundsätzlich liegt es in der Kompetenz des Bundes vor allem die Wirtschaftlichkeit [c], die als optimales Qualitäts/Kosten Verhältnis zu verstehen ist, im Rahmen der Krankenversicherung zu regeln.</p> <p>pharmaSuisse unterstützt geeignete Bestrebungen, die zur Verbesserung dieser 3 Ziele beitragen können. Wir kommen aber zum Schluss, dass das KVG nicht zur Steuerung aller obgenannten Ziele geeignet ist, und schlagen für diese Fälle eine alternative Lösung vor.</p> <p>Ausgehend von der Wirtschaftsfreiheit und der Subsidiarität der staatlichen Intervention nimmt pharmaSuisse wie folgt Stellung zu den staatlichen Steuerungsmöglichkeiten.</p>	
<p>Vorbemerkungen</p> <p>Gemäss der Studie „Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025“ der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) vom April 2014 sind bis ins Jahr 2025 mehr Health Professionals nötig. Gründe dafür sind nebst dem Bevölkerungswachstum die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie die demographische Entwicklung der Bevölkerung. Der klar ausgewiesene Mehrbedarf kann mit den vorhandenen Ausbildungsplätzen nicht gedeckt werden.</p> <p>Angesichts einer akut drohenden Unterversorgung an gut ausgebildeten PhysiotherapeutInnen erscheint eine Gesetzesrevision gegen eine eventuelle Überversorgung widersprüchlich und nur sehr schwer nachvollziehbar. Es ist zudem zu befürchten, dass das ausgesendete negative Signal eines möglichen Zulassungstopps das Problem der Unterversorgung noch massiv verschärft. Da die Berufsausübungsbewilligung an bestimmte Bedingungen wie Nachweis der praktischen Tätigkeit gebunden ist (vgl. Art. 47 KVV), scheint die Hürde der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit bereits hoch. Über die Verordnung (Anova-Index) besteht bereits Mittel zur Steuerung, der den Versicherern zur Verfügung stehen.</p> <p>Eine allfällige Unterversorgung können die Kantone im Rahmen ihrer kantonalen Gesetzgebung bereits heute angehen, sind sie doch für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zuständig. Eine Änderung der nationalen Gesetzgebung wird hierzu nicht benötigt.</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Die vorgeschlagenen Änderungen des KVG sind nicht geeignet, die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter Physiotherapie zu gewährleisten. Im Gegenteil – diese würde durch die vorgeschlagenen Massnahmen gefährdet. physioswiss lehnt diese daher ab.</p>	<p>physioswiss</p>
<p>Als Vertreter von 150 Privatkliniken lehnen wir die vorgeschlagene Teilrevision des KVG betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs, v.a. die Möglichkeit einer Zulassungsbeschränkung, entschieden ab. Gerne verweisen wir an dieser Stelle auf unser Schreiben vom 26. Februar 2014, in welchem wir unsere Anliegen zur beabsichtigten langfristigen Steuerung der Versorgung im ambulanten Bereich u.a. wie folgt formulierten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keine Planungen, wo kein Bedarf danach besteht.</li> <li>2. Die Definition von Kriterien und Begrifflichkeiten hat zusammen mit den betroffenen Leistungserbringern zu erfolgen.</li> <li>3. Leitprinzipien bei allfälliger Planung sind die WZW-Kriterien des KVG, der Gleichbehandlungsgrundsatz, der gleiche Leistungen gleich behandelt unabhängig des Erbringungsortes, das Transparenzgebot und die Justiziabilität des Verfahrens.</li> </ol>	<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>Wir stellen fest, dass die nun vorgelegte Teilrevision kaum etwas Neues bringt und lehnen sie aus folgenden Gründen ab:</p> <p>Ausgangslage:</p> <p>Der Vorschlag des Bundesrats sieht eine Möglichkeit für die Kantone vor, den ambulanten Bereich im Falle einer Unterversorgung oder Überversorgung mittels Zulassungsbeschränkung nach Konsultation einer Kommission aus Vertretern der Versicherten, Leistungserbringer und Versicherer durch geeignete Massnahmen zu steuern. Zudem soll die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich durch die Kantone geregelt werden und der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz erhalten, in die Tarife einzugreifen, wenn ein Kanton keine Vorkehrungen getroffen hat und das dortige Kostenwachstum über dem gesamtschweizerischen Kostenwachstum liegt.</p> <p>Ablehnungsgründe im Einzelnen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dem vorliegenden Vorschlag für eine Teilrevision des KVG betreffend Steuerung des ambulanten Bereiches fehlt es aus folgenden Gründen an einer Gesamtkonzeption: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Trennung zwischen spitalambulanten und anderen ambulanten Leistungen berücksichtigt die medizinische Entwicklung nicht, denn die Spitäler und Kliniken nehmen immer eine wichtigere Rolle in diesem Bereich ein. Sie erbringen einerseits circa einen Drittel aller ambulanten Leistungen, andererseits besteht eine enge Kooperation mit den Praxisärzten. Die Spitäler würden mit Art. 39 Abs. 1bis KVG gegenüber den Praxen aufgrund einer generellen Planungspflicht (gegenüber einer individuellen bei Praxen für neue Leistungserbringer) benachteiligt. Eine solche Ungleichbehandlung können die Privatkliniken Schweiz nicht akzeptieren. Zudem wird die medizinische Entwicklung vom stationären zum ambulanten Bereich nicht berücksichtigt. Durch diese medizinische Verlagerung sowie der unterschiedlichen Finanzierung und Entschädigung von ambulanten resp. stationären Leistungen entsteht eine höhere Belastung der Prämienzahler und eine Entlastung der Steuerzahler. Diese finanzielle Verschiebung lässt sich nicht durch eine hier vorgesehene medizinische Planung oder Eingriffe in die Tarife lösen.</li> <li>- Die Begriffe Über- und Unterversorgung werden in der Vorlage weder definiert noch näher erläutert. Es fehlen jegliche Messkriterien für eine Über- oder Unterversorgung. Dies kann und wird von Kanton zu Kanton zu unterschiedlichen Interpretationen führen. Es besteht dadurch in der Vorlage eine grosse Unklarheit, die eine Ablehnung notwendig macht. Des Weiteren kann einer allfälligen Unterversorgung bereits heute durch die kantonale Gesetzgebung begegnet werden. Der neue Art. 40b KVG ist daher nicht nötig und folglich zu streichen. Schliesslich wirkt eine Teilrevision des KVG gegen eine Überversorgung in Anbetracht des drohenden Ärztemangels und der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative (MEI) widersprüchlich, irritierend und unangemessen.</li> <li>- Das Zusammenspiel zwischen Wettbewerb und staatlicher Regulierung wird nicht berücksichtigt. Im Gegensatz zum stationären Bereich, bei welchem der Wettbewerb durch die KVG-Revision Spitalfinanzierung gestärkt wurde, wird mit der vorliegenden Teilrevision die Wirtschaftlichkeit oder auch die Qualität der einzelnen Leistungen/Leistungserbringer nicht einbezogen.</li> <li>- Entgegen Art. 41 Abs. 1 KVG wird die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringer beschnitten und die Versorgungsregionen nicht angemessen berücksichtigt. Eine kantonale Planung entlang der kantonalen Grenzen scheint heutzutage in Anbetracht der Bevölkerungsmobilität, der Pendlerströme und überkantonalen Agglomerationen kaum umsetzbar zu sein.</li> </ul> </li> </ol>	

<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>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Die vorliegende geplante Teilrevision des KVG betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs, insbesondere mittels einer Zulassungsbeschränkung, ist aus verfassungsrechtlichen Gründen abzulehnen. In der BV fehlt bisher jegliche Kompetenz des Bundesrates, eine längerfristige Zulassungsbeschränkung verfügen zu dürfen. Dem Bund steht nach Art. 117 BV lediglich die Kompetenz zu, Vorschriften über die Krankenversicherung zu erlassen, jedoch sind für die Gesundheitsversorgung selbst die Kantone zuständig. Eine Einführung einer Kompetenz des Bundesrates zur Steuerung des ambulanten Bereichs mittels Zulassungsbeschränkung erscheint PKS ohne entsprechende Verfassungsänderung in rechtlicher Hinsicht verfassungswidrig. Zudem verstösst eine Zulassungsbeschränkung auch gegen die Wirtschaftsfreiheit gemäss Art. 27 BV in Bezug auf die Ärzte. Auch aus diesen Gründen ist die Vorlage abzulehnen.</li> <li>3. Es ist im Übrigen nicht nachvollziehbar, weshalb die Kantone die Kompetenz, den ambulanten Bereich mittels Zulassungsbeschränkung und anderen Massnahmen zu steuern, erhalten sollen. „Qui paye, commande“; die Kantone leisten keinen finanziellen Beitrag im ambulanten Bereich, folgedessen steht ihnen diese Kompetenz nicht zu.</li> <li>4. Die Vorlage weist an keiner Stelle aus, dass überhaupt ein Problem bezüglich Über- oder Unterversorgung besteht, das dringend behoben werden müsste. Es fehlt an der notwendigen Dringlichkeit.</li> <li>5. Die im Vernehmlassungsentwurf erwähnten Qualitätskriterien (siehe S. 10) werden inhaltlich nicht konkretisiert. Eine gesetzliche Grundlage für eine staatlich gelenkte ambulante Steuerung, u.a. mittels Zulassungsbeschränkung, ohne eine inhaltliche Konkretisierung und Definition der Kriterien und Begriffe ist abzulehnen.</li> </ol>	
<p>Die Schweiz ist i.S. Chiropraktik eher unterversorgt. Zwar gibt es Kantone in denen das Angebot für Chiropraktik gut ist, es gibt jedoch auch solche, in denen nur wenige oder gar keine Chiropraktikerinnen oder Chiropraktoren tätig sind.</p>	<p>SCG</p>
<p>In den Vernehmlassungsunterlagen sind sowohl Ausführungen zu den geplanten Gesetzesänderungen enthalten wie auch Hinweise zu voraussichtlich ergänzenden Texten in einer bundesrätlichen Verordnung. Wir erlauben uns, auch dazu unsere Meinung zu äussern. Die in den Erläuterungen erwähnten "runden Tische" sind mit Vorsicht zu geniessen. Das Beispiel der Präsentation der "Strategie 2020" zeigt, dass kritische Stimmen und von der offiziellen BAG-Meinung abweichende Ansichten kaum Beachtung fanden.</p>	<p>SBV (ASMI)</p>
<p>Der SBK begrüsst die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in der Steuerung des Gesundheitswesens zu stärken. Damit reagiert der Gesetzgeber auf Angebotslücken und Überangebote, die in den letzten Jahren entstanden sind. Der SBK begrüsst insbesondere auch, dass die Steuerung nicht bei den Krankenversicherern, sondern demokratisch legitimiert angesiedelt wird.</p> <p>Diese Form der Steuerung wird auch mit einer dualen Finanzierung kompatibel sein, falls sie künftig für eine sozialere Verteilung der Gesundheitskosten zur Diskussion stehen wird. Die Steuerung der ambulanten Leistungen muss sich auf die Leistungserbringer beschränken, die das Recht haben, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zu verschreiben, da die Verordnungen die Leistungsmenge bestimmen.</p> <p>Die Steuerung der ambulanten Versorgung muss sich zwingend an der Wichtigkeit und Ausbreitung der Gesundheitsprobleme der Bevölkerung, an der Lebensqualität der Betroffenen und an der Wirksamkeit der Massnahmen von Prävention und Behandlung orientieren. Dabei müssen die Unter- und Überversorgung gleichermaßen in Betracht gezogen werden.</p> <p>Der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gehört zu den Errungenschaften des KVG. Er muss nun noch an ein qualitativ hochstehendes Versorgungsangebot gekoppelt sein, das regional ausgewogen vorhanden ist. Es ist deshalb unerlässlich, den Versorgungsbedarf in Bezug auf die Versorgungsqualität zu ermitteln. Wir schlagen vor, jährlich einen Versorgungsbericht zu erstellen, der auch Verschiebungen vom stationären zum ambulanten Bereich aufzeigt</p>	<p>SBK/ASI</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 koordinierte Behandlungsketten als Ganzes betrachtet. Über- und Unterversorgung müssen mit national verbindlichen und von den Berufsverbänden mitbestimmten Kriterien definiert werden. Quantitative Kriterien wie Höchstzahlen dürften dazu kaum geeignet sein.</p>	
<p>Der SHV begrüsst die vorgeschlagene Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) grundsätzlich, vermisst aber für eine abschliessende Beurteilung der Vorlage die Definition der Mindestkriterien, anhand derer der Bundesrat die Versorgung festlegen will. In diesem Zusammenhang möchte der SHV auch darauf hinweisen, dass im Zentrum der bundesrätlichen Strategie 2020 die Bevölkerung und ihr Wohlbefinden steht und aus dieser Sicht sich die Problematik des Versorgungsangebots nicht mehr ausschliesslich auf die Kosten, sondern auf einen optimalen Zugang der Versicherten zu den Leistungen, die sie effektiv benötigen, konzentrieren sollte. Dies wurde so auch klar am ersten Runden Tisch festgehalten (Betonung der Versorgungsqualität und nicht ausschliesslich Fokus auf die Kosten). Dieser Ansatz vermisst der SHV im vorliegenden Gesetzesentwurf.</p> <p>In der Vorlage ist nicht definiert, was unter dem „ambulanten Sektor“ zu verstehen ist. Der SHV weist darauf hin, dass bezüglich der Grundversorgung nicht nur die Hausarztmedizin betrachtet werden muss, sondern in einem breiten und umfassenden Sinn auch die Grundversorgung rund um Schwangerschaft und Geburt, wie dies im Zusammenhang mit der Abstimmung zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung bereits mehrfach gesagt wurde.</p>	SHV
<p>Der SVDE begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in der Steuerung des Gesundheitswesens zu stärken. Insbesondere unterstützen wir, dass die Steuerung demokratisch legitimiert angesiedelt sein soll und nicht den Krankenversicherern übertragen wird.</p> <p>Bei der Umsetzung der vorliegenden Teilrevision sehen wir einige grundsätzliche Problemstellungen:</p> <p>Berücksichtigung von Arbeitspensen: Wie wollen Kantone Pensen überprüfen? Muss jede Änderung eines Arbeitspensums beim entsprechenden Kanton gemeldet werden? Wie wollen die Kantone diese Mehradministration bewältigen?</p> <p>Fachbereichsübergreifende Tätigkeitsbereiche: Integrierte Versorgung wird künftig insbesondere in der ambulanten Grundversorgung zunehmend eine wichtige Rolle spielen und führt zu fachbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren o.ä.</p> <p>Wie geht der Kanton bei fachbereichsübergreifenden Praxen oder bei Modellen der integrierten Versorgung vor, um zu prüfen, ob der Bedarf schon gedeckt ist oder ob eine Zulassung erteilt werden kann?</p> <p>Berücksichtigung von Angestellten: Selbständig erwerbende Ernährungsberater/innen oder eine Organisation der Ernährungsberatung kann weitere Berufskolleginnen und Berufskollegen anstellen. Diese sind bisher z.T. ausschliesslich im Zahlstellenregister erfasst. Müssen solche Angestelltenverhältnisse in Zukunft dem Kanton gemeldet werden?</p>	SVDE
<p>Der Spitex Verband Schweiz unterstützt die Gesetzesvorlage, wonach im KVG eine dauerhafte Regelung zur Steuerung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen werden soll.</p> <p>Der Spitex Verband Schweiz begrüsst, dass eine gesetzliche Grundlage zur Steuerung aller Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen wird. Es ist notwendig, dass die Vorlage nicht einzig auf die Ärzteschaft und die Apotheker fokussiert; die Entwicklung beim Wachstum der Leistungserbringer in der ambulanten Hilfe und Pflege in den Städten zeigt, dass auch in diesem Bereich Handlungsbedarf besteht. Wir begrüssen daher, dass neu kantonal in die Marktmechanismen im ambulanten Bereich eingegriffen werden kann. Die Kantone brauchen diese Steuerungsmöglichkeit.</p> <p>Zusammenfassung:</p>	Spitex

<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>Der Spitex Verband Schweiz unterstützt die Vorlage als Ganzes, solange sorgfältig darauf geachtet wird, dass insbesondere die Hausarztmedizin und die Spitex-Pflege für alle BewohnerInnen der Schweiz zugänglich bleibt / wird, insbesondere auf dem Land und in der Agglomeration. Das Augenmerk ist auf die Fachspezialisten und die Städte zu legen.</p>	
<p>Der VSAO lehnt 1. Eine quantitative Zulassungssteuerung des ambulanten Bereichs aus grundsätzlichen Überlegungen ab und bestreitet deren Notwendigkeit. 2. Lehnt er die geplante Form der Zulassungssteuerung als ungeeignet ab. Er fordert 3., dass die aktuell gültige qualitative Zulassungssteuerung weitergeführt und allenfalls ausgebaut wird. Er listet 4. Bedingungen auf, welche bei einer unbefristeten Zulassungssteuerung des ambulanten Bereichs erfüllt sein müssten, wenn der Bundesrat an seinem Vorschlag festhalten sollte. Er formuliert entsprechende Änderungsanträge.</p> <p>Auswirkungen der Masseneinwanderungsinitiative</p> <p>Die Schweiz steht vor der Herausforderung, einer immer älter werdenden Bevölkerung eine weiterhin sehr gute Gesundheitsversorgung anbieten zu können. Dazu wird das Gesundheitswesen in Zukunft mehr Personal benötigen. Die Gesundheitsversorgung basiert heute massgeblich auf der Zuwanderung von (ausgebildetem) Gesundheitspersonal aus anderen Ländern. Vor dem Hintergrund der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative ist diese Möglichkeit ab 2017 grundsätzlich in Frage gestellt. Wir bedauern, dass die beiden Geschäfte (Zulassungsstopp und Masseneinwanderungsinitiative) nicht in Verbindung gebracht werden.</p> <p>Unter- statt Überversorgung droht</p> <p>Aus Sicht des VSAO ist die entscheidende Frage, ob unser Gesundheitssystem noch aufrecht erhalten werden kann nach der Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative. Per 2016 soll eine Zulassungssteuerung eingeführt werden und 2017 werden allenfalls Kontingente jegliche Zulassungssteuerung bereits wieder erübrigen. Unseres Erachtens sollte der Schwerpunkt der behördlichen Massnahmen deshalb eindeutig auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung liegen und nicht auf einem Berufsverbotsverbot für Fachpersonal im Gesundheitswesen. Das zentrale Problem des Gesundheitswesens in absehbarer Zeit wird die Unter- und nicht die Überversorgung sein! Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN ortet im Jahr 2030 eine Versorgungslücke von bis zu 30 Prozent der prognostizierten Konsultationen im Bereich Grundversorgung und 15-30 Prozent im Bereich der SpezialistInnen. Da die geplante Zulassungssteuerung unabhängig deren Anwendung eine abschreckende Wirkung hat auf potenziellen Nachwuchs, wird sich der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen weiter verschärfen. (...)</p> <p>Zu viele oder zu wenige ÄrztInnen?</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass ein Widerspruch zwischen den Massnahmen zur Erhöhung der Anzahl Studienplätze in Humanmedizin (zu wenig ÄrztInnen?) und dem Zulassungsstopp (zu viele ÄrztInnen?) besteht. Die Diskussion um den Zulassungsstopp impliziert, dass zu viele ÄrztInnen in die freie Praxis möchten. Gleichzeitig klagen die Spitäler, dass ärztliche Stellen nicht, nur mit Verzögerung oder mit nicht adäquat qualifiziertem Personal besetzt werden können. Dieses Ungleichgewicht kann auch mit Anreizen angegangen werden. Dass viele ÄrztInnen in die freie Praxis möchten, hängt wesentlich mit den unattraktiven Arbeitsbedingungen im Spital zusammen (fehlende Teilzeitstellen, Entlohnung, unregelmässige Arbeitszeiten). Durch eine höhere Attraktivität des Spitalarztberufs könnten entsprechende Ungleichgewichte behoben werden. (...)</p> <p>Zum vorliegenden Vorschlag der Zulassungssteuerung des ambulanten Bereichs</p>	<p>VSAO + VSAO  SG/AR/AI +  VSAO-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>
<p>Heute gilt eine einfache, qualitative Beschränkung, indem eine dreijährige Tätigkeit an einer Schweizerischen Weiterbildungsstätte verlangt wird. Die Kantone haben die Möglichkeit, dieses national einheitliche Qualitätskriterium anzuwenden oder nicht. Dadurch werden die kantonalen und regionalen Unterschiede bereits heute berücksichtigt. Gerade Grenzkantone, welche heute am vehementesten eine Überversorgung in wenigen Facharztgebieten beklagen, können so bereits heute wirkungsvoll gegen GrenzgängeInnen und gegen mit unserem Gesundheitswesen wenig vertraute neu zugewanderte ÄrztInnen vorgehen. Der vorliegende Vorschlag nimmt diese sinnvollen, qualitativen Kriterien nicht auf. Zudem sind bisher keine verlässlichen Zahlen zu den Effekten des aktuell geltenden Zulassungsstopps vorhanden. Die immer wieder zitierte Abstellung auf erteilte ZSR-Nummern ist absolut untauglich. Die nun geplante dauerhafte Zulassungssteuerung würde ein kompliziertes System mit 26 Mal X (unterschiedliche Gesundheitsberufe) unterschiedlichen Regimen der Zulassungssteuerung etablieren. Der VSAO erkennt im geplanten Vorschlag lediglich zwei positive Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kantone können bei Unterversorgung Unterstützungsmassnahmen treffen (wobei dies bereits heute möglich ist und dies insofern keiner neuen gesetzlichen Grundlage bedarf).</li> <li>- Eine allfällige Zulassungsbeschränkung kann juristisch beim BVG angefochten werden, wobei hier die volle Kognition gefordert wird. (...)</li> </ul> <p>Fortführung der bewährten, qualitativen Zulassungssteuerung</p> <p>Wie oben ausgeführt ist der aktuell gültige Zulassungsstopp ein gelungener Kompromiss mit klaren, qualitativen Kriterien. Der VSAO könnte sich mit der Weiterführung dieser Regelung einverstanden erklären. Er teilt die Argumentation des Bundesrates nicht, dass der aktuell gültige Zulassungsstopp gegen das Personenfreizügigkeitsabkommen verstösst. Dazu bestehen unterschiedliche Rechtsauffassungen<sup>2</sup>. Bis heute ist uns zudem nicht bekannt, dass juristische Schritte gegen die aktuell gültige Zulassungssteuerung unternommen wurden. Es ist zudem fraglich, wie lange das Personenfreizügigkeitsabkommen in der heutigen Form noch gültig ist (vor dem Hintergrund der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative). Wir bitten deshalb den Bundesrat nochmals vertieft zu prüfen, ob der aktuell gültige Zulassungsstopp weitergeführt werden kann. Wir beantragen deshalb, die bisherige Regelung des KVG weiterzuführen.</p>	
<p>Wir befürworten zunächst ganz ausdrücklich die Ablösung von befristetem Notrecht durch ordentliches Recht. Das bisherige System hat weitreichende unerwünschte Wirkungen gehabt, weil die Akteure dadurch stark verunsichert wurden und aus dieser Not heraus teilweise zu Überreaktionen gezwungen waren. Der mehrfach beobachtete unerwünschte, zeitweise sprunghafte Anstieg von erteilten ZSR-Nummern lässt sich nur so erklären. Weiter begrüssen wir auch die späte Einsicht, dass der Bundesrat von der Idee, in der sozialen Krankenversicherung (OKP) trotz staatlich genehmigter Tarife die Vertragsfreiheit einführen zu wollen, nun definitiv Abstand nimmt. Gleiches gilt bezüglich der Einführung differenzierter Tarife, was zu Recht ebenfalls verworfen wurde.</p> <p>Damit bleibt nur noch der unbeliebte Planungsansatz als weitere Option offen. Die vorgeschlagene Lösung ist dabei aus unserer Sicht die beste Variante, weil nur bei Über- oder Unterversorgung Massnahmen ergriffen werden können und weil die Zuständigkeit dafür bei den Kantonen liegen soll. Richtig erachten wir es zudem, die erwähnten kantonalen Massnahmen von einem nicht nur quantitativ, sondern vor allem auch qualitativ ausreichenden Versorgungsangebot abhängig zu machen.</p> <p>Die explizit vorgesehene Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit, welche es ermöglicht, die Zulassung auf mehrere Personen desselben Fachgebiets oder verwandter Fachgebiete aufzuteilen, stellt eine wesentliche Verbesserung gegenüber der heutigen Rechtslage dar. Der beratenden Kommission kommt bei der Planung des Versorgungsbedarfs eine zentrale Funktion zu. Es ist zu hoffen, dass vom Kanton in aller Regel nur einvernehmlich, von der Kommission, in welcher alle betroffenen Parteien Einsitz nehmen, erarbeitete oder zumindest genehmigte Lösungen umgesetzt werden.</p>	VLSS

<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>Bisher bestehende Leistungserbringer bzw. Arztpraxen sind zu Recht von der Möglichkeit einer Einschränkung der Tätigkeit zu Lasten der OKP ausgenommen. Gleiches muss für Praxisnachfolgen gelten. Die Möglichkeit des Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, sollte deshalb unseres Erachtens unbedingt weiterhin explizit im Gesetz verankert bleiben.</p> <p>Wir fragen uns hingegen, ob die Schaffung neuer Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung im (spital-) ambulanten Bereich dem Sinn und Zweck des KVG entspricht, welches systematisch zwischen dem Spitalbereich (inkl. spitalambulanter Bereich) und dem ambulanten Bereich ausserhalb des Spitals unterscheidet.</p>	
<p>Aufgrund der Vernehmlassungsunterlagen erkennen wir eine Gefahr darin, dass ein Richtungsbezug hin zu einer breit angelegten ambulanten Planung eingeschlagen wird. In der Vorlage wird davon ausgegangen, dass „die Kantone am besten in der Lage sind, die optimale Versorgung festzulegen“ und dass die Gesundheitsversorgung regional geplant und interkantonal koordiniert werden muss.</p> <p>Für eine Qualität- und versorgungsorientierte Lösung müssen in unserem föderalen System in einem ersten Schritt drei grundsätzliche Fragen beantwortet werden.</p> <p>Subsidiarität: bleibt der Grundsatz der Subsidiarität gewahrt und ab wann soll der Staat eingreifen dürfen?</p> <p>Qualität: wer definiert die notwendige Qualität, wie lauten die Messkriterien, wer führt die Messungen durch und wie werden die Erkenntnisse verwendet und transparent gemacht?</p> <p>Versorgung: weiche Interventionsschwellen gelten und wie werden sie festgelegt?</p> <p>Diese Fragestellungen sind derzeit ungenügend oder noch nicht beantwortet.</p> <p>a) Keine Vermischung von Tarif- und Versorgungsfragen</p> <p>Gegenüber den immer wieder ins Feld geführten Überlegungen, die Versorgungssteuerung in irgendeiner Form mit den Tarifen zu koppeln, äussern wir allergrösste Bedenken. Wir fordern diesbezüglich eine strikte Trennung. Eine Verknüpfung zwischen Leistungsvergütung (basierend auf Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit) und Versorgungssteuerung (basierend auf Zugang und Qualität) kann unmöglich gelingen. Die Problematik kann anhand folgender Fragestellungen einfach dargestellt werden:</p> <p>Wie hoch müsste der Taxpunkt resp. Preis einer Leistung sein, damit diese in einem „unterversorgten Gebiet“ angeboten würde? Die Erzielung eines gewünschten Angebots alleine über den Preis ist nicht möglich. Ob sich ein (Grund-)Versorger in einem bestimmten Gebiet niederlässt, ist auch von vielen anderen Faktoren abhängig. Preisbasierte Steuerungsversuche entsprechen zudem einer längst überholten Subventionierungspraxis, die massive Fehlanreize im Angebotsverhalten auslösen kann. In Gebieten, die als „unterversorgt“ bezeichnet werden, könnte in der Folge ein massiver Preisdruck nach oben einsetzen.</p> <p>Wie tief müsste der Taxpunkt resp. Preis einer Leistung bei einer tariflichen Intervention in einem „überversorgten Gebiet“ sein? Durch das Gebot einer wirtschaftlichen und sachgerechten Vergütung besteht a priori nur wenig Spielraum für eine Angebotssteuerung über den Preis. Würde dieser nämlich, ausgehend von einer korrekten Tarifierung, politisch gesenkt, könnte die Leistung nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Eine derartige Preissteuerung kann rasch in die Rationierung führen.</p> <p>Die Idee einer „kostenorientierten Preissteuerung“ ist sehr stark aus den Erfahrungen und Gepflogenheiten bei TARMED geprägt. Dabei werden die Schwächen der Tarifstruktur und ihrer Anreizwirkungen über Preiseingriffe korrigiert. Dieses Verhalten ist nicht nachhaltig und kollidiert mit den Anforderungen einer guten und effizienten Versorgung.</p> <p>b) Die Grenzen der Zulassungssteuerung</p>	<p>SWISS REHA</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>Ziel der Vorlage ist, „Unterversorgung zu verhindern und Überversorgung zu beheben“. Dieser generellen Zielsetzung ist zwar nicht zu widersprechen, wohl aber einer daraus abgeleiteten Legitimation der staatlichen Steuerung. (...)</p> <p>c) Fazit</p> <p>Sämtliche bisherigen Diskussionen zum Thema Zulassungssteuerung, die Vernehmlassung zur neuerlichen Einführung der Zulassungsbeschränkung wie auch die Erfahrungen mit dem ersten Zulassungsstopp haben unmissverständlich aufgezeigt, dass die Fragestellung eine enorme Komplexität aufweist. Eine nachhaltige und breit abgestützte Lösung kommt nicht umhin, alle relevanten Fragestellungen gleichberechtigt mit einzubeziehen. SW!SS REHA schlägt deshalb vor, die Themenkreise abzugrenzen und die jeweiligen Massnahmen zu definieren.</p>	
<p>curafutura und deren Mitglieder CSS, Helsana, sanitas und KPT lehnen die vorgeschlagene Teilrevision des KVG gesamthaft ab.</p> <p>1. Vorbemerkungen</p> <p>curafutura legt Wert auf die Feststellung, dass die vorliegende Lösung nicht – wie vom BAG kommuniziert – an den genannten <i>Runden Tischen</i> diskutiert wurde. Zwar hat ein entsprechender Austausch über allgemeine Regulierungsvorschläge stattgefunden, doch kann aus diesen Veranstaltungen unseres Erachtens mitnichten eine breite Zustimmung zum nun vorgelegten Entwurf suggeriert werden. curafutura hat ihrerseits mit Schreiben vom 21. Februar 2014 detailliert zu den damaligen Vorschlägen Stellung genommen und eine ambulante Planung abgelehnt (Beilage 1).</p> <p>curafutura stellt fest, dass die Vorlage <i>keine nennenswerte Problemanalyse</i> aufweist. Es wird weder erörtert, wo und in welchem Ausmass eine Unter- oder Überversorgung überhaupt besteht, noch auf welchen Methoden diese ermittelt worden wäre respektive zu ermitteln ist. Im Weiteren findet sich – mit Ausnahme von wenigen Worten zur Entwicklung der ZSR-Nummern – <i>keine Wirkungsanalyse</i> zum aktuell bestehenden Regime der Zulassungsbeschränkung.</p> <p>Sowohl anlässlich der Runden Tische wie auch in der derzeitigen medialen Berichterstattung dominiert das Thema der Gefahr der medizinischen Unterversorgung als Folge eines <i>Mangels an genügend ausgebildeten medizinischen und pflegerischen Fachkräften</i>. Trifft diese Feststellung zu, so wird die nun präsentierte Vorlage in keiner Art und Weise die drohende Unterversorgung zu beheben helfen. Sie schießt in dieser Hinsicht konsequent am Ziel vorbei.</p> <p>Bezeichnenderweise <i>fehlt eine eigentliche Zielformulierung</i> in der Vorlage.</p> <p>Die „formulierten“ Ziele selbst schwanken zwischen Selbstzweck und Prinzip Hoffnung.</p> <p>2. Flächendeckende ambulante Planung als absehbare Konsequenz</p> <p>Massnahmen zur Steuerung des Angebots müssen stets auf einer entsprechenden Planung beruhen. Die Entwicklung, welche mit der Erteilung der Planungskompetenz angesprochen wird, lässt sich anhand der Geschichte der Spitalplanung gut nachzeichnen:</p> <p>In einem ersten Schritt wird eine kapazitätsorientierte Planung Einzug halten. Während dies im Spitalbereich lange Zeit über die Spitalbetten erfolgte, wird der ambulante Bereich über die Anzahl Leistungserbringer „gesteuert“. Dies entspricht weitgehend dem heutigen Regime der Zulassungsbeschränkung.</p> <p>Durch die Beschränkung des Tätigkeitsumfangs findet eine „Verfeinerung“ der Planung statt. Neu wird ein Kanton durch die „Aufteilung einer Zulassung“ direkt auf die Arbeitspensien der ambulanten Leistungserbringer Einfluss nehmen können. Allein dieser Umstand hat weitreichende Konsequenzen, denn bei Zuteilung des Tätigkeitsumfangs (Art. 40a Abs. 2) muss eine Überschreitung desselben auch sanktioniert werden können. Der Tätigkeitsumfang muss somit nicht nur monitorisiert werden, sondern es müssen auch Wege gefunden werden, um eine überschüssende Leistungserbringung nicht mehr zu</p>	<p>curafutura</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>Lasten der OKP zu finanzieren. In der heute geltenden monistischen Finanzierung ambulanter Leistungen verursacht dies unlösbare Probleme. So kann nicht bestimmt werden, ob die frühere Leistung (finanziert durch Versicherer A) oder die spätere Leistung (finanziert durch Versicherer B) „überschiessend“ war und welcher Versicherer die Rechnungsvergütung – sofern bereits erfolgt – zurück erhält. Sodann ist zu berücksichtigen, dass die Leistung im Rahmen der Kostenbeteiligung des Patienten stattgefunden haben kann. Konsequenterweise müsste der Leistungserbringer den Rechnungsbetrag dann dem Patienten zurückerstatten (nach Verfügung durch den Kanton). Dies hätte den absurden Nebenbefeckt, dass der Patient die Leistung gratis bezogen hätte. Die offensichtlichen Umsetzungsschwierigkeiten bei der Zuteilung des Tätigkeitsumfangs dürften dazu führen, dass bald in ein System mit Festlegung von Maximalmengen übergegangen wird.</p> <p>Es ist naheliegend, dass eine ambulante Planung und Steuerung letztlich untrennbar mit einer dualen Finanzierung verbunden sein muss, denn die Überwachung der Einhaltung des kantonally bestimmten Tätigkeitsumfangs kann nicht den Krankenversicherern auferlegt werden. Von diesem Zustand ist es nur ein kleiner Schritt hin zu einer umfassenden leistungsorientierten Planung, die – begünstigt durch das verbreitete System der Einzelleistungsvergütung – auch ohne Weiteres zu etablieren wäre.</p> <p>Für die Leistungserbringer resultiert daraus der weitgehende Verlust der freiberuflichen Tätigkeit, in verkappter Weise aber auch die Aufhebung des Vertragszwangs (vgl. Art. 40a Abs. 1). Curafutura hält diesen Umstand durchaus für bemerkenswert, denn in den Erläuterungen selber wird die Aufhebung des Vertragszwangs als nicht mehrheitsfähig beschrieben. Pikant daran ist, dass die kantonale Zulassungsverweigerung die viel härtere Massnahme darstellt als die Aufhebung des Vertragszwangs. Dasselbe gilt für die Regulierung des Tätigkeitsumfangs.</p> <p>Es ist aus unserer Sicht somit geradezu unvermeidbar, dass am Ende des Prozesses eine ausufernde Planung im gesamten ambulanten Bereich provoziert wird. Besonders bedenklich ist hierbei der Umstand, dass die Kantone als Planer die Konsequenzen ihrer Entscheide nicht selber zu finanzieren haben.</p> <p>An dieser Stelle gilt es auch auf die Erfahrungen der Spitalplanung zu verweisen. Auch diese hat sich gemäss Gesetz u.a. an Qualitätskriterien zu orientieren. Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass die Berücksichtigung dieser Qualitätskriterien bestenfalls in marginaler Weise stattfindet, die Spitalplanungen aber trotzdem als sehr weitgehend bezeichnet werden können.</p> <p>Fazit: Die Vorlage bringt eine Abkehr vom Konzept der „Notmassnahme“, wie sie die Zulassungsbeschränkung darstellt, hin zu einer umfassenden ambulanten Planung ohne Finanzierungsverantwortung durch die Kantone. Dabei sind weder Notwendigkeit noch Nutzen einer solchen umfassenden kantonalen Steuerung dargelegt, geschweige denn erwiesen.</p> <p><b>3. Würdigung / Kritik zu den Erläuterungen</b></p> <p>Wir möchten unsere Irritation über die Vorlage als auch über die Inhalte des erläuternden Berichts nicht verschweigen. Unseres Erachtens steht von keiner Seite ein wahrnehmbarer Ruf nach einer breit angelegten ambulanten Planung und Steuerung überhaupt im Raum. Es ist auch in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb eine ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Zulassungsbeschränkung) mit einer umfassenden und ständigen Planung ersetzt werden soll. Für eine derart weitreichende Regulation fehlt schlicht der Nachweis der Notwendigkeit und Angemessenheit.</p> <p>Aus dem Wortlaut der Erläuterungen kann auch mitnichten geschlossen werden, dass die Vorlage rein auf ausserordentliche Massnahmen bei Vorliegen einer substanziellen Unter- oder Überversorgung abzielen würde. Vielmehr bestätigen die Erläuterungen den Charakter der Vorlage als Abkehr vom Grundsatz der Subsidiarität und dem Primat des Wettbewerbs, hin zu einem Primat staatlicher Planung und Lenkung. So wird stipuliert: „Zudem erfordern die zunehmende Komplexität und die gegenläufigen Interessen mehr Steuerung und Transparenz des Systems“. Hierbei ist unbestritten, dass die Schaffung von Transparenz eine zentrale Herausforderung darstellt. Dass die in der Natur der Sache liegenden gegenläufigen Interessen und die weitgehend von der Regulierung selber</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>geschaffene zunehmende Komplexität hingegen Gründe für (noch) mehr Steuerung darstellen, ist logisch hingegen nicht nachvollziehbar.</p> <p>Der Umstand, dass die Kantone freiwillig eingreifen können, ändert daran nichts. So wird nach dem Sinn der Vorlage kein Kanton umhin kommen, „den Versorgungsbedarf in Bezug auf die als optimal bestimmte Versorgungsqualität“ zu ermitteln. Hiervon sind alle ambulanten Leistungserbringer betroffen, soweit sie OKP-Leistungen erbringen.</p> <p>Generell verkörpert die Botschaft einen nicht hinterfragten, etatistischen Ansatz. So wird ausgeführt: „Das Gesundheitswesen soll um sie [die Bevölkerung] und ihre Bedürfnisse herum weiter entwickelt werden. Die Problematik des Versorgungsangebots konzentriert sich nicht mehr ausschliesslich auf die Kosten, sondern auch auf den optimalen Zugang der Versicherten zu den Leistungen, die sie effektiv benötigen. Ohne Regulierung des ambulanten Bereichs nehmen aber auch das Angebot und mit ihm die Menge an erbrachten Leistungen und dementsprechend die Kosten zulasten der OKP zu. Die optimale Organisation der Versorgung ist deshalb auch eine Massnahme, um den Anstieg der Gesundheitskosten einzudämmen.“</p> <p>Auf welcher Basis gelangt der Bundesrat zur Ansicht, dass der Staat in der Lage ist, die Bedürfnisse der Bevölkerung besser zu kennen als diese selbst?</p> <p>Anhand welcher Erkenntnisse gelangt er zum Schluss, dass der Zugang der Versicherten nicht optimal sei und – kumulativ – eine staatliche Planung diesen supponierten Mangel besser beheben kann als andere (in dieser Botschaft gar nicht aufgeführte) Möglichkeiten?</p> <p>Weshalb glaubt der Bundesrat, dass der Staat in der Lage ist zu bestimmen, welche Leistungen die Bevölkerung <i>effektiv</i> benötigt? Wie will er umgekehrt erkennen, welche Leistungen heute zwar erbracht, aber eigentlich gar nicht benötigt werden?</p> <p>Ist dem Bundesrat bewusst, dass das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage ihren Nährboden in der bestehenden Regulierung hat, welche für die Leistungserbringer den Abnahmezwang durch die Krankenversicherung bringt (Vertragszwang), gekoppelt mit wenig ausgeprägten Anreizen zur Selbstverantwortung durch die Versicherten?</p> <p>Ist der Bundesrat anhand der Erfahrungen der Spitalfinanzierung und -planung tatsächlich der Ansicht, dass die „<i>optimale Organisation der Versorgung</i>“ zu einer Eindämmung der Kosten führt?</p> <p>In der Auffassung von curafutura sind die Erläuterungen zur Botschaft nicht nur ungenügend begründet und unausgewogen, sie sind auch von einer Auffassung des Staats als „allwissende Instanz“ geprägt, welche eine Bevormundung der Bürger als in ihrem eigenen Interesse hinzunehmen bereit ist.</p> <p>4. Würdigung der Studie „Angebotssteuerung im ambulanten Bereich“</p> <p>Leider kann auch die seriöse und aufwändige Länderstudie „Angebotssteuerung im ambulanten Bereich“ wenig Klärendes beisteuern. Das liegt weniger an der Qualität der Studie als vielmehr am offenbar zugrunde liegenden Auftrag und den in der Studie einleitend erwähnten Zielen. Daraus ergeht nämlich, dass nur dauerhafte Lösungen zur Steuerung zu evaluieren sind, anstatt der Fragestellung nachzugehen, ob und unter welchen Gegebenheiten überhaupt eine Steuerung in Betracht zu ziehen ist. Zusammenfassend lässt sich aus der Studie nur der Schluss ableiten, dass zwar diverse Steuerungsmöglichkeiten existieren, diese aber allesamt mit substanziellen Nachteilen verbunden sind. Es verwundert folglich nicht, dass die Studie schlussendlich gar keine Empfehlungen abgibt.</p> <p>5. Thema Vertragsfreiheit</p> <p>curafutura bedauert, dass der Problematik des geltenden Vertragszwangs einmal mehr nicht genügend Platz eingeräumt wird. Vorab würde es zu klären gelten, welche Rolle einer Lockerung des Vertragszwangs in der Diskussion um die Zulassungssteuerung überhaupt zukommen kann. Wir sind dezidiert der Ansicht, dass die Ausgestaltung des Vertragswesens nicht eine Frage der Zulassung zu einem Markt, sondern der Interaktion unter den (zugelassenen) Marktteilnehmern darstellt. Es ist sowohl rechtsstaatlich wie auch ökonomisch im Grunde genommen absurd, die Zulassung von Leistungserbringern den Versicherern zu übertragen. Unseres Wissens steht diese Forderung aber auch gar nicht</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>im Raum. Es ist folglich umso störender, dass das Thema der Lockerung des Vertragszwangs anhand einer untauglichen Fragestellung vom Tisch gewischt wird.</p> <p>Vertragsfreiheit ist im Kontext von effizienten Märkten zu betrachten. Wenn Produzenten einer Leistung eine Abnahmegarantie vorfinden, erhöht dies nicht nur die produzierte Menge, sondern auch den Preis der Leistung, bspw. weil Intransparenz nicht ausreichend sanktioniert werden kann. Das sind einfache ökonomische Zusammenhänge, die auch im Gesundheitswesen gelten.</p> <p>Andere Branchen sind viel kapitalintensiver und können dennoch im freien Markt bestehen. Das in der Studie (Ziffer 6) mehrfach erwähnte „Problem des Bestandesschutzes bei Vertragsfreiheit“ ist ein Phänomen regulierter Märkte und der gesundheitspolitischen Diskussionen. Erstens ist der Bestandesschutz nicht grundsätzlich gefährdet, nur weil ein Leistungserbringer von einem Versicherer nicht oder nur unter besseren Konditionen unter Vertrag genommen werden kann. Zweitens kann es nicht in einem generellen Interesse der Versicherten und Patienten liegen, unwirtschaftliche oder gar qualitativ ungenügende Leistungserbringer über die Sozialversicherung zu alimentieren. Das heutige differenzierte Angebot an Zahnarztpraxen zeigt eindrücklich, dass medizinischen Leistungen auch im freien Markt sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht genügend erbracht werden können.</p> <p>6. Förderung der integrierten Versorgung als Alternative</p> <p>Bereits im Jahre 2012 fasste das Parlament eine Alternative zur Verlängerung des Zulassungsstopps ins Auge: Die Managed-Care-Vorlage wurde dann aber vom Souverän in einer Referendumsabstimmung abgelehnt. Trotz Ablehnung der Gesetzesrevision sind heute über 60 % der Versicherten in einem alternativen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Arztwahl versichert und lassen sich durch ihren Arzt des Vertrauens oder einen Gatekeeper im Behandlungsfalle umfassend beraten und steuern. Der Gesetzgeber war damals der Meinung, mit der Ausbreitung der integrierten Versorgung könnte auf eine Nachfolgelösung des Zulassungsstopps verzichtet werden. Inzwischen wurde der Risikoausgleich noch einmal verbessert, und die Rahmenbedingungen für die Ausbreitung vielfältiger Steuerungsmodelle der integrierten Versorgung sind verbessert worden, so dass sich sowohl die Weiterführung des Zulassungsstopps wie auch eine Versorgungsplanung durch die Kantone erübrigt.</p> <p>curafutura ist überzeugt, dass mit der Verbesserung des Risikoausgleichs nun der Wettbewerb um die besten Versicherungs- und Versorgungsmodelle im Sinne einer qualitativ hochstehenden Medizin lanciert ist. Dieser Dynamik sollte man eine Chance geben. Nur der Wettbewerb wird neue innovative Ansätze hervorbringen. Eine rigide Angebotsplanung verhindert jedoch den Zugang von jungen Fachkräften, ist ein negatives Signal im Hinblick auf den prognostizierten Mangel an Ärzten und Pflegepersonal und verhindert jede Innovation.</p> <p>7. Fazit</p> <p>curafutura lehnt die Vorlage über die Steuerung des ambulanten Bereichs entschieden ab. Unter dem wohlwollenden Deckmantel von Zugang, Qualität und Kosteneindämmung verkörpert sie einen unerhörten Eingriff in die soziale Krankenversicherung im Speziellen, aber auch in das Gesundheitswesen ganz allgemein.</p> <p>curafutura ist erstaunt, dass der Bund willens zu sein scheint, seine Steuerungsmöglichkeiten über die soziale Krankenversicherung, deren Regulierung gemäss Verfassung ihm übertragen ist, weitgehend an die Kantone zu delegieren.</p> <p>So weitreichend die Konsequenzen dieser Vorlage auch wären, ist doch auch festzuhalten, dass die Vorlage mutlos und ohne neue Ideen daher kommt. In gewisser Weise wird nämlich sowohl die Definition des Problems als auch dessen Lösung in Form einer Blankovollmacht an die Kantone delegiert. Elemente wie eine Lockerung des Vertragszwangs oder die Stärkung der Eigenverantwortung werden nicht einmal in Betracht gezogen.</p> <p>In der Auffassung von curafutura missachtet der vorliegende Gesetzesentwurf den Grundsatz der Subsidiarität staatlichen Handelns und erklärt den staatlichen Eingriff zum Standard. Er ist nicht, wie man meinen könnte, das Pendant zur Planung im stationären</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>
Bereich, sondern die Vollendung der staatlichen Steuerung über den gesamten Bereich der Leistungserbringung.	
<p>santésuisse nimmt mit Befremden zur Kenntnis, dass der Bund die Steuerung des ambulanten Bereichs nur als Sicherung der Versorgungsqualität sieht, und die Notwendigkeit der Kosteneindämmung kaum mehr ins Gewicht fällt. So hält ein Inputpapier des BAG vom 5. Februar 2014 fest, dass es nicht allein um eine Beschränkung oder um einen Stopp der Zulassung gehe, sondern um eine qualitativ hochwertige Versorgung, indem sowohl Über- wie auch Unterversorgung verhindert werden sollen. Nach Meinung santésuisse darf eine Teilrevision des KVG nicht bloss das Bekenntnis zur Versorgungsqualität zum Ziel haben, sondern muss auch Massnahmen zu deren finanziellen Sicherstellung beinhalten.</p> <p>Wie die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, ist die befristete bedarfsabhängige Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kein geeignetes Instrument, um das Kostenwachstum zu bremsen. Ganz im Gegenteil: Die befristete Zulassungssteuerung vermochte über die Jahre, während der sie in verschiedenen Variationen in Kraft war, weder das Mengenwachstum im Allgemeinen noch das Angebot an Ärzten im Besonderen zu begrenzen. Die Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte ist zwischen 2004 und 2012, in einem Zeitraum also, als der «Zulassungsstopp» ohne Unterbruch galt, kontinuierlich gestiegen. Beim vorliegenden Steuerungsmodell handelt es sich im Wesentlichen um eine definitive Verankerung der bisher wirkungslosen befristeten Zulassungssteuerung. santésuisse lehnt daher die Teilrevision des KVG in der vorliegenden Form vollumfänglich ab.</p> <p>1. Vorschlag nicht geeignet zur Eindämmung der Gesundheitskosten</p> <p>Die in der Teilrevision vorgesehenen Massnahmen verfehlen unserer Meinung nach ihre Wirkung bezügliche Kostenkontrolle:</p> <p>Erstens unterscheidet sich das vorliegende Steuerungsmodell in den Grundzügen nicht wesentlich von den bisherigen Modellen. So können (müssen aber nicht) die Kantone bereits im Rahmen der geltenden, temporären Massnahme bei einer Überversorgung die Zulassung fachbereichsspezifisch beschränken – bisher mit begrenzter Wirkung. Der Vorschlag berücksichtigt im Gegensatz zu früheren Modellen explizit die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich (Art. 39 Abs. 1bis KVG): Neu sollen die Kantone auch die Tätigkeit der Spitalambulatorien im Rahmen der Spitalplanung regeln sowie den ambulanten und spitalambulanten Bereich aufeinander abstimmen. Dies um den Fehlanreiz zu vermeiden, dass die Kantone die Spitalambulatorien ausweiten und sich in diesem Bereich – trotz Zulassungssteuerung – die Anzahl der zulasten der Grundversicherung tätigen Leistungserbringer erhöht. Aus Sicht der Krankenversicherer vermag diese Bestimmung den oben beschriebenen Fehlanreiz nicht zu beseitigen. Einerseits ist die Regelung des ambulanten Angebots der Spitäler schwierig zu vollziehen da – wie der erläuternde Bericht richtig feststellt – die meisten Spitäler bezüglich Arbeitsaufwand der Leistungserbringer nicht genau zwischen ambulantem und stationärem Bereich unterscheiden können. Andererseits ist hier der Kanton als regulierende Instanz beider ambulanter Bereiche unglaubwürdig aufgrund seiner Doppelrolle als Eigentümer und Betreiber der öffentlichen Spitäler.</p> <p>Zweitens stützt der Vorschlag stark auf die ständige Monitorisierung der Leistungserbringer ab. Gemäss Gesetzesentwurf wird der Bundesrat Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich festlegen (Art 40c Abs. 1 KVG). Die Basis für eine gezielte und bedarfsgerechte Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist eine zuverlässige und umfangreiche Daten- und Informationsgrundlage. Die Datengrundlagen in der Schweiz sind aber dürftig. Zur objektiven Feststellung einer Über- oder Unterversorgung sind sowohl nachfrageseitige Indikatoren als auch angebotsseitige Indikatoren in Betracht zu ziehen. Die aktuelle Datenlage in der Schweiz weist sowohl angebotsseitig als auch nachfrageseitig grosse Lücken auf. Die fehlende Verfügbarkeit von geeigneten Indikatoren macht die Feststellung einer Über- oder Unterversorgung problematisch. Das Gesetz ist daher schwammig und nicht griffig genug.</p>	santésuisse

<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>Drittens braucht es zusätzliche Massnahmen, um das Problem der Mengenausweitung durch angebotsinduzierte Nachfrage anzugehen. Insbesondere im ambulanten Bereich bestehen durch die Einzelleistungsvergütung starke Anreize für eine Mengenausweitung. Um diesen Anreiz zu reduzieren, sind weitere Steuerungsinstrumente in Betracht zu ziehen, wie z.B. die Beschränkung des abrechenbaren Leistungsvolumens mittels Managed-Care-Modellen oder die Lockerung des Vertragszwangs.</p> <p>2. Wettbewerbspolitische Einwände</p> <p>Abgesehen von der ausbleibenden Wirkung hat santésuisse gegenüber dem Modellvorschlag auch wettbewerbspolitische Einwände. Entscheidet sich der Kanton bei einer vorherrschenden Überversorgung für eine Zulassungsbeschränkung, werden Leistungserbringer mit Zulassung vor der neuen Konkurrenz – seien dies nun ausländische Leistungserbringer oder junger Nachwuchs aus der Schweiz – geschützt. Mit solchen Markteintrittsbarrieren wird der Wettbewerbsdruck aus dem System genommen.</p> <p>3. Unübersichtlichkeit des Schweizer Gesundheitssystems nimmt zu</p> <p>Der Vorschlag des Bundes sieht vor, dass die Kantone die geeigneten Massnahmen zu bestimmen haben, sobald auf ihrem Gebiet eine Über- oder Unterversorgung im ambulanten Bereich festgestellt wird (Art. 40a und 40b KVG) Diese kleinräumige Versorgungssteuerung und -planung lehnt santésuisse aus verschiedenen Gründen ab. Erstens sind der Aufbau und das Betreiben einer kantonalen Versorgungssteuerung und -planung im ambulanten Bereich mit einem grossen Ressourcenaufwand verbunden, was insbesondere für Kleinkantone eine nicht zu unterschätzende Belastung bedeuten würde. Zweitens führt der Vorschlag des Bundes zu 26 verschiedenen kantonalen Regulierungslösungen, wodurch die Komplexität und Unübersichtlichkeit des Schweizer Gesundheitssystems, insbesondere des Zulassungssystems von ambulanten Leistungserbringern, zunehmen wird. Schliesslich wäre vor dem Hintergrund des heutigen Mobilitätsverhaltens (Arbeits- und Wohnort oft nicht im selben Kanton) eine kantonale Versorgungssteuerung wenig sinnvoll.</p> <p>4. Rollenkonflikt der Kantone</p> <p>Schliesslich ist mit der vorliegenden Lösung der Rollenkonflikt der Kantone – insbesondere im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung – vorprogrammiert. Die Kantone steuern mit der Spitalplanung bereits heute über die Spitalambulatorien einen Teil der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich. Ein Bereich, der in vielen Spitälern in den letzten Monaten und Jahren stark ausgebaut wurde. Mit der Spitalplanung und der hier vorgeschlagenen Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung für Ärzte können die Kantone zwei Versorgungsbereiche steuern, die in direkter Konkurrenz zueinander stehen. Dies führt zu politisch motivierten nicht aber zu wirtschaftlich effizienten Lösungen. Die Schwächen aus dem System der Spitalplanung würden letztlich in den ambulanten Bereich übernommen.</p> <p>Allfällige alternative Lösungsvorschläge, welche seitens der Versicherer im Rahmen des vom Bundesrat organisierten runden Tisches eingebracht wurden, werden zu leichtfertig und ohne stichhaltige Argumentation verworfen. Nach Ansicht von santésuisse sind die im erläuternden Bericht dargelegten Fehlanreize, welche durch die Lösungsvorschläge Vertragsfreiheit und Tariffdifferenzierung hervorgerufen würden, entweder unbegründet oder können durch geeignete Rahmenbedingungen reduziert werden. Nur marktwirtschaftliche Instrumente wie die Vertragsfreiheit und die Tariffdifferenzierung sind effizient, ermöglichen einen Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern und geben jedem ambulanten Leistungserbringer die gleiche Chance auf dem Markt für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu werden.</p>	
<p>Der SVV lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:</p> <p>Vorlage spiegelt die Resultate der beiden Runden Tische nicht wieder</p> <p>Am 2. September 2013 und am 11. Februar 2014 fanden zwei Runde Tische betreffend langfristige Massnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung statt. Im Inputpapier für den 11. Februar hielt das BAG fest, dass sich unterschiedliche Grundpositio-</p>	<p>SVV</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>nen feststellen liessen: So zum Beispiel die Befürworter einer Zulassungssteuerung oder die Befürworter einer Lockerung des Vertragszwangs. Im vorliegenden Entwurf wird jedoch nur die Zulassungssteuerung detailliert diskutiert, andere Möglichkeiten werden ohne weitere Analyse verworfen. Wir würden es begrüßen, wenn das BAG auch die anderen Lösungsvarianten, die im Rahmen der Runden Tische erarbeitet wurden, detailliert analysieren würde. Erst anschliessend ist es möglich, zu entscheiden, mit welchen langfristigen Massnahmen die angestrebten Ziele am besten zu erreichen sind.</p> <p><b>Fehlende kritische Analysen</b></p> <p>Aus unserer Sicht fehlt eine umfassende und kritische Analyse des Status Quo sowie der möglichen Ursachen, die zu einer Unter- oder Überversorgung führen. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang die Diskussion um den Mangel an medizinischen und Pflegefachkräften, die Auswirkungen eines angebotsinduzierten Wachstums, das Problem der Tarifoptimierung der Leistungserbringer oder die Bereitschaft der Kantone, das Angebot an Ärzten effektiv zu steuern. Es fehlt auch eine Definition, was unter Normal-, Unter- oder Überversorgung zu verstehen ist. Erst anschliessend ist es möglich, diejenigen Massnahmen zu definieren, die zur Erreichung der Ziele am zweckmassigsten und wirksamsten sind. Ohne eine solche Analyse besteht die Gefahr, dass die beschlossenen Massnahmen am Ziel vorbeischiessen.</p> <p><b>Weitere Verkomplizierung des Gesundheitswesens</b></p> <p>Mit der Annahme dieser Vorlage wird das Gesundheitswesen noch komplizierter. Im Extremfall entstehen 26 unterschiedliche Systeme, wie die Kantone auf eine vermeintliche Unter- oder Überversorgung reagieren. Der Bundesrat soll die vorgesehene Kompetenz, die Daten für die Beurteilung der angemessenen Versorgung bereitzustellen, nur subsidiär nutzen, d.h. die Kantone entscheiden in erster Linie selber darüber, was sie unter angemessener Versorgung verstehen.</p> <p><b>Zulassungsbeschränkungen wirken wettbewerbsverzerrend</b></p> <p>Die Möglichkeit der Kantone, einer Überversorgung mit Zulassungsbeschränkungen zu begegnen, wirkt wettbewerbsverzerrend, da sie Markteintritte erschwert oder gar verunmöglicht. Leistungserbringer, die bereits im Markt tätig sind, werden vor Konkurrenz geschützt. Die in der Vorlage nicht näher bezeichneten Massnahmen zur Bekämpfung einer Unterversorgung lassen die Annahme zu, dass es zu einer Subventionierung der Infrastruktur durch die Kantone kommt. Auch dies führt zu einer Verzerrung des Wettbewerbs. Eine indirekte Finanzierung von ambulanten Leistungen durch die Kantone fordert die Entwicklung zu unklaren Zuständigkeiten weiter.</p> <p><b>Wiederholung der Fehler aus dem stationären Bereich</b></p> <p>Mit dieser Vorlage erhalten die Kantone weitere Kompetenzen. Damit werden die Kantone als Eigentümer und Betreiber von Öffentlichen Spitalern sowie als Tariffestsetzungsbehörde einmal mehr in einen Rollenkonflikt geraten. Über die bestehenden Spitalambulatorien steuern die Kantone bereits heute einen Teil der ambulanten Versorgung. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf würde der Konflikt zwischen Spitalplanung und Anbieter von Spitalambulatorien weiter verschärft; eine wirtschaftliche Leistungserbringung wird verhindert.</p> <p>Die Umsetzung der neuen Spitalplanung zeigt, dass sich die Kantone mit der vorgesehenen Koordination schwertun. Nun sollen ähnliche Bestimmungen für den ambulanten Bereich eingeführt werden, bevor die Mängel aus dem stationären Bereich analysiert und behoben sind. Es ist nicht nachvollziehbar, warum sich eine Lösung im ambulanten Bereich bewahren soll, die im stationären Bereich zu erheblichen Problemen führt.</p> <p><b>Unklare Auswirkungen auf die Gesundheitskosten</b></p> <p>Weder die vergangenen noch die aktuell geltende Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) haben dämpfend auf die Kosten gewirkt. Es ist daher fraglich, ob die nun vorgeschlagene Lösung, die sich an die aktuelle Bestimmung anlehnt, einen Beitrag zur Kostenkontrolle leisten kann. Es stellt sich im Gegenteil die Frage, ob die Vorlage nicht sogar kostentreibend wirkt.</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>Kein Eingriff in die Tarifkompetenz</p> <p>Mit Artikel 55b KVG soll der Bundesrat die Kompetenz erhalten, unter gewissen Bedingungen, die Tarife in einem Kanton zu senken. Dieser Artikel führt zu einem Eingriff in die Kompetenz der Tarifpartner, die Tarife festzusetzen (Art. 43 Abs. 4 KVG). Ausserdem haben sowohl Bundesrat (Art. 43 Abs. 5bis KVG) als auch die Kantone (Art. 47 KVG) bereits heute die Möglichkeit, die Tarifgestaltung zu beeinflussen. Eine weitere Bestimmung ist daher aus Sicht des SVV nicht notwendig.</p> <p>Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der SVV die Vorlage insgesamt ablehnt, weil sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die liberalen Grundwerte in der Krankenversicherung weiter einschränkt,</li> <li>- zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen führt,</li> <li>- die staatlichen Kompetenzen ausweitet,</li> <li>- das Gesundheitswesen verkompliziert,</li> <li>- keinen Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten leistet und damit nicht zielführend ist.</li> </ul>	
<p>Der Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) begrüsst grundsätzlich Massnahmen zur Steuerung der Ambulanten Versorgung, welche die Probleme der Unter- und Überversorgung angehen. Die flächendeckende Steuerung und Koordination der verschiedenen Behandlungsbereiche ist zur Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung unabdingbar. Mit der vorgelegten Gesetzesrevision wird gemäss „Gesundheit2020“ der Schwerpunkt auf die Qualität des Versorgungsangebots gelegt. Dies entspricht einer langjährigen Forderung des DVSP.</p> <p>Die Stärkung der Kantone, die Steuerung der ambulanten Versorgung ihren Bedürfnissen entsprechend zu Gunsten einer optimalen Gesundheitsversorgung durchzuführen und sowohl Über- als auch Unterversorgung zu verhindern, entspricht dem Wesen unseres föderalen Systems.</p> <p>Wichtig ist für den DVSP, dass sich sämtliche Massnahmen zur Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung verbindlich an Qualitätskriterien orientieren. Zudem muss die ambulante Gesundheitsversorgung in Koordination mit der stationären und teilstationären Versorgung erfolgen, sie muss regelmässig überprüft, den medizinischen Fortschritten angepasst und vernetzt mit zukunftsfähigen Angeboten sein.</p> <p>Die Gesetzesänderung muss sicherstellen, dass unterschiedliche ambulante Steuerungssysteme oder Massnahmen der Kantone nicht zu Lasten der Patientinnen, Patienten und der Versicherten ausfallen, sei die in Bezug auf die Qualität der Versorgung als auch als Kostenabwälzungen.</p> <p>Der DVSP unterstützt Massnahmen, welche Überversorgung und insbesondere Unterversorgung verhindern. Dabei müssen die Qualität und der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung gewährleistet sein.</p> <p>Mit dem Verhindern von Über- und Unterversorgung und der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung wird die OKP auch finanziell entlastet.</p>	<p>DVSP</p>
<p>Le projet proposé est inacceptable tant dans ses principes que dans sa mise en oeuvre. Une planification complète des prestations médicales ambulatoires et stationnaires ne rencontre évidemment pas notre soutien. Elle s'impose d'autant moins que les mesures actuelles n'ont pas encore été évaluées. Le fédéralisme, qui aurait pu nous séduire, est un trompe-l'oeil. Les sanctions financières collectives constituent un affront aux patients et aux médecins. Le gel illimité des admissions qui s'annonce avec ce projet doit être rejeté. L'absence de définition de l'offre surabondante laisse libre cours à une réglementation arbitraire.</p> <p>Les remarques particulières n'impliquent en aucun cas une acceptation partielle du projet.</p>	<p>AVCP + cP</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>On s'étonne dans ce rapport explicatif de l'absence de données statistiques des cantons ayant réellement mis en oeuvre le moratoire de 2013.</p> <p>Quand on voit la difficulté de la planification de la médecine hautement spécialisée, la planification de l'ensemble des prestataires de soins n'est pas crédible.</p>	
<p>L'OMCT ritiene inevitabile l'adozione di una misura duratura per garantire il monitoraggio e il pilotaggio del settore ambulatoriale al duplice scopo di poterne concretamente e efficacemente controllare la qualità e l'evoluzione dei costi.</p> <p>Del resto l'OMCT aveva a più riprese invitato l'esecutivo cantonale a monitorare il settore ambulatoriale ospedaliero, che attualmente sfugge a ogni qualsivoglia valutazione e pianificazione.</p> <p>La soluzione proposta, con delega ai Cantoni della regolamentazione del settore ambulatoriale, ha il pregio di considerare la natura eterogenea del settore sanitario in Svizzera, denotando sensibilità verso le realtà cantonali e regionali le cui problematiche differiscono sensibilmente.</p> <p>Per questo motivo l'OMCT considera positiva la delega ai Cantoni e sostiene di principio la proposta del Consiglio federale, non senza esprimere tuttavia alcune considerazioni dapprima di carattere particolare sui criteri di qualità (2.1) e sul ruolo sussidiario della Confederazione (2.2), e in seguito di natura più generale sulle opportunità che la revisione potrebbe comportare per gli Ordini cantonali (2.3), rispettivamente sui rischi di conflitto di interesse che l'attribuzione di nuove competenze ai Cantoni potrebbe generare o acuitizzare (2.4).</p>	omct
<p>In unserer Stellungnahme betonen wir das Anliegen für einen echten Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Zu begrüssen ist daher die Zusage in den Erläuterungen, dass der Bundesrat keine Höchstzahlen für die Zulassung von Leistungserbringern im KVG, namentlich Ärzte, festlegt.</p> <p>(...)</p> <p>Der in den Erläuterungen zitierte Grundsatz des KVG, „Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit“ (Art. 32 KVG) bezieht sich auf die Leistungen im OKP-Bereich. Daraus einen solchen Grundsatz auch für Spitalplanung und Versorgungsangebot abzuleiten erscheint unzulässig.</p> <p>Ebenfalls bestritten wir die Anmerkung über einen „Grundsatz der Kostenneutralität“, wonach jede Tarifierhöhung durch eine entsprechende Tarifsenkung in einem anderen Fachgebiet kompensiert werden soll. Tatsächlich wurde ein „Grundsatz der Kostenneutralität“ ausschliesslich für Fälle der Tarifstrukturanpassungen statuiert. Es kann daher keine Rede von einem gewollten Grundsatz der Kostenneutralität im KVG sein.</p>	asd + SBV
<p>Dans ce contexte, il conviendrait sans doute de laisser subsister à l'issue du moratoire la règle des trois ans, à savoir que seuls les médecins ayant travaillé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation postgradué reconnu puissent obtenir une autorisation de pratiquer; cette règle constitue en effet un critère rationnel et conforme à la proportionnalité. Au vu de la votation du 17 juin 2012 sur les réseaux de soins, il est inadmissible de conditionner l'autorisation de pratiquer à l'appartenance à un réseau de soins intégrés.</p>	cP (cf. également sous AVCP)
<p>In seiner Politik steht die VAKA der Zulassungssteuerung kritisch gegenüber. Der vorliegende Vernehmlassungsentwurf ist aus Sicht der VAKA eine Misstrauenserklärung an das föderale Gesundheitssystem, die Tarifpartnerschaft und die Gewaltentrennung. Er wirft mehr Probleme auf, als er zu lösen vermag. Die VAKA lehnt deshalb die vorliegende Gesetzesrevision ab und verlangt eine umfassende Überarbeitung.</p> <p>1.1 Grundsätzliche Überlegungen:</p> <p>Aufgrund der Vernehmlassungsunterlagen erkennen wir eine Gefahr darin, dass ein Richtungsbezug hin zu einer breit angelegten ambulanten Planung eingeschlagen wird. In der Vorlage wird davon ausgegangen, dass „die Kantone am besten in der Lage sind, die optimale Versorgung festzulegen“ und dass die Gesundheitsversorgung regional geplant und interkantonal koordiniert werden muss.</p>	VAKA

<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>Für eine qualitäts- und versorgungsorientierte Lösung müssen in unserem föderalen System in einem ersten Schritt drei grundsätzliche Fragen beantwortet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subsidiarität: bleibt der Grundsatz der Subsidiarität gewahrt und ab wann soll der Staat eingreifen dürfen?</li> <li>- Qualität: wer definiert die notwendige Qualität, wie lauten die Messkriterien, wer führt die Messungen durch und wie werden die Erkenntnisse verwendet und transparent gemacht?</li> <li>- Versorgung: welche Interventionsschwellen gelten und wie werden sie festgelegt?</li> </ul> <p>Diese Fragestellungen sind derzeit ungenügend oder noch nicht beantwortet.</p> <p>1.2 Keine Vermischung von Tarif und Versorgungsfragen</p> <p>Gegenüber den immer wieder ins Feld geführten Überlegungen, die Versorgungssteuerung in irgendeiner Form mit den Tarifen zu koppeln, äussern wir allergrösste Bedenken. Wir fordern diesbezüglich eine strikte Trennung. Eine Verknüpfung zwischen Leistungsvergütung (basierend auf Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit) und Versorgungssteuerung (basierend auf Zugang und Qualität) kann unmöglich gelingen. Die Problematik kann anhand folgender Fragestellungen einfach dargestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie hoch müsste der Taxpunkt resp. Preis einer Leistung sein, damit diese in einem „unterversorgten Gebiet“ angeboten würde? Die Erzielung eines gewünschten Angebots alleine über den Preis ist nicht möglich. Ob sich ein (Grund-)Versorger in einem bestimmten Gebiet niederlässt, ist auch von vielen anderen Faktoren abhängig. Preisbasierte Steuerungsversuche entsprechen zudem einer längst überholten Subventionierungspraxis, die massive Fehlanreize im Angebotsverhalten auslösen kann. In Gebieten, die als „unterversorgt“ bezeichnet werden, könnte in der Folge ein massiver Preisdruck nach oben einsetzen.</li> <li>- Wie tief müsste der Taxpunkt resp. Preis einer Leistung bei einer tariflichen Intervention in einem „überversorgten Gebiet“ sein? Durch das Gebot einer wirtschaftlichen und sachgerechten Vergütung besteht a priori nur wenig Spielraum für eine Angebotssteuerung über den Preis. Würde dieser nämlich, ausgehend von einer korrekten Tarifierung, politisch gesenkt, könnte die Leistung nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Eine derartige Preissteuerung kann rasch in die Rationierung führen.</li> </ul> <p>Die Idee einer „kostenorientierten Preissteuerung“ ist sehr stark aus den Erfahrungen und Gepflogenheiten bei TARMED geprägt. Dabei werden die Schwächen der Tarifstruktur und ihrer Anreizwirkungen über Preiseingriffe korrigiert. Dieses Verhalten ist nicht nachhaltig und kollidiert mit den Anforderungen einer guten und effizienten Versorgung.</p> <p>1.3 Die Grenzen der Zulassungssteuerung</p> <p>Ziel der Vorlage ist, „Unterversorgung zu verhindern und Überversorgung zu beheben“. Dieser generellen Zielsetzung ist zwar nicht zu widersprechen, wohl aber einer daraus abgeleiteten Legitimation der staatlichen Steuerung.</p> <p>So ist es den Kantonen bereits heute ohne weiteres möglich, bei einer allfälligen Unterversorgung geeignete Massnahmen zu ergreifen, bspw. über die Leistung von Betriebsbeiträgen an Grundversorger in abgelegenen Gebieten. Es leuchtet nicht ein und wurde bislang auch nicht weiter begründet, weshalb von der ursprünglichen Diskussion (Zulassungsstopp als Massnahme gegen die Überversorgung) abgewichen wird und zunehmende der Bereich der Unterversorgung „reguliert“ werden soll. In diesem Bereich muss trennscharf zwischen qualitätsbezogenen Zulassungskriterien, Sicherstellung der Ausbildung und weiteren Massnahmen (bspw. Task-Shifting) unterschieden werden. Eine Planung der ambulanten Versorgung durch die Kantone trägt kaum etwas dazu bei, in diesen relevanten Fragestellungen eine Besserung zu erzielen.</p> <p>Auch bei einer allfälligen Überversorgung ist die Frage zu stellen, inwieweit eine staatliche Planung diesem Zustand – nachdem er einmal definiert ist – entgegen wirken kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Überversorgung herrscht immer dann, wenn im individuellen Fall „zu viel“ Medizin angewendet wird. Dies ist primär die Folge einer ungenügenden Qualität im</li> </ul>	

<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>Behandlungsprozess. Hier sollten in erster Linie Modelle der Integrierten Versorgung für eine Verbesserung der Situation sorgen. Integrierte Versorgung muss anerkanntermassen auf freiwilliger Basis aufgebaut werden und kann nicht staatlich verordnet sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Bestreben, Überversorgung zu verhindern, wird der Staat sehr rasch eine minutiöse und detailreiche Planung aufziehen müssen (wollen). Dabei muss er gleichzeitig die Gefahr der Rationalisierung bannen, die mit solchen Planungsmassnahmen einhergeht. Es ist nicht erkennbar, woher der Staat das Wissen und die Kompetenz für eine solche „allumfassende Planung“ hernehmen sollte.</li> <li>- Eine Zulassungssteuerung kann Überversorgung nicht verhindern, weil Patientinnen und Patienten auch unter dem Regime einer Zulassungssteuerung überversorgt sein können.</li> </ul> <p>1.4 Fazit</p> <p>Sämtliche bisherigen Diskussionen zum Thema Zulassungssteuerung, die Vernehmlassung zur neuerlichen Einführung der Zulassungsbeschränkung wie auch die Erfahrungen mit dem ersten Zulassungsstopp haben unmissverständlich aufgezeigt, dass die Fragestellung eine enorme Komplexität aufweist. Eine nachhaltige und breit abgestützte Lösung kommt nicht umhin, alle relevanten Fragestellungen gleichberechtigt mit einzubeziehen. Die VAKA schlägt deshalb vor, die Themenkreise abzugrenzen und die jeweiligen Massnahmen zu definieren.</p> <p>Wir sind der Überzeugung, dass nur ein breit angelegter Massnahmenplan die Basis für eine nachhaltige Lösung bringen kann. Nicht erwähnt, aber keinesfalls zu vergessen ist die Bedeutung von Massnahmen betreffend der Ausbildung von genügend Fachkräften und deren Verbleib im Arbeitsmarkt.</p>	
<p>Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrats im Bereich der Tariffestsetzung nehmen zu. Wir glauben nicht, dass der Bundesrat über die notwendige Kompetenz verfügt, in diesen heiklen Bereich, welcher grundsätzlich in der Tarifautonomie der im KVG vorgesehenen Tarifpartner liegt, hinein zu legiferieren. Die unglückliche Anpassung des TARMED mittels Verordnung des Bundesrats, welche den Grundversorgern durch kostenneutrale Umverteilung CHF 200 Mio. Mehreinnahmen verschaffen soll, zeigt dies eindrücklich. Die Kompetenz des Bundesrats muss sich demzufolge auf Notrecht im Sinne einer „ultima ratio“ beschränken. Der Bundesrat soll nur eingreifen, wenn alle anderen Mechanismen versagt haben und erhebliche öffentliche Interessen ein Einschreiten rechtfertigen. In diesem Zusammenhang sei zum wiederholten Mal mit Nachdruck festgehalten, dass das KVG keine Kostenneutralität vorsieht und dass es entgegen den Ausführungen im Erläuternden Bericht auch „keinen Grundsatz der Kostenneutralität“ gibt (vgl. dazu die unzutreffenden Ausführungen unter Ziff. 1.3, S. 6 des erwähnten Berichts). Entsprechend müssen allfällige Anpassungen des TARMED auch nicht kostenneutral erfolgen. (...)</p> <p>Weiter begrünnen wir auch die späte Einsicht, dass der Bundesrat von der Idee, in der sozialen Krankenversicherung (OKP) trotz staatlich genehmigter Tarife die „Vertragsfreiheit“ einführen zu wollen, nun definitiv Abstand nimmt. Gleiches gilt bezüglich der Einführung „Differenzierter Tarife“, was zu Recht ebenfalls verworfen wurde, weil es fast unmöglich ist, den richtigen Preis für eine bestimmte Leistung in einer bestimmten Region festzulegen, und weil erfahrungsgemäss alleine mit einer Erhöhung des Tarifs in unterversorgten Gebieten noch keine Ärztinnen und Ärzten zur Eröffnung oder zur Übernahme einer Praxis bewegt werden können. (...)</p> <p>Nach dem Gesagten bleibt nur noch der unbeliebte Planungsansatz als weitere Option offen. Die vorgeschlagene Lösung ist dabei aus unserer Sicht die beste Variante, weil nur bei Über- oder Unterversorgung Massnahmen ergriffen werden können und weil die Zuständigkeit dafür bei den Kantonen liegen soll. Richtig erachten wir es zudem, die erwähnten kantonalen Massnahmen von einem nicht nur quantitativ, sondern vor allem auch qualitativ ausreichenden Versorgungsangebot abhängig zu machen. (...)</p>	BEKAG
Wir (...) hoffen, dass in der Botschaft wie auch in den Beratungen in National- und Ständerat eine Regulierung mit Augenmass erfolgt, die auch für private Unternehmern faire	ÄZ

<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>
Wettbewerbsbedingungen ermöglicht, vor allem dann, wenn diese bessere Qualität zu tieferen Kosten anbieten als die verstaatliche Konkurrenz.	
<p>Die AGZ schliesst sich vollinhaltlich den ablehnenden Stellungnahmen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und der Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA an. Auf Wiederholungen der in diesen Stellungnahmen enthaltenen Ausführungen und Argumente, insbesondere zu den einzelnen Artikeln der Vorlage, wird daher verzichtet.</p> <p>Die folgenden Argumente betreffend eine grundsätzliche Ablehnung der Vorlage sind aus unserer Sicht besonders hervorzuheben:</p> <p><b>Ablehnung der Zulassungssteuerung als untaugliche Massnahme:</b></p> <p>Die beabsichtigte Regulierung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird von der AGZ vollumfänglich abgelehnt, weil sie nach unserer Auffassung ungeeignet ist, die damit hauptsächlich angestrebten Ziele zu erreichen: a) den Anstieg der Gesundheitskosten zu senken <b>und</b> b) eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.</p> <p>Bis heute konnte kein Nachweis erbracht werden, dass sich bisherige Massnahmen eines Zulassungsstopps im Bereich der ambulanten Versorgung in irgendeiner Weise dämpfend auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ausgewirkt hat.</p> <p>Die Sicherstellung und Steuerung einer Bedarfs- und Qualitäts-orientierten Versorgung unter Vermeidung einer Über- oder Unterversorgung kann nicht simpel durch Angebotsregulierungen erreicht werden. Im Vordergrund müssen stattdessen die Gesundheitssituation, das Krankheitsspektrum und die Krankheitslast einer zunehmend alternden Bevölkerung stehen.</p> <p>Zur Realitätsfremdheit einer Zulassungssteuerung unter der Perspektive der Ärztedemografie siehe weiter unten.</p> <p><b>Ablehnung der Zulassungssteuerung als mit den Grundsätzen des KVG unvereinbare Massnahme</b></p> <p>Eine im Schweizerischen Gesundheitswesen und im KVG bisher - als definitive gesetzliche Regelung - noch nicht bekannte und systemwidrige staatliche Regulierung des Angebots widerspricht dem mit der KVG-Revision 2007 eingeführten Ansatz für vermehrten Wettbewerb unter den Leistungserbringern und leistungsgerechte Abgeltungssysteme: Einem Ansatz, der in Übereinstimmung mit der Grundrechtssystematik der Bundesverfassung und ihrer Gewährleistung grösstmöglicher Wirtschaftsfreiheit steht. Diese Werthaltung hat der Bundesrat auch im ambulanten Bereich zu respektieren. Der bisherige Ansatz eines möglichst marktkonformen Systems ist deshalb konsequent weiterzuverfolgen. Vollkommen unverständlich ist vor diesem Hintergrund, warum die im erläuternden Bericht zitierten Zulassungsregulierungen anderer Länder als Begründung dafür herangezogen werden, dass die Schweiz mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung den ambulanten Bereich regulieren kann.</p> <p><b>Ablehnung der Zulassungssteuerung als Realitätsfremde Massnahme</b></p> <p>Nicht ungebremste Zuwanderung oder ein Überangebot von Leistungserbringern sind die Realität sondern das Gegenteil: In absehbarer Zeit wird es nicht mehr möglich sein, die benötigten ärztlichen Dienstleistungen zur Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die reale Situation sieht im Kanton Zürich wie folgt aus, und es würde uns überraschen, wenn die Realität in anderen Regionen der Schweiz im Wesentlichen eine andere wäre:</p> <p>Im Jahre 2013 befanden sich über ein Viertel der freipraktizierenden Ärzte im Vorpensionsalter (60+). In den nächsten Jahren werden ein Viertel der Grundversorger ihre Praxistätigkeit aufgeben. Mit gegen 75% der Ärzte im Alter 50 und darüber und nur einem Bruchteil von Ärzten im Alter bis 39 ist der Ersatz der in Pension gehenden Ärzte nicht gewährleistet. Die Situation wird durch weitere Faktoren noch zusätzlich akzentu-</p>	AGZ

<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>iert: Anstieg des Frauenanteils, mehr Teilzeitarbeit, Zunahme der Ärzte im Anstellungsverhältnis, andere Arbeitseinstellungen, Arbeitszeiten und Lebensplanungen der nachrückenden Ärztegeneration.</p> <p>Ablehnung einer kantonalen Zulassungssteuerung wegen Befangenheit der Kantone  Die Übertragung der Kompetenz für Regulierungsmassnahmen im ambulanten ärztlichen Bereich an die Kantone, die zugleich Spitalplaner, Spitalbetreiber und Spitalfinanzierer sind, ist grundsätzlich abzulehnen. Kantone sind in dieser Rolle befangen, weil sie sich durch Einschränkungen des Versorgungsangebots im niedergelassenen ärztlichen Bereich und einer dadurch möglichen Verlagerung der Versorgung in den Spitalbereich einen wirtschaftlichen Vorteil verschaffen könnten.</p> <p>Aufruf zu einem Dialog mit der Ärzteschaft und Beendigung der aktuellen Gesetzesinitiativen</p> <p>Die AGZ ersucht den Bundesrat, so wie beispielsweise auch bei dem anderen aktuellen Gesetzesvorhaben betreffend das Zentrum für Qualität, anstelle eines unreflektierten und nicht mit den wesentlichen Partnern diskutierten Gesetzesvorhabens im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 in einen echten, partnerschaftlichen gesundheitspolitischen Dialog unter Einbezug der Ärzteschaft einzutreten. In diesem Dialog soll nicht über Regulierungsmassnahmen nachgedacht sondern daran gearbeitet werden, mit welchen Anreizen und mit welchen Versorgungsstrukturen mittel- und langfristig eine ausreichende, qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung sichergestellt werden kann.</p>	
<p>Anlässlich des zweiten Runden Tisches vom 11. Februar 2014 haben wir bereits unsere kritische Haltung gegenüber einer Steuerung der ambulanten Versorgung zum Ausdruck gebracht (Beilage, Schreiben vom 27. Februar 2014). Die in unserem Schreiben aufgeführten Argumente sowie Vorschläge und Erwartungen haben sich in der Zwischenzeit nicht geändert und wir stehen der vorliegenden Revisionsvorlage skeptisch gegenüber.</p> <p>Dass das bisherige Notrecht durch eine definitive Regelung ersetzt werden soll, ist grundsätzlich zu begrüssen, ebenfalls dass nun der Schwerpunkt auf die Qualität des Versorgungsangebots gelegt werden soll. Andererseits bestehen Zweifel an der Wirksamkeit der bisherigen Massnahmen. In diesem Zusammenhang ist auch der Strukturwandel bei der Ärzteschaft zu erwähnen (bevorstehende „Pensionierungswelle“ bei Ärztinnen und Ärzten, zunehmende Feminisierung und damit vermehrte Teilzeitpensen und so weiter), welcher einem Überangebot in der ambulanten Versorgung entgegenwirkt.</p> <p>Des Weiteren scheint uns eine Trennung zwischen spitalambulanten und anderen ambulanten Leistungen nicht als sachgerecht und eine Planung vorwiegend innerhalb der Kantonsgrenzen als nicht dem Patientenverhalten entsprechend.</p>	VZK
<p>L'Association des Médecins du canton de Genève (AMG) soutient pleinement la position de la <i>Fédération des médecins suisses</i> (FMH) dans cette problématique. En particulier, deux points mis en avant par la FMH sont essentiels pour répondre à une qualité médicale élevée:</p> <p>La règle des 3 ans, à savoir que seuls les médecins ayant travaillé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation postgraduée reconnu puissent obtenir une autorisation de pratiquer, doit absolument être conservée, parce qu'elle constitue un critère de qualité indéniable. Les médecins -suisse (nous en recevons régulièrement) ou étrangers- formés à l'étranger ont ainsi le temps de se familiariser avec le système de santé suisse et peuvent exercer à un niveau élevé de qualité.</p> <p>La réussite d'un examen linguistique dans la langue nationale correspondant au lieu de pratique ou d'installation : là aussi, cette exigence est un critère indispensable à une médecine de qualité, tant il est vrai que des connaissances linguistiques adéquates sont un prérequis pour un traitement adapté contribuant de manière importante à la sécurité des patients.</p> <p>En conclusion, l'AMG salue ce projet de loi qui donne aux cantons la possibilité de réguler l'offre dans la durée et permettra au canton de Genève de poursuivre une co-régula-</p>	AMG

<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>tion de l'offre médicale dont le but est triple : couvrir les besoins de la population, perpétuer une médecine de qualité notamment grâce à une application stricte de la règle des 3 ans, garantir le libre choix du médecin.</p> <p>C'est aussi l'occasion de répéter que l'AMG refuse fermement toute atteinte au libre choix du médecin par le patient dans l'assurance de base. Cette volonté s'inscrit dans la détermination affirmée par le souverain lors des votations fédérales de juin 2008 et juin 2012. Pour rappel, les Genevois s'étaient prononcés à 89% et 86% sur ces deux objets fédéraux. L'AMG soutient et soutiendra toute action allant dans le sens de la préservation de l'obligation de contracter, élément central de la relation de confiance entre le patient et son médecin. Notre association a ainsi été choquée par la motion du parlementaire Jürg Stahl dont la motion a été acceptée au Conseil national, alors même qu'elle serait une première entorse à la fin de l'obligation de contracter. Nous sommes opposés à toute possibilité de choix du médecin par l'assureur. Ce déni de démocratie est le parfait exemple de la menace qui pèse sur la qualité des soins et la perte de l'autonomie médicale. Nous lutterons contre toute tentative de placer les critères économiques avant les critères médicaux et sociaux. Le peuple suisse veut garder le libre choix de ses médecins. Au besoin, nous utiliserons l'arme du référendum.</p>	
<p>Die SGR-SSR hat grundsätzlich Verständnis für eine Einschränkung des ambulanten Dienstleistungsangebotes, wenn dadurch unnötige Kosten für die soziale Grundversicherung verhindert werden können. In unserer Stellungnahme betonen wir, dass die Einschränkungen des ambulanten Angebotes einen echten Wettbewerb unter den Leistungserbringern nicht verhindern dürfen. Zu begrüssen ist daher die Zusage in den Erläuterungen, dass der Bundesrat keine Höchstzahlen für die Zulassung von Leistungserbringern im KVG, namentlich Ärzte, festlegt.</p> <p>Sodann teilen wir die Auffassung, dass das Einrichten einer Kommission- bestehend aus den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens- zweckdienlich ist für das Unterbreiten von Empfehlungen (an die Kantone) über das Vorgehen bei Über-/ Unterversorgung im medizinischen ambulanten Bereich.</p> <p>Ferner ist dem Beibehalten der bisher erteilten Zulassungsbewilligungen aus rechtlicher und wirtschaftlicher Sicht zuzustimmen.</p> <p>Kritisch setzen wir uns mit dem Gedanken der Subsidiarität auseinander. Wenn ein Kanton bezüglich Zulassungsstopp für Mediziner ausdrücklich nicht legiferieren will, darf daraus keine Rechtfertigung für subsidiäres Handeln durch den Bundesrat abgeleitet werden.</p> <p>Der in den Erläuterungen zitierte Grundsatz des KVG „Wirtschaftlichkeit, Zweckmassigkeit, Wirksamkeit“ (Art. 32 KVG) bezieht sich auf die einzelnen Leistungen im OKP-Bereich. Dieser Grundsatz kann auch für Spitalplanung und das Versorgungsangebot herangezogen werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass bei einer Zunahme der nach diesen Kriterien erbrachten Leistungen das Kostenvolumen ansteigt und diese Mehrleistung nicht durch eine betriebswirtschaftlich nicht gerechtfertigte Tarifsenkung kompensiert werden darf.</p> <p>Ebenfalls bestreiten wir die Anmerkung über einen „Grundsatz der Kostenneutralität“, wonach jede Tariferhöhung durch eine entsprechende Tarifsenkung in einem anderen Fachgebiet kompensiert werden soll. Dieser Grundsatz widerspricht den Vorgaben des KVG, dass Tarife nach betriebswirtschaftlichen Kriterien festzusetzen sind. Tatsächlich gilt im KVG der Grundsatz der Kostenneutralität“ ausschliesslich für eine Tarifrevision. Es kann daraus kein Grundsatz der Kostenneutralität im OKP Bereich abgeleitet werden.</p>	SGR
<p>Das Zuger Kantonsspital beurteilt den Vernehmlassungsentwurf der Gesetzesrevision als mit unserem bewährten föderalen Gesundheitssystem nicht vereinbar, weil als Folge davon die Tarifpartnerschaft und die Gewaltentrennung faktisch ausser Kraft gesetzt würden. Weiter ist der Vernehmlassungsentwurf über weite Strecken so unklar formuliert, dass zu viel Spielraum für wie auch immer geartete Regelungen auf Verordnungsebene entstehen würde. Deshalb lehnen wir die vorliegende Gesetzesrevision ab.</p>	ZKS

<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>Insbesondere irritiert uns, dass im Bericht zum Vernehmlassungsentwurf zwar verschiedene Szenarien vage beschrieben werden, die eine Planung und Steuerung des ambulanten Bereichs allenfalls rechtfertigen könnten. Es wird aber in keiner Weise dargelegt, ob früher oder heute solche Szenarien bereits eingetreten sind oder inwiefern zukünftig allenfalls damit zu rechnen ist. Ebenfalls fehlen jegliche quantitativen Angaben zu den Auswirkungen eines Eintretens dieser Szenarien. Zudem stellen wir fest, dass argumentativ sehr oft als Ziel die Qualitätssicherung bzw. -steigerung angeführt wird, eine Vielzahl der neuen gesetzlichen Kompetenzen dann aber die Kostenseite betreffen, wobei dort ein Bezug zur Qualität nicht zu erkennen ist. Vielmehr scheint es um eine reine Kostenkontrolle zu gehen, um die weitere Prämienentwicklung nach Belieben beeinflussen zu können.</p> <p>Legiferieren auf Vorrat ohne klar definiertes Problem erachten wir als staatspolitisch äusserst bedenklich. Denn ohne korrekte Problemanalyse kann die vorgeschlagene Lösung auf Ebene Gesetz unmöglich überzeugen. Dass in dieser Situation den potentiell betroffenen Leistungserbringern auch noch grundlegende Rechtsmittel vorenthalten werden sollen, ist mit unserem Verständnis eines Rechtsstaats schlicht nicht vereinbar.</p>	
<p>Die Zürcher Spitalärztinnen und Spitalärzte VSAO-ZH lehnen die beabsichtigte Zulassungsbeschränkung als unzweckmässige und überdies verfassungswidrige planwirtschaftliche Massnahme klar ab. Angesichts der schwerwiegenden bisherigen negativen Folgen der langjährigen Zulassungsbeschränkungen bei den Ärztinnen und Ärzten, der absehbaren Folgen der Masseneinwanderungsinitiative und des beginnenden Ärztemangels ist die vorgesehene Massnahme für das schweizerische Gesundheitswesen nur schädlich.</p> <p>Die bisherigen Zulassungsbeschränkungen, insbesondere in den ersten, besonders restriktiven Ausprägungen, hatten zur Folge, dass viele Ärztinnen und Ärzte, die sonst mit grosser Wahrscheinlichkeit die Spitäler als Grundversorger verlassen hätten, zum Verbleiben in den Spitälern und zur Wahl einer aus Sicht der Gesundheitspolitik unerwünschten Spezialisierung geradezu gedrängt wurden, da in den Spitälern wenige bis keine Grundversorger gesucht sind. In Phasen relativer Freiheit mussten von den jungen Ärztinnen und Ärzten Praxisbewilligungen quasi auf Vorrat beantragt werden, was dann wiederum von einem Teil der Gesundheitspolitiker als Beleg für die Notwendigkeit von Zulassungsbeschränkungen verstanden wurde. Dabei hat sich über die Jahre betrachtet die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in die freie Praxis wechseln sollen, nicht wesentlich geändert, dies bei klar zunehmendem Bedarf. Die nachfolgende Grafik aus dem Jahresbericht der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich des Jahres 2013 zur Entwicklung der Neuaufnahmen veranschaulicht die jeweils der Hysterie folgenden konjunkturellen Ausschläge in eindrücklicher Weise. Zu beachten ist, dass die ambulanten Angebote der Spitäler in den Jahren der Zulassungsbeschränkungen inflationär zugenommen und den mit der Zulassungsbeschränkung angestrebten Effekt ohnehin mit zu-nichte gemacht haben. Auch wenn das zur Vernehmlassung vorliegende Modell - mit allerdings untauglichen Mitteln - versucht, diese konkreten Fehlsteuerungen zu vermeiden, begünstigt es statt dessen andere und weitere Fehlsteuerungen durch repressive Zulassung, indem die Zulassungssteuerung auf weitgehend fehlende Entscheidungsgrundlagen und auf die Mitwirkung von interessengebundenen Kreisen abstellen soll.</p> <p>Das vorgeschlagene Modell hebt ferner die verfassungsmässige kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen aus, indem nicht mehr der einzelne Kanton über die Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte autonom entscheidet, sondern letztlich der Bund die ambulante Versorgung in den Kantonen auf der Basis fragwürdiger und unvollständiger Statistik festlegt.</p> <p>Es ist von der Sache her unverständlich und enttäuschend, wenn auch für die schweizerische Gesundheitspolitik leider nicht untypisch, dass die systemisch gesehen relativ unbedeutende Frage der Zulassungsbeschränkung nicht in den grösseren Zusammenhang der langfristigen Sicherung der ärztlichen Versorgung in der Schweiz gestellt wird, sondern nach vielen gescheiterten Anläufe der Politik, die Kostenentwicklung zu beeinflussen, nun populistisch als heilsbringende Massnahme deklariert wird.</p>	VSAO-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>Diese grösseren Zusammenhänge werden eigentlich immer unübersehbarer: Die Zahl der an schweizerischen Hochschulen ausgebildeten Mediziner ist bekanntlich völlig unzureichend. Es wird der Schweiz auf Jahre auf absehbare Zeit nicht gelingen, den hiesigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu decken. Die beschlossenen Erhöhungen der Studierendenzahlen an den medizinischen Fakultäten sind etwas mehr als Kosmetik.</p> <p>Bereits heute kann der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz selbst nicht gedeckt werden. Angesichts der demographischen Entwicklung wird sich das Problem in Zukunft massiv verstärken, zumal alle Industrieländer ihren eigenen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten nicht zu decken vermögen. Erste Auswirkungen sind bereits spürbar.</p> <p>Die schweizerischen Spitäler bekunden zunehmend Mühe, ausländische Ärztinnen und Ärzte zu rekrutieren. Denn die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte an schweizerischen Spitälern sind vergleichsweise schlecht, was ironischerweise auch dazu führt, dass viele Ärzte und vor allem auch Ärztinnen ihrem Beruf nicht mehr oder jedenfalls nicht mehr vollzeitlich ausüben wollen. Werden die beruflichen Perspektiven für Fachärztinnen und Fachärzte in der beabsichtigten repressiven Weise eingeeengt, verstärkt dies die Rekrutierungsprobleme. Hinzu kommen die wahrscheinlichen Folgen der Masseneinwanderungsinitiative mit zumindest bürokratischen Erschwernissen bei der Anstellung ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund des heutigen Wissensstandes droht sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten innert eines Zeitraums von weniger als zwanzig Jahren eine riesige Versorgungslücke von rund 30% (gemäss einer Schätzung des OBSAN). Angesichts dieser Perspektive den so dringend benötigten Nachwuchs durch die geplante Zulassungsbeschränkung noch abzuschrecken, wäre widersinnig.</p> <p>Klüger wäre, wenn sich der Bund dafür einsetzen würde, die Arbeitsplätze in den Spitälern attraktiver zu gestalten. Dies könnte den Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte, in die freie Praxis zu wechseln, wirkungsvoll dämpfen.</p> <p>Es sei überdies daran erinnert, dass das Bundesgericht in BGE 130 1 26ff. die Verfassungsmässigkeit einer Einschränkung der Berufsausübung als Teil der Wirtschaftsfreiheit nur unter dem Aspekt der begrenzten Zeitdauer der Massnahme akzeptiert hat. Daraus folgt, dass der vorliegende Vorschlag zur dauerhaften Zulassungsbeschränkung verfassungsrechtlich ohnehin nicht haltbar ist.</p> <p>Die geplante Zulassungsbeschränkung kommt einer Wiedereinführung des Zunftwesens gleich. Sie hatte bezüglich der medizinischen Qualität wohl auch vergleichbare Folgen. Patientinnen und Patienten waren gezwungen, ungeachtet der gebotenen Qualität jene Spezialärztinnen und Spezialärzte aufzusuchen, die über eine Zulassung verfügen. Das wäre eine wohl (hoffentlich) ungewollte, aber vermutlich unausweichliche Folge der beabsichtigten Zulassungsbeschränkung. Sie würde auch einen eigentlichen „Ämterkauf“ und wahrscheinlich auch Korruption begünstigen. Zahlreiche Beispiele aus Zeiten der befristeten Massnahme zeigen, dass Einkäufe in Praxen mit bestehenden Zulassungen unverhältnismässig hohe Kaufsummen zur Folge haben. Es versteht sich, dass damit krasse Fehlanreize bezüglich Wirtschaftlichkeit der Behandlungen gesetzt würden. Falls überhaupt aus politischen Gründen ein unbefristeter Zulassungsstopp eingeführt werden soll, dann bestimmt nicht in der vorgeschlagenen Weise. Ein intransparentes und bürokratisches und womöglich in 26 kantonalen Schattierungen angewendetes Instrument sorgt lediglich für sinnlose Bürokratie. Es trägt nichts dazu bei, die grundlegenden Probleme der sozialen Krankenversicherung bzw. deren Finanzierung zu lösen.</p> <p>Denkbar wäre - auch wenn das Instrument der Zulassungsbeschränkung an sich abzulehnen ist - höchstens die Fortführung des geltenden Systems, das zwar bezüglich der Wirtschaftsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte verfassungswidrig ist, doch wenigstens die verfassungsmässige Kompetenz der Kantone bezüglich der Berufszulassung für die Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Kantonsgebiet respektiert. Dass das geltende System mit den Bestimmungen der bilateralen Verträge kollidiert, wird vom Bundesrat gegen ausgewiesene Fachmeinungen vertreten, doch hat die EU bisher diesbezüglich weder fundierte Kritik angebracht, noch hat sie Schritte dagegen unternommen, was bei einem Verstoß gegen die Personenfreizügigkeit bestimmt nicht unterblieben wäre.</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>Wir schliessen uns im Übrigen der Vernehmlassung unseres schweizerischen Dachverbandes VSAO vorbehaltlos an.</p>	
<p>In Anbetracht des sich zunehmend abzeichnenden Ärztemangels (Demographie, Kontingentierung nach Annahme der Masseneinwanderungsinitiative, zunehmende Anzahl von Teilzeitpensen) bezweifeln wir allerdings die Notwendigkeit eines dauernden Zulassungsstopps in der vorliegenden wie auch in der vom Bundesrat vorgeschlagenen Form des Gesetzentwurfs.</p> <p>Die Zuger Ärztesgesellschaft wundert sich darüber, dass der Bundesrat die von der FMH vorgeschlagenen Qualitätskriterien wie jene einer dreijährigen Weiterbildungszeit in einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte sowie einer Sprachprüfung in einer der Landessprachen gesetzlich nicht verankern will.</p>	<p>ZGAeG</p>
<p>Die grosse Mehrheit der Ärzteschaft steht dieser Vorlage ablehnend gegenüber. Die Gründe dafür legen wir Ihnen nachfolgend dar: Die Ablösung vom bisherigen „Notrecht“ im Rahmen des jahrelangen Zulassungsstopps und Regelungen im ordentlichen Recht zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung ist zu begrüssen. Die Zielsetzungen, welche der Bund mit diesen Gesetzesvorgaben im Rahmen von kostensenkenden regulierenden Eingriffen erreichen will, sind untauglich und werden deshalb dezidiert abgelehnt. Die während des Zulassungsstopps ergriffenen Massnahmen konnten das oberste Ziel des Bundes (Kosten im ambulanten Bereich zu reduzieren) in keiner Art und Weise erfüllen, sondern hatten zum Teil sogar den gegenteiligen Effekt, neben weiteren negativen Begleiterscheinungen. Die mit dieser Vorlage verfolgte Zielsetzung einer Steuerbarkeit der ambulanten Versorgung ist mit den darin aufgeführten Massnahmen sicher nicht zu erreichen.</p> <p>Ausgebildete Arztinnen und Ärzte werden vorzugsweise in stationären Strukturen und im angestellten Verhältnis verharren, da die Perspektiven für die Aufnahme einer eigenständigen Tätigkeit als Niedergelassene viel zu unsicher und mit hohen Risiken verbunden sind.</p> <p>Ein derartiger Eingriff ist unzulässig und verhöhnt die Tatsache, dass im ambulanten Bereich seit 2003 Nullwachstum herrscht. Diese Daten wurden publiziert (Swiss Issues Branchen -Am Puls der Gesundheitslandschaft Credit Suisse 201 0) und basieren auf Angaben des Bundesamts für Statistik. Eine Tarifabsenkung, wie sie möglich wäre, vernichtet die Arztpraxen und führt zur Abwanderung der Patienten ins Spital. Eine Folge wäre ein massiver Kostenanstieg.</p> <p>2. Zentrale Forderungen des Aargauischen Ärzteverbandes</p> <p>2.1 Versorgungssicherheit</p> <p>Eine Steuerung im ambulanten Bereich muss primär die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität der Bevölkerung zum Ziel haben. Deshalb muss die Obrigkeit nicht primär an den Geldsackel sondern an die Bevölkerung denken! Seit Jahren wird über den Ärztemangel lamentiert. interessanterweise werden jedoch heute weniger Ärzte ausgebildet als noch vor 30 Jahren. Wichtig für die aufstrebende Generation wäre demzufolge, dass die Anzahl der Studienplätze erhöht würde- bisher wurden lediglich die propädeutischen Semester berücksichtigt!</p> <p>Grundsätzlich erachten wir eine kantonale Ressourcenplanung/-steuerung als sinnvoll, 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 zwingend die Definition von Qualitätskriterien für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung.</p> <p>3. Fazit</p> <p>Die vorliegende Revision ist untauglich, vernichtet den selbständig tätigen Arzt und führt nebst Qualitätsabnahme auch zu einer Kostensteigerung. Somit ist unabdingbar, dass-</p>	<p>AGAeV</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>sollte die Revision ohne Anpassung durchgewinkt werden -der Aargauische Ärzteverband das Referendum ergreifen wird!</p> <p>Nichtsdestotrotz erscheint es uns unabdingbar, den Dialog zwischen Bund, Kantonen und der Ärzteschaft sowie den weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen über die Voraussetzungen zur Sicherstellung einer guten und sicheren Gesundheitsversorgung weiter zu führen und zu intensivieren. Wir sind immer und gerne bereit, Hand für zukunftsorientierte Losungen zu bieten.</p>	
<p>Medswiss.net begrüsst grundsätzlich die Absicht des Bundesrates Massnahmen zu ergreifen um eine bestehende oder drohende Unterversorgung zu bekämpfen. Dass eine unbefristete Lösung eingeführt werden soll, erachtet medswiss.net als sinnvoll, da damit die Planungssicherheit für junge Ärzte erhöht werden kann. in der vorliegenden Stellungnahme betonen wir das Anliegen für einen echten Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Zu begrüssen ist daher die Zusage in den Erläuterungen, dass der Bundesrat keine Höchstzahlen für die Zulassung von Leistungserbringern im KVG, namentlich Ärzte, festlegt.</p> <p>Sodann teilen wir die Auffassung, dass das Einrichten einer Kommission - bestehend aus den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens - für das Unterbreiten von Empfehlungen (an die Kantone) über das Vorgehen bei Über- respektive Unterversorgung im medizinischen ambulanten Bereich zweckdienlich ist. Hierbei erscheint es uns als Dachverband von dringender Notwendigkeit, dass auch den Anliegen der Ärztenetze unter Anderem unter Beachtung der freiwilligen integrierten Versorgung, sowie deren sich daraus ergebenden Vorteile für die Patienten Beachtung geschenkt werden.</p> <p>Ferner ist dem Beibehalten bisher erteilter Zulassungsbewilligungen aus rechtlicher und wirtschaftlicher Sicht zuzustimmen. Kritisch setzen wir uns mit dem Gedanken der Subsidiarität auseinander. Wenn ein Kanton bezüglich Zulassungsstopp für Mediziner ausdrücklich nicht legiferieren will, darf daraus keine Rechtfertigung für subsidiäres Handeln durch den Bundesrat abgeleitet werden. Die Natur des KVG sieht vor, dass die Umsetzung des Gesetzes auf kantonaler Ebene zu erfolgen hat für eine Beschneidung der kantonalen Kompetenzen in der kantonalen Ausgestaltung besteht aus unserer Sicht weder der Bedarf, noch erscheint uns diese sinnvoll.</p> <p>Der in den Erläuterungen zitierte Grundsatz des KVG, „Wirtschaftlichkeit, Zweckmassigkeit, Wirksamkeit“ (Art. 32 KVG) bezieht sich auf die Leistungen im OKP-Bereich. Daraus einen solchen Grundsatz auch für Spitalplanung und Versorgungsangebot abzuleiten erscheint unzulässig.</p> <p>Ebenfalls bestreiten wir die Anmerkung über einen „Grundsatz der Kosten Neutralität“, wonach jede Tarifierhöhung durch eine entsprechende Tarifsenkung in einem anderen Fachgebiet kompensiert werden soll. Tatsächlich wurde dem „Grundsatz der Kosten Neutralität“ ausschliesslich für Fälle der Tarifstrukturanpassungen statuiert. Es kann daher keine Rede von einem gewollten Grundsatz der Kostenneutralität im KVG sein.</p>	<p>medswiss.net</p>
<p>Nous vous remercions de nous permettre d'exprimer notre avis par rapport à la révision de la LAMal relative au pilotage du domaine ambulatoire que vous proposez. Malheureusement, nous devons vous dire que la SMV est choquée par les propositions de changement prévues dans ce projet de loi. L'introduction définitive du 'gel des admissions' déjà imposée depuis des années aux jeunes médecins (suisses) nous apparaît inacceptable pour différentes raisons.</p> <p>La SMV soutient aussi les opinions exprimées par la CCM et la FMH qui vont d'ailleurs dans le même sens. Elle espère que vous allez revenir sur cette modification inacceptable de la LAMal qui nous semble difficilement justifiable et n'est pas basée ni sur une argumentation dite 'évidence-based', ni sur le respect et ni sur le partenariat avec les professionnels du terrain alors que notre système de santé actuel en suisse remplit indiscutablement un niveau de qualité incontesté en comparaison internationale.</p> <p>Nous aimerions vous rendre attentif à l'étude 'Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitssystems', établie par Trageser, Vettori et al. sur mandat de l'académie suisse des sciences médicales. Alors qu'elle se base sur des prémisses difficilement objectivables et probablement surévaluées (estimation de coûts liés à des interventions</p>	<p>SMV</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>inutiles non-définissables selon les connaissances actuelles), elle conclut à une inefficacité du système actuel suisse d'environ 10 %! Ce qui signifie que le système de santé suisse actuel travaille avec une efficacité de 90% - ce qui est véritablement remarquable et mérite d'être relevé!! De vouloir améliorer une telle performance tout en espérant pouvoir maintenir la qualité au même niveau et en économisant de l'argent, alors qu'on sait de tout autre processus qu'un gain en efficacité dans ces sphères-là signifie une croissance exponentielle des frais y relatifs – nous semble tout simplement irréaliste. (En comparaison : un moteur de voiture atteint à peine 35% d'efficacité, sans que cela ne dérange personne).</p> <p>Malgré cela, nous partageons votre préoccupation et sommes convaincus que des améliorations et des optimisations sont encore possibles dans notre système actuel.</p> <p>Par contre, nous sommes convaincus que de telles améliorations ne peuvent se faire de façon favorable qu'avec une concertation et une collaboration positive entre les responsables de notre système de santé et les professionnels de la santé sensés appliquer les décisions. Un forcing tel que le prévoit cette modification de la LAMal ne peut avoir que des conséquences négatives sur la motivation et la participation à de nouveaux projets de collaboration interdisciplinaires indispensables. Au lieu de formuler des incitations positives, seul un nivèlement vers le bas est prévu...</p> <p>Nous espérons que l'OFAS sera d'accord d'ouvrir des négociations avec nos corporations professionnelles, telles que la FMH et la CCM afin de trouver des mécanismes de régulation compatibles avec le maintien, voir même une amélioration de la qualité pour les patients par des incitatifs positifs à une collaboration accrue entre les différents partenaires de notre système de santé.</p>	
<p>La SVM a toujours soutenu que la question de la relève médicale nécessaire à la couverture des besoins de la population est capitale. Puisqu'une régulation est projetée dans la durée, il s'agit de mettre en place des conditions permettant une co-régulation entre les autorités cantonales et les sociétés cantonales de médecine. Ainsi, une certaine régulation n'est envisageable qu'aux conditions suivantes:</p> <p>Co-régulation cantonale: en raison des spécificités locales, les cantons sont le mieux à même d'effectuer une régulation, avec le concours des sociétés cantonales. Ces dernières, la SVM en particulier, se trouvent en effet dans une position centrale du fait de l'appartenance de leurs membres à tous les secteurs de l'activité médicale concernés (cabinet de campagne, de ville et de groupe, hôpitaux, cliniques, policliniques et ambulatoire hospitalier, etc.). Cet état de fait contribue à leur donner une vision large et complète de ces questions pour déboucher sur des consensus. Une régulation pertinente de l'offre de soins médicaux ne peut donc se faire qu'avec le concours de la profession, via les sociétés cantonales de médecine.</p> <p>Par ailleurs, il est indispensable de laisser une marge de manœuvre suffisante dans la mise en œuvre cantonale, afin de tenir compte non seulement des spécificités cantonales, mais également des expériences faites dans le cadre de la gestion de la clause du besoin.</p> <p>Dans ce domaine, les données chiffrées seront un élément important. Pour la délivrance des droits de pratique, les bases démographiques doivent en effet être incontestables. Par conséquent, les seuls chiffres qui peuvent faire référence sont les données chiffrées de la profession ou les données chiffrées issues d'études communes menées au niveau cantonal entre la société médicale et le service de la sante publique.</p> <p>Par ailleurs, les chiffres ne sont rien si l'on ne sait pas les interpréter. Pour leur donner du sens, mais également pour apprécier les circonstances locales permettant de déroger ou non à la clause du besoin, il faut le concours des principaux intéressés, à savoir les médecins. Les spécialités sont les seules à pouvoir nuancer les chiffres en termes de type et taux d'activité tout en apportant une vision prospective.</p> <p>Il faut également tenir compte d'autres critères, tels que l'évolution de la démographie, les besoins en termes de sante publique, le manque de certaines spécialités ou sous spécialités, le projet professionnel du médecin et les possibilités d'interaction de son projet avec les structures déjà existantes.</p>	SVM

<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>Dans ce contexte, la règle des trois ans, à savoir que seuls les médecins ayant travaillé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation post graduée reconnu puissent obtenir une autorisation de pratiquer, constitue un critère de qualité indéniable. Les médecins ont ainsi le temps de se familiariser avec le système de sante suisse et peuvent ensuite exercer à un niveau élevé de qualité. Enfin, ce mécanisme permet aussi d'alimenter en ressources humaines médicales les hôpitaux et autres établissements reconnus de formation.</p> <p>Des connaissances linguistiques adéquates sont indispensables lors des entretiens avec les patients, ainsi que pour une prise en charge médicale adéquate. Par conséquent, les médecins étrangers devraient réussir un examen linguistique dans la langue nationale du lieu de pratique envisagé.</p> <p>Au vu de la votation populaire du 17 juin 2012 sur les réseaux de soins, il est inadmissible de conditionner l'autorisation de pratique à l'appartenance à un réseau de soins intégrés.</p> <p>Le secteur ambulatoire hospitalier doit également être soumis au mécanisme de régulation. En effet, tous les indicateurs, tant fédéraux que cantonaux, montrent depuis longtemps une très nette et constante inflation des volumes financiers de ce secteur sur les coûts de la sante en Suisse, au contraire du secteur ambulatoire privé qui montre une grande stabilité. Des 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 deux secteurs, il convient de soumettre l'ambulatoire hospitalier au même contrôle; - L'autonomie des partenaires tarifaires doit être préservée. Un mécanisme de régulation ne doit en aucun cas conduire à une limitation de l'autonomie des partenaires tarifaires. Le principe selon lequel les tarifs sont fixes par convention entre les assureurs et les prestataires de soins doit être maintenu, sans compétence subsidiaire du Conseil fédéral. En ce sens, il est inadmissible de lier la régulation de l'offre de soins à une compétence subsidiaire du Conseil fédéral dans le domaine tarifaire.</p> <p>Conclusion</p> <p>Comme déjà indiqué, la SVM estime qu'une forme de régulation West envisageable qu'à certaines conditions, mentionnées ci-dessus. Le présent projet ne remplit clairement pas ces conditions. En particulier, la marge de manœuvre laissée aux cantons n'est pas suffisamment grande pour tenir compte des expériences concluantes menées dans le cadre de la gestion vaudoise bipartite de la clause du besoin. Il est en outre inadmissible, au vu de la votation populaire du 17 juin 2012 sur les réseaux de soins, de conditionner l'autorisation de pratique à l'appartenance à un réseau de soins intégrés. Enfin, il est également inadmissible de lier la régulation de l'offre de soins à une compétence subsidiaire du Conseil fédéral dans le domaine tarifaire.</p>	
<p>In der Tat nahmen die Kosten der ambulanten Versorgung in den letzten Jahren überproportional zu. Diese Entwicklung ist nach unserer Beurteilung aber in erster Linie auf eine Verschiebung des stationären in den ambulanten Bereich zu erklären und wohl weniger auf eine Überversorgung im ambulanten Bereich.</p> <p>Wir sind über die von den Behörden in allen Bereichen des Gesundheitswesens angestrebte Kosteneindämmungsstrategie besorgt. Bereits im Jahr 2013 kritisierten wir das mit „Gesundheit2020“ angekündigte Einsparpotenzial von 20% als unrealistisch, ohne substanzielle Abstriche an der Qualität unseres Gesundheitssystems vorzunehmen. Solche Abstriche oder Rationierungsbestrebungen wären politisch in unserem Land kaum durchsetzbar.</p> <p>Bei der vorgesehenen KVG-Teil Revision geht es in erster Linie erneut um Einsparungen und um mehr staatliche Steuerung des Gesundheitssystems. Zu den Einsparungen: In Ihren erläuternden Bericht schreiben Sie, dass „ohne Regulierung des ambulanten Bereichs (...) dementsprechend die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zunehmen.“ Diese Auffassung teilen wir nicht. Wir sind im Gegenteil da-</p>	Vips

<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>von überzeugt, dass durch staatliche Zulassungsbeschränkungen der Wettbewerb vermindert und damit das Gegenteil des angestrebten Ziels bewirkt wird. Zur staatlichen Steuerung: Aus unserer Sicht gibt es keinen Grund, mit einer staatlichen bedarfsabhängigen Zulassungssteuerung in ein grundsätzlich qualitativ gut funktionierendes System einzugreifen.</p> <p>Wir befürchten, und da sind wir als Teil der gesundheitlichen Versorgungskette in der Schweiz direkt betroffen, dass sich die geplante Zulassungssteuerung auf die Versorgung der Patienten qualitativ negativ auswirken würde. Wir müssen annehmen, dass ein solches System, das die unternehmerische Tätigkeit eines Arztes erheblich einschränken würde, kaum mehr Anreiz zur Ergreifung des freien Arztberufes bieten würde.</p> <p>Eine für eine berufliche Karriere nicht planbare Zugangsregelung, verbunden mit einem adhoc-Tariffsystem gemäss Art. 55b, führt zwangsläufig zu einem Ärztemangel. Und ein solcher müsste in der Folge gemäss Ihrem Vorschlag (Art. 40b) zu Unterstützungsmassnahmen führen mit entsprechenden finanziellen Konsequenzen. Und Voraussetzung für das Greifen einer solchen Massnahme wäre dann, dass die erforderlichen Ärztinnen und Ärzte dann überhaupt noch zur Verfügung stehen.</p> <p>Wir beurteilen deshalb die Vorschläge äusserst kritisch und würden es vorziehen, zu einer allfälligen Problemlösung tarifliche Anreize einzuführen, mit welchen die Voraussetzungen für eine gesicherte und wirtschaftlich tragbare Versorgungsstruktur geschaffen werden können.</p>	
<p>Vorab gilt es zu bemerken, dass die Mehrheit der Ärzteschaft in unserem Gebirgskanton ablehnend zur Vorlage steht. Zu begrüssen ist, dass es die Kantonsregierung ist, welche bei einer Überversorgung im ambulanten Bereich über die Zulassung entscheiden soll. Dass aber der Bundesrat die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich festlegen soll, ist nicht tragbar. Der besonderen Situation im Gebirgskanton Graubünden mit den verschiedenen Talschaften wird diese Regelung nicht gerecht. Eine Steuerung von Bern aus kann nicht zielführend sein. Zu umfassend müssten diese Kriterien definiert werden, um den Bedürfnissen der Bergbevölkerung gerecht zu werden.</p> <p>Das Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden hat im Jahre 2013 ein erstes Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden erarbeitet. Dies zeigt, dass allein die Kantone in der Lage sind, die Situation auf ihrem Gebiet zu beurteilen und Massnahmen für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu treffen (vgl. Leitbild zur Organisation der Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden, DJSG, Graubünden, 2013).</p>	BAeV
<p>In grundsätzlicher Hinsicht begrüssen wir die Zunahme an Leistungen im ambulanten Bereich, sofern diese das Resultat einer innovationsbedingten Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich sind. Anderen Mengenausweitungen im ambulanten Bereich, die zu einem vermeidbaren Kostenanstieg führen, ist demgegenüber mit zweckmässigen und wirksamen Massnahmen zu begegnen. Ferner befürworten wir die regionale statt der kantonalen Orientierung der Gesundheitsversorgung.</p> <p>Aus den nachfolgenden Gründen sind wir allerdings der Ansicht, dass die zur Vernehmlassung unterbreitete Vorlage keine Probleme löst:</p> <p>De facto handelt es sich bei dieser Vorlage um eine Weiterführung des bestehenden Zulassungsstopps und dies sogar in verschärfter Form. Genau wie unter der bestehenden Regelung haben die Kantone die Möglichkeit, festzulegen, wie viele ambulante Leistungserbringer auf ihrem Kantonsgebiet zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung (OKP) tätig sein dürfen. Über die Definition der Angemessenheit der Versorgung schweigen sich Gesetzesentwurf und Bericht aus. Art. 40c verweist bezüglich Umsetzung auf eine entsprechende Verordnungskompetenz des Bundes, ohne dass auch nur ansatzweise ersichtlich wäre, wie der Bund diese Kompetenz auszugestalten gedenkt. Hinzukommen soll aber neu eine subsidiäre Eingriffsmöglichkeit des Bundes, die bei einem Kostenanstieg zum Eingriff in die kantonalen Tarife ermächtigt. Hinzu kommt</p>	BFG

<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>ferner, dass Art. 40a Abs. 4 KVG den Kantonen die Möglichkeit geben soll, eine bestehende Bewilligung neu aus gesundheitspolitischen Gründen zu beschränken oder zu entziehen. Bisher war dies nur aus gesundheitspolizeilichen Gründen möglich. Ausserdem ist festzuhalten, dass die Zuweisung einer weiteren, neuen Kompetenz an die Kantone der dringend notwendigen Reduktion ihrer verschiedenen Aufgaben und Rollenkonflikte als Planer, Finanzierer von Leistungen, Betreiber von Angeboten und Richter im Streitfall diametral entgegenläuft. Dies insbesondere im ambulanten Bereich, in welchem sich die Kantone nicht an der Finanzierung von Leistungen beteiligen. Daran ändert die Tatsache nichts, dass die Kantone Beiträge an die Prämienverbilligungen leisten, da es sich dabei um eine Sozialleistung ohne Gegenverpflichtung der Begünstigten handelt.</p> <p>Klar abzulehnen ist die beabsichtigte Einführung einer weiteren subsidiären Eingriffsmöglichkeit des Bundes in das Tarifsysteem TARMED. Damit würde erneut die Tarif und Verhandlungsautonomie der Tarifpartner unterlaufen, was als weiterer Schritt zur schleichenden Verstaatlichung des Tarifsystems zu qualifizieren ist. Im vorliegenden Fall würde zusätzlich durch ein Druckmittel via Tarif in die kantonale Kompetenz zur Regelung der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern eingegriffen.</p> <p>Wenig hilfreich sind die vorgetragenen Vergleiche mit ausländischen Staaten auf Seite 8 des erläuternden Berichtes, da die meisten der erwähnten Gesundheitssysteme über ein Modell der sozialen Sicherheit finanziert sind, welches nicht vergleichbar ist mit demjenigen der Schweiz. Im schweizerischen System werden die ambulanten Leistungen</p> <p>(anders als im stationären Bereich) ausschliesslich via Prämien der Versicherten finanziert. Die Systeme von Norwegen und Dänemark sind gar vollständig staatlich finanziert und damit als Referenz für unser System und dessen Entwicklung ohnehin nicht geeignet. Zieht man dagegen das deutsche Gesundheitssystem bei, welches dem schweizerischen von den Grundprinzipien sehr nahe steht, dann werden dort die wichtigen Grundlagen mittels Einigungen zwischen Leistungsbringern und Versicherungsverbänden herbeigeführt. Der Mechanismus der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeikoV) in der Schweiz geht in diese Richtung.</p> <p>Dem Bericht zur Revisionsvorlage ist im Weiteren nicht zu entnehmen, ob mildere Massnahmen als der vorgelegte Eingriff geprüft und beurteilt worden sind. Somit fehlt es an der notwendigen Prüfung der Verhältnismässigkeit, die neben der gesetzlichen Grundlage und dem öffentlichen Interesse zwingende Voraussetzung für einen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit ist.</p> <p>Schlussendlich fehlen im Bericht Ausführungen zur Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Lösungsansätze</p> <p>Das sehr klare Resultat der Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage im Juni 2012 hat deutlich aufgezeigt, dass die Bevölkerung unseres Landes volle Wahlfreiheit in Bezug auf ambulante Leistungserbringer wünscht und diesbezüglich keine staatliche Einschränkung akzeptiert. Dem widerspricht der Bund, wenn er nun versucht, den freien Zugang zu ambulanten Leistungserbringern definitiv und langfristig einzuschränken.</p> <p>Vielmehr ist das System der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung künftig ohne Wettbewerbsbehinderungen und gesundheitspolitisch motivierte Beschränkungen der Wirtschaftsfreiheit auszugestalten, indem die Tarife autonom durch die Tarifpartner verhandelt werden, ebenso die Berechnungskriterien und Rahmenbedingungen für die Schaffung von Anreizen im Tarifsysteem.</p> <p>Bund und Kantone können dem übermässigen Kostenanstieg im ambulanten Bereich begegnen, indem den Patientinnen und Patienten einerseits die Ausübung ihrer Wahlfreiheit in einem qualitätsorientierten System ermöglicht wird. Dazu muss der Bund gestützt auf Art. 22a KVG Rahmenbedingungen für die Erhebung einheitlicher und benchmarkingfähiger Qualitätsdaten schaffen, die einen echten Qualitätswettbewerb im</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>ambulanten Bereich ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, wie Anreize zur Mitwirkung der Leistungserbringer an qualitätssichernden Massnahmen geschaffen werden können.</p> <p>Andererseits muss das Verhalten der Patientinnen und Patienten, der Leistungserbringer und Versicherer durch geeignete Massnahmen begleitet werden:</p> <p>Es müssen Anreize zur Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die zu Lasten der Grundversicherung in Anspruch genommenen Leistungen (z.B. Zweitmeinungen) geschaffen werden.</p> <p>Die Versicherer müssen die Möglichkeit haben und dazu verpflichtet sein, die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten zu prüfen und bei Überschreitungen der Grenzen des Solidaritätsprinzips zu intervenieren.</p> <p>Gegenüber der Ärzteschaft müssen im Tarifsysteem Anreize geschaffen werden, die eine an Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit orientierte Arbeitsweise honorieren. Die Tarifpartner können den Grundsatz der nach Fachärztedichte flexiblen Tarife im Ärztetarif TARMED verankern.</p> <p>Transparente, die gesamten Behandlungspfade umfassende und faire Wirtschaftlichkeitsprüfungen gegenüber den Leistungserbringern nach justiziablen Kriterien müssen rasch umgesetzt werden.</p> <p>So würden die Voraussetzungen geschaffen, damit sich der Markt selber regulieren kann, indem Leistungserbringer mit ungenügender Qualität und nicht gerechtfertigten Leistungen, sprich Mengenausweitungen, keinen Bestand im Wettbewerb hätten. Unterstützt durch die Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten könnte so dem Kostenanstieg im ambulanten Bereich nachhaltig und ohne erhebliche staatliche Interventionen wie in dem nun vorliegenden Revisionsentwurf begegnet werden. Ferner ist in grundsätzlicher Hinsicht folgendes vorzukehren:</p> <p>Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern muss fokussiert werden, um Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit der Leistungen zu fördern. Eine rasche Konkretisierung der vom Parlament bereits beschlossenen Verfeinerung des Risikoausgleichs ist nun auf Verordnungsstufe voranzutreiben.</p> <p>Die Blockaden zwischen den Tarifpartnern müssen mittels Aufhebung der Tarifgenehmigungs- bzw. Tariffestsetzungsverfahren der Kantone und des Bundes beseitigt und durch das unternehmerische Verhandlungsgeschick ersetzt werden. Taktieren im Hinblick auf ein staatliches Eingreifen ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einsetzung eines Schiedsgerichtes mit Fachkompetenz und den möglichen Weiterzug an das Bundesverwaltungsgericht muss der Rechtsweg sichergestellt werden.</p> <p>Den Mengenausweitungen im ambulanten Bereich muss schlussendlich durch die Schaffung einer einheitlichen Finanzierung für den ambulanten und den stationären Bereich begegnet werden, damit Fehlanreize durch die unterschiedliche Finanzierung unterbunden werden können.</p> <p>In Bezug auf den Umgang mit Unterversorgung sind keine gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene notwendig. Die entsprechenden kantonalen Kompetenzen sind bereits gesetzlich festgelegt und werden vielerorts umgesetzt.</p> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <p>Der vorliegende Entwurf stellt keine entscheidende Neuerung im Vergleich zum geltenden Zulassungsstopp dar, indem die freie Berufsausübung im ambulanten ärztlichen Bereich weiterhin basierend auf unklaren und intransparenten Kriterien eingeschränkt würde. Damit würde gleichzeitig die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die ambulanten Leistungserbringer eingeschränkt, welche das Stimmvolk im Rahmen der Abstimmung über die Managed Care – Vorlage aber eindeutig gefordert hat. Seit Jahren besteht bei den Leistungserbringern und bei Behörden in vielen Kantonen Unsicherheit in Bezug auf die Berufsausübung im ambulanten Bereich, welche durch</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>diese Vorlage insbesondere ohne die zwingend notwendige Regulierungsfolgeabschätzung ausgeweitet würde.</p> <p>In den entscheidenden Fragestellungen enthält die Vorlage unklare Regelungen respektive unbestimmte Rechtsbegriffe, ohne dass der erläuternde Bericht die notwendige Klärung herbeiführen würde. Mir drei neuen Regelungen (Art. 40a Abs. 4, Art. 40c Abs.1, Art. 55b Abs. 1) würde erhebliche Rechtsunsicherheit geschaffen. Demgegenüber sind Ansätze zielführend, die nicht bei der Anzahl Bewerber auf dem Markt ansetzen, sondern einerseits auf einem transparenten Qualitätswettbewerb mit vergleichbaren Qualitätsdaten basieren, so dass Patientinnen und Patienten ihre Wahlfreiheit gestützt auf benchmarkingfähige und objektivierte Informationen stützen können. Andererseits sind Anreizmechanismen gegen Mengenausweitungen durch Leistungserbringer und zur Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu schaffen respektive bereits bestehende Instrumente zu verbessern.</p> <p>Schlussendlich ist die Erarbeitung von Massnahmen zur Wiederherstellung des Tariffriedens durch die Stärkung der Tarifpartnerschaft ohne politisch motivierte Tarifgenehmigungen durch Kantonsregierungen und Bundesrat von sehr grosser Wichtigkeit.</p>	
<p>La proposition du Conseil fédéral prévoit la possibilité pour les cantons de réguler l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'ils constatent une offre insuffisante ou excédentaire, après consultation d'une commission composée de représentants des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Par ailleurs, les cantons règlent l'activité des hôpitaux dans le domaine ambulatoire et le Conseil fédéral se voit octroyer la compétence, subsidiaire, d'intervenir en matière tarifaire si un canton n'a pris aucune mesure et que l'augmentation des coûts dans le canton est supérieure à la hausse des coûts pour l'ensemble de la Suisse.</p> <p>Nous ne soutenons pas la révision partielle de la LAMal telle que proposée, et ce pour les raisons suivantes :</p> <p>Tout d'abord, le projet n'expose pas de façon convaincante l'existence d'offres insuffisantes ou excédentaires en matière de soins ambulatoires qui nécessiterait une intervention urgente.</p> <p>En l'état actuel, la Constitution fédérale ne prévoit pas la compétence du Conseil fédéral pour limiter de façon durable les admissions à pratiquer. En effet, selon l'art. 117 de la Constitution, le Conseil fédéral est compétent uniquement pour légiférer sur l'assurance maladie mais l'offre sanitaire relève de la compétence des cantons. A notre sens, il n'est pas concevable d'instaurer la compétence du Conseil fédéral en matière de pilotage du domaine ambulatoire par le biais d'une limitation des admissions à pratiquer sans modifier la Constitution actuelle.</p> <p>Dans le domaine hospitalier, la révision de la LAMal relative au financement hospitalier a renforcé la concurrence. Il est regrettable qu'en matière ambulatoire, le présent projet ne prenne en compte ni le caractère économique, ni la qualité des différentes prestations, ni la qualité des fournisseurs de prestations.</p> <p>La séparation entre les prestations ambulatoires hospitalières et les autres prestations ambulatoires ne tient pas compte de l'évolution de la médecine et du rôle de plus en plus important qu'assument les hôpitaux et les cliniques privées dans ce domaine. En effet, ces derniers fournissent environ un tiers des prestations ambulatoires et coopèrent étroitement avec les médecins en cabinets privés. Cette évolution inexorable ainsi que la différence de financement et de remboursement des prestations ambulatoires et des prestations en milieu hospitalier entraînent une charge plus élevée pour les assurés mais allègent le contribuable. La planification médicale et les interventions tarifaires prévues par le projet ne permettent pas de résoudre ce transfert de charges financières.</p>	<p>FER</p>
<p>Der SVBG begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in der Steuerung des Gesundheitswesens zu stärken. Insbesondere unterstützen wir, dass die Steuerung demokratisch legitimiert angesiedelt sein soll und nicht den Krankenversicherern übertragen wird.</p> <p>Bei der Umsetzung sehen wir ausserdem einige grundsätzliche Problemstellungen:</p>	<p>SVBG</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>Überprüfung der Versorgungslage bei Berufen, die auf ärztliche Anordnung hin arbeiten: Mehrere der im SVBG vertretenen Gesundheitsberufe arbeiten ausschliesslich auf ärztliche Verordnung hin zu Lasten der Krankenversicherungen (z.B. Ergotherapie, Ernährungsberatung, Pflege) oder werden in ihren Leistungen über Tarmed abgegolten (Medizinische PraxisassistentInnen). Eine angebotsgesteuerte Nachfrage kann hier ausgeschlossen werden.</p> <p>Wie soll der Kanton auf diesem Hintergrund eine allfällige Überversorgung feststellen und wie will er sie einschränken?</p> <p>Berücksichtigung von Arbeitspensen: Eine Mehrheit der Gesundheitsberufe sind Frauenberufe, Teilzeit-Tätigkeiten sind weit verbreitet. Die Arbeitspensen müssen in die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung einbezogen werden, sonst entsteht ein stark verzerrtes Bild. Wie wollen die Kantone Arbeitspensen überprüfen, um sie hier zu berücksichtigen? Muss jede Änderung eines Arbeitspensums beim entsprechenden Kanton gemeldet werden? Wie wollen die Kantone diese Mehradministration bewältigen?</p> <p>Fachbereichsübergreifende Tätigkeitsbereiche: Integrierte Versorgung wird künftig insbesondere in der ambulanten Grundversorgung zunehmend eine wichtige Rolle spielen und führt zu fachbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren o.ä.</p> <p>Wie geht der Kanton bei fachbereichsübergreifenden Praxen oder bei Modellen der integrierten Versorgung vor, um zu prüfen, ob der Bedarf schon gedeckt ist oder ob eine Zulassung erteilt werden kann?</p> <p>Ausserdem werden diverse Gesundheitsberufe nicht nach Fachbereichen zugelassen, sondern als Berufsgruppe, auch wenn sie sich ev. auf einzelne oder auch auf mehrere Fachbereiche spezialisieren (z.B. Ergotherapie, Hebammen, Ernährungsberatung). Wie soll diesem Umstand Rechnung getragen werden?</p> <p>Berücksichtigung von Angestellten: Einzelne Gesundheitsberufe können weitere Berufskolleginnen anstellen. Diese sind bisher z.T. ausschliesslich im Zahlstellenregister erfasst. Müssen solche Angestelltenverhältnisse in Zukunft dem Kanton gemeldet werden?</p>	
<p>Swiss Orthoptics begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in der Steuerung des Gesundheitswesens zu stärken. Insbesondere unterstützen wir, dass die Steuerung demokratisch legitimiert angesiedelt sein soll und nicht den Krankenversicherern übertragen wird.</p> <p>Bei der Umsetzung sehen wir ausserdem einige grundsätzlichen Problemstellungen:</p> <p>Überprüfung der Versorgungslage bei Berufen, die auf ärztliche Anordnung hin arbeiten</p> <p>Die Orthoptistinnen und Orthoptisten arbeiten ausschliesslich auf ärztliche Verordnung hin zu Lasten der Krankenversicherungen. Die Leistungen werden über Tarmed abgegolten. Eine angebotsgesteuerte Nachfrage kann hier ausgeschlossen werden. Wie soll der Kanton auf diesem Hintergrund eine allfällige Überversorgung feststellen und wie will er sie einschränken?</p> <p>Berücksichtigung von Arbeitspensen</p> <p>Der Beruf der Orthoptistin ist ein Frauenberuf, Teilzeit-Tätigkeiten sind weit verbreitet. Die Arbeitspensen müssen in die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung einbezogen werden, sonst entsteht ein stark verzerrtes Bild. Wie wollen die Kantone Arbeitspensen überprüfen, um sie hier zu berücksichtigen? Muss jede Änderung eines Arbeitspensums beim entsprechenden Kanton gemeldet werden? Wie wollen die Kantone diese Mehradministration bewältigen?</p> <p>Fachbereichsübergreifende Tätigkeitsbereiche</p>	SVO

<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>Integrierte Versorgung wird künftig insbesondere in der ambulanten Grundversorgung zunehmend eine wichtige Rolle spielen und führt zu fachbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren o.ä.</p> <p>Wie geht der Kanton bei fachbereichsübergreifenden Praxen oder bei Modellen der integrierten Versorgung vor, um zu prüfen, ob der Bedarf schon gedeckt ist oder ob eine Zulassung erteilt werden kann?</p> <p>Zulassungskriterien</p> <p>Diverse Gesundheitsberufe werden nicht nach Fachbereichen zugelassen, sondern als Berufsgruppe, auch wenn sie sich ev. auf einzelne oder auch auf mehrere Fachbereiche spezialisieren (z.B. Ergotherapie, Hebammen, Ernährungsberatung). Wie soll diesem Umstand Rechnung getragen werden?</p> <p>Berücksichtigung von Angestellten</p> <p>Einzelne Gesundheitsberufe können weitere Berufskolleginnen anstellen. Diese sind bisher z.T. ausschliesslich im Zahlstellenregister erfasst. Müssen solche Angestelltenverhältnisse in Zukunft dem Kanton gemeldet werden?</p>	

### 2.3 Commenti alle singole disposizioni dell'avamprogetto

Articolo 39 capoverso 1bis LAMal

<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 zwingende Berücksichtigung der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich bzw. deren Regelung im Rahmen der Leistungsvereinbarungen ist abzulehnen. Angesichts des schwierig abzugrenzenden Arbeitsaufwandes der Spitalärztinnen und -ärzte für den stationären oder ambulanten Bereich (vgl. erläuternder Bericht S. 13 f.) ist ein steuern- des Eingreifen in den spitalambulanten Bereich nicht praktikabel und überdies als Steuerungsinstrument so wenig geeignet wie im Bereich der ambulanten Privatpraxen und Institute.</p>	ZH
<p>(cf. CDS)</p> <p>Ausserdem sind im erläuternden Bericht die Begriffe „Spital“ und „Tätigkeit im ambulanten Bereich“ eindeutig zu definieren: Es ist unklar, ob eine Spitalunternehmung mit mehreren Standorten als ein Spital oder als eine Gruppe von einzelnen Spitalern zu betrachten ist. Ausserdem werden ein wesentlicher Teil der ambulanten Leistungen von Spitalern von privaten Arztpraxen am Standort des Spitals erbracht und verrechnet. Falls mit „Tätigkeit im ambulanten Bereich“ nur die direkt durch die Spitaler betriebenen Spitalambulatorien (mit Fakturierung der Leistungen durch das jeweilige Spital) gemeint sind, muss dies explizit formuliert werden.</p>	BE
<p>Die vorgeschlagene Änderung von Art. 39 Abs. 1bis KVG, wonach die Leistungsaufträge der Kantone an die <i>Spitäler</i> zwingend auch die Tätigkeit im ambulanten Bereich regeln <i>müssen</i>, lehnen wir hingegen ganz entschieden ab. In vielen Kantonen ist dies ganz einfach nicht praktikabel und es wäre ein nicht zu rechtfertigender Eingriff in die Wettbewerbsfreiheit der sich auf keinerlei objektive Zuteilungskriterien stützen könnte. Die Versorgungsstrukturen der öffentlichen und privaten Spitalambulatorien sowie der Privatpraxen überschneidenden sich immer mehr. Zudem haben die Ambulatorien sehr häufig ein grosses Einzugsgebiet, das über die Kantongsgrenzen hinausgeht. Eine ver-</p>	LU

<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>stärkte Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich muss deshalb für die Kantone genauso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p>	
<p>Jedoch ist für den Regierungsrat nicht nachvollziehbar, warum er den spitalambulanten Bereich regulieren muss. (...)</p> <p>Dass die Kantone, im Gegensatz zum ambulanten Bereich in den Praxen, die Zulassung von spitalambulanten Leistungserbringern regulieren müssen, ist für den Regierungsrat nicht verständlich. Denn wie in vielen anderen Kantonen, arbeiten auch im Kanton Uri einige Ärztinnen und Ärzte sowohl in ihrer freien Praxis, wie auch im Spitalambulatorium. Diese Überschneidungen erschweren die Steuerung für den Kanton so massiv, dass eine Differenzierung nicht praktikabel ist. Der Regierungsrat ist der Ansicht, dass die Kantone nebst dem Angebot der freien Praxen auch den spitalambulanten Bereich regeln können, aber nicht müssen.</p>	UR
<p>Er lehnt es ab, dass die Kantone verpflichtet werden, in den Leistungsaufträgen an die Spitäler die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich zu regeln. Dies würde zwingend den Einbezug der Kantone in die Finanzierung dieses Bereichs zur Folge haben.</p>	SZ
<p>Die vorgeschlagene Änderung von Art. 39 Abs. 1 bis KVG, wonach die Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler zwingend auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln <i>müssen</i>, lehnt der Regierungsrat hingegen ab. Das Kantonsspital Obwalden ist in hohem Masse angewiesen auf die Einweisungen der ansässigen Ärztinnen und Ärzte. Aus diesem Grund wird das Angebot im Spitalambulatorium laufend überprüft, um eine Konkurrenzierung zu den Privatpraxen zu vermeiden. Eine verstärkte Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich muss für die Kantone daher genauso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p> <p>Antrag zu Art. 39 Abs. 1bis KVG: "Die Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe e können auch die Tätigkeiten der Spitäler im ambulanten Bereich regeln".</p>	OW
<p>Antrag: Die Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe <del>müssen</del> können auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln.</p> <p>Eine unterschiedliche Behandlung der Spitalambulatorien und der Privatpraxen lässt sich nicht rechtfertigen. Einer "Kann-Regelung" im einen Bereich hat eine "Kann-Regelung" im anderen Bereich gegenüberzustehen. Dies gilt umso mehr, als sich die Versorgungsstrukturen zunehmend überschneiden. Zudem ist die Souveränität der Kantone zu respektieren, das heisst, wenn ein Kanton bei den Spitalambulatorien nicht steuern will, soll er nicht dazu gezwungen werden.</p>	ZG
<p>Die vorgeschlagene Änderung, wonach die Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler zwingend auch den ambulanten Bereich der Spitäler regeln müssen, lehnen wir ab. Eine Steuerung des spitalambulanten Angebots muss für die Kantone ebenso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p>	SO
<p>Mit der vorgesehenen Regelung entsteht eine sachlich nicht nachvollziehbare Ungleichbehandlung zwischen dem ambulanten Bereich von Spitälern und den anderen Leistungserbringern (selbstständig tätige Leistungserbringer und ambulante Einrichtungen nach Art. 36a KVG). Aufgrund der vergleichbaren Tätigkeitsfelder sollte es den Kantonen wie bei den niedergelassenen Leistungserbringern und den ambulanten Einrichtungen freigestellt werden, ob sie im spitalambulanten Bereich Massnahmen zur Steuerung ergreifen wollen.</p> <p>Es wird daher beantragt, Art. 39 Abs. 1 bis KVG wie folgt zu ergänzen:</p> <p>"Die Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe e können auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln."</p>	BS
<p>Die vorgeschlagene Änderung von Art. 39 Abs. 1bis KVG, wonach die Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler zwingend auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln müssen, lehnt der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhodens hingegen ab. Eine verstärkte Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich muss für</p>	AR

<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 Kantone genauso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p>	
<p>Die vorgeschlagene Änderung von Art. 39 Abs. 1bis KVG, wonach die Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler zwingend auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln müssen, lehnt die Standeskommission daher ab. Eine verstärkte Steuerung des Angebots im spitalambulantem Bereich muss für die Kantone genauso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p>	AI
<p>Die vorgeschlagene Änderung, wonach die Kantone über Leistungsaufträge zwingend auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln müssen, ist abzulehnen. Es würde daraus eine deutliche Benachteiligung der Spitäler erfolgen. Es ist – auch angesichts der sich immer stärker überschneidenden Versorgungsstrukturen im Bereich Spital-ambulatorien und Privatpraxen/Gemeinschaftszentren – nicht nachvollziehbar und nicht praktikabel, bei den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone einen Unterschied zu machen. Beispielsweise arbeiten im Spital die meisten Ärzte und Ärztinnen, aber auch das übrige Gesundheitspersonal sowohl in den Spitalambulatorien als auch in den stationären Abteilungen; eine Abgrenzung – wer arbeitet zu wie viel Prozent wo – ist äusserst schwierig, ausser man betreibt einen erheblichen administrativen Aufwand. Deshalb muss eine verstärkte Steuerung des Angebots im spitalambulantem Bereich für die Kantone genauso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p> <p>Artikel 39 Abs. 1bis:</p> <p>"Die Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe e <i>können</i> auch die Tätigkeiten der Spitäler im ambulanten Bereich regeln".</p>	SG
<p>Auch wenn sich die Kompetenz der Kantone zur Steuerung des ambulanten Bereichs auf sämtliche Leistungserbringer bezieht, ist davon auszugehen, dass die vorliegende Neuregelung primär auf die ärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer abzielt. Alle übrigen Leistungserbringer werden fast ausschliesslich auf Verordnung der Ärzteschaft zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig. (...)</p> <p>Von der gesamten Teilrevision nicht erfasst werden diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich ohne Berufsausübungsbewilligung, also ohne eigene Zulassung, tätig sind. Es betrifft dies sowohl Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in den Spitälern als auch insbesondere in den Praxen. Mit der Schaffung von zusätzlichen Assistentenstellen können die Regulierungsbemühungen ohne weiteres umgangen werden, wie die Erfahrungen während der Zeit des Zulassungsstopps gezeigt haben. (...)</p> <p>In diesem Artikel wird festgelegt, dass die Leistungsaufträge für die Spitäler auch die Tätigkeit im ambulanten Bereich regeln müssen. In Hinblick auf den hohen administrativen Aufwand für den Kanton im Bereich der stationären Leistungsaufträge würde die zusätzliche Erteilung von Leistungsaufträgen für die Spitäler im ambulanten Bereich zu einem massiven administrativen Mehraufwand führen. Angefangen bei der Definition der Leistungsaufträge, über die Durchführung des Bewerbungsverfahrens bis letztlich zur Bewältigung allfälliger Gerichtsverfahren. Auch bei den Versicherern würde der Aufwand steigen, da sie bei ihrer Rechnungsprüfung zusätzlich kontrollieren müssten, ob das Spital für die betreffende Behandlung über einen Leistungsauftrag verfügt oder nicht. Zudem würde es auch hier, wie bereits im stationären Bereich, diverse Probleme beim Mitseinbezug ausserkantonaler Leistungserbringer geben. Im Weiteren muss berücksichtigt werden, dass viele im Spital als ambulant angebotene Leistungen auch bei selbstständigen Ärzten oder anderen nach KVG zugelassenen Leistungserbringern, beispielsweise Physiotherapeuten, durchgeführt werden können. Für die Spitäler wäre es gegenüber den selbstständigen Leistungserbringern ein markanter Wettbewerbsnachteil, wenn sie Leistungen nur mit einem entsprechenden Leistungsauftrag anbieten könnten. Spitalärztinnen und Spitalärzte sind in der Regel sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor tätig. Eine Differenzierung der ambulanten und stationären ärztlichen Tätigkeit ist für die Aufsichtsbehörde nicht möglich, zumal die Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern in den meisten Kantonen über keine Berufsausübungsbewilligung mit Zulassung verfügen.</p>	AG

<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>Speziell für Ärztinnen und Ärzte ohne Facharzttitel – also die meisten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung – darf gar keine eigene Zulassung ausgestellt werden. Das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen steht in keinem Verhältnis. Das System würde lediglich komplizierter und wäre vor allem für die Patientinnen und Patienten nicht mehr genügend transparent. Zudem stehen solche Ideen klar im Widerspruch zu dem im KVG geforderten Wettbewerb. Der Artikel ist aus Vollzugssicht als nicht umsetzbar zu bezeichnen. Im Fall der Steuerung der spitalambulanten Tätigkeit über die Leistungsaufträge wäre auch die Finanzierung zu überprüfen. Im Sinn der Schaffung gleichlanger Spiesse müssten die Kantone analog zur Finanzierung der stationären Leistungen auch die ambulanten Spitalleistungen mitfinanzieren. Selbstverständlich müsste dieser Einbezug der Kantone kostenneutral erfolgen. Zu rechnen wäre in einem solchen Fall allerdings mit Forderungen der freipraktizierenden ambulanten Leistungserbringer, insbesondere der Ärzteschaft, ebenfalls in die kantonale Mitfinanzierung einbezogen zu werden.</p>	
<p>Trattandosi del settore ambulatoriale in ospedale, anche questa disposizione va formulata in modo potestativo. Siamo però pure dell'opinione che il settore ambulatoriale ospedaliero deve essere disciplinato nella stessa maniera del settore ambulatoriale al di fuori dell'ospedale. Esso va pertanto disciplinato negli articoli 40 e seguenti senza che questi aspetti confluiscono nei mandati di prestazione stazionari, ciò che sarebbe del resto di difficile attuazione.</p>	TI
<p>Afin d'assurer la cohérence d'une régulation de l'ambulatoire, le Conseil d'Etat soutient le projet, estimant qu'il est indispensable d'inclure l'offre médicale ambulatoire hospitalière dans le dispositif de régulation. Dans ce contexte, il est relevé que depuis 2010, l'ambulatoire hospitalier du canton de Vaud est soumis à limitation.</p> <p>Le Conseil d'Etat soutient également une régulation de ce secteur par le biais des mandats de prestations. En effet, l'application de procédures différentes se justifie au vu des problèmes opérationnels rencontrés, notamment la difficulté de distinguer la part d'activité de certains professionnels de la santé consacrée au domaine ambulatoire de celle consacrée au domaine stationnaire. Toutefois, au-delà de ces procédures différentielles, le Conseil d'Etat estime indispensable, d'une part, de pouvoir appliquer des critères de limitation (ou d'incitation) uniformes pour tous les secteurs, hospitaliers et non-hospitaliers et, d'autre part, de pouvoir justifier d'exception pour, par exemple, répondre à des impératifs de santé publique. A ce titre, comme le précise le rapport explicatif, il sera nécessaire de décrire le type de prestations ambulatoires et de définir leur volume. Une nomenclature, sur la base de la classification existante TARMED devra être établie, de manière similaire à ce qui a été fait pour le domaine stationnaire. Il s'agira d'un défi conséquent à relever pour les cantons sachant que l'activité ambulatoire évolue plus rapidement et est plus variée que l'activité stationnaire. Il sera notamment particulièrement difficile de déterminer des volumes de prestations dans plusieurs domaines et le risque est grand de devoir reconsidérer les mandats de prestations beaucoup plus souvent qu'actuellement. Enfin, la question du traitement des médecins exerçant au sein d'un établissement hospitalier conventionné doit être précisée. Ces médecins ne disposant pas nécessairement d'un numéro de facturation (et ne tombant par conséquent pas sous le coup des articles 36) et l'établissement n'étant pas au bénéfice d'un mandat de prestations avec le canton, sur quelles bases l'activité ambulatoire hospitalière de ces médecins pourra-t-elle être régulée ?</p>	VD
<p>Nous rejetons la formulation proposée de l'art. 39, al. 1 bis. Les cantons doivent rester libres de recourir ou non à un pilotage renforcé de l'offre dans le domaine des soins ambulatoires hospitaliers, à l'instar de ce qui est prévu pour l'offre des cabinets médicaux extrahospitaliers. Nous proposons, en conséquence, de remplacer "doivent" par "peuvent" dans l'article susmentionné.</p>	GE
Art. 39 Abs. 1bis	SGV/USAM

<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>
Den Einbezug der im Spitalbereich erbrachten ambulanten Behandlungen in die Leistungsaufträge lehnen wir ab. Ambulante Spitalbehandlungen sind zu wenig planbar als dass man sie in Leistungsverträge sinnvoll mitberücksichtigen könnte.	
<p>Le Comité directeur de la CDS rejette en revanche la modification proposée de l'art. 39 al. 1bis LAMal, aux termes de laquelle les mandats de prestations des cantons aux hôpitaux doivent obligatoirement régler l'activité des hôpitaux dans le domaine ambulatoire aussi. Au vu des recouvrements toujours plus étendus des structures de prise en charge dans le domaine des soins hospitaliers ambulatoires et dans celui des cabinets privés, il n'est guère compréhensible que des différences soient créées en matière de possibilités de pilotage des cantons et une telle solution ne serait pas praticable. Les cantons doivent rester libres de recourir à un pilotage renforcé de l'offre dans le domaine des soins hospitaliers ambulatoires tout autant qu'ils peuvent le faire pour ce qui est de l'offre des cabinets médicaux extrahospitaliers.</p> <p>Proposition ad art. 39 al. 1bis LAMal: "Les mandats de prestations visés à l'al. 1, let. e, peuvent aussi régler l'activité des hôpitaux dans le domaine ambulatoire."</p> <p>Die vorgeschlagene Änderung von Art. 39 Abs. 1bis KVG, wonach die Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler zwingend auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich regeln <i>müssen</i>, lehnt der Vorstand der GDK hingegen ab. Es ist – auch angesichts der sich immer stärker überschneidenden Versorgungsstrukturen im Bereich Spitalambulatur und Privatpraxen – nicht nachvollziehbar und auch nicht praktikabel, bei den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone einen Unterschied zu machen. Eine verstärkte Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich muss für die Kantone genauso freiwillig sein wie die Steuerung des Angebots in den Arztpraxen ausserhalb des Spitals.</p> <p>Antrag zu Art. 39 Abs. 1bis KVG: „Die Leistungsaufträge nach Absatz 1 Buchstabe e können auch die Tätigkeiten der Spitäler im ambulanten Bereich regeln“.</p>	CDS/GDK + GL, FR, GR, SH, TG, JU, NW (1 <sup>er</sup> §), BE, BL, NE
Art. 39 Abs. 1bis: Einverstanden	DLV
<p>Streichen (vgl. Vorschlag bei Art. 40a)</p> <p>Die Spitäler haben schon aus ihrer Organisationsstruktur heraus ganz andere Möglichkeiten, einen umfassenden ambulanten Bereich zu etablieren, was dem einzelnen Arzt verwehrt ist. Hier ist auch eine Regelung der Leistungsaufträge an die Spitäler nicht zielführend; zumal es für die Kantonsregierung einfacher ist, den Leistungsauftrag für die Spitäler zu formulieren und die Sicherstellung der Versorgung in eine Hand zu geben. Der einzelne Arzt wird dann gezwungen sein, seinen Beruf innerhalb einer Institution auszuüben.</p> <p>Auch die ambulanten Spitalbehandlungen sollten deshalb wenn schon nach den Regeln von Art. 40a ff. gesteuert werden. Diese Gleichstellung ist aus Gleichbehandlungsgründen zwingend nötig. Sie ist auch praktikabel, denn aufgrund der Leistungserhebung in den Spitälern für die Rechnungstellung ist heute auch im Spital bekannt, welcher Arzt ambulante Patienten behandelt hat.</p>	FMH
Der Einbezug des ambulanten Spitalbereichs ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Steuerung im ambulanten Bereich. Nur wenn sich die Planung auch auf diesen Bereich erstreckt, können ungewollte Verschiebungen der Anzahl Leistungserbringer in den ambulanten Spitalbereich verhindert werden. Dies ist insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass mit dem Gesetzesentwurf eine längerfristige Steuerung beabsichtigt ist, von immanenter Bedeutung.	Hausärzte Schweiz
<p>streichen</p> <p>Eine Trennung zwischen ambulanten Leistungen in Praxen und Spitalambulatorien ist nicht sinnvoll. Zudem würden die Spitäler mit diesem Artikel gegenüber den Praxen be-</p>	H+

<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>nachteiligt, da für sie eine generelle Planungspflicht eingeführt würde, während bei Praxen nur neue Leistungserbringer und diese auch nur bei allfälligen Massnahmen gemäss Art. 40a KVG eingeschränkt würden.</p>	
<p>Il n'est pas acceptable que l'admission des médecins dans le domaine ambulatoire soit pilotée selon l'art. 39 pour les hôpitaux et selon l'art 40 pour les cabinets médicaux. S'il faut piloter les admissions, que ce soit selon les mêmes règles pour les soins ambulatoires en hôpital ou en cabinet. Ces deux domaines doivent être pilotés selon l'art. 40a. Il faut absolument veiller à cette égalité de traitement.</p> <p>Rôle multiple des cantons</p> <p>Les conflits d'intérêts déjà nombreux au sein des cantons vont encore s'accroître avec la possibilité de pilotage sectoriel des admissions. Actuellement, les cantons exercent déjà les rôles de législateur dans le secteur de la santé, formateur de personnel médical, propriétaire d'hôpitaux, planificateur et gestionnaire d'hôpitaux, financeur en partie d'hôpitaux, autorités d'autorisation et de contrôle des tarifs ainsi que de service de médiation en cas de conflits tarifaires. Avec l'introduction de cette révision de la loi s'ajoute celui d'autorités d'admission et de contrôle du corps médical dans le domaine ambulatoire.</p> <p>Dans ce contexte, les mêmes mesures et réglementations que pour les médecins praticiens doivent impérativement valoir pour l'intégration du domaine ambulatoire des hôpitaux dans la planification des ressources cantonales prévue par la révision de la loi ; un privilège en faveur des propres institutions cantonales est à exclure !</p>	<p>CCM, GAeSO  AeGTG,  GLAeG,  AeGBL,  SMCF,  KAeGSG,  BAeV,  KAeGSH</p>
<p>Eine Trennung zwischen spitalambulanten und anderen ambulanten Leistungen berücksichtigt die medizinische Entwicklung nicht, denn die Spitäler und Kliniken nehmen immer eine wichtigere Rolle in diesem Bereich ein. Sie erbringen einerseits circa einen Drittel aller ambulanten Leistungen, andererseits besteht eine enge Kooperation mit den Praxisärzten. Die Spitäler würden mit Art. 39 Abs. 1bis KVG gegenüber den Praxen aufgrund einer generellen Planungspflicht (gegenüber einer individuellen bei Praxen für neue Leistungserbringer) benachteiligt. Eine solche Ungleichbehandlung können die Privatkliniken Schweiz nicht akzeptieren.</p> <p>(...)</p> <p>Eine kantonale Planung entlang der kantonalen Grenzen scheint heutzutage in Anbetracht der Bevölkerungsmobilität, der Pendlerströme und überkantonalen Agglomerationen kaum umsetzbar zu sein.</p>	<p>PKS</p>
<p>Planung: vom „Notnagel“ zum gesundheitspolitischen Standard?</p> <p>Die nationale Gesetzgebung über die Krankenversicherung regelt unter anderem, welche Leistungen von ihr übernommen werden. Durch den verfassungsmässigen Grundsatz der Subsidiarität ergibt sich, dass die Leistungen im Wettbewerb unter Leistungserbringern erbracht werden und der Staat nur regulierend eingreifen soll, wenn diese „Selbstregulierung“ zu unerwünschten Ergebnissen führt. Als unerwünscht sind in erster Linie eine quantitativ oder qualitativ ungenügende medizinische Versorgung (Unterversorgung) oder überhöhte Preise (bspw. durch Monopole) zu bezeichnen. Eine Überversorgung ist zwar ebenso unerwünscht, doch ist sie nicht die Folge eines Marktversagens, sondern eines Regulierungsversagens.</p> <p>Unbestritten ist die Notwendigkeit einer „Minimalplanung“ zur Feststellung und Eliminierung einer Unterversorgung. Die entsprechenden Kompetenzen bestehen bereits heute vollumfänglich, ungeachtet der Regeln der sozialen Krankenversicherung.</p> <p>Auch was über diese Minimalplanung hinausgeht, sollte die soziale Krankenversicherung per se nicht tangieren, da dies für die Finanzierung einer Leistung weiterhin irrelevant ist. Dies gilt auch unter Beachtung der WZW-Kriterien, die aus Sicht der Krankenversicherung an die Leistung gebunden sind und nicht an die Planung der Leistungserbringung.</p> <p>Man kann zwar der Ansicht sein, dass im Rahmen einer dualen Finanzierung von stationär erbrachten Leistungen dem Kanton als Mitfinanzierer ein Instrument zur Steuerung</p>	<p>curafutura</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>der (finanziellen Auswirkungen der Mitfinanzierung von) Leistungen in die Hand zu geben ist. Richtig „sinnvoll“ wäre ein solches Instrument indessen nur in einem System mit Leistungsrationierung. Wenn nämlich die Folge der entsprechenden Planung jene ist, dass sich ein Patient notgedrungen einfach ausserkantonale behandeln lassen muss, und der Wohnkanton seinen Kostenanteil damit weitgehend trotz entsprechender Planung zu entrichten hat, erweist sich das Instrument bezüglich seines Ziels faktisch als weitgehend unwirksam (vgl. dazu pointiert BGER zur Spitalplanung im Kanton Tessin, Urteil 2C-796/2011).</p> <p>Somit kann durchaus die Aussage gemacht werden, dass die derzeit bestehende (Spital-)Planung den Kantonen zwar als Hilfsmittel zugestanden worden ist, sich diese aber längst von ihrem zgedachten Sinne entfernt hat (was allerdings auch auf die sehr weitgehenden Verordnungsbestimmungen zur Spitalplanung zurückzuführen ist). Stattdessen führt die stationäre Spitalplanung in erster Linie zu einer Zementierung kantonaler Versorgungsstrukturen und einer Verhinderung des angestrebten Wettbewerbs.</p> <p>In Anbetracht der Erfahrungen aus der Spitalplanung ist es nicht nachvollziehbar, welche Beweggründe dazu führen sollen, den „Notnagel“ auch im ambulanten Bereich zum Standard zu erheben.</p>	
<p>Dieser Artikel ist zu streichen.</p> <p>Die Schwächen aus dem System der Spitalplanung werden in den ambulanten Bereich übernommen. Der Rollenkonflikt der Kantone führt zu einer politisch motivierten, nicht aber wirtschaftlich effizienten Steuerung der ambulanten Versorgung.</p>	santésuisse
<p>Art. 39 Abs. 1bis</p> <p>Der DVSP ist der Ansicht, dass die Kantone ihre Planung nicht nur koordinieren sollen, sondern zwingend auch neue Modelle wie "im Spital vorgelagerte Hausarztpraxis" oder palliativ Betreuung mit einbeziehen. Insbesondere sollen auch die Schnittstellen ambulant/stationär definiert und geregelt werden.</p>	DVSP
<p>Nous nous opposons à une limitation de l'activité ambulatoire des hôpitaux et cliniques. Les évolutions des techniques de soins supposent au contraire de laisser tout particulièrement les hôpitaux et cliniques développer les prestations ambulatoires.</p>	AVCP + cP
<p>(2.4) L'OMCT è infine sensibile anche alla problematica dei conflitti di interesse che, con l'attribuzione di nuove competenze ai Cantoni, potrebbero sorgere o acuitizzarsi. I cantoni sono infatti protagonisti attivi direttamente nel settore della sanità attraverso la gestione di ospedali e nel contempo vigilano e legiferano. A questo proposito auspichiamo un ampio dibattito anche a livello federale con l'adozione di regole chiare che disciplinino e mostrino sensibilità nei confronti della problematica che potrebbe generare distorsioni alla concorrenza e situazioni sfavorevoli alla medicina sul territorio, come per esempio la gestione dei possibili conflitti di interesse e il cumulo di competenze presso gli stessi enti o addirittura le stesse persone.</p>	omct
<p>Wir lehnen einen Einbezug des ambulanten Bereichs der Spitaltätigkeit in einen Leistungsauftrag ab. Ambulante Spitalbehandlungen sind in völlig unzureichendem Ausmass „planbar“, um dafür Leistungsaufträge zu formulieren.</p>	asd + SBV
<p>Schliesslich sprechen wir uns auch deutlich für die Schaffung neuer Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung im (spital-) ambulanten Bereich aus, mit denen die Kantone auf eine Über- oder Unter-versorgung reagieren können.</p>	BEKAG
<p>Es ist unseres Erachtens nicht nachvollziehbar, warum die Abgrenzung zwischen stationären und ambulanten Leistungen im Spital schwierig sein soll (siehe Erläuterung zu Art 39 Absatz 1bis auf Seite 13). In der Spitalambulanz gilt schliesslich der TarMed. Leider wird dieser im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten nicht korrekt angewendet, d.h. aus den ambulanten Spitalrechnungen wird nicht ersichtlich, wer der ausführende bzw. verantwortliche Arzt war.</p>	ÄZ

<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>Streichen</p> <p>Im Erläuternden Bericht wird festgehalten, dass eine Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich der Spitäler äusserst schwierig umsetzbar ist, da der Einsatz der Ärztinnen und Ärzte nicht genau zwischen ambulantem und stationärem Bereich abgegrenzt werden kann. Eine Planung des ambulanten Spitalbereichs wäre auch ein weiterer Staats-eingriff zu Lasten des gewollten Wettbewerbs der Leistungserbringer und würde die Spitäler gegenüber den Arztpraxen klar benachteiligen.</p>	VZK
<p>Art. 39 Abs. 1 bis</p> <p>Wir lehnen die Regelung des ambulanten Bereichs der Spitaltätigkeit über Leistungsauf-trage ab.</p> <p>Die Zuweisungen auf die Notfallstation und die gestellten Diagnosen sind schwer plan-bar. Eine kurzfristige ambulante Nachbetreuung der Notfallpatienten muss unabhängig vom Leistungsauftrag möglich sein, damit der Patient in einem angemessenen Gesund-heitszustand, trotz der üblichen Wartezeiten, an den nachbehandelnden Arzt weiterge-leitet werden kann.</p> <p>Eine allfällige Wartezeit auf eine notwendige Intervention muss ambulant überbrückt werden können, damit der Spitalaufenthalt nicht unnötig verlängert werden muss.</p> <p>Eine Einschränkung des Leistungsauftrages eines Spitals auf stationäre Leistungen ver-unmöglicht eine vernünftige, kostenbewusste Aufteilung der Dienstleistung in einen sta-tionären und einen ambulanten Anteil. Die Hospitalisationszeit wird verkürzt werden, wenn die stationäre Behandlung ambulant abgeschlossen werden kann. Wenn dem Spi-tal eine ambulante Betreuung verweigert wird, müssen die Patienten solange stationär behandelt werden, bis die Betreuung dem nachbehandelnden Ärztin der Regel einem Grundversorger- übergeben werden kann.</p> <p>Die ambulanten Leistungen der Spitäler werden mit derselben Infrastruktur erbracht, welche für den stationären Leistungsauftrag aufgebaut wurde. Diese ambulanten Leis-tungen führen zu einer besseren Auslastung der stationären Infrastruktur und führen zu einer Effizienzsteigerung auch der stationären Dienstleistungen.</p>	SGR
<p>Wir möchten darauf hinweisen, dass auch diesem Artikel Beachtung geschenkt werden muss, da gerade die Kantonsspitäler, deren Eigentümer/Hauptaktionär meistens der Kanton ist, den ambulanten Bereich massiv ausbauen und damit einerseits die ambu-lanten Kosten in die Höhe treiben und andererseits die Praxisärzte konkurrieren.</p>	ZGAeG
<p>Der ambulante Bereich muss als Ganzes betrachtet werden. Eine gesonderte Betrach-tung der ambulanten Leistungen in Praxen und Spitalambulatorien erachten wir nicht als zweckdienlich. Der ambulante Bereich in Praxen darf gegenüber den Spitalambulatorien nicht benachteiligt werden. Innovative Versorgungsmodell gemäss Integrierter Versor-gung müssen sich dem Bedarf gemäss weiterentwickeln können. Sofern diese Netz-werke die steigende Nachfrage dokumentieren können, sind sie von der Zulassungsbe-grenzung befreit.</p>	medswiss.net
<p>Compte tenu de difficultés pratiques, le projet mis en consultation charge les cantons de régler l'activité des hôpitaux dans le domaine ambulatoire dans le cadre de la planifica-tion hospitalière. Comme mentionné ci-dessus, pour la SVM, le secteur ambulatoire hospitalier doit être soumis au mécanisme de régulation. Dans ce sens, la proposition d'article 39 al. 1bis est insatisfaisante.</p> <p>De plus, à l'aide des différents codes internes de facturation attribués par les établis-sements à chaque médecin, il est aisé de différencier la part de l'activité médicale dévolue à l'ambulatoire hospitalier de celle liée au stationnaire.</p>	SVM

<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 den Kantonen für den übrigen ambulanten Bereich eingeräumte Freiwilligkeit zur Erreichung von Massnahmen besteht faktisch lediglich auf dem Papier. Verzichtet ein Kanton auf die Einführung des Zulassungsstopps, wird er in ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, da die Gesundheitsausgaben in den Kantonen gemessen am Bruttoinlandprodukt wie bisher laufend überproportional ansteigen werden, was angesichts der bekannten Faktoren der wachsenden Überalterung, des medizintechnischen Fortschrittes und der steigenden Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten unvermeidbar sein wird. Deshalb werden sämtliche Kantone – unabhängig davon, ob sie den Zulassungsstopp einführen oder nicht – gezwungen sein, mit grossem Aufwand entsprechende Daten und Zahlen zu sammeln, aufzubereiten und auszuwerten. Der Gesetzesentwurf enthält sodann keine Definitionen der Begriffe Über- und Unterversorgung sowie angemessene Versorgung. Es bleibt deshalb unklar, nach welchen Indikatoren eine Über- oder Unterversorgung festgestellt werden soll und wann eine Versorgung angemessen ist. Laut erläuterndem Bericht wurde bewusst auf eine Definition der angemessenen Versorgung verzichtet, damit die Kantone insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten die Angemessenheit selber festlegen können (vgl. S. 15). Im Hinblick auf eine transparente und einheitliche Gestaltung wird aber offenbar doch eine Begriffsklärung als erforderlich erachtet und dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, Mindestkriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich auf Verordnungsstufe festzulegen (Art. 40c Abs. 1 der Vorlage). Die Festlegung der Mindestkriterien erst auf Verordnungsstufe widerspricht aber dem Gesetzmässigkeitsprinzip und ist daher abzulehnen. Die den Kantonen eingeräumte Möglichkeit der Festlegung zusätzlicher Kriterien schliesslich steht im Widerspruch zum erklärten Ziel einer gesamtschweizerisch einheitlichen Ausgestaltung und hätte unterschiedliche Qualitätslevels zur Folge, die mit den geltenden Vorstellungen des KVG zur Qualität unvereinbar wären. Die Qualitätssicherung ist gemäss KVG eine Verpflichtung des Bundes; demnach müsste der Bund die Qualitätsstandards setzen. Ohne einheitliche Standards wird die von der Vorlage geforderte Koordination unter den Kantonen bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung sowie die erwünschte gemeinsame Versorgungsplanung aus regionaler Perspektive sehr stark erschwert, wenn nicht gar illusorisch. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Kantone zu einer völlig unterschiedlichen Beurteilung der Angemessenheit gelangen: Während bei gleicher Ausgangslage der eine Kanton die Versorgung als gewährleistet betrachtet, ortet ein anderer möglicherweise eine Unterversorgung und ein Dritter gar eine Überversorgung. Einzuräumen ist in vorstehendem Zusammenhang, dass die Festlegung allgemeinverbindlicher Kriterien durch den Bund, insbesondere bei Beachtung regionaler Besonderheiten einzelner Kantone, sich als äusserst schwierig erweisen dürfte.</p>	<p>ZH</p>
<p>Der Regierungsrat des Kantons Uri begrüsst, dass der Bundesrat die Steuerung des ambulanten Bereichs des KVG im Gesetz regeln will. Erwähnenswert ist, dass die Kantone auch in Zukunft entscheiden können, ob sie aufgrund von Qualitätskriterien den ambulanten Bereich regulieren wollen oder nicht.</p>	<p>UR</p>
<p>Den in der Vorlage vorgesehenen Massnahmen im Rahmen der Zulassung von Leistungserbringern wird unter der Bedingung zugestimmt, dass die Kantone - entsprechend der formulierten Kann-Bestimmungen- frei sind, diese in der Praxis tatsächlich anzuwenden.</p>	<p>BS</p>
<p>Auch wenn sich die Kompetenz der Kantone zur Steuerung des ambulanten Bereichs auf sämtliche Leistungserbringer bezieht, ist davon auszugehen, dass die vorliegende Neuregelung primär auf die ärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer abzielt. Alle übrigen Leistungserbringer werden fast ausschliesslich auf Verordnung der Ärzteschaft zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig. (...)          Von der gesamten Teilrevision nicht erfasst werden diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich ohne Berufsausübungsbewilligung, also ohne eigene Zulassung, tätig sind. Es betrifft dies sowohl Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in den Spitälern</p>	<p>AG</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>als auch insbesondere in den Praxen. Mit der Schaffung von zusätzlichen Assistentenstellen können die Regulierungsbemühungen ohne weiteres umgangen werden, wie die Erfahrungen während der Zeit des Zulassungsstopps gezeigt haben. Die Zulassung zur Tätigkeit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll mit Qualitätskriterien verknüpft werden. Operable und justiziable Kriterien existieren indessen nicht. Sie existieren nicht einmal im stationären Spitalbereich, in dem gemäss KVG die Qualität der Spitäler verglichen werden muss und der Bundesrat über die Kompetenz verfügt, Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität anzuordnen. Der zurzeit noch völlig unklare diesbezügliche Vollzug lastet allein auf den Kantonen; schlimmstenfalls ist gar davon auszugehen, dass sich diese Bestimmungen als vollzugsuntauglich erweisen werden. (...)</p> <p>Dieser Artikel gibt den Kantonen die Kompetenz, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sämtliche Leistungserbringer sowie für Ärztinnen und Ärzte in einer ambulanten ärztlichen Einrichtung zu beschränken. Die Kantone können, wenn eine Zulassung auf mehrere Personen aufgeteilt wird, den Tätigkeitsumfang der betroffenen Personen begrenzen.</p> <p>Absatz 1</p> <p>Die Kompetenz der Kantone zur Beschränkung der Zulassung bezieht sich auf sämtliche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Vollzug dürften sich die Kantone, die von dieser Kompetenz Gebrauch machen, auf die Ärztinnen und Ärzte beschränken. Die Steuerung der übrigen Leistungserbringer erscheint nicht notwendig und noch weniger praktikabel.</p>	
<p>Come menzionato in precedenza anche il settore ambulatoriale ospedaliero va inserito in questa norma.</p> <p>La scrivente autorità ritiene inoltre che la disposizione dovrebbe distinguere in modo più chiaro le due fasi del processo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la valutazione dell'adeguatezza dell'offerta e la conseguente decisione di principio a sapere se introdurre la limitazione delle autorizzazioni (magari solo per una determinata specialità o in una determinata regione) a esercitare a carico della LAMal;</li> <li>2. le decisioni sulle singole domande di ammissione e la conseguente valutazione del soddisfacimento dei criteri di qualità da parte dei medici interessati. A questo proposito potrebbe anche essere interessante valutare l'opzione di un bando di concorso. Appare in ogni caso opportuno disciplinare in modo più esplicito già a livello di legge quali sono i criteri per scegliere tra più medici allorquando è possibile ammetterne qualcuno. Nella legge non se ne parla affatto, mentre il rapporto esplicativo fa genericamente riferimento a criteri di qualità. Al riguardo la scrivente autorità è dell'opinione che appare opportuno riproporre il criterio dei tre anni di attività in un centro svizzero di perfezionamento, non tanto per verificare l'adeguatezza del perfezionamento conseguito all'estero ma per garantire la conoscenza della realtà sanitaria e del tessuto sanitario locale. Interpretato in questo senso si tratta senz'altro di un criterio di qualità interessante ed importante, che potrebbe apparire legittimo anche di fronte ai dubbi giuridici relativi all'obbligo di svolgere un periodo di perfezionamento vero e proprio in Svizzera, come peraltro oggi sancito dall'art. 55a cpv. 2 LAMal. Altri criteri di qualità potrebbero essere quelli della conoscenza di una seconda lingua nazionale, della partecipazione ai circoli di qualità, dell'aggiornamento professionale.</li> </ol>	TI
<p>Le choix du législateur fédéral en vue de réguler l'offre ambulatoire s'est porté sur une régulation des admissions de pratiquer à charge de l'AOS. Les associations faitières de médecins ainsi que certains employeurs de notre canton ont relevé qu'une telle option risquait de poser des problèmes de cohérence avec les mesures prises par la Confédération dans le domaine de la formation des médecins. Le Conseil d'Etat partage ce souci et demande à ce que la Confédération, en collaboration avec les cantons, veille à</p>	VD

<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>une cohérence optimale entre les mesures prises en matière de formation médicale (numerus clausus, planification des filières postgrade, etc.) et celles que pourraient être amenés à prendre les cantons pour réguler l'admission.</p> <p>Al. 1</p> <p>Bien qu'il paraisse au Conseil d'Etat prioritaire que les cantons puissent réguler l'offre médicale, il entend soutenir le projet proposé qui offre la possibilité de réguler l'offre ambulatoire de tous les prestataires de soins, notamment des organisations de soins à domicile. Cette marge de manœuvre pourrait s'avérer nécessaire, notamment dans ce dernier secteur qui connaît un accroissement important depuis l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives au financement des soins de longue durée. Afin de garantir la souplesse d'application voulue par le législateur fédéral, la formulation de cet article devrait toutefois être précisée pour lever toute ambiguïté en donnant aux cantons la possibilité de limiter un ou plusieurs fournisseurs de prestations. La disposition pourrait ainsi être libellée comme suit : « Lorsque l'offre en soins ambulatoires est excédentaire sur l'ensemble ou sur une partie du territoire d'un canton, celui-ci peut limiter l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour une ou plusieurs catégories de fournisseurs de prestations... ».</p>	
<p>Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Kantone im Fall von Überversorgung die Zulassung zur Berufsausübung beschränken können. Diese Regelung wird von der BDP unterstützt, weil die Gesundheitsversorgung Sache der Kantone darstellt und die Steuerung mit Augenmass erfolgt. Die BDP bemängelt jedoch, dass der Gesetzesentwurf nicht die nötige Transparenz über die Leistungen im ambulanten Bereich schafft. Es fehlt ein schweizweiter Überblick über die tatsächlich ausgeführten ambulanten Leistungen, weil nur die Anzahl ausgestellten Berufsausübungsbewilligungen statt die in Wirklichkeit eröffneten Praxen erfasst werden.</p>	BDP
<p>Pathologisch versucht der Staat die Probleme der Überversorgung, ausgelöst durch die bereits stark vorangeschrittene Verstaatlichung und Reglementierung im Gesundheitswesen, mit neuen interventionistischen Massnahmen zu überdecken. Der Systemmangel im KVG wird damit nur verstärkt. Unserer Ansicht nach sollten in der Gesundheitspolitik stattdessen wieder wirtschaftlich orientierte und deregulierende Entscheide gefällt werden. Denn Wettbewerb würde Anreize für qualitativ gute Produkte setzen, Angebot und Nachfrage ins Gleichgewicht bringen und somit auch die Kosten dämpfen. Daher muss dem Überangebot mit nachfragebestimmten Elementen begegnet werden. Um dies zu erreichen, braucht es generell mehr Wahl- und Vertragsfreiheit.</p>	SVP
<p>Bei Über- oder Unterversorgung können die Kantone verschiedene Massnahmen ergreifen. Die neuen Bestimmungen geben ihnen beispielsweise die Möglichkeit, die Zulassung neuer Leistungserbringer bei einer Überversorgung zu beschränken. (...) Den Kantonen kommt damit entsprechend der Kompetenzverteilung im Bereich der medizinischen Grundversorgung eine zentrale Rolle zu.</p>	SGV
<p>Wie wir einleitend festgehalten haben, lehnen wir Zulassungsbeschränkungen grundsätzlich ab. Dem Entwurf zu Art. 40a möchten wir immerhin zugute halten, dass man es den Kantonen überlässt, eigenständig zu entscheiden, ob sie Zulassungsbeschränkungen verhängen oder ob sie auf planwirtschaftliche Eingriffe verzichten wollen.</p> <p>Klar zu weit geht für uns der Geltungsbereich gemäss Absatz 1, der selbst Abgabestellen für Mittel und Gegenstände mit einschliessen würde. Wir treten auch dafür ein, dass den Kantonen die Möglichkeit eröffnet wird, medizinische Leistungen für Privatpatienten nicht mit zu berücksichtigen.</p>	SGV/USAM

<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>ErgotherapeutInnen arbeiten in privaten Praxen, berufsübergreifenden Gemeinschaftspraxen, Arztpraxen, Alters- und Pflegeeinrichtungen, Spitex, Spitälern, Reha-Kliniken, Psychiatriekliniken. Je nach Weiterbildung und Spezialisierung arbeiten sie gleichzeitig in verschiedenen Fachgebieten bzw. in einem einzigen Fachgebiet. Beispiele: Geriatrie, Psychiatrie, Neuro-Rehabilitation, Handrehabilitation, Pädiatrie. Ergotherapeutische Angebote entstehen ausschliesslich auf Nachfrage des Marktes, das heisst der Ärzteschaft sowie der medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Eine angebotsgesteuerte Nachfrage kann ausgeschlossen werden.</p> <p>Wie beurteilt der Kanton angesichts dieser Ausgangslage eine Überversorgung? Durch Befragung der Ärzteschaft und der Leistungserbringer kann leicht ein grosser Versorgungsmangel in gewissen Disziplinen festgestellt werden. Aus diesem Grund sprechen wir uns gegen jede Form der Zulassungsbeschränkung aus. Diese kontraproduktive Massnahme würde dazu führen, dass der Versorgungsmangel mit ärztlichen Leistungen kompensiert würde – eine entsprechende Kostensteigerung wäre die Folge.</p>	EVS
<p>... für Ärzte und Ärztinnen, die in einer Einrichtung nach Artikel 36a oder ambulant an einem Spital tätig sind, für die Dauer von jeweils maximal 3 Jahren beschränken. ...</p> <p>Zur Zulassungssteuerung als solcher</p> <p>Es ist widersinnig, die Ärztezahlen begrenzen zu wollen, wenn in Wirklichkeit ein Ärztemangel bevorsteht und in verschiedenen Regionen und Fachbereichen bereits Tatsache ist. Auch in den Zentren ist die hausärztliche Grundversorgung vielerorts zunehmend in Frage gestellt, weil der Nachwuchs fehlt.</p> <p>Zwölf Jahre Erfahrung mit verschiedenen Zulassungsstopps stellen angesichts der vielen und interdependenten Parameter die Steuerungsmöglichkeit in Frage. Der medizinische Fortschritt, die demographische Entwicklung, das Bevölkerungswachstum, die Entwicklung der Familienstrukturen und neuer Arbeitsmodelle lassen sich nur beschränkt voraussehen. Manche Schweizer Kantone sind zudem zu kleine Einheiten für die Festlegung einer «optimalen» Versorgungsqualität, letztere müsste in diesen Fällen regional-überkantonal erfolgen. Die entsprechenden Bestimmungen zur Zusammenarbeit unter den Kantonen sind unklar und dürften in der Umsetzung zu grossen Problemen führen.</p> <p>Noch wenn es gelänge, eine «optimale» Versorgungsqualität festzulegen, unterlaufen die Eigendynamik der Spitäler, die demographischen und sozialen Veränderungen bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe, mögliche Veränderungen in der Kassenlandschaft (u.a. Einheitskasseninitiative), die bevorstehende Kontingentierung (Masseneinwanderungs-Initiative) sowie unbeabsichtigte Versorgungseffekte von Tarifeingriffen etc. die Steuerung der Versorgung durch den Kanton.</p> <p>Das wesentliche Ergebnis der bisherigen Zulassungsstopps war eine massive Ausdehnung des ambulanten Sektors der Spitäler mit teilweise zweistelligen Zuwachsraten der ambulanten Spitalkosten. In vielen spezialisierten Fachbereichen wurden die Leistungen am Spital ausgebaut, um die Ärzte halten zu können, die sich nicht niederlassen konnten. Wo es sich primär um ambulante Leistungen handelt, wurde damit der praxisambulante Sektor konkurrenziert.</p> <p>Viele Ärzte, die ohne den seit 2002 geltenden Zulassungsstopp eine Grundversorgerpraxis eröffnet hätten, mussten am Spital bleiben und haben sich zusätzlich zum Spezialisten weitergebildet (Doppeltitelträger). Viele Ärztinnen dieser Generation sind – wegen damals mangelnder Angebote an Teilzeittätigkeit am Spital – aus dem Beruf ausgeschieden. Der Zulassungsstopp hat den Ärztemangel vor allem an Grundversorgern verschärft.</p> <p>Das Zurückhalten des Ärztenachwuchses am Spital führt dazu, dass sich die Versorgungsungleichgewichte zwischen Regionen mit Universitäts- und anderen Ausbildungsspitälern und peripheren Regionen noch verstärken. Je länger ein Arzt oder eine Ärztin im Zentrumsital zurückgehalten wird und sich weiterbildet, desto weniger wahrscheinlich ist es aus fachlichen und familiären Gründen, dass er oder sie später in die peripheren Regionen umzieht und dort praktiziert. Kliniken der Unispitäler werben heute um 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>Absolventen des Medizinstudiums, um die Dienstleistung des Unispitals aufrechterhalten zu können.</p> <p>Die rein zahlenmässige Steuerung der Ärzte verkennt die erheblichen Unterschiede in der verfügbaren Arbeitszeit. Viele jüngere Ärztinnen und Ärzte nehmen familiäre Pflichten wahr und können viel weniger Wochenstunden für die Patientenversorgung einsetzen als die jetzt ausscheidende Generation. Die Definition der Überkapazitäten fehlt. Die Behauptung im Bericht «Die Steuerung der Zulassungen wird einen Rückgang oder zumindest eine Stabilisierung der Kosten bewirken» wird nicht durch Studien belegt.</p> <p>Sinnvolle Qualitätskriterien sind: Arbeit während mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte (vgl. Vorschlag FMH bei Art. 40a Abs. 5); erfolgreiches Bestehen einer standardisierten Sprachprüfung in einer Landessprache (vgl. Bemerkung FMH betreffend dieses noch in die Revision einzubauenden Anforderungskriteriums).</p> <p>Zu Abs. 1</p> <p>Der Absatz ist zu ergänzen. Aus Gleichbehandlungsgründen zu den selbständig und in Einrichtungen nach Art. 36a KVG praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist es notwendig, dass auch Ärztinnen und Ärzte, die ambulant in einem Spital tätig sind, unter die Zulassungsbeschränkung fallen (siehe die Ausführungen unter Art. 39 Abs. 1bis KVG). Die Maximaldauer der Beschränkung ist gesetzlich zu befristen, damit der Kanton die Notwendigkeit dieser Massnahme periodisch überprüft.</p>	
<p>Es ist zentral, dass die Kantone - und nicht der Bund - für die Steuerung der Zulassungen zuständig sind. Unseres Erachtens wäre jedoch eine je nach Region über die Kantongrenzen hinausgehende Planung wichtig, weshalb dieses Kriterium als Verpflichtung der Kantone, bei der Planung regionale bzw. überregionale Gegebenheiten zu berücksichtigen, noch erwähnt werden soll.</p>	<p>Hausärzte Schweiz</p>
<p>andere Inhalte, nämlich:</p> <p>Das Gesetz definiert aus Qualitätsgründen und im Sinne der Gleichbehandlung einheitliche Kriterien für alle Leistungserbringer gemäss Art. 36 bis 39 KVG:</p> <p>Notwendige fachliche Voraussetzungen (Aus- und Weiterbildung)</p> <p>Notwendige sprachliche Voraussetzungen</p> <p>Allfällige Vorgaben an Strukturen (Radiologiegeräte, Labor, usw.), Prozesse (z.B. Dokumentationspflichten, Medikation) und Messungen (z.B. Qualab, Patientenzufriedenheit)</p> <p>Notfallversorgung (Pflicht zur Teilnahme oder Ersatzabgabe)</p> <p>Pflicht zum Führen eines elektronischen Patientendossiers gemäss geplantem Gesetz zum elektronischen Patientendossier</p> <p>Lieferung der Kosten- und Leistungsdaten an die zuständigen Tariforganisationen (z.B. TARMED Suisse) zur ständigen Pflege und Aktualisierung der Tarife (analog Regelung SwissDRG im stationären Bereich)</p> <p>Pflicht zum Erteilen von ärztlichen Weiterbildungen (Betreuung von Assistenzärzten oder Ersatzabgabe).</p> <p>Um die Aus- und Weiterbildung nicht zu gefährden, sind Leistungen von Ärztinnen und Ärzten ohne die entsprechenden Facharzt-Titel und sprachlichen Voraussetzungen unter Aufsicht abrechenbar.</p> <p>Falls sich bei einzelnen Leistungen nachweislich Qualitäts- oder Versorgungsprobleme zeigen, können dafür spezifische Bedingungen formuliert werden, insbesondere:</p> <p>Erhöhte Anforderungen an die notwendige Qualifikation und Dokumentation bei besonders heiklen Leistungen</p> <p>Dokumentation der Notwendigkeit, Teilnahme an Register, Second Opinion oder Kostengutspracheverfahren bei umstrittenen Leistungen</p> <p>Unterstützungsmassnahmen für fehlende Leistungen.</p>	<p>H+, VZK</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>Die Qualitätsvorgaben sichern einerseits die gute ambulante Versorgung und dienen andererseits als Grundlage für eventuelle Massnahmen. Mit den heute vorliegenden Informationen sind allfällige Fehlversorgungen objektiv nicht zu begründen.</p>	
<p>Übersversorgung</p> <p>Grundsätzlich ist festzuhalten, dass einerseits eine Übersversorgung als solche nicht schädlich für die Bevölkerung ist und dass der in der Schweiz generell gewünschte Wettbewerb nur beim Vorliegen einer gewissen Überkapazität funktionieren kann. Es ist hier auch festzuhalten, dass ohne Vorliegen einer Unterversorgung die Kantone keine Einrichtungen subventionieren dürften, die dann mit Wettbewerbsvorteilen das privatwirtschaftliche Angebot unlauter konkurrenzieren. Diese typischen Interessenkonflikte werden im Bereich der Pharmazie zunehmend beobachtet. Immer öfter erteilen die Kantone Spitalapotheken von öffentlichen Spitälern eine Bewilligung als öffentliche Apotheke, damit Erträge zusätzlich zu den DRGs erwirtschaftet werden. Das geschieht in der Regel in Stadtzentren, die bereits mit öffentlichen Apotheken bestens versorgt sind. Damit die Kantone berechtigt werden, auf Ebene der ambulanten Versorgung zu intervenieren, sollten solche Schlupflöcher (Umgehung der DRG's) zuerst behoben werden.</p> <p>Normaler Weise reguliert sich ein übersättigter Markt von selbst durch Preissenkungen und Elimination der schwachen Anbieter. Im Gesundheitswesen aber herrscht kein freier Markt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen für Sicherheit, Qualität, Ethik und Zugang für alle sorgen. Infolge der Besonderheit des Gutes „menschlichen Gesundheit“ können im Gesundheitswesen die Mechanismen der Nachfrage und des Angebots nicht einfach unreguliert wirken. Das führt aber als negative Auswirkung dazu, dass die selbstregulierenden Mechanismen des Marktes unter diesen Bedingungen nicht funktionieren.</p> <p>Ein staatlicher Eingriff bei einer Übersversorgung ist somit aus Sicht von pharmaSuisse berechtigt und KVG relevant, wenn diese Übersversorgung <b>nachweislich</b> zu einem Kostenwachstum ohne Mehrwert zu Lasten der Prämienzahler führt.</p> <p>Die vorliegende Vorlage schlägt als Massnahmen vor, dass – unter Wahrung der Rechte der bereits zugelassenen Leistungserbringer – die Kantone neue Zulassungen zu Lasten der OKP einschränken könnten. Dies entspricht der Einführung einer Bedürfnisklausel für die Leistungserbringer. Diese Interventionsart kann positiv sein, wenn sie bezweckt, den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern auf Qualitätsebene zu behalten und einen destruktiven, zu unethischen Verhalten führenden Wettbewerb zu verhindern. Diese Massnahme könnte sich ebenfalls positiv auswirken, wenn sie neue Leistungserbringer dazu motiviert, sich eher in einer unterversorgten Region niederzulassen. Wenn sie aber dazu führt, dass junge, besser ausgebildete Leistungserbringer vom Markt ausgeschlossen werden, ist sie nicht akzeptabel und entspricht einer enormen Verschwendung von öffentlichen Investitionen für die Aus- und Weiterbildung dieser Leistungserbringer.</p> <p>Als Fazit schlagen wir eher die Einführung eines Ausgleichsfonds vor, wie unter Kapitel 1 „Unterversorgung“ beschrieben.</p>	<p>pharmaSuisse</p>
<p>Art. 40 a</p> <p>Antrag: Ersatzlose Streichung</p> <p>Begründung: Im Bereich der Leistungserbringer nach Artikel 38 KVG droht auf lange Sicht eine Unterversorgung, von Übersversorgung kann keine Rede sein. Regionale Zulassungsbeschränkungen sind angesichts der Mobilität der Bevölkerung vollkommen utopisch.</p>	<p>physioswiss</p>
<p>Die Begriffe Über- und Unterversorgung werden in der Vorlage weder definiert noch näher erläutert. Es fehlen jegliche Messkriterien für eine Über- oder Unterversorgung. Dies kann und wird von Kanton zu Kanton zu unterschiedlichen Interpretationen führen. Es besteht dadurch in der Vorlage eine grosse Unklarheit, die eine Ablehnung notwendig macht.</p> <p>(...)</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>Schliesslich wirkt eine Teilrevision des KVG gegen eine Überversorgung in Anbetracht des drohenden Ärztemangels und der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative (MEI) widersprüchlich, irritierend und unangemessen.</p> <p>(...)</p> <p>Entgegen Art. 41 Abs. 1 KVG wird die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringer beschnitten und die Versorgungsregionen nicht angemessen berücksichtigt.</p> <p>(...)</p> <p>Die vorliegende geplante Teilrevision des KVG betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs, insbesondere mittels einer Zulassungsbeschränkung, ist aus verfassungsrechtlichen Gründen abzulehnen. In der BV fehlt bisher jegliche Kompetenz des Bundesrates, eine längerfristige Zulassungsbeschränkung verfügen zu dürfen. Dem Bund steht nach Art. 117 BV lediglich die Kompetenz zu, Vorschriften über die Krankenversicherung zu erlassen, jedoch sind für die Gesundheitsversorgung selbst die Kantone zuständig. Eine Einführung einer Kompetenz des Bundesrates zur Steuerung des ambulanten Bereichs mittels Zulassungsbeschränkung erscheint PKS ohne entsprechende Verfassungsänderung in rechtlicher Hinsicht verfassungswidrig. Zudem verstösst eine Zulassungsbeschränkung auch gegen die Wirtschaftsfreiheit gemäss Art. 27 BV in Bezug auf die Ärzte. Auch aus diesen Gründen ist die Vorlage abzulehnen.</p> <p>(...)</p> <p>Aus bereits genannten Gründen lehnen die Privatkliniken Schweiz eine gesetzlich verankerte Möglichkeit einer Zulassungsbeschränkung im Falle einer Überversorgung ausdrücklich ab. Es kann nicht angehen, dass die Zulassung neuer Leistungserbringer, darunter nicht nur Ärzte und Zahnärzte für Leistungen zulasten OKP, sondern auch Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte, Apotheker, Chiropraktiker, und sogar Hebammen, Laboratorien, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungs- und Pflegefachpersonen u.a. durch die Kantone eingeschränkt werden dürfen.</p>	
<p>Wir begrüssen, dass die Kantone die Zulassung an Bedingungen knüpfen können, sind jedoch der Meinung, dass die Leistungserbringer, d.h. die Berufsgesellschaften in den Entscheidungsprozess einzubeziehen sind.</p>	<p>SCG</p>
<p>Wir stehen einer differenzierten und den Bedürfnissen der Kantonen angepassten Beschränkung zur Zulassung positiv gegenüber, jedoch muss im Artikel der Begriff der Überversorgung entweder zwingend definiert werden, oder es ist festzuhalten, dass die Einschränkung durch den Kanton erst nach Anhörung der betroffenen Kreise erfolgen kann. Der jetzige Art. 55a des KVG trägt diesem Umstand Rechnung, indem die Zulassung von einem Bedürfnis abhängig gemacht werden kann, wobei der Bundesrat die Kriterien für den Bedürfnisnachweis nach Anhörung aller betroffenen Kreise festlegen kann und die Kantone die Hoheit über die Zulassung als ausführendes Organ haben.</p>	<p>SBV (ASMI)</p>
<p>Art. 40a KVG: Massnahmen bei Überversorgung: Zustimmung</p> <p>Die Kantone müssen in ihrem Einflussgebiet bei der Steuerung des Zugangs zu den medizinischen und pflegerischen Leistungen in die Marktmechanismen eingreifen können, um entweder im gesamten Kanton oder in Teilen davon die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten OKP einschränken zu können.</p>	<p>Spitex</p>
<p>Verfassungswidrigkeit einer dauerhaften Zulassungssteuerung</p> <p>Zudem muss festgehalten werden, dass das Bundesgericht in BGE 130 I 26ff. die Verfassungsmässigkeit einer Einschränkung der Berufsausübung nur unter dem Aspekt der begrenzten Zeitdauer der Massnahme akzeptiert hat. Der nun vorliegende Vorschlag zur Zulassungssteuerung soll unbefristet gelten. Damit ist die Verfassungsmässigkeit bei dieser Vorlage nicht gegeben. (...)</p> <p>Verhinderung medizinischer Innovation</p> <p>Der Zulassungsstopp verunmöglicht innovative Praxisprojekte wie sie heute viele ÄrztInnen wünschen. Sie möchten sich frei zusammenschliessen und gemeinsam eine Praxis</p>	<p>VSAO + VSAO  SG/AR/AI +  VSAO-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>
<p>übernehmen oder eröffnen. Vielleicht ist nur ein Partner Grundversorger im klassischen Sinn, die andern würden beispielsweise als Gynäkologin, Rheumatologin, Orthopäde usw. mit einem kleinen Pensum die Grundversorgerpraxis ideal ergänzen wollen. Solche Projekte werden mit der Zulassungsbeschränkung für SpezialärztInnen massiv behindert oder verunmöglicht. Der Zulassungsstopp verhindert zudem den Wettbewerb unter ÄrztInnen um die beste Versorgung. InhaberInnen einer Zulassung werden von PatientInnen überrannt werden, unabhängig der gebotenen medizinischen Qualität. Es wird hingegen ein Wettbewerb um die Übernahme bestehender Zulassungen geben mit entsprechend hohen Ablösesummen. Dies privilegiert wiederum die InhaberInnen bestehender Zulassungen und stellt eine sehr hohe finanzielle Hürde für Praxisübernahmen dar. Es ist jedoch nicht im Sinne einer guten Versorgung, wenn nur jene ÄrztInnen eine Praxis übernehmen können, welche finanziell gut gestellt sind. Es ist sowohl für unser Gesundheitswesen ungesund als auch für die jungen Schweizer ÄrztInnen frustrierend, wenn sie vom System gegenüber dem 55-jährigen Arzt, der aus rein steuer- und vorsorgetechnischen Überlegungen eine Praxis in der Schweiz übernehmen will, benachteiligt werden. Im Interesse der PatientInnen sind qualitative Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung und die Gewährleistung medizinischer Innovation auch in der freien Praxis zu gewährleisten.</p>	
<p>Beim Absatz 1 des Art. 40a handelt sich zweifellos um die Kernbestimmung der Vorlage. Mit der Möglichkeit, Zulassungen je nach Fachrichtung sowie kantonal oder auch nur regional zu beschränken, weist die Bestimmung grundsätzlich ausreichende Differenzierungsmöglichkeiten auf, welche den Kantonen genügend Spielraum bei einer allfälligen Umsetzung lassen. Wir verweisen aber ausdrücklich auf unseren Antrag weiter unten zu Art. 40a Abs. 5, wonach die Möglichkeit bestehen muss, aus wichtigen Gründen trotz grundsätzlicher Beschränkung eine ausserordentliche Zulassung zu erteilen. Nur so kann speziellen Situationen ausreichend Rechnung getragen und die notwendige Einzelfallgerechtigkeit erreicht werden.</p>	VLSS
<p>Auch bei einer allfälligen Überversorgung ist die Frage zu stellen, inwieweit eine staatliche Planung diesem Zustand - nachdem er einmal definiert ist - entgegen wirken kann. Eine Überversorgung herrscht immer dann, wenn im individuellen Fall „zu viel“ Medizin angewendet wird. Dies ist primär die Folge einer ungenügenden Qualität im Behandlungsprozess. Hier sollten in erster Linie Modelle der Integrierten Versorgung für eine Verbesserung der Situation sorgen. Integrierte Versorgung muss anerkanntermassen auf freiwilliger Basis aufgebaut werden und kann nicht staatlich verordnet sein.</p> <p>Im Bestreben, Überversorgung zu verhindern, wird der Staat sehr rasch eine minutiöse und detailreiche Planung aufziehen müssen (wollen). Dabei muss er gleichzeitig die Gefahr der Rationalisierung bannen, die mit solchen Planungsmassnahmen einhergeht. Es ist nichterkennbar, woher der Staat das Wissen und die Kompetenz für eine solche „allumfassende Planung“ hernehmen sollte.</p> <p>Eine Zulassungssteuerung kann Überversorgung nicht verhindern, weil Patientinnen und Patienten auch unter dem Regime einer Zulassungssteuerung überversorgt sein können.</p>	SW/SS REHA
<p>Massnahmen bei Überversorgung / Erteilung und Entzug der Zulassung durch den Kanton statt durch den Bund (Art. 40a)</p> <p>Derzeit gilt, mit Einschränkung von Art. 55a KVG, dass die gesundheitspolizeiliche Zulassung (Berufsausübungsbewilligung) den Kantonen obliegt und die Abrechnungszulassung zur OKP den Bestimmungen des KVG unterliegt. Diese klare Zuordnung würde nun aufgehoben. Erachtet ein Kanton die ambulante Versorgungssituation als „unangemessen“, fällt ihm eine nicht näher ausgeführte Möglichkeit zu, die (Abrechnungs-) Zulassungen zu beschränken, nicht zu erteilen, zu entziehen und an Bedingungen zu knüpfen. Dabei ist nicht nur unklar, was unter einer (un-)angemessenen Versorgung zu verstehen ist, den Kantonen wird auch die Kompetenz zugestanden „zusätzliche Kriterien zu verwenden, die ihren Besonderheiten Rechnung tragen“.</p>	curafutura

<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>Im Endeffekt wird dies nichts anderes bedeuten als eine konsequente Verlagerung der Zulassungskompetenz vom Bund an die Kantone. curafutura ist der Ansicht, dass der Bund als „Eigner“ der Krankenversicherung damit ohne Not ein essenzielles Gestaltungselement der OKP aus den Händen gibt.</p>	
<p>Art. 40a Massnahmen bei Überversorgung</p> <p>Die Bewilligungen für die Fachleute sollen nach Qualitätskriterien erteilt werden.</p>	DVSP
<p>Cet article constitue le coeur de la révision. La limitation proposée ne doit pas passer par une planification étatique au moment de l'admission mais, si besoin est, avant les études de médecine, respectivement avant les spécialisations. Il faut s'opposer avec force à cette limitation qui touche selon le rapport explicatif, non seulement les médecins, les dentistes pour les prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les laboratoires mais aussi les autres fournisseurs de prestations qui dispensent des soins sur prescription (les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les logopédistes, les orthophonistes, les diététiciens) ! On relèvera au surplus que jusqu'à présent c'est la pénurie prévue qui a motivé des interventions étatiques.</p>	AVCP + cP
<p>L'aver conseguito un periodo di formazione effettiva in Svizzera, segnatamente nei centri di formazione post graduata riconosciuti dall'ISFM. Il periodo di formazione in Svizzera dovrebbe avere una durata di almeno 3 anni, i quali dovrebbero cumulativamente essere svolti nel rispetto dei criteri attribuiti a ogni singolo istituto, all'interno del campo di attività per il quale il medico in questione chiede il libero esercizio.</p> <p>Si potranno pertanto conteggiare solo gli anni riconosciuti per la formazione (secondo il catalogo ISFM), se questi sono stati svolti nel settore nel quale il medico si è specializzato.</p> <p>La regola rappresenta un presupposto imprescindibile per garantire la necessaria qualità e conoscenza del settore sanitario, sociale e assicurativo svizzero.</p> <p>Una diversa soluzione comporterebbe peraltro una disparità di trattamento nei confronti dei medici che hanno conseguito la specializzazione in Svizzera e che per ottenere un determinato titolo di perfezionamento hanno dovuto dimostrare specifiche e elevate conoscenze teoriche e pratiche, nonché accumulato una consolidata esperienza nel settore afferente alla loro formazione.</p> <p>Un esame standardizzato in una delle tre lingue nazionali per garantire delle conoscenze linguistiche adeguate all'esercizio della professione.</p> <p>Con riferimento alla realtà del Canton Ticino, l'OMCT ritiene per di più che per gli italo-foni occorra conoscere almeno un'altra lingua ufficiale oltre e ciò per garantire le necessarie interazioni con il resto della svizzera e una sufficiente comprensione dei manuali dell'arte.</p>	omct
<p>Da auch Privatpatienten aufgrund eines „Sockelteils“ zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandelt werden, würden durch den vorgeschlagenen Wortlaut alle Ärzte betroffen, was einem umfassenden Planungsfreipass gleichkäme. Eine Differenzierung erscheint nötig.</p>	asd
<p>Wir befürworten nun aber ganz ausdrücklich die Ablösung von befristetem Notrecht durch ordentliches Recht. Das bisherige System hat weitreichende unerwünschte Wirkungen gehabt, weil die Akteure dadurch stark verunsichert wurden und aus dieser Not heraus teilweise zu Überreaktionen gezwungen waren. Der mehrfach beobachtete unerwünschte, zeitweise sprunghafte Anstieg von erteilten ZSR-Nummern lässt sich nur so erklären. (...)</p> <p>Beim Absatz 1 des Art. 40a handelt sich zweifellos um die Kernbestimmung der Vorlage. Mit der Möglichkeit, Zulassungen je nach Fachrichtung sowie kantonal oder auch</p>	BEKAG

<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>nur regional zu beschränken, weist die Bestimmung grundsätzlich ausreichende Differenzierungsmöglichkeiten auf, welche den Kantonen genügend Spielraum bei einer allfälligen Umsetzung lassen. Wir verweisen aber ausdrücklich auf unseren Antrag weiter unten zu Art. 40a Abs. 5, wonach die Möglichkeit bestehen muss, aus wichtigen Gründen trotz grundsätzlicher Beschränkung eine ausserordentliche Zulassung zu erteilen. Nur so kann speziellen Situationen ausreichend Rechnung getragen und die notwendige Einzelfallgerechtigkeit erreicht werden.</p>	
<p>Wir begrüssen, dass die Planung der ambulanten Versorgung grundsätzlich den Kantonen überlassen wird und da bei fakultativ ist. Positiv zu werten ist da bei, dass auf Grund von Fakten und unter Anhörung der betroffenen Stakeholders (Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte) Zulassungsentscheide gefällt werden. Diese Regulierung ist ein äusserst schwerwiegender Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit. Deshalb bevorzugen wir grundsätzlich das Prinzip der leider nicht Mehrheitsfähigen Vertragsfreiheit.</p> <p>Mit dem Erbringen von profitablen ambulanten Leistungen können kantonale Spitäler den stationären Betrieb quer subventionieren und damit letztendlich auch die kantonalen Budgets entlasten. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn Spitäler nur im Falle einer an Hand der Nachfrage nach Leistungen definierten Unterversorgung subsidiär die Kompetenz erhalten, selber Leistungen zu erbringen. Die Aufgabe des Staates ist es, für alle die gleichen Bedingungen zu schaffen. Dieses Prinzip ist gefährdet, wenn kantonale Spitäler von ihren Eigentümern einseitig bevorzugt werden. Da mit wird einer schleichenden Verstaatlichung des Gesundheitswesens Vorschub geleistet, was wir bedauern.</p> <p>Ein Blick in die Nachbarländer zeigt, dass im Falle knapper Staatsfinanzen eine solche Entwicklung rasch zu einer unseres Erachtens unter allen Umständen zu vermeidenden Unterversorgung führen kann. Wir sind überzeugt, dass ein freiheitliches Gesundheitswesen ohne Regulierung mittelfristig zu einer Kosten günstigeren Versorgung bei besserer Qualität führen würde.</p>	<p>ÄZ</p>
<p>Anpassen</p> <p>Klare Definitionen und Messkriterien für eine Über- oder Unterversorgung formulieren im Sinne der Gleichbehandlung und der gesetzlich definierten Qualitätskriterien (siehe Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz vom 29. September 2014, Seite 4).</p>	<p>VZK</p>
<p>donner la compétence au canton de réguler ou non correspond à ce que l'AMG demande.</p>	<p>AMG</p>
<p>Die SGR-SSR hat grundsätzlich Verständnis für eine Einschränkung des ambulanten Dienstleistungsangebotes, wenn dadurch unnötige Kosten für die soziale Grundversicherung verhindert werden können.</p>	<p>SGR</p>
<p>Die Zuständigkeit der Kantone ist einerseits zu begrüssen, ist aber auch kritisch zu betrachten, da die Kantone in ihrer Rollenvielfalt Gesetzgeber, Geldgeber und Genehmigungsbehörde in einem sind.</p>	<p>ZGAeG</p>
<p>Wir stehen einer differenzierten und den Bedürfnissen der Kantone angepassten Beschränkung zur Zulassung positiv gegenüber, jedoch muss im Artikel der Begriff der Überversorgung entweder zwingend definiert werden, oder es ist festzuhalten, dass die Einschränkung durch den Kanton erst nach Anhörung der betroffenen Kreise erfolgen kann.</p> <p>Der jetzige Art. 55a des KVG trägt diesem Umstand Rechnung, indem die Zulassung von einem Bedürfnis abhängig gemacht werden kann, wobei der Bundesrat die Kriterien für den Bedürfnisnachweis nach Anhörung aller betroffenen Kreise festlegen kann und die Kantone die Hoheit über die Zulassung als ausführendes Organ haben.</p>	<p>medswiss.net</p>
<p>L'introduction définitive du 'gel des admissions' déjà imposée depuis des années aux jeunes médecins (suisses) nous apparaît inacceptable pour différentes raisons :</p> <p>a. Jusqu'ici il n'a jamais été prouvé (!! ) que cette mesure ait amené une diminution (ni sa levée une augmentation) des frais de santé. Il nous semblerait important d'exi-</p>	<p>SMV</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>ger de nos politiciens une politique « basée sur l'évidence » au lieu de mesures basées sur des présomptions jamais analysées à fonds. Ce n'est pas parce qu'on répète une supposition 1000 fois qu'elle devient plus véridique.</p> <p>b. Le gel est aberrant, alors même que nos autorités fédérales sont censées tout faire pour compenser une carence à venir et déjà en cours.</p> <p>c. La limitation des prestataires sur une base quantitative sans même évoquer un critère de qualité rudimentaire est absolument inacceptable.</p> <p>d. La définition de 'surcapacité' reste complètement floue et arbitraire et par ce projet de loi, il est insinué que le 'statu quo' correspondrait à la base-line acceptée, vu que le droit de pratique acquis reste réservé. Cela crée une inégalité flagrante par rapport à un rééquilibrage salutaire nécessaire entre régions périphériques et centrales. Cela nous semble inacceptable. Nous avons déjà subi les conséquences néfastes d'un tel mécanisme de fixation du statu quo avec les tarifs valaisans bas, injustifiés.</p> <p>e. Avec ce projet de loi, nous entrons dans une ère complètement nouvelle d'étatisation et d'uniformisation de la médecine ambulatoire qui va favoriser l'émergence d'une médecine à deux vitesses – avec des médecins et des structures qui mettront leur savoir-faire au profit des personnes qui pourront les financer hors LAMal. Nous ne pensons pas que cela soit une direction d'évolution souhaitable pour la médecine en suisse et doutons que cela ait une retombée positive sur notre système de santé publique.</p> <p>f. Des médecins qui auront le droit de pratique suite à leurs 'acquis' (p.ex. certains collègues étrangers ayant été acceptés comme équivalents en formation par la MEBEKO, dont certains n'ont même pas eu de formation clinique sous supervision) pourront continuer à pratiquer alors que de jeunes médecins avec une formation poussée n'auront autre alternative que le domaine hospitalier pour mettre en valeur leurs compétences ! Cela consiste à une grave entorse par rapport à l'exercice d'une profession qui était dite 'libérale' lorsque ces jeunes collègues ont fait leur choix professionnel. Ceci nous semble inacceptable.</p> <p>Nous sommes convaincus que cette mesure de gel des admissions est contre-productive et inutile. Elle conduit par contre à un système de 'protectorat' de ceux qui sont déjà installés et pourrait diminuer la stimulation de continuer à se parfaire pour le bien de nos patients.</p> <p>Il ressort clairement du projet de loi qu'une attitude minimaliste et 'au rabais' sera encouragée, en raison de la régulation prévue uniquement par les quantités de prestations, indépendamment des indications. On se retrouve donc dans une régulation des frais sans aucun égard envers l'économicité effective de la prestation, beaucoup plus difficile à mesurer.</p>	
<p>Sur le principe, la SVM approuve le fait que la compétence de régulation soit octroyée aux cantons. Elle rappelle toutefois la nécessité de poser un cadre fédéral suffisamment souple pour tenir compte des spécificités locales.</p>	<p>SVM</p>
<p>Zur geplanten Regelung bei Überversorgung (Art. 40a)</p> <p>Faktisch stellt die vorgeschlagene Lösung eine Fortführung des Zulassungsstopps dar, indem die Kantone weiterhin Moratorien bezüglich Zulassung von Berufsgruppen erlassen können. Moratorien sind als eine Form der Rationierung zu betrachten, schränken sie doch sowohl die Wirtschaftsfreiheit der Leistungserbringer als auch die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten ein und stehen nicht im Einklang mit dem im KVG verankerten Grundprinzip des minimal regulierten Wettbewerbs.</p> <p>Diese Moratorien haben in der Vergangenheit zu grosser Verunsicherung in der Ärzteschaft geführt, was sich auch darin gezeigt hat, dass nach Auslaufen des Zulassungsstopps Ende 2011 unzählige Gesuche um Praxisbewilligungen „auf Vorrat“ eingereicht worden sind. Es sei an dieser Stelle auch betont, dass nur sehr wenige der in dieser Phase ohne Zulassungsstopp beantragten Bewilligungen auch tatsächlich zur Eröffnung neuer Praxen geführt haben.</p>	<p>BFG</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>
Bis heute fehlt es jedoch an aussagekräftigen Zahlen zur Frage, ob es in der Phase ohne Zulassungsstopp im Jahr 2012 zu einem erheblichen Wachstum an Arztpraxen gekommen ist, die zu unerwünschten Mengenausweitungen geführt haben. Dies, obwohl die Kantone als Bewilligungs- und Zulassungsbehörden in der Lage wären, solche Zahlen zu liefern. Eine faktische Perpetuierung des Zulassungsstopps auf einer derart schwachen Faktenbasis ohne belegbare Prüfung milderer Eingriffsvarianten nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip ist daher klar abzulehnen.	
Compte tenue de la situation démographique de notre pays, de l'acceptation et des conséquences de l'initiative contre l'immigration de masse, notre pays risque d'être exposé à une pénurie de main-d'œuvre de sorte que l'instauration de nouvelles mesures visant à remédier une offre excédentaire nous semble inopportune. En outre, la possibilité de limiter les admissions à pratiquer pour toutes les professions de la santé (art. 40a al.1 LAMal) pratiquant à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (médecins, médecins-dentistes, pharmaciens, chiropraticiens, physiothérapeutes etc), va à notre sens trop loin. Par ailleurs, la limitation à pratiquer est contraire à la liberté économique des médecins au sens de l'article 27 de la Constitution.	FER

*Articolo 40a capoverso 2 LAMal*

<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>
Die Aufteilung einer Zulassung auf mehrere Personen (zum Beispiel auf zwei Personen mit einem Tätigkeitsumfang von je 50 %) kann von den Kantonen nicht überprüft werden. Es ist kein Instrument bekannt, welches erlauben würde, den konkreten Tätigkeitsumfang einer einzelnen Arztperson zu überprüfen. Ausserdem kann eine Teilzeittätigkeit von einem Tag auf den andern verändert werden, was von den Kantonen in keiner Art und Weise überprüft werden kann. Diese Bestimmung ist in der Praxis nicht vollziehbar.	AG
Al capoverso 2 sarebbe opportuno esemplificare le possibili condizioni che i Cantoni possono imporre al momento di rilasciare un'autorizzazione.	TI
La référence à la limitation du volume d'activité des fournisseurs de prestations en cas de partage de l'admission apporte un surcroît de complexité à ce projet. Tout d'abord, une limitation par le volume d'activité pose d'importantes difficultés de mise en oeuvre, les cantons ne disposant actuellement pas de données pour assurer cette surveillance. Une délégation de cette surveillance aux assureurs maladie pourrait être envisagée, mais resterait périlleuse, les assureurs maladie n'étant pas fédérés au sein d'un seul organisme faîtier. Ensuite, ne pas faire le lien entre le diagnostic posé, la nature et le volume des prestations délivrées risque d'aboutir à des situations insatisfaisantes en termes de qualité des soins et de cohérence de la prise en charge. Le Conseil d'Etat suggère dès lors de supprimer cette référence au volume d'activité et se contenter de préciser que le canton peut assortir les admissions à pratiquer à charge de l'AOS de conditions et tenir compte des fournisseurs de prestations à temps partiel.	VD
Art. 40a, al. 2 : Il <del>peut assortir</del> <u>assortit</u> les admissions à pratiquer de conditions <u>qui sont</u> <u>entre autres basées sur des critères de qualité</u> . [...]	PSS
Bezüglich der in Absatz 2 erwähnten Bedingungen sollte zumindest in den Materialien festgehalten werden, dass von den Gestuchstellern erwartet wird, dass sie mindestens eine Landessprache beherrschen und mindestens drei Jahre ärztliche Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte nachweisen können. Positiv ist aus unserer Sicht, dass Teilzeittätigkeiten explizit mitberücksichtigt werden sollen.	SGV/USAM

<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 wollen Kantone Pensen überprüfen? Muss jede Änderung eines Arbeitspensums beim entsprechenden Kanton gemeldet werden? Wie wollen die Kantone diese Mehradministration bewältigen?</p> <p>Wie geht der Kanton vor, wenn ErgotherapeutInnen mit verschiedenen Fachbereichen gemeinsam eine Praxis eröffnen wollen? Dies könnte gerade im Zusammenhang mit integrierter Versorgung einerseits innerhalb der Berufsgruppe wie auch interdisziplinär der Fall sein, wenn z.B. ein Hausarzt, ein Rheumatologe, ein Psychiater, eine Ergotherapeutin mit Spezialisierung im Fachbereich Psychiatrie, eine Ergotherapeutin mit Spezialisierung im Bereich der Rheumatologie und weitere gemeinsam ein Gesundheitszentrum betreiben.</p>	EVS
<p>Vorschlag FMH zu Art. 40a, Massnahmen bei Überversorgung</p> <p>2 Er kann die Zulassungen an Bedingungen knüpfen, Er kann namentlich an die Teilnahme am ambulanten Notfalldienst – unter Voraussetzung eines Leistungsauftrags des Kantons an die kantonale Ärztegesellschaft mit Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. ... <del>den Tätigkeitsumfang der betroffenen Personen begrenzen, wenn eine Zulassung auf mehrere Personen desselben Fachgebiets oder verwandter Fachgebiete aufgeteilt wird.</del></p> <p>Zu Abs. 2 Bedingungen und Tätigkeitsumfang</p> <p>Begrenzung des Tätigkeitsumfangs nicht praktikabel: Die explizit vorgesehene Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit ist sinnvoll. Doch die im Entwurf daraus abgeleitete Beschränkung des Tätigkeitsumfangs ist nicht praktikabel und nicht nötig. Wenn ein Arzt krank wird oder eine Ärztin einen Mutterschaftsurlaub antritt, muss jemand anderer sein Pensum erhöhen. Mit der vorgesehenen Regelung müsste der Kanton vorgängig eine Pensenerhöhung genehmigen, wie wir es von den staatlichen Schulen kennen. Die Pensumbegrenzung ist in der Realität kaum nötig, insbesondere weil die geänderten Familienmodelle die Pensen dauerhaft begrenzen.</p> <p>Teilnahme in einem integrierten Versorgungsnetz als Qualitätskriterium unzulässig: Nach der deutlichen Ablehnung der Managed Care-Vorlage im Jahr 2012 geht es nicht an, dass der Kanton für den Zulassungsentscheid die Teilnahme an einem integrierten Versorgungsnetz als Qualitätskriterium heranzieht (wie dies der Bericht des Bundesrats auf S. 14 vorschlägt).</p> <p>Teilnahme am ambulanten Notfalldienst – unter Voraussetzung eines Leistungsauftrags des Kantons an die kantonale Ärztegesellschaft mit Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (analog KVV 58e Abs. 3)1: Die Verpflichtung, am korrekt finanzierten ambulanten Notfalldienst teilzunehmen, ist eine wichtige Bedingung.</p>	FMH
Keine Bemerkungen.	Hausärzte Schweiz
<p>La délivrance d'une autorisation de pratiquer doit absolument être liée à des critères de qualité, afin de s'assurer d'une qualification adéquate à exercer la profession médicale. Le système de santé suisse leur est alors familier et ils ont reçu une formation continue de bonne qualité. Ce sont les exigences de base minimales pour les critères de qualité relatifs à l'exercice de la profession. L'autorisation d'exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins doit en plus dépendre d'une preuve suffisante de la maîtrise d'une des trois langues nationales, soit de la langue de la région concernée. C'est pourquoi nous demandons le complément suivant à l'art. 40a al.2 : « L'admission présuppose la maîtrise d'une langue nationale. Le Conseil fédéral édicte à ce sujet les dispositions d'exécution nécessaires. »</p>	CCM, GaeSO AeGTG, GLAeG, AeGBL, SMCF, KAeGSG, BaeV, KAeGSH
<p>Der Zulassung von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren muss besondere Beachtung geschenkt werden, insbesondere auch im Hinblick auf die zu gewährleistende Patientensicherheit. Die chiropraktische Aus- und Weiterbildung in der Schweiz setzt weltweit den Massstab. Nur in der Schweiz sind die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren Medizinalpersonen. Die Ausbildung, v.a. auch in europäischen Staaten, variiert beträchtlich von Land zu Land. Es fehlt z.B. die Weiterbildung und/oder u.U. handelt es sich um</p>	SCG

<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>Therapeuten, die nur in Wochenendkursen eine Art chiropraktische Ausbildung erworben haben. ChiroSuisse, die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft kennt die Verhältnisse in den einzelnen Ländern. Selbstverständlich sind wir gerne bereit, den Kantonen bei der Überprüfung von Anträgen unterstützende Informationen zukommen zu lassen.</p> <p>Wir beantragen, dass eine Chiropraktorin, ein Chiropraktor für die Zulassung einen Abschluss einer gemäss Verordnung des EDI über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen vom 20. August 2007, die eidg. Prüfung und mindestens eine 2 ½-jährige Weiterbildung an der Schweizerischen Akademie für Chiropraktik nachweisen kann, die mit dem Fachchiropraktik-Diplom abgeschlossen wurde. Nur so kann die Patientensicherheit gewährleistet werden.</p>	
<p>Im Interesse der Patientensicherheit sind zwei Bedingungen im Text zu konkretisieren: Für eine selbständige Berufsausübung mindestens drei Jahre ärztliche Tätigkeit an einer anerkannten Schweizerischen Weiterbildungsstätte oder der Nachweis einer selbstständigen Tätigkeit innerhalb eines Ärztenetzwerkes. Sodann auch die Beherrschung einer Landessprache, was mittels einer standardisierten Prüfung zu belegen ist. Eine Einschränkung auf den Tätigkeitsumfang im Sinne z.B. eines Leistungsauftrages gemäss Art. 40a Ziff. 1 erscheint uns äusserst problematisch und kommt einem teilweisen Berufsausübungsverbot gleich. Zentral dafür, welche Tätigkeiten mit der Praxisbewilligung zulasten der Grundversicherung abgerechnet werden dürfen, ist aus unserer Sicht das Weiterbildungsprogramm der jeweiligen Fachgesellschaft. Diese werden durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF), in welchem das BAG Einsitz hat, genehmigt und durch den Vorsteher des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) akkreditiert. Es befähigt den Inhaber eines gewissen Titels zur Ausübung der entsprechend darin abgebildeten Lernziele. Auch im Sinne des MedBG und der darin festgehaltenen Berufspflichten zur Fortbildung ist es zwingend erforderlich, dass die erworbenen Kenntnisse während der Weiterbildung nicht nur theoretisch „à jour“ gehalten werden, sondern durch langjährige praktische Erfahrungen gar vertieft werden.</p>	SBV (ASMI)
<p>Die Abhängigkeit der Ärztin/des Arztes wird in mehrfacher Hinsicht erhöht. Da die Zulassung bezüglich Ort und Pensum Vorgaben machen kann, entsteht eine grosse Abhängigkeit vom Arbeitgeber, da entsprechende Wechsel viel schwieriger vorzunehmen sind. Auch für selbständig Tätige sind Vorgaben bezüglich Ort und Pensum der Berufsausübung unattraktiv. Die Vorlage ist somit sowohl für angestellte, wie auch für frei praktizierende ÄrztInnen unattraktiv. Eine Pensenanpassung (z.B. auf Grund von Familienplanung) oder der Umzug einer Praxis werden schwierig oder sogar unmöglich sein und von der Bewilligung der kantonalen Behörde abhängen. (...)</p> <p>Allenfalls können weitere, qualitative Kriterien einbezogen werden zur Verfeinerung der Zulassungssteuerung. Zu denken wäre beispielsweise an eine standardisierte Sprachprüfung. Adäquate Sprachkenntnisse sind eine Voraussetzung für eine angemessene Behandlungsqualität und die Patientensicherheit. Entsprechend beantragen wir, Art. 40a Abs. 2 wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„Die Zulassung setzt das Beherrschen einer Landessprache voraus. Der Bundesrat erlässt dazu die notwendigen Ausführungsbestimmungen“.</p> <p>(...)</p> <p>Dieser Artikel wird um den Abschnitt aus dem erläuternden Bericht „Die Kantone müssen den Leistungserbringern Rechnung tragen, die Teilzeit arbeiten oder arbeiten möchten“ ergänzt.</p> <p>Der aktuelle Vorschlag des Gesetzestextes spricht nur von einer Begrenzung des Tätigkeitsumfangs bei einer aufgeteilten Zulassung und ist damit frauen-, familien- und innovationsfeindlich und verschärft den Ärztemangel (Erläuterungen obenstehend). Aus Sicht des VSAO ist hier jedoch der Fokus auf der Berücksichtigung der Teilzeitarbeit zu legen. Die Kantone müssen verpflichtet werden, dies zu berücksichtigen, damit sie von quantitativen Vorgaben an Hand der ZSR-Nummern absehen.</p>	VSAO+ VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
<p>Die explizit vorgesehene Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit, welche es ermöglicht, die Zulassung auf mehrere Personen desselben Fachgebiets oder verwandter Fachgebiete aufzuteilen, stellt eine wesentliche Verbesserung gegenüber der heutigen Rechtslage dar.</p>	VLSS

<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>(...)</p> <p>Wir verstehen die im Abs. 2 Satz 1 vorgesehene Möglichkeit, Zulassungen an Bedingungen zu knüpfen, als generelles Instrument des Kantons, um Zulassungen an Qualitätskriterien binden zu können. Die Verpflichtung, am ambulanten Notfalldienst und an Qualitätssicherungsprogrammen teilzunehmen, erachten wir als sinnvolle Bedingung für eine Zulassung zur OKP. Der Kanton soll aber bei einer Überversorgung selbstverständlich die Kompetenz haben, darüber hin-ausgehende, strengere Bedingungen zu formulieren.</p>	
<p>Wir schlagen folgende Formulierung vor:</p> <p>„Er kann die Zulassungen an Bedingungen knüpfen. Er kann namentlich den Tätigkeitsumfang der betroffenen Personen begrenzen, wenn eine Zulassung auf mehrere Personen desselben Fachgebiets oder verwandter Fachgebiete aufgeteilt wird. Er kann die Zulassung an Qualitätskriterien, wie Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität knüpfen.“</p> <p>Begründung</p> <p>Dass die Zulassung neu an Qualitätskriterien geknüpft werden kann (Art. 40a Abs. 2 KVG), ist zu begrüssen. Hingegen soll sich die Zulassung nicht nur an Bedingungen in Bezug auf Prozess- und Strukturindikatoren (wie Teilnahme an Qualitätsprogrammen, Weiterbildungen im Bereich Qualitätssicherung oder Zugehörigkeit zu einem integrierten Versorgungsnetz) orientieren, sondern ab einem gewissen Zeitpunkt auch von der Ergebnisqualität abhängen. Die vom Kanton definierten Anforderungen sollen für alle Leistungserbringer gelten. Dies schafft gleich lange Spiesse zwischen etablierten und neu eintretenden Leistungserbringern und vermeidet eine Ungleichbehandlung der Marktteilnehmer.</p>	santésuisse
<p>Art. 40a Abs. 2</p> <p>Des Weiteren sollen sich die Kantone bei der Zulassung neuer Leistungserbringer an Qualitätskriterien orientieren wie der Teilnahme an einem Qualitätsprogramm, einem integrierten Versorgungsnetz oder einem Notfalldienst oder der Absolvierung einer Weiterbildung im Bereich der Qualitätssicherung.</p> <p>Antrag DVSP:</p> <p>(...) „sollen“ durch „müssen“ ersetzen (...) Die Teilnahme an Qualitätsprogrammen und Qualitätssicherung muss verbindlichen Charakter haben.</p>	DVSP
<p>On comprend mal, dans une planification aussi exhaustive, pourquoi les cantons pourraient ne pas tenir compte des fournisseurs de prestations à temps partiels.</p>	AVCP + cP
<p>Im Interesse der Patientensicherheit sind zwei Bedingungen im Text zu konkretisieren: Mindestens drei Jahre ärztliche Tätigkeit an einer anerkannten Schweizerischen Weiterbildungsstätte. Sodann auch die Beherrschung einer Landessprache, was mittels einer standardisierten Prüfung zu belegen ist.</p>	Asd
<p>Die explizit vorgesehene Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit, welche es ermöglicht, die Zulassung auf mehrere Personen desselben Fachgebiets oder verwandter Fachgebiete aufzuteilen, stellt eine wesentliche Verbesserung gegenüber der heutigen Rechtslage dar und entspricht einer langjährigen Forderung der BEKAG, welche im Kanton Bern denn auch teilweise bereits umgesetzt wurde. (...)</p> <p>Wir verstehen, weshalb eine dreijährige Praxis in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte wegen der Personenfreizügigkeit inskünftig nicht mehr als Bedingung für eine Praxiseröffnung verlangt werden darf. Dies schliesst aber nicht aus, die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem ausreichenden Nachweis der Beherrschung einer der drei Landessprachen bzw. von der Beherrschung der Landessprache der betreffenden Region abhängig zu machen. Wir fordern deshalb Wiederaufnahme dieses Kriteriums und eine strengere Regelung als diejenige, welche gemäss MedBG für die Anerkennung ausländischer Diplome</p>	BEKAG

<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 Weiterbildungstitel gilt. Wir vertreten dabei die Auffassung, dass der Kanton gestützt auf Art. 40a Abs. 2 Satz 1 der Vorlage die Möglichkeit hat, Zulassungen von einer solchen Bedingung abhängig zu machen, die er selber kontrolliert. (...)</p> <p>Wir verstehen die im Abs. 2 Satz 1 vorgesehene Möglichkeit, Zulassungen an Bedingungen zu knüpfen, als generelles Instrument des Kantons, um Zulassungen an Qualitätskriterien binden zu können. Die Verpflichtung, am ambulanten Notfalldienst und an Qualitätssicherungsprogrammen teilzunehmen, erachten wir als zwingende Bedingung, welche sowohl bei der Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung als auch im Rahmen einer notwendigen Zulassung zur OKP generell verfügt werden sollte. Gleiches gilt für die Beherrschung einer der drei Landessprachen. Der Kanton soll aber bei einer Übersversorgung selbstverständlich die Kompetenz haben, darüber hinausgehende, strengere Bedingungen zu formulieren.</p>	
<p>L'AMG est opposée à tenir compte du volume d'activité et du partage des admissions. Un médecin doit être autorisé ou non à pratiquer à charge de l'AOS. La modulation proposée introduit la possibilité de fixer des quotas d'activité ou de montant qui seront sources de difficultés et de constatations. Un médecin doit avoir le droit d'augmenter ou de diminuer son activité dès lors qu'il est admis.</p>	AMG
<p>Im Interesse der Patientensicherheit sind zwei Bedingungen im Text zu konkretisieren: Die Niederlassungsbewilligung soll erst nach einer ärztlichen Tätigkeit an einer anerkannten Schweizerischen Weiterbildungsstätte von mindestens 3 Jahren erteilt werden. Die Beherrschung einer Landessprache ist mit einer standardisierten Prüfung zu belegen.</p>	SGR
<p>Nicht nur der Tätigkeitsumfang einer Person, sondern auch der geografische Standort dieser Tätigkeit sollte vorgeschrieben werden können.</p>	ZGAeG
<p>Im Interesse der Patientensicherheit ist folgende Bedingung im Text zu konkretisieren: „Für eine selbstständige Beherrschung der lokalen Landessprache.“</p> <p>Eine Einschränkung auf den Tätigkeitsumfang im Sinne z.B. eines Leistungsauftrages gemäss Art. 40a Ziff. 1 erscheint uns äusserst problematisch und kommt einem teilweisen Berufsausübungsverbot gleich. Zentral dafür, welche Tätigkeiten mit der Praxisbewilligung zulasten der Grundversicherung abgerechnet werden dürfen, ist aus unserer Sicht das Weiterbildungsprogramm der jeweiligen Fachgesellschaft. Diese werden durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF), in welchem das BAG Einsitz hat, genehmigt und durch den Vorsteher des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) akkreditiert. Es befähigt den Inhaber eines gewissen Titels zur Ausübung der entsprechend darin abgebildeten Lernziele. Auch im Sinne des MedBG und der darin festgehaltenen Berufspflichten zur Fortbildung ist es zwingend erforderlich, dass die erworbenen Kenntnisse während der Weiterbildung nicht nur theoretisch „à jour“ gehalten werden, sondern durch langjährige praktische Erfahrungen gar vertieft werden.</p> <p>Der Artikel muss im Weiteren sicherstellen, dass Nachfolgelösungen, insbesondere auch zur Sicherstellung der Netzwerkversorgung bei der Erteilung von Zulassungen unterstützend berücksichtigt werden.</p>	Medswiss.net
<p>Il est normal que le canton puisse assortir les admissions à pratiquer de conditions, en particulier des limitations géographiques. Toutefois, la SVM juge inopportune de mettre une limite au volume d'activité car cela ne permet pas suffisamment de souplesse dans l'organisation de nouvelles structures médicales, tels les cabinets de groupe. En outre, le contrôle d'une telle mesure soulèverait des difficultés en termes de protection des données.</p> <p>Il est également normal que le canton tienne compte de critères de qualité. Toutefois, au vu de la votation populaire du 17 juin 2012 sur les réseaux de soins, il est inadmissible de conditionner l'autorisation de pratique à l'appartenance à un réseau de soins intégrés. Il y a lieu de tenir compte de critères de qualité qui font sens du point de vue de l'offre médicale, soit le cursus du médecin et d'éventuelles sous-spécialités qui pourraient manquer ou d'activités dans des secteurs de niche, le projet professionnel du médecin et les possibilités d'interaction de son projet avec les structures existantes dans la</p>	SVM

<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>
région ou encore les programmes de santé publique, à l'exemple du Plan cantonal Diabète du canton de Vaud.	

*Articolo 40a capoverso 3 LAMaI*

<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>
Un altro aspetto che dev'essere regolamentato in maniera più precisa è quello del trasferimento delle autorizzazioni a cui si accenna al capoverso 3. La cessione di uno studio medico non può essere considerata quale eccezione tout court alla gestione strategica. Questa possibilità svuota del contenuto le competenze del Cantone e non permette né di riportare il numero di medici attivi sotto la soglia di un'offerta eccedentaria, né di verificare la presenza dei summenzionati criteri di qualità presso i medici che otterranno il nuovo accesso al sistema sanitario mediante l'acquisizione (a prezzi spesso del tutto sproporzionati) di uno studio medico. Deve quindi essere adottata una soluzione che tenga adeguatamente conto di tutti gli interessi in gioco.	TI
Il est pertinent de fixer un délai pendant lequel le fournisseur de prestations doit faire usage de l'admission sous réserve de caducité. Cette disposition existe actuellement (art. 6 OLAF), mais le canton rencontre des difficultés d'application. En effet, les assureurs refusent de communiquer aux cantons la liste des codes créanciers (RCC) qui n'ont pas fait l'objet de facturation de prestations à charge de l'AOS. Introduire une telle exigence dans la loi ou dans l'ordonnance est une nécessité afin de faciliter la surveillance que doivent effectuer les cantons.	VD
Vorschlag FMH zu Art. 40a, Massnahmen bei Überversorgung 3... von mindestens zwölf Monaten, ....  Zu Abs. 3 Frist zur Benützung der Zulassung Art. 40a Abs. 3 sieht vor, dass von der erteilten Zulassung innert sechs Monaten Gebrauch gemacht werden muss. Das ist systematisch zu kurz für eine Praxisgründung. Der Regelfall muss zwölf Monate sein mit Verlängerungsmöglichkeit.	FMH
Erfahrungsgemäss ist eine Frist von 6 Monaten, innert welcher der Leistungserbringer die Tätigkeit aufnehmen muss, zu kurz. Diese Frist ist zum vornherein auf ein Jahr festzusetzen, mit der Möglichkeit der Verlängerung.	Hausärzte Schweiz
Wir begrünnen die Einführung einer Frist von mindestens sechs Monaten, in der der Leistungserbringer von der Zulassung Gebrauch machen muss.	SCG
Grundsätzlich begrünnen wir eine Befristung des Zulassungsentscheides, halten jedoch dafür, dass die Eröffnung einer Praxis, je nach Fachgebiet unterschiedliche Hürden bestehen. Ist beispielsweise ein grösserer Kapitalbedarf vorhanden, muss der Zulassungsentscheid vorhanden sein, um sich der Frage der Finanzierung überhaupt erst annehmen zu können. Weiter gibt es teilweise Genehmigungsverfahren, welche eine gewisse Zeit zur Bearbeitung – mitunter auch bei Bundesstellen – in Anspruch nehmen, wie zum Beispiel eine Betriebsbewilligung zum Betrieb eines Computertomographen. Angesichts dieser Tatsachen scheint uns eine Frist von nur 6 Monaten deutlich zu kurz.	SBV (ASMI)
Art. 40a Abs. 3 ist der erste Satz zu ersetzen durch „Beim Zulassungsentscheid oder bei Übertragung der Zulassung setzt er eine Frist von mindestens zwölf Monaten, während der der Leistungserbringer von der Zulassung Gebrauch machen muss“. Erst nach der Erteilung einer Zulassung kann ein Praxisprojekt weiter konkretisiert werden (Such nach Praxisräumlichkeiten, Abschluss von Mietverträgen, Anstellung von Mitarbeitenden, Kündigung des bestehenden Arbeitsverhältnisses etc.). Die Frist von sechs	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-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>
Monaten ist dazu viel zu kurz und eine Begründung für eine dermassen kurze Frist wird nicht gegeben.	
Ce niveau de contrôle implique une surveillance disproportionnée par rapport au but de la disposition.	AVCP + cP
Wir begrüssen eine Befristung der Gültigkeit des Zulassungsentscheides, beantragen jedoch aus Praxisgründen 12 Monate.	Asd
Wir begrüssen eine Befristung der Gültigkeit des Zulassungsentscheides, beantragen jedoch aus Praxisgründen 12 Monate.	SGR
Die Vorbereitungen zur Eröffnung einer Arztpraxis dauern in der Regeln länger als sechs Monate; deshalb setzen einer Frist von zwölf Monaten.	ZGAeG
Grundsätzlich begrüssen wir eine Befristung des Zulassungsentscheides, sind jedoch dafür, diese Frist auf 12 Monate zu erhöhen, da für die Eröffnung einer Praxis zum Teil mehr Zeit benötigt wird. Ist beispielsweise ein grösserer Kapitalbedarf bestehend, muss der Zulassungsentscheid vorhanden sein, um sich der Frage der Finanzierung überhaupt erst annehmen zu können.	Medswiss.net
Nous partageons l'avis de la FMH que le délai de 6 mois est trop court pour mettre en valeur une autorisation de pratique.	SMV
Il est notoire que, au vu des nombreuses démarches juridico-administratives auxquelles le médecin doit procéder dans le cadre de la préparation de son activité en ambulatoire privé, le délai de six mois pendant lequel le fournisseur de prestations doit faire usage de l'admission est systématiquement trop court pour l'ouverture d'un cabinet. La règle dans ce secteur devrait être portée à douze mois, avec une possibilité de prolongation par le canton sur la base de justes motifs.  En ce qui concerne l'ambulatoire hospitalier, comme le fournisseur de prestations intègre une structure déjà existante, la charge administrative est des lors moindre et le délai de six mois pourrait convenir.	SVM

*Articolo 40a capoverso 4 LAMaI*

<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>
Diese Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit, einem Leistungserbringer die Zulassung zu entziehen, wenn dessen Tätigkeit deutlich über den in der Zulassung vereinbarten Tätigkeitsumfang (also eine Teilzeittätigkeit) hinausgeht. Dieser Artikel ist nicht vollziehbar; es wird auf die Bemerkungen zu Absatz 2 verwiesen.	AG
Une nouvelle formulation de cet alinéa est proposée en supprimant le terme « nettement » qui n'apporte aucune précision et risque d'instaurer une application au cas par cas par les cantons et de fragiliser l'égalité de traitement.	VD
Keine Bemerkungen.	Hausärzte Schweiz
Wir halten auch hier fest, dass der Umfang der Tätigkeit einer Zulassung von der persönlichen Kompetenz des Inhabers der Praxisbewilligung abhängt. (siehe Bemerkungen zu Art. 40 Ziff. 2)	SBV (ASMI)
Art. 40a Abs. 4: „Er kann die Zulassung für einen Leistungserbringer einschränken oder ihm diese entziehen, [...], oder wenn dieser das gesetzliche AHV-Alter erreicht hat.  Der aktuelle Vorschlag zur Zulassungssteuerung benachteiligt einseitig die jungen ÄrztInnen indem ihnen der Zutritt zur freien Praxis massiv erschwert wird. Wer bereits im System ist, profitiert, wer draussen ist, hat Pech. Dieser Ansatz ist unsolidarisch und – mit Blick auf die zukünftige Gesundheitsversorgung – kurzsichtig. Es wäre deshalb zu	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-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>
prüfen, ob im Falle einer Überversorgung nicht eine gewisse Opfersymmetrie zwischen jungen und älteren ÄrztInnen angestrebt werden müsste.	
Tätigkeitsumfang oder geografischer Standort	ZGAeG
Wir halten auch hier fest, dass der Umfang der Tätigkeit einer Zulassung von der persönlichen Kompetenz des Inhabers der Praxisbewilligung abhängt (siehe Bemerkungen zu Art. 40 Ziff. 2).	Medswiss.net
Erschwerend kommt hinzu, dass die Vorlage durch die Möglichkeit, einzelne Leistungserbringer jederzeit gestützt auf Art. 40a Abs. 4 in ihrer Berufsausübung einzuschränken, noch volatiler wird und kaum mehr Rechtssicherheit bietet. Ausserdem würde damit die Möglichkeit zur Beschränkung der freien ärztlichen Berufsausübung aus gesundheitspolitischen Gründen im Gesetz verankert. Bisher war dies nur aus gesundheitspolizeilichen Gründen möglich. Ein freies Gewerbe wie das ärztliche unter solchen Rahmenbedingungen ausüben zu müssen, ist nicht zumutbar.	BFG

*Articolo 40a capoverso 5 LAMal*

<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>
Die Bestimmung legt fest, dass das Recht der bisherigen Leistungserbringer, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein, vorbehalten bleibt. Der Bestandesschutz bisher zugelassener Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer kann als Diskriminierung junger und frisch ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxis zu eröffnen gedenken, betrachtet werden.	AG
Il medesimo ragionamento [in riferimento a quanto detto al capoverso 3] si applica alla tutela incondizionata dei diritti acquisiti proposta al capoverso 5. Anche con riferimento ai medici già autorizzati a fatturare a carico della LAMal deve essere possibile esigere, nel giro di qualche anno, il soddisfacimento dei criteri di qualità imposti ai fornitori di prestazione che vogliono accedere ex novo all'assicurazione malattie obbligatoria.	TI
Il conviendra de prévoir des dispositions transitoires afin de préciser les critères déterminants si le dépôt de la demande a été fait avant ou après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions sur l'admission à pratiquer à charge de l'AOS. Ainsi, il est proposé que le critère déterminant soit la date de réception par SASIS SA de la demande de code créancier faite par le fournisseur de prestations.	VD
Eine Selbstverständlichkeit, an der nicht gerüttelt werden darf, stellt für uns Absatz 5 dar, gemäss dem vor der Zulassungsbeschränkung erteilte Zulassungen nicht mehr in Frage gestellt werden dürfen.	SGV/USAM
Vorschlag FMH zu Art. 40a, Massnahmen bei Überversorgung <sup>5</sup> ... vor der Zulassungsbeschränkung zugelassenen Leistungserbringer und unter neuem Recht aus wichtigen Gründen erteilte ausserordentliche Zulassungen bleibt vorbehalten. «Als Leistungserbringer sind zudem zugelassen Personen nach den Artikeln 36, 37 und 38 sowie Ärzte und Ärztinnen, die in einer Einrichtung nach Artikel 36a tätig sind, wenn sie mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.»  Zu Abs. 5 Praxisnachfolgen und Bewilligungen aus wichtigen Gründen  Bisher bestehende Leistungserbringer bzw. Arztpraxen sind zu Recht von der Möglichkeit einer Einschränkung der Tätigkeit zu Lasten der OKP ausgenommen. Gleiches	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>
muss explizit für Praxisnach-folgen gelten. Zudem sollte die Möglichkeit des Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, explizit im Gesetz verankert sein.	
Diese Bestimmung ist zentral.	Hausärzte Schweiz
La délivrance d'une autorisation de pratiquer doit absolument être liée à des critères de qualité, afin de s'assurer d'une qualification adéquate à exercer la profession médicale. Seuls les médecins ayant travaillé au moins trois ans dans un centre de formation suisse certifié doivent être admis. Le système de santé suisse leur est alors familier et ils ont reçu une formation continue de bonne qualité. Ce sont les exigences de base minimales pour les critères de qualité relatifs à l'exercice de la profession. L'argument selon lequel une telle réglementation serait contraire à la libre circulation des personnes n'est pas convaincant. Depuis l'introduction de cette réglementation des 3 ans, aucune procédure juridique n'a été entamée, ni par l'UE, ni par les personnes directement concernées. C'est pourquoi nous demandons le complément suivant à l'art. 40a al. 5 (nouveau) : "Sont admises en outre en tant que fournisseurs de prestations les personnes mentionnées aux articles 36, 37 et 38 ainsi que les médecins qui exercent dans une institution définie à l'art.36a, à condition qu'ils aient travaillé au moins trois ans dans un centre de formation suisse certifié."	CCM, GAeSO AeGTG, GLAeG, AeGBL, KAeGSG, BAeV, KAeGSH,
Es ist zudem fraglich, wie lange das Personenfreizügigkeitsabkommen in der heutigen Form noch gültig ist (vor dem Hintergrund der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative). Wir bitten deshalb den Bundesrat nochmals vertieft zu prüfen, ob der aktuell gültige Zulassungsstopp weitergeführt werden kann. Wir beantragen deshalb, die bisherige Regelung des KVG weiterzuführen. Entsprechend müsste Art. 40a Abs. 5 wie folgt ergänzt werden: "Als Leistungserbringer sind zudem Personen nach den Artikeln 36, 37 und 38 sowie Ärzte und Ärztinnen, die in einer Einrichtung nach Artikel 36a tätig sind, wenn sie mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben".	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
Bisher bestehende Leistungserbringer bzw. Arztpraxen sind zu Recht von der Möglichkeit einer Einschränkung der Tätigkeit zu Lasten der OKP ausgenommen. Gleiches muss für Praxisnachfolgen gelten. Die Möglichkeit des Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, sollte deshalb unseres Erachtens unbedingt weiterhin explizit im Gesetz verankert bleiben.  (...) Anpassung: „Das Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der bereits vor der Zulassungsbeschränkung zugelassenen Leistungserbringer und unter neuem Recht aus wichtigen Gründen erteilte ausserordentliche Zulassungen bleiben vorbehalten.“	VLSS
Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung santésuisse steht diesem Bestandesschutz kritisch gegenüber. Vom Kanton definierte Bedingungen sollten unseres Erachtens für alle Leistungserbringer gleichermassen gelten.	santésuisse
Il conviendrait à tout le moins de garantir en outre les droits acquis des employeurs des prestataires de soins, vu l'interprétation de l'al.1 et ce afin de ne pas déstabiliser le domaine hospitalier stationnaire et ambulatoire.	AVCP + cP
Ferner ist dem Beibehalten bisher erteilter Zulassungsbewilligungen aus rechtlicher und wirtschaftlicher Sicht zuzustimmen.	asd

<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>Bisher bestehende Leistungserbringer bzw. Arztpraxen sind zu Recht von der Möglichkeit einer Einschränkung der Tätigkeit zu Lasten der OKP ausgenommen. Gleiches muss für Praxisnachfolgen gelten. Die Möglichkeit des Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, sollte deshalb unseres Erachtens unbedingt weiterhin explizit im Gesetz verankert bleiben. (...)</p> <p>Die Möglichkeit (...) muss [bestehen], aus wichtigen Gründen trotz grundsätzlicher Beschränkung eine ausserordentliche Zulassung zu erteilen. Nur so kann speziellen Situationen ausreichend Rechnung getragen und die notwendige Einzelfallgerechtigkeit erreicht werden. (...)</p> <p>„Das Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der bereits vor der Zulassungsbeschränkung zugelassenen Leistungserbringer und unter neuem Recht aus wichtigen Gründen erteilte ausserordentliche Zulassungen bleiben vorbehalten.“</p>	BEKAG
<p>La délivrance d'une autorisation de pratiquer doit absolument être liée à des critères de qualité, afin de s'assurer d'une qualification adéquate à exercer la profession médicale. Le système de santé suisse doit leur être familier et ils doivent avoir reçu une formation continue de bonne qualité. Ce sont les exigences de base minimales pour les critères de qualité relatifs à l'exercice de la profession. L'argument selon lequel une telle réglementation serait contraire à la libre circulation des personnes n'est pas convaincant. Depuis l'introduction de la réglementation des 3 ans, aucune procédure juridique n'a été entamée, ni par l'UE, ni par les personnes directement concernées.</p> <p>C'est pourquoi nous demandons le complément suivant à l'art. 40a al. 5 (nouveau) :          "Sont admises en outre en tant que fournisseurs de prestations les personnes mentionnées aux articles 36, 37 et 38 ainsi que les médecins qui exercent dans une institution définie à l'art.36a, à condition qu'ils aient, pour les spécialistes, fait reconnaître leur formation et, pour les praticiens, qu'ils aient effectué durant au moins 2 ans un cursus de formation dans une institution ou chez un médecin formateur certifiés par l'ISFM."</p>	SMCF
<p>La SVM approuve cette disposition qui revient à garantir les droits acquis des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de la LAMal avant l'entrée en vigueur de ce projet.</p>	SVM

*Articolo 40b capoverso 1 LAMal*

<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 den Kantonen für den übrigen ambulanten Bereich eingeräumte Freiwilligkeit zur Ergriffung von Massnahmen besteht faktisch lediglich auf dem Papier. Verzichtet ein Kanton auf die Einführung des Zulassungsstopps, wird er in ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, da die Gesundheitsausgaben in den Kantonen gemessen am Bruttoinlandprodukt wie bisher laufend überproportional ansteigen werden, was angesichts der bekannten Faktoren der wachsenden Überalterung, des medizintechnischen Fortschrittes und der steigenden Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten unvermeidbar sein wird. Deshalb werden sämtliche Kantone – unabhängig davon, ob sie den Zulassungsstopp einführen oder nicht – gezwungen sein, mit grossem Aufwand entsprechende Daten und Zahlen zu sammeln, aufzubereiten und auszuwerten. Der Gesetzesentwurf enthält sodann keine Definitionen der Begriffe Über- und Unterversorgung sowie angemessene Versorgung. Es bleibt deshalb unklar, nach welchen Indikatoren eine Über- oder Unterversorgung festgestellt werden soll und wann eine Versorgung angemessen ist. Laut erläuterndem Bericht wurde bewusst auf eine Definition der angemessenen Versorgung verzichtet, damit die Kantone insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten die Angemessenheit selber festlegen können (vgl. S. 15). Im Hinblick auf eine transparente und einheitliche Gestaltung wird aber offenbar</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>doch eine Begriffsklärung als erforderlich erachtet und dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, Mindestkriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich auf Verordnungsstufe festzulegen (Art. 40c Abs. 1 der Vorlage). Die Festlegung der Mindestkriterien erst auf Verordnungsstufe widerspricht aber dem Gesetzmässigkeitsprinzip und ist daher abzulehnen. Die den Kantonen eingeräumte Möglichkeit der Festlegung zusätzlicher Kriterien schliesslich steht im Widerspruch zum erklärten Ziel einer gesamtschweizerisch einheitlichen Ausgestaltung und hätte unterschiedliche Qualitätslevels zur Folge, die mit den geltenden Vorstellungen des KVG zur Qualität unvereinbar wären. Die Qualitätssicherung ist gemäss KVG eine Verpflichtung des Bundes; demnach müsste der Bund die Qualitätsstandards setzen. Ohne einheitliche Standards wird die von der Vorlage geforderte Koordination unter den Kantonen bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung sowie die erwünschte gemeinsame Versorgungsplanung aus regionaler Perspektive sehr stark erschwert, wenn nicht gar illusorisch. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Kantone zu einer völlig unterschiedlichen Beurteilung der Angemessenheit gelangen: Während bei gleicher Ausgangslage der eine Kanton die Versorgung als gewährleistet betrachtet, ortet ein anderer möglicherweise eine Unterversorgung und ein Dritter gar eine Überversorgung. Einzuräumen ist in vorstehendem Zusammenhang, dass die Festlegung allgemeinverbindlicher Kriterien durch den Bund, insbesondere bei Beachtung regionaler Besonderheiten einzelner Kantone, sich als äusserst schwierig erweisen dürfte.</p> <p>Die Regelung der Unterversorgung im KVG ist unnötig bzw. überflüssig: Laut Verfassung liegt die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in der Kompetenz der Kantone. Wie dem erläuternden Bericht zu entnehmen ist, soll mit der vorgeschlagenen Bestimmung die Kompetenz der Kantone gestärkt werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass dort, wo den Kantonen bereits eine umfassende Kompetenz eingeräumt wird, diese durch eine Norm auf Stufe Bundesgesetz nicht noch «verstärkt» werden kann. Die Kantone haben bereits heute die Möglichkeit, steuernd einzugreifen.</p>	
<p>Der Regierungsrat des Kantons Uri begrüsst, dass der Bundesrat die Steuerung des ambulanten Bereichs des KVG im Gesetz regeln will. Erwähnenswert ist, dass die Kantone auch in Zukunft entscheiden können, ob sie aufgrund von Qualitätskriterien den ambulanten Bereich regulieren wollen oder nicht.</p>	UR
<p>Die Regelungen nach Art. 40b KVG (Massnahmen bei Unterversorgung) sind nach Ansicht des Regierungsrats auf Bundesebene nicht notwendig. Die Kantone haben schon heute die Kompetenz, in diesem Zusammenhang aktiv zu werden und kantonale Regelungen zu erlassen. So ist bei der Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes vorgesehen, dass der Kanton finanzielle Mittel für Massnahmen im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie für die Organisation des Notfalldiensts einsetzen kann. Es besteht bereits jetzt die Möglichkeit, auf Gemeindeebene Massnahmen zu ergreifen, um die Niederlassung von Leistungserbringern zu fördern. Sie können diesen beispielsweise die benötigte Infrastruktur zur Verfügung stellen.</p> <p>Antrag zur Art. 40b KVG: streichen</p>	OW
<p>Wir weisen auf die Redundanz hinsichtlich der vorgeschlagenen Steuerungsmechanismen bei Unterversorgung hin und beantragen deshalb ersatzlose Streichung von Artikel 40b KVG.</p>	GL
<p>Antrag: Streichen.</p> <p>Da die Kantone grundsätzlich für die Gesundheitsversorgung zuständig sind, können sie entsprechenden Massnahmen gestützt auf kantonalem Recht ergreifen. Der Artikel ist somit obsolet. Dies umso mehr, als der Artikel keine genügende Rechtsgrundlage bietet, um kantonale Massnahmen direkt abzuleiten. Der Kanton muss ohnehin eigene Ausführungsbestimmungen erlassen.</p>	ZG
<p>Dieser Artikel kann ersatzlos gestrichen werden. Eine bundesgesetzliche Regelung für kantonale Massnahmen bei Unterversorgung ist nicht notwendig. Die Kantone haben schon heute die erforderliche Kompetenz, wobei der Kanton Solothurn die Versorgungssicherheit und die Möglichkeit von Massnahmen bereits 2012 im Gesundheitsgesetz verankert hat (§9<sup>bis</sup>).</p>	SO

<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>Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist die mit dieser Bestimmung den Kantonen von Bundesrechts wegen eingeräumte Kompetenz betreffend kantonale Massnahmen bei Unterversorgung nicht erforderlich, da die Kantone bereits heute über diese Kompetenz verfügen und entsprechende Regelungen erlassen können bzw. bereits erlassen haben. Es wird daher beantragt, Art. 40b KVG ersatzlos zu streichen.</p>	BS
<p>Die in Frage stehende Gesetzesbestimmung ersetzt nicht eine kantonrechtliche Regelung auf Gesetzesstufe, welche die kantonalen Massnahmen auflistet, die der Kanton ergreifen kann. Sie ist so allgemein gestaltet, dass ihr Aussagegehalt gleich null ist. So fragt sich beispielsweise: Was sind geeignete Massnahmen? In grundsätzlicher Hinsicht ist festgehalten, dass die in Aussicht genommene Bestimmung unnötig ist, da die Kantone auch ohne diese Bestimmung Massnahmen bei der Unterversorgung ergreifen können. Auf Art. 40b kann somit verzichtet werden.</p>	GR
<p>Auch wenn sich die Kompetenz der Kantone zur Steuerung des ambulanten Bereichs auf sämtliche Leistungserbringer bezieht, ist davon auszugehen, dass die vorliegende Neuregelung primär auf die ärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer abzielt. Alle übrigen Leistungserbringer werden fast ausschliesslich auf Verordnung der Ärzteschaft zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig. (...)</p> <p>Von der gesamten Teilrevision nicht erfasst werden diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich ohne Berufsausübungsbewilligung, also ohne eigene Zulassung, tätig sind. Es betrifft dies sowohl Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in den Spitälern als auch insbesondere in den Praxen. Mit der Schaffung von zusätzlichen Assistentenstellen können die Regulierungsbemühungen ohne weiteres umgangen werden, wie die Erfahrungen während der Zeit des Zulassungsstopps gezeigt haben. (...)</p> <p>Diese Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit, bei einer Unterversorgung im ambulanten Bereich die Leistungserbringer durch geeignete Massnahmen zu unterstützen. Die Kantone verfügen bereits heute über die Kompetenz, Leistungserbringer durch Massnahmen verschiedenster Art zu unterstützen. Eine Regelung einer solchen Kompetenz auch auf Bundesebene ist nicht notwendig. Diese Bestimmung kann ersatzlos gestrichen werden.</p>	AG
<p>La disposizione relativa alle misure in caso di offerta insufficiente così come formulata è del tutto inutile e va stralciata. Già oggi i Cantoni possono sostenere e sostengono i fornitori di prestazione con degli incentivi estranei alla LAMal. La nuova disposizione non prevede alcun incentivo a carico della LAMal, motivo per cui è appunto superflua in questo contesto e non rientra nel campo di applicazione della LAMal. C'è anzi da chiedersi se non è stata inserita con l'unico scopo di obbligare i Cantoni a "sottoporre sistematicamente a una valutazione dell'impatto presumibile sui prezzi delle prestazioni e sui costi a carico della LAMal" tali incentivi (cfr. rapporto esplicativo p. 9).</p> <p>Potrebbe invece essere mantenuta se costituisse la base legale che permette ai Cantoni di introdurre dei valori del punto tariffari differenziati in modo da incentivare l'insediamento dei medici là dove c'è penuria.</p>	TI
<p>Le Conseil d'Etat est favorable à un tel article qui permettra de donner un ancrage légal à certaines mesures prises par les cantons afin de soutenir l'installation d'une ou plusieurs catégories de fournisseurs de prestations, notamment de médecins de premier recours. Afin de garantir la souplesse d'application voulue par le législateur fédéral et à l'instar de ce qui a été dit en lien avec l'article 40a du projet, il est demandé que la formulation de cet article soit précisée afin de lever toute ambiguïté en donnant aux cantons la possibilité de soutenir une ou plusieurs catégories de fournisseurs de prestations.</p>	VD
<p>Art. 40b, al. 1 : Lorsque l'offre en soins ambulatoires est insuffisante sur l'ensemble ou sur une partie du territoire d'un canton, celui-ci <del>peut</del> <u>est tenu</u> de soutenir...</p>	PSS

<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>Umgekehrt können sie bei einer Unterversorgung die Niederlassung von Leistungserbringern fördern, indem sie zum Beispiel die benötigte Infrastruktur oder Mittel zur Beschaffung dieser Infrastruktur zur Verfügung stellen. Den Kantonen kommt damit entsprechend der Kompetenzverteilung im Bereich der medizinischen Grundversorgung eine zentrale Rolle zu.</p>	<p>SGV</p>
<p>Art. 40b Massnahmen bei Unterversorgung</p> <p>Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass wir in Zukunft in gewissen Gegenden unseres Landes wohl vermehrt mit einer Unterversorgung im ambulanten Bereich konfrontiert werden. Wir haben deshalb Verständnis dafür, dass man den Kantonen die Möglichkeit bieten will, mit geeigneten Massnahmen einzugreifen. Ob es hierzu aber einer neuen KVG-Bestimmung bedarf, ist für uns fraglich, sind wir doch der Meinung, dass die öffentliche Hand hier basierend auf dem geltenden Recht aktiv werden kann (und es zum Teil auch schon tut). Wichtig ist für uns, dass die Massnahmen so eingesetzt werden, dass sie keine Wettbewerbsverzerrungen zur Folge haben. Die Massnahmen sind zudem so moderat auszugestalten, dass keine falschen Anreize entstehen und in gewissen Regionen Investitionen in die Infrastruktur nur noch dann getätigt werden, wenn sich die öffentliche Hand grosszügig daran beteiligt.</p>	<p>SGV/USAM</p>
<p>Wir sind der Auffassung, dass die Kantone bei einer anhaltenden Unterversorgung zur Intervention verpflichtet werden müssen und eine Kann-Formulierung den Grundsätzen des KVG nicht genügen kann. Die Kantone sollen dabei nicht nur bestehende Leistungserbringer unterstützen, sondern wenn nötig auch selbst zur Sicherung der ambulanten Versorgung aktiv werden.</p>	<p>SGB</p>
<p>Le Comité directeur de la CDS considère comme non nécessaire une réglementation fédérale pour des mesures cantonales en cas d'offre insuffisante. Les cantons ont déjà aujourd'hui la compétence (et ils en font également usage) d'agir dans ce contexte et d'édicter des réglementations cantonales.</p> <p>Proposition ad art. 40b: supprimer.</p> <p>Der Vorstand der GDK erachtet eine bundesgesetzliche Regelung für kantonale Massnahmen bei Unterversorgung als nicht notwendig. Die Kantone haben schon heute die Kompetenz (und nehmen diese auch wahr), in diesem Zusammenhang aktiv zu werden und kantonale Regelungen zu erlassen.</p> <p>Antrag zur Art. 40b: Streichen</p>	<p>CDS/GDK + GL, AR, FR, SH, TG, JU, BE, BL, NE</p>
<p>Il nous semble en particulier très important, dans l'intérêt des patients et des consommateurs, de soutenir diverses mesures aptes à encourager l'installation de médecins même dans les zones dites reculées où il y a pénurie.</p> <p>L'art. 40b y répond clairement, et nous insistons sur l'absolue nécessité d'offrir les mesures de soutien incitatives et aidantes aux praticiens prêts à s'installer dans ces régions. Et nous invitons la Confédération à soutenir activement les cantons dans cette mission.</p>	<p>FRC</p>
<p>Seit Jahren herrscht eine Unterversorgung im Bereich Logopädie. Diese wird sich in Zukunft noch verschärfen: Grosse Hürden resp. schwer zu erfüllende Bedingungen bezüglich Zulassung, ungenügende Ertragslage durch einen zu tiefen Tarif; viele Freipraktizierende gehen nächstens in Pension und haben keine Nachfolge; etc. Nicht nur in kleinen Kantonen und Randregionen bestehen immer grössere Lücken.</p> <p>Der Berufsverband der Logopädinnen begrüsst es sehr, wenn die Kantone mit geeigneten Massnahmen unterstützen würden. Solche schlagen wir seit Jahren vor. Gerne sind wir weiter bereit, über konkrete Verbesserungen im Sinne einer Versorgungssicherheit zu beraten.</p>	<p>DLV</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>
Kantonale Unterstützungsmassnahmen sind schon heute möglich. Dafür braucht es keine Ergänzung des KVG.	FMH
Hausärzte Schweiz begrüsst die Erwähnung möglicher Massnahmen im Gesetz. Es ist aber bereits auf Gesetzesebene ausdrücklich zu erwähnen, dass es sich dabei auch um finanzielle Unterstützungsmassnahmen handeln kann. Diese Möglichkeit ist im Gesetzestext noch zu ergänzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine der möglichen Massnahmen auch ein Tolerieren eines überdurchschnittlichen Kostenanstieges in gewissen medizinischen Fachbereichen darstellen kann, weshalb sich der Verband der Hausärzte Schweiz vehement gegen die Einführung des Artikels 55b wehrt. Darauf wird nachstehend noch einzugehen sein.	Hausärzte Schweiz
<i>streichen:</i> - Bei einer allfälligen Unterversorgung haben die Kantone schon heute, ohne diesen Gesetzesartikel das Recht, bzw. die Pflicht, Massnahmen zu ergreifen. - Keine Trennung von Über- oder Unterversorgung. Die Grundlagen für allfällige Entscheide werden durch Art. 40a gemäss Anpassungen oben geschaffen.	H+
Unterversorgung PharmaSuisse unterstützt das Ziel, eine hochqualitative flächendeckende und nachhaltige medizinische Grundversorgung durch Spitälärzte, Apotheker, Pflege- und Gesundheitsberufe zu gewährleisten. In Situationen der Unterversorgung haben die Privatwirtschaft, der Markt und der Wettbewerb versagt, indem die nötige Versorgung der Bevölkerung nicht vorliegt. Damit ist für pharmaSuisse die typische Situation gegeben, in der die obersten Interessen der Bevölkerung eine subsidiäre, staatliche Intervention benötigen. Vorläufig sind die Kantone zuständig für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung mit krankenzuweisenden Leistungen. pharmaSuisse begrüsst, wenn sich die Kantone überkantonale bzw. überregionale über die Beurteilung und Organisation der Versorgung einigen, aber sie können ohne Verfassungsänderung nicht dazu gezwungen werden. Wir unterscheiden zwei Situationen der Unterversorgung: a. Generelle Unterversorgung b. Schlechte Verteilung des Versorgungsangebots mit lokalen Lücken. Eine generelle Unterversorgung [a] kann nicht mit den Instrumenten des KVGs gelöst werden und eine Finanzierung der fehlenden Einrichtungen durch die öffentliche Hand bzw. durch Steuergelder, wird die einzige Möglichkeit sein. Eine ungleiche geografische Verteilung der Leistungserbringer [b] ergibt sich im Markt naturgemäss auf Grund von Rentabilitätskriterien. Die Eliminierung der Einrichtungen auf dem Lande mit deren Konzentration in Zonen mit stärkerer Bevölkerungsdichte oder kommerzieller Aktivität ist im Interesse einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu verhindern. pharmaSuisse anerkennt in diesem Fall die Legitimität einer staatlichen Intervention und unterstützt den Grundsatz, dass im Bundesrecht der nötige Rahmen für gezielte kantonale Eingriffe im Markt geschaffen wird, damit eine verfassungskonforme Steuerung im Sinne der obersten Interessen der Bevölkerung gegenüber dem freien Markt Vorrang hat. In der unterbreiteten Vorlage vermissen wir aber Aussagen dazu, welche unterstützten Massnahmen der Kantone als geeignet betrachtet werden. pharmaSuisse kommt nach eingehender Analyse zum Schluss, dass sich staatliche Interventionen auf Tarife, also auf die typischen Instrumente des KVGs, kontraproduktiv auswirken. Beispiel: Ein höherer Taxpunktwert für Leistungserbringer auf dem Lande	pharmaSuisse

<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>würde für sich schädlich auswirken, weil diese Leistungserbringer gegenüber den städtischen Leistungserbringern nicht mehr konkurrenzfähig wären und die Versicherer die Patienten nur noch zu den günstigeren Leistungserbringern steuern würden.</p> <p>Als Gegenvorschlag, der eher in einem Versorgungsgesetz zu verankern wäre, könnten wir uns einen behördlich gesteuerten Ausgleichsfonds vorstellen, der diese ungleichen Voraussetzungen eliminiert. Dieser dürfte jedoch nicht über die Versicherer laufen, um den Markt nicht zu verfälschen. Die Höchstarife und –preise würden weiterhin auf den ganzen Kanton oder in der ganzen Schweiz gemäss Art. 46 KVG festgelegt. Basierend auf ihrer Versorgungsdichte würden Regionen innerhalb des Kantons definiert, in welchen die Leistungserbringer einen proportionalen Rabatt bzw. Beitrag zu Gunsten des Ausgleichsfonds bezahlen würden. Die ausserhalb dieser Regionen niedergelassenen Leistungserbringer könnten mit diesem Ausgleichsfonds unterstützt werden, ohne zusätzliche Steuern zu Lasten der Bevölkerung (Kostenneutraler Ausgleich).</p>	
<p>Art. 40b</p> <p>Antrag: Ersatzlose Streichung</p> <p>Begründung: Eine allfällige Unterversorgung können die Kantone im Rahmen ihrer Gesetzgebung bereits jetzt angehen. Eine weitere Regulierung drängt sich hier nicht auf.</p>	physioswiss
<p>Bei Unterversorgung geeignete Massnahmen zu ergreifen, um die Niederlassung von Leistungserbringern zu fördern, unterstützen wir sehr. Da in Bezug auf Chiropraktik in etlichen Kantonen eine Unterversorgung besteht, sind wir gerne bereit, geeignete Massnahmen zur Förderung von chiropraktischen Praxen mit den betreffenden Kantonen zu besprechen.</p> <p>Wichtig ist uns im Sinne der Patientensicherheit, die Qualitätskriterien zu berücksichtigen. Dazu gehört auch, dass die Chiropraktikerinnen und Chiropraktiker die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung gemäss unserem obigen Antrag erfüllen.</p>	SCG
<p>Entsprechend dem Gleichbehandlungsgebot respektive dem Diskriminierungsverbot legen wir Wert darauf festzuhalten, dass solche Unterstützungsmassnahmen nicht wettbewerbsverzerrend wirken. Sie sind entsprechend zu befristen und jährlich zu überprüfen. Praxiszulassungsgesuche in einem Bereich, welcher durch solche Unterstützungsmassnahmen gefordert wird, dürfen nicht abgelehnt werden, wenn die formalen Voraussetzungen für die Zulassung gegeben sind.</p>	SBV (ASMI)
<p>Dieser Bereich (Hebammenbetreuung) ist also prädestiniert, um in mehreren Kantonen im Rahmen von Unterstützungsleistungen detailliert betrachtet und entsprechende Massnahmen verabschiedet zu werden. Bereits heute haben viele Hebammen die steigende Nachfrage und sinkende Spital-aufenthaltsdauer zum Anlass genommen, um sich selber stärker zu vernetzen und die Schnittstellen mit den Spitälern zu klären (Bsp. Family Start). Eine Unterstützung dieser Prozesse durch die Kantone könnte eine entsprechende Massnahme sein.</p>	SHV
<p>Art. 40b KVG: Massnahmen bei Unterversorgung: Zustimmung</p> <p>Die Kantone müssen die Möglichkeit erhalten, z.B. insbesondere Gesundheitszentren auf dem Land durch geeignete Massnahmen zu unterstützen, damit der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung in der ganzen Schweiz auch in der Zukunft sichergestellt werden kann.</p>	Spitex
<p>„Ein Kanton muss bei einer Unterversorgung im ambulanten Bereich im gesamten Kantonsgebiet oder einem Teil davon die Leistungserbringer [...] durch geeignete Massnahmen unterstützen“.</p> <p>Grundsätzlich ist es zu begrüssen, dass die Unterversorgung in die Vorlage aufgenommen wurde. Der vorgeschlagene Gesetzestext ist jedoch diesbezüglich zahnlos, weil er nur den Status quo bestätigt. Wirkungsvoll wäre es dann, wenn die Kantone verpflichtet würden, bei Unterversorgung tätig zu werden.</p>	VSAO + VSAO-ZH
<p>Die Möglichkeit der Kantone gemäss Abs. 1 des Art. 40b, die Niederlassung namentlich von Grund-versorgern in unterversorgten Regionen gezielt zu fördern, hat bisher gefehlt.</p>	VLSS

<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>Zum Beispiel mit Anschubfinanzierungen, Darlehen und Garantien können neue Leistungserbringer sicher eher angezogen werden. Die Erfahrung zeigt, dass solche Projekte notwendig und sinnvoll sind. Sie funktionieren aber nur, wenn sich auch die ortsansässige Bevölkerung, die Gemeinden und die Unternehmungen ideell und finanziell beteiligen. Die Kantone haben diesbezüglich einen weiten Ermessensspielraum.</p>	
<p>So ist es den Kantonen bereits heute ohne weiteres möglich, bei einer allfälligen Unterversorgung geeignete Massnahmen zu ergreifen, bspw. über die Leistung von Betriebsbeiträgen an Grundversorger in abgelegenen Gebieten. Es leuchtet nicht ein und wurde bislang auch nicht weiter begründet, weshalb von der ursprünglichen Diskussion (Zulassungsstopp als Massnahme gegen die Überversorgung) abgewichen wird und zunehmend der Bereich der Unterversorgung „reguliert“ werden soll. In diesem Bereich muss trennscharf zwischen qualitätsbezogenen Zulassungskriterien, Sicherstellung der Ausbildung und weiteren Massnahmen (bspw. Task-Shifting) unterschieden werden. Eine Planung der ambulanten Versorgung durch die Kantone trägt kaum etwas dazu bei, in diesen relevanten Fragestellungen eine Besserung zu erzielen.</p>	SW/ISS REHA
<p>Wie bereits weiter oben erwähnt, steht der Ergreifung von Massnahmen durch einen Kanton im Falle einer Unterversorgung bereits heute nichts im Wege, solange diese nicht mit den Bestimmungen des KVG kollidieren. Er kann seine Unterstützung ohne Weiteres auch an Bedingungen knüpfen, bspw. die Sicherstellung der Erreichbarkeit oder des Notfalldienstes. Insoweit ist diese Bestimmung gänzlich unnötig.</p> <p>Die Aufnahme dieser Bestimmung im KVG ist aber alles andere als wirkungslos. Sie führt nämlich dazu, dass dem Leistungserbringer neben Tätigkeitsumfang, Leistungsspektrum u.dgl. auch die Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen auferlegt werden kann. Solange es sich hier nicht um rein staatliche Modelle handelt, ist der Bereich der alternativen Versicherungsmodelle, also Vertragsmodelle mit den Krankenversicherern, betroffen. Aus Sicht der Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass sich die Kantone damit in unbestimmter Ausprägung in die Modelle der integrierten Versorgung einmischen werden. Dadurch wird ein weiteres wichtiges Element der Krankenversicherung dem Steuerungseinfluss der Kantone unterstellt, was die Vertrags- und Tarifautonomie infrage stellt.</p>	curafutura
<p>Dieser Artikel ist zu streichen.</p> <p>Begründung</p> <p>Die Kantone verfügen bereits heute über Instrumente, um Leistungserbringer zu unterstützen. Eine Regelung auf Bundesebene ist nicht notwendig.</p>	santésuisse
<p>Art. 40b Abs. 1</p> <p>Antrag DVSP</p> <p>Bei einer Unterversorgung können müssen die Kantone geeignete Massnahmen ergreifen, (...)</p>	DVSP
<p>Ces éventuelles mesures cantonales de droit public n'ont pas à figurer dans une loi fédérale. Les exemples étrangers, notamment français, montrent leur inanité. Elles conduisent par ailleurs à des effets d'aubaine.</p>	AVCP + cP
<p>Wir legen Wert darauf, dass solche Unterstützungsmassnahmen nicht wettbewerbsverzerrend wirken. Sie sind entsprechend zu befristen.</p>	asd
<p>Trotzdem muss, so wie jetzt im Art. 40b der Vernehmlassungsvorlage vorgesehen, die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung von Grundversorgerpraxen durch den Kanton unbedingt auf Gesetzesstufe verankert werden. Wir gehen dabei selbstverständlich davon aus, dass sich an solchen Lösungen, z.B. in Form einer Anschubfinanzierung, auch die ortsansässigen Gemeinden, die KMU's sowie gegeben-falls die ortsansässige Industrie mitbeteiligen sollten. (...)</p>	BEKAG

<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 Möglichkeit der Kantone gemäss Abs. 1 des Art. 40b, die Niederlassung namentlich von Grundversorgern in unterversorgten Regionen gezielt zu fördern, hat bisher gefehlt. Zum Beispiel mit Anschubfinanzierungen, Darlehen und Garantien können neue Leistungserbringer sicher eher angezogen werden. Die Erfahrung zeigt, dass solche Projekte notwendig und sinnvoll sind. Sie funktionieren aber nur, wenn sich auch die ortsansässige Bevölkerung, die Gemeinden und die Unternehmungen ideell und finanziell beteiligen. Die Kantone haben diesbezüglich einen weiten Ermessensspielraum.</p>	
<p>Wir begrüssen, dass die Planung der ambulanten Versorgung grundsätzlich den Kantonen überlassen wird und da bei fakultativ ist. Positiv zu werten ist da bei, dass auf Grund von Fakten und unter Anhörung der betroffenen Stakeholders (Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte) Zulassungsentscheide gefällt werden. Diese Regulierung ist ein äusserst schwerwiegender Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit. Deshalb bevorzugen wir grundsätzlich das Prinzip der leider nicht Mehrheitsfähigen Vertragsfreiheit.</p> <p>Mit dem Erbringen von profitablen ambulanten Leistungen können kantonale Spitäler den stationären Betrieb quer subventionieren und damit letztendlich auch die kantonalen Budgets entlasten. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn Spitäler nur im Falle einer an Hand der Nachfrage nach Leistungen definierten Unterversorgung subsidiär die Kompetenz erhalten, selber Leistungen zu erbringen. Die Aufgabe des Staates ist es, für alle die gleichen Bedingungen zu schaffen. Dieses Prinzip ist gefährdet, wenn kantonale Spitäler von ihren Eigentümern einseitig bevorzugt werden. Da mit wird einer schleichenden Verstaatlichung des Gesundheitswesens Vorschub geleistet, was wir bedauern.</p> <p>Ein Blick in die Nachbarländer zeigt, dass im Falle knapper Staatsfinanzen eine solche Entwicklung rasch zu einer unseres Erachtens unter allen Umständen zu vermeidenden Unterversorgung führen kann. Wir sind überzeugt, dass ein freiheitliches Gesundheitswesen ohne Regulierung mittelfristig zu einer Kosten günstigeren Versorgung bei besserer Qualität führen würde.</p>	<p>ÄZ</p>
<p>Streichen</p> <p>Massnahmen zur Unterversorgung können bereits heute von den Kantonen (und Gemeinden) getroffen werden.</p>	<p>VZK</p>
<p>Wir legen Wert darauf, dass seiche Unterstützungsmassnahmen nicht wettbewerbsverzerrend wirken. Sie sind entsprechend zu befristen.</p>	<p>SGR</p>
<p>Entsprechend dem Gleichbehandlungsgebot respektive dem Diskriminierungsverbot legen wir Wert darauf festzuhalten, dass solche Unterstützungsmassnahmen nicht wettbewerbsverzerrend wirken. Sie sind entsprechend zu befristen und jährlich zu überprüfen. Praxiszulassungsgesuche in einem Bereich, welcher durch solche Unterstützungsmassnahmen gefördert wird, dürfen nicht abgelehnt werden, wenn die formalen Voraussetzungen für die Zulassung gegeben sind.</p>	<p>medswiss.net</p>
<p>Nous pensons que les cantons ont déjà la possibilité de prendre des mesures d'encouragement pour favoriser l'installation de médecins dans des régions avec une couverture médicale insuffisante. Nous pensons qu'il est indispensable que de telles mesures se fassent en collaboration et d'entente avec les sociétés cantonales de médecine.</p>	<p>SMV</p>
<p>Une nouvelle approche de la régulation de l'offre de soins est, de prime abord, séduisante. Il est vrai que des mesures incitatives ayant pour but de garantir une répartition équitable de l'offre de soins médicaux dans un contexte de pénurie latente ou actuelle ne peuvent que réjouir.</p> <p>Toutefois, les contraintes nouvelles qui pourraient en découler en contrepartie pour le secteur privé, doivent être correctement soupesées. Dans ce sens, les remarques faites concernant l'article 40a alinéa 2 valent également pour cette disposition.</p>	<p>SVM</p>
<p>Bereits heute haben die Kantone den Auftrag, die notwendige Mindestversorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. Gestützt auf diesen Auftrag können die Kantone Massnahmen treffen, was vor allem in Bezug auf Randregionen bereits getan wird – ohne die im vorliegenden Entwurf präsentierte gesetzliche Grundlage. Als Beispiele für finanzielle</p>	<p>BFG</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>Anreize zur Eröffnung von Arztpraxen in Randregionen können genannt werden: verbilligte oder temporär erlassene Mieten für Praxisräume, steuerliche Anreize, Subventionierungen, Darlehen mit vergünstigten Zinsen.</p> <p>Diese Beispiele aus der Praxis zeigen, dass im Lichte des bereits bestehenden Auftrages der Kantone zur Vermeidung der Unterversorgung gar keine Regelung auf Bundesebene notwendig ist.</p> <p>Eine derartige Regelung auf Bundesebene könnte höchstens mit einem sachlich begründbaren Bestreben nach Vereinheitlichung von Grundsätzen begründet werden. Die vorgelegte Bestimmung in Artikel 40b KVG ist aber derart offen formuliert, dass sie in Bezug auf die heutige Situation und Rechtslage keine Verbesserung oder Klärung herbeiführen würde, weshalb darauf verzichtet werden kann.</p>	
En outre, la législation cantonale actuelle permet déjà de remédier à une éventuelle offre insuffisante ce qui nous permet de penser que le nouvel art. 40b LAMal n'est pas nécessaire.	FER

*Articolo 40b capoverso 2 LAMal*

<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>
Gemäss Erläuterungsbericht können die Kantone Unterstützungsmassnahmen an Bedingungen knüpfen. Diese sollen sich an Qualitätskriterien orientieren. Der Regierungsrat weist diesbezüglich darauf hin, dass gemäss Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) die Qualitätssicherung grundsätzlich Aufgabe der Leistungserbringer und der Versicherer und nicht der Kantone ist.	SZ
Art. 40b, al. 2 : Il <del>peut assortir</del> assortit les mesures de soutien de conditions qui <u>sont</u> entre autres basées sur des critères de qualité.	PSS
Der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gehört zu den Errungenschaften des KVG. Dieser Zugang, der mit dem zentralen Eckwert des Obligatoriums geschaffen wurde, muss an ein qualitativ hochstehendes Versorgungsangebot gekoppelt sein, das regional ausgewogen vorhanden ist. Es ist deshalb richtig den Versorgungsbedarf in Bezug auf die Versorgungsqualität zu ermitteln. Wir schlagen vor, jährlich einen Versorgungsbericht zu erstellen, der auch Verschiebungen vom stationären zum ambulanten Bereich aufzeigt. Über- und Unterversorgung müssen mit national verbindlichen und von den Berufs- und Personalverbänden mitbestimmten Kriterien definiert werden. Quantitative Kriterien wie Höchstzahlen dürften dazu kaum geeignet sein. Hingegen sollten Kriterien wie z.B. koordinierte Behandlungsketten für chronisch Kranke in allen Versicherungsmodellen einfließen. Voraussetzung für gute Qualität sind gute Arbeitsbedingungen. Dazu gehören auch gute Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit. Deshalb lehnen wir den Vorschlag, wonach Unterstützungsmassnahmen auch an einen bestimmten Tätigkeitsumfang geknüpft werden können, ab. Wir erachten es als wichtig, dass Regelungen getroffen werden, die den Berufseinstieg in den ambulanten Bereich, insbesondere von jungen Ärztinnen und Ärzte, bestmöglich unterstützen.	SGB
Eine wichtige Voraussetzung für gute Qualität sind gute Arbeitsbedingungen. Dazu gehören auch gute Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit. Deshalb lehnen wir den Vorschlag ab, wonach Unterstützungsmassnahmen auch an einen bestimmten Tätigkeitsumfang geknüpft werden können.	SBK/ASI

<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>
Der Satz „Die Unterstützungsmassnahmen können auch an einen bestimmten Tätigkeitsumfang geknüpft werden“ ist ersatzlos zu streichen.  Dieser Artikel läuft sämtlichen Bestrebungen nach mehr Teilzeitarbeitsstellen entgegen. In Folge veränderter Lebensumstände (beispielsweise Mutterschaft) muss es möglich sein, das Pensum kurz- und mittelfristig anzupassen. Ein Mindestumfang der Tätigkeit als Kriterium für eine Zulassung ist zudem eine massiv frauenfeindliche Massnahme und widerstrebt sämtlichen Bestrebungen, den Arztberuf für Frauen attraktiv zu gestalten. Vor dem Hintergrund der Feminisierung der Medizin und dem zunehmendem Wunsch auch von Männern, Teilzeit zu arbeiten liegt diese Bestimmung völlig quer zu aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen und politischen Forderungen der Gleichstellung.	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
Es ist sicher richtig, solche Unterstützungsmassnahmen gemäss Art. 40b Abs. 2 nötigenfalls an Bedingungen knüpfen zu können.	VLSS
Art. 40b Abs. 2  Antrag DVSP  (...) Sie (sollen) müssen sich dabei an Qualitätskriterien (...)	DVSP
A l'instar de l'alinéa précédent, cet alinéa est inutile.	AVCP + cP
Wir verstehen, weshalb eine dreijährige Praxis in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungs-stätte wegen der Personenfreizügigkeit inskünftig nicht mehr als Bedingung für eine Praxiseröffnung verlangt werden darf. Dies schliesst aber nicht aus, die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem ausreichenden Nachweis der Beherrschung einer der drei Landessprachen bzw. von der Beherrschung der Landessprache der betreffenden Region abhängig zu machen. Wir fordern deshalb Wiederaufnahme dieses Kriteriums und eine strengere Regelung als diejenige, welche gemäss MedBG für die Anerkennung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel gilt. Wir vertreten dabei die Auffassung, dass der Kanton gestützt auf Art. 40a Abs. 2 Satz 1 der Vorlage die Möglichkeit hat, Zulassungen von einer solchen Bedingung abhängig zu machen, die er selber kontrolliert. (...)  Es ist sicher richtig, solche Unterstützungsmassnahmen gemäss Art. 40b Abs. 2 nötigenfalls an Bedingungen knüpfen zu können.	BEKAG

*Articolo 40c capoverso 1 LAMaI*

<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>
Die den Kantonen für den übrigen ambulanten Bereich eingeräumte Freiwilligkeit zur Ergreifung von Massnahmen besteht faktisch lediglich auf dem Papier. Verzichtet ein Kanton auf die Einführung des Zulassungsstopps, wird er in ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, da die Gesundheitsausgaben in den Kantonen gemessen am Bruttoinlandprodukt wie bisher laufend überproportional ansteigen werden, was angesichts der bekannten Faktoren der wachsenden Überalterung, des medizintechnischen Fortschrittes und der steigenden Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten unvermeidbar sein wird. Deshalb werden sämtliche Kantone – unabhängig davon, ob sie den Zulassungsstopp einführen oder nicht – gezwungen sein, mit grossem Aufwand entsprechende Daten und Zahlen zu sammeln, aufzubereiten und auszuwerten. Der Gesetzesentwurf enthält sodann keine Definitionen der Begriffe Über- und Unterversorgung sowie angemessene Versorgung. Es bleibt deshalb unklar, nach welchen Indikatoren eine Über- oder Unterversorgung festgestellt werden soll und wann eine Versorgung an-	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>gemessen ist. Laut erläuterndem Bericht wurde bewusst auf eine Definition der angemessenen Versorgung verzichtet, damit die Kantone insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten die Angemessenheit selber festlegen können (vgl. S. 15). Im Hinblick auf eine transparente und einheitliche Gestaltung wird aber offenbar doch eine Begriffsklärung als erforderlich erachtet und dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, Mindestkriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich auf Verordnungsstufe festzulegen (Art. 40c Abs. 1 der Vorlage). Die Festlegung der Mindestkriterien erst auf Verordnungsstufe widerspricht aber dem Gesetzmässigkeitsprinzip und ist daher abzulehnen. Die den Kantonen eingeräumte Möglichkeit der Festlegung zusätzlicher Kriterien schliesslich steht im Widerspruch zum erklärten Ziel einer gesamtschweizerisch einheitlichen Ausgestaltung und hätte unterschiedliche Qualitätslevels zur Folge, die mit den geltenden Vorstellungen des KVG zur Qualität unvereinbar wären. Die Qualitätssicherung ist gemäss KVG eine Verpflichtung des Bundes; demnach müsste der Bund die Qualitätsstandards setzen. Ohne einheitliche Standards wird die von der Vorlage geforderte Koordination unter den Kantonen bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung sowie die erwünschte gemeinsame Versorgungsplanung aus regionaler Perspektive sehr stark erschwert, wenn nicht gar illusorisch. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Kantone zu einer völlig unterschiedlichen Beurteilung der Angemessenheit gelangen: Während bei gleicher Ausgangslage der eine Kanton die Versorgung als gewährleistet betrachtet, ortet ein anderer möglicherweise eine Unterversorgung und ein Dritter gar eine Überversorgung. Einzuräumen ist in vorstehendem Zusammenhang, dass die Festlegung allgemeinverbindlicher Kriterien durch den Bund, insbesondere bei Beachtung regionaler Besonderheiten einzelner Kantone, sich als äusserst schwierig erweisen dürfte.</p> <p>Die von den Kantonen einzusetzende paritätische Kommission, bestehend aus Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer, welcher die Befugnis zukommen soll, zur Angemessenheit der Versorgung Stellung zu nehmen bzw. eine Empfehlung zuhanden der Kantone zu den erforderlichen Massnahmen abzugeben, ist abzulehnen. Dies gilt erst recht für die den Kantonen auferlegte Begründungspflicht für den Fall, dass sie Empfehlungen nicht Folge leisten wollen. Gemäss den geltenden Regeln sind staatliche Massnahmen den betroffenen Kreisen vorgängig zur Anhörung zu unterbreiten. Deren Stellungnahmen werden indessen frei gewürdigt; eine Verpflichtung zur Berücksichtigung schwächt die Exekutive und untergräbt ihre Autorität. Soll die Bestimmung massgeblich der Sicherstellung der korrekten Anhörung der betroffenen Kreise durch die Kantone dienen (vgl. erläuternder Bericht S. 16), so schwingt damit ein unangebrachtes Misstrauen gegenüber den Kantonen mit. Zudem wäre die Umsetzung dieser Bestimmung mit organisatorischen Schwierigkeiten verbunden; die Einbindung der Versicherten ist mangels deren verbandsrechtlicher oder standesrechtlicher Organisation schwer vollziehbar. Ob schliesslich die Vertretung aller betroffenen Parteien wunschgemäss einvernehmliche Massnahmen förderte und Blockaden verhinderte, ist angesichts bisheriger Erfahrungen keineswegs gewährleistet.</p>	
<p>(cf. CDS)</p> <p>Ausserdem müssen die Kriterien, damit diese dann von den Kantonen einheitlich umgesetzt werden, genügend konkret formuliert sein. Das im erläuternden Bericht erwähnte Beispielskriterium, Zugang innert nützlicher Frist, erachtet der Regierungsrat als zu wenig konkret.</p>	BE
<p>Wir unterstützen die gesamtschweizerisch einheitliche Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich. Dabei kann es allerdings nur um Mindestvoraussetzungen für eine „angemessene“ Versorgung gehen. Die Kantone sollen darüber hinaus zusätzliche Bedingungen und Kriterien definieren können. Zusätzlich beantragen wir, dass der Bundesrat diese Mindestvoraussetzungen nicht in alleiniger Kompetenz erlässt. Die Kantone sind in diese Arbeiten zwingend mit einzubeziehen.</p>	LU
<p>Es ist nachvollziehbar, dass gesamtschweizerisch einheitliche Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit der ambulanten Versorgung erstellt werden. Die unterschiedliche Versorgungsstruktur der einzelnen Kantone erschwert es dem Bundesrat, für alle</p>	UR

<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>Kantone angemessene Mindestanforderungen zu definieren. Aus Sicht des Regierungsrats ist es wichtig, dass die Kriterien für einen allfälligen Handlungsbedarf nicht nur durch den Bundesrat, sondern in Zusammenarbeit mit den Kantonen definiert werden müssen.</p>	
<p>Der Regierungsrat unterstützt ebenfalls die gesamtschweizerisch einheitliche Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich. Es kann sich aber hier nur um Mindestvoraussetzungen für eine „angemessene“ Versorgung handeln. Die Kantone sollen darüber hinaus zusätzliche Bedingungen und Kriterien definieren und zur Anwendung bringen können. Es ist jedoch nicht angemessen, dass der Bundesrat diese Mindestvoraussetzungen in alleiniger Kompetenz erlässt. Die Kantone sind in diese Arbeiten zwingend miteinzubeziehen.</p> <p>Antrag zu Art. 40c Abs. 1 KVG: „Der Bundesrat legt nach Anhörung der Kantone die Kriterien zur Beurteilung der Versorgung im ambulanten Bereich fest.“</p>	OW
<p>Wir befürworten, dass der Bund die Kriterien festlegt, allerdings erst nach erfolgter Anhörung der Kantone.</p>	SO
<p>Der vom Bundesrat zu erlassende Katalog der Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich wird voraussichtlich massgeblich die Zulassungserteilung durch die Kantone bestimmen und insofern u.U. erheblich in die verfassungsmässig geschützte Wirtschaftsfreiheit der Leistungserbringer eingreifen. Diesbezüglich bestehen Zweifel darüber, ob ein Erlass dieser Kriterien auf Verordnungsstufe den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt, oder ob die mit der Festlegung der Kriterien einhergehenden Einschränkungen eine Regelung im Gesetz im formellen Sinn erfordern. (...)</p> <p>Die Festlegung einheitlicher, schweizweit geltender Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich wird begrüsst. Dieser Regelung wird unter der Voraussetzung zugestimmt, dass es sich bei den vom Bundesrat festzulegenden Kriterien – wie im erläuternden Bericht festgehalten – lediglich um Minimal Kriterien handelt und es den Kantonen unbenommen bleibt, weitere Kriterien und Bedingungen festzulegen und anzuwenden. Zur Vermeidung möglicher Unklarheiten, sollte im Gesetz explizit normiert werden, dass die Kantone zusätzliche Kriterien festlegen und anwenden können. Unseres Erachtens ist es nicht zielführend, wenn der Bundesrat die Kriterien der Angemessenheit der Versorgung allein und ohne Einbezug der für die Anwendung zuständigen Kantone bestimmt. Da die Kriterien später als Entscheidungsgrundlage für allfällige kantonale Massnahmen dienen, ist es unerlässlich, dass die Sichtweise der Kantone bei der Definition der Kriterien berücksichtigt wird. Es wird daher beantragt, Art. 40c Abs. 1 KVG wie folgt zu ergänzen:</p> <p>„Der Bundesrat legt nach Anhörung der Kantone die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich fest. Die Kantone können zusätzliche Kriterien festlegen.“</p>	BS
<p>Unterstützt wird die vorgesehene gesamtschweizerisch einheitliche Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich. Es kann sich hier – wie im erläuternden Bericht auch entsprechend erwähnt – nur um Mindestvoraussetzungen für eine „angemessene“ Versorgung handeln. Die Kantone sollen darüber hinaus zusätzliche Bedingungen und Kriterien definieren und zur Anwendung bringen können. Es ist aus Sicht der Regierung jedoch nicht angemessen, dass der Bundesrat diese Mindestvoraussetzungen in alleiniger Kompetenz erlässt. Die Kantone sind in diese Arbeiten zwingend einzubeziehen.</p> <p>Artikel 40c, Abs. 1:</p> <p>„Der Bundesrat legt nach Anhörung der Kantone die Mindest-Kriterien zur Beurteilung der Versorgung im ambulanten Bereich fest“</p>	SG
<p>Es ist nicht nachvollziehbar, wie die in Abs. 1 formulierte Zusammenarbeit des Bundesrats mit den Kantonen bei der Festlegung der Kriterien ausgestaltet und wie ein Ergebnis aus der Zusammenarbeit bei unterschiedlichen Positionen herauskristallisiert werden</p>	GR

<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>
soll. Wir beantragen entsprechend folgende Formulierung: „Der Bundesrat legt im Einvernehmen mit den Kantonen die Kriterien zur Beurteilung der Versorgung im ambulanten Bereich fest.“	
<p>In diesem Artikel wird die Umsetzung der Massnahmen geregelt.</p> <p>Absatz 1</p> <p>Zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich legt der Bundesrat die Kriterien fest. Der Bundesrat wird gemäss erläuterndem Bericht auf dem Verordnungsweg Mindestkriterien festlegen. Gestützt auf diese Mindestkriterien können die Kantone anschliessend für ihr Gebiet eine eigene Definition der angemessenen Versorgung festlegen. Bekanntlich existieren keine allgemein anerkannten Kriterien zur Festlegung einer Mindest- oder Überversorgung beziehungsweise einer genügenden Versorgung. Die Erfahrungen während der Zeit des Zulassungsstopps haben gezeigt, dass die diesbezüglichen Beurteilungen je nach Standpunkt diametral auseinandergehen. Im erläuternden Bericht wird lediglich festgehalten, dass der Bundesrat selber keine Höchstzahl der Leistungserbringer nach Region und Fachgebiet festlegen wird. Es werden jedoch keine Ausführungen dazu gemacht, welche Vorstellungen der Bundesrat bezüglich der noch festzulegenden Mindestkriterien hat. Solche Kriterien müssten jedoch bereits zum jetzigen Zeitpunkt in den Grundzügen bekannt sein; zumindest müsste eine Stossrichtung erkenntlich sein. Da dies nicht der Fall ist, muss diese Bestimmung als unbestimmt, schwammig und letztlich rechtsstaatlich bedenklich bezeichnet werden. Falls vom Bundesrat ähnliche Kriterien wie bei der Planung des stationären Spitalsektors festgelegt werden – diese Kriterien sind sehr allgemein und kaum operabel – muss mit einer Flut von Beschwerdeverfahren gerechnet werden. Die Kriterien müssten daher griffig sein und dürften – um einen einheitlichen Vollzug und Rechtsschutz zu garantieren – nicht je nach Kanton abweichen, zumal das Bundesverwaltungsgericht die Einhaltung kantonaler Kriterien nicht überprüfen beziehungsweise die Einhaltung kantonalen Rechts nicht prüfen darf (Art. 49 eidgenössisches Verwaltungsverfahrensgesetz).</p>	AG
<p>Wir befürworten grundsätzlich eine gesamtschweizerisch einheitliche Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich. Es ist aber unerlässlich, dass der Bundesrat die Kantone bei der Festlegung der Mindestvoraussetzungen einbezieht.</p> <p><u>Antrag:</u> „Der Bundesrat legt <u>nach Anhörung der Kantone</u> die Kriterien zur Beurteilung der Versorgung im ambulanten Bereich fest.“</p>	TG
<p>Come menzionato in precedenza sarebbe stato opportuno spiegare almeno nel rapporto esplicativo (e futuro messaggio) quali potrebbero essere i criteri che il Consiglio federale intende stabilire per valutare l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni di cura ambulatoriali. Dovrà trattarsi in ogni caso di criteri minimi, che i Cantoni dovranno poter completare. La disposizione va inoltre modificata nel senso che il Consiglio federale stabilisce i criteri di concerto con i Cantoni.</p> <p>Il generico rinvio a una procedura trasparente, a dati statistici fondati e ai confronti lascia perplessi e potrebbe anzi procrastinare a tempo indeterminato l'attuazione delle misure di gestione strategica, considerato come attualmente non esistono dati statistici consolidati per il settore ambulatoriale (cfr. progetto MARS). Ne potrebbe conseguire l'impossibilità di introdurre la gestione strategica del settore ambulatoriale senza soluzione di continuità rispetto alla moratoria attuale, che giungerà a scadenza nel mese di luglio 2016.</p>	TI
<p>Le Conseil d'Etat relève également que les fondements du projet présenté manquent souvent de clarté dans l'établissement des constats et la définition des mesures proposées. Plus précisément, il existe un amalgame entre les notions de « qualité » et de « quantité » qui induisent une certaine confusion dans l'ensemble du projet. Par exemple, on peut lire en page 3 du rapport explicatif que « L'offre est de qualité notamment lorsqu'elle n'est ni excédentaire ni insuffisante ». De quelle « qualité » parle-t-on ? Certainement pas de la qualité des soins, plus vraisemblablement de la qualité de l'organisation du système de santé. De même lorsqu'il est mentionné que les cantons se base-</p>	VD

<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>ront sur des critères de « qualité » (p. 9 du rapport) pour limiter les admissions à pratiquer, de quoi parle-t-on ? De critères liés à la qualité des compétences des professionnels, de l'organisation du système, la qualité des prestations, etc. Il conviendrait de définir plus clairement la notion de « qualité » afin de garantir une compréhension et une application uniforme par les cantons. En effet, selon ce que recouvre ce terme (qualité de la structure, des processus, des résultats, etc.), on peine à comprendre comment l'objectif visé pourrait être atteint si les médecins déjà installés ne sont pas soumis aux mêmes règles. (...)</p> <p>Il est prévu que le Conseil fédéral détermine des critères minimaux d'évaluation de l'offre en soins ambulatoires. Il est précisé dans le rapport explicatif que les cantons pourraient utiliser des critères supplémentaires afin de tenir compte de particularismes régionaux. A ce stade du projet, on constate un certain flou, les critères de qualité et de quantité étant utilisés sans que l'on en saisisse véritablement la portée. Le Conseil d'Etat est donc d'avis qu'il conviendrait que les cantons soient associés à la mise en place de critères minimaux afin qu'un minimum de cohérence soit assuré entre les cantons, ceux-ci étant appelés à collaborer en vue de mettre en place des mesures de régulation. Enfin, la possibilité pour les cantons d'utiliser des critères supplémentaires est pleinement soutenue.</p>	
<p>Notre Conseil soutient la fixation uniforme de critères d'évaluation de l'adéquation de la prise en charge dans le domaine ambulatoire, pour l'ensemble du territoire suisse. Toutefois, nous estimons qu'il n'est pas approprié que le Conseil fédéral soit seul compétent pour décider de ces critères, qui devraient dès lors être déterminés d'entente avec les cantons. Il convient dès lors de modifier cet article comme suit : « d'entente avec les cantons, le Conseil fédéral. ... »</p>	GE
<p>Entschliesst sich ein Kanton, das Angebot zu regulieren, muss er zuerst auf Basis von Mindestkriterien, welche vom Bundesrat der Verordnung geregelt werden, die angemessene Versorgung bestimmen. Gegenüber der Festlegung von Mindestkriterien auf Verordnungsstufe hat die BDP Vorbehalte, da diese als national einheitliche Standards auf Gesetzesstufe definiert werden sollten. Die Kantone sollen wie im Gesetzesentwurf vorgesehen die Möglichkeit haben, zusätzliche Kriterien festzulegen.</p>	BDP
<p>Der Gesetzesentwurf bezeichnet die Über- oder Unterversorgung als staatliche Interventionskriterien. Dabei sind aber keine Definitionen gegeben. Die CVP fordert daher eine nationale und einheitliche Definition der Über- und Unterversorgung.</p>	CVP
<p>Le PEV salue également la démarche de définir les besoins avant de déterminer le manque ou le surplus en approvisionnement. Les cantons nous semblent les mieux placés pour dresser un portrait objectif des besoins, des offres existantes et des manques, et il est de ce fait judicieux de leur en donner la responsabilité, en respectant le principe de subsidiarité. La grande marge de manœuvre laissée aux cantons, notamment lors de leur propre définition de région, est un atout non négligeable.</p> <p>Le PEV est d'avis que le rôle du Conseil fédéral tel que proposé est approprié, son rôle se limitant à définir des conditions minimales. Cependant, afin de garantir l'adéquation avec la réalité du terrain, le Conseil fédéral doit remplir ce rôle en collaboration avec les cantons. C'est pourquoi nous proposons de compléter l'article 40c de la manière suivante :</p> <p>Art. 40c.</p> <p>Le Conseil fédéral détermine, en collaboration avec les cantons, des critères d'évaluation de l'adéquation de l'offre en soins ambulatoires.</p> <p>Cela devrait permettre de garantir l'adéquation nécessaire aux besoins du terrain tout en assurant une homogénéité sur la totalité du territoire helvétique.</p>	PEV
<p>Le Conseil fédéral sera chargé de fixer des critères minimaux afin de déterminer la mesure dans laquelle l'offre peut être adéquate. Le PS estime que cette harmonisation est souhaitable afin que les cantons s'orientent sur une base commune pour leur propre évaluation.</p>	PSS

<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>Der Bund agiert nur subsidiär, indem er Mindestkriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung festlegt. Der SGV begrüsst, dass die angemessene Versorgung im Gesetz nicht einheitlich geregelt wird, (...)</p>	<p>SGV</p>
<p>Aus Sicht des sgv ist es angesichts der föderalistisch geprägten Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens nicht Sache des Bundes, sondern der Kantone, die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung zu bestimmen.</p>	<p>SGV/USAM</p>
<p>Es ist sinnvoll, dass der Bundesrat in einer Verordnung die Mindestkriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich einheitlich festlegt, wobei explizit das Ziel der Zugangssicherung der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden ambulanten Gesundheitsversorgung zu verankern ist.</p>	<p>SGB</p>
<p>Le Comité directeur de la CDS soutient également la fixation uniforme de critères d'évaluation de l'adéquation de la prise en charge dans le domaine ambulatoire pour l'ensemble du territoire suisse. Le Comité directeur de la CDS partage à cet égard l'avis exprimé dans le rapport explicatif, aux termes duquel il ne peut s'agir que des conditions minimales d'une prise en charge « adéquate ». Au-delà de ces conditions minimales, les cantons doivent pouvoir définir et appliquer d'autres critères. Le Comité directeur estime en revanche qu'il n'est pas approprié que le Conseil fédéral soit seul compétent pour décider de ces conditions minimales. L'association des cantons à ce travail est indispensable.</p> <p>Proposition ad art. 40c al. 1 : « Le Conseil fédéral détermine après audition des cantons les critères d'évaluation des soins dans le domaine ambulatoire. »</p> <p>Der Vorstand der GDK unterstützt ebenfalls die gesamtschweizerisch einheitliche Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich. Aus Sicht des Vorstands der GDK kann es sich hier – wie im erläuternden Bericht auch entsprechend erwähnt – nur um Mindestvoraussetzungen für eine „angemessene“ Versorgung handeln. Die Kantone sollen darüber hinaus zusätzliche Bedingungen und Kriterien definieren und zur Anwendung bringen können. Es ist aus Sicht des Vorstands der GDK jedoch nicht angemessen, dass der Bundesrat diese Mindestvoraussetzungen in alleiniger Kompetenz erlässt. Die Kantone sind in diese Arbeiten zwingend mit einzubeziehen.</p> <p>Antrag zu Artikel 40c Abs. 1: „Der Bundesrat legt nach Anhörung der Kantone die Kriterien zur Beurteilung der Versorgung im ambulanten Bereich fest.“</p>	<p>CDS/GDK + GL, AR, FR, SH, JU, NW, BE, BL, NE</p>
<p>Vorschlag FMH</p> <p>1 ... fest. Er konsultiert dafür eine von ihm eingesetzte Kommission. Die Kommission setzt sich namentlich aus Vertretungen der Versicherten, der Patienten, der Leistungserbringer – insbesondere der von den Massnahmen betroffenen Leistungserbringer – und der Versicherer zusammen.</p> <p>1bis Zu den Kriterien gehören namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Der angemessene Zugang zur Versorgung für somatisch wie für psychisch Kranke und für Pflegebedürftige</li> <li>b) Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten.</li> </ul> <p>Art. 40c Abs. 1 Kriterien</p> <p>Höchstzahlen nach ZSR-Nummern haben sich als untauglich erwiesen. Eine Steuerung im ambulanten Bereich muss primär die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität der Bevölkerung zum Ziel haben. Dass Mindestkriterien (und nicht mehr Höchstzahlen) des Bundesrats vorgesehen werden, ist sinnvoll. Der Gesetzestext schweigt sich allerdings darüber aus, wie der Bundesrat zu diesen Kriterien kommen soll. Die Kriterien</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>müssen in einer Kommission des Bundes unter Einbezug aller Stakeholder erarbeitet werden, ein reines Anhörungsrecht der Leistungserbringer ist auch auf Bundesebene ungenügend. Wer die Arbeit macht, soll auch das Sagen haben, zumindest in Form eines klaren und geregelten Mitspracherechts.</p> <p>Die wichtigsten Kriterien gehören zudem im formellen Gesetz geregelt und nicht in einer Verordnung. Das Bundesgericht hat 2003 in seiner Entscheidung zum ersten Zulassungsstopp bloss Höchstzahlen anstelle von Kriterien für den Bedürfnisnachweis nur unter expliziter Berufung auf die Befristung des Zulassungsstopps auf drei Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit akzeptiert (BGE vom 27. November 2003 2P.305/2002, E. 6.3.1.1 und 6.3.3.3.). -</p>	
<p>En revanche, nous sommes persuadés qu'une ligne directrice doit être convenue et fixée au niveau national en ce qui concerne l'adéquation de l'offre en soins. Dans ce contexte, nous attendons avec impatience les points que le Conseil fédéral est appelé à concrétiser par voie d'ordonnance - ce sont notamment les critères qui s'appliqueront pour déterminer «l'offre adéquate» qui décideront du succès ou non du présent projet dans la pratique.</p> <p>Il nous semble important de tenir compte, en plus des conditions obligatoires auxquelles sont soumises la formation de base et la formation postgrade des fournisseurs de prestations, d'autres aspects tels que la maîtrise d'une langue nationale. Bien que le rapport explique clairement que cela n'a pas à être réglé dans la LAMal, vu que la Loi sur les professions médicales contient déjà des directives à ce sujet (art. 15 et 21), on peut exprimer certaines réserves quant au soin avec lequel les institutions qui engagent les personnes s'acquittent de cette obligation de contrôle.</p>	FSP
<p>Dem Bundesrat sind auf Gesetzesebene Vorgaben zu machen, um welche Kriterien es sich handeln kann. Zentral ist aus Sicht von Hausärzten Schweiz, dass es sich nicht bloss um Höchstzahlen handelt, sondern die Qualität der Versorgung in den Vordergrund rückt.</p>	Hausärzte Schweiz
<p>Abs. 1, anpassen: „Der Bundesrat legt die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich basierend auf den Qualitätsvorgaben gemäss Artikel 40a fest.“</p>	H+, VZK
<p>Le pilotage du domaine ambulatoire et la définition de critères de pilotage doivent impérativement être de la compétence et de la responsabilité des cantons et du corps médical cantonal (sociétés médicales).</p> <p>Pour le pilotage des soins ambulatoires, il faut avant tout une base de données valable et fonctionnelle.</p> <p>Nous sommes convaincus qu'une planification judicieuse ne peut être effectuée que sur la base de chiffres fiables et par conséquent nous demandons que lors de la détermination d'éventuels sous- ou sureffectifs, il soit fait appel en amont au jugement des associations de fournisseurs de prestations et des fédérations professionnelles, basé sur le recueil de données existant du corps médical. Le pilotage du « besoin » ne peut se faire simplement selon le critère du « nombre de médecins », car avec les différents modèles médicaux en cabinet (médecins employés à temps partiel dans un cabinet indépendant et / ou médecins libres praticiens travaillant à temps partiel), le calcul du nombre de médecins nécessaires pour assurer les soins est devenu plus complexe. Chaque canton, avec les sociétés cantonales de médecine, doit donc avoir la plus grande liberté possible pour définir de manière flexible les exigences en matière de garantie des soins en fonction des besoins cantonaux et de les appliquer avec les mesures correspondantes.</p>	CCM, GAeSO AeGTG, GLAeG, AeGBL, SMCF, KAeGSG, BAeV, KAeGSH,
<p>Art. 40c</p> <p>Antrag: Ersatzlose Streichung</p> <p>Begründung: Als Folge der Streichung der Massnahmen hinfällig.</p>	physioswiss
<p>Es ist sinnvoll die Mindest-Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich einheitlich festzulegen, wobei explizit das Ziel der Zugangssicherung der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden ambulanten Gesundheitsversorgung zu verankern ist.</p>	SBK/ASI

<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>Der SHV begrüsst die vorgeschlagene Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) grundsätzlich, vermisst aber für eine abschliessende Beurteilung der Vorlage die Definition der Mindestkriterien, anhand derer der Bundesrat die Versorgung festlegen will.</p> <p>Durch die Schliessung der kleineren Geburtsabteilungen in Spitälern und eine verkürzte Aufenthaltsdauer im Spital nach der Geburt steigt die Nachfrage nach einer Wochenbettbetreuung nach wie vor. Es bestehen bereits Regionen, die unter einem Angebotsmangel von Hebammenleistungen leiden. Hebammen können Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eigenständig begleiten. Die Nachfrage nach Hebammenbetreuung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Je knapper Hausärzte und Gynäkologen werden, umso mehr kommen Hebammen sinnvollerweise zum Einsatz. Dies kann den Mangel an Hebammen weiter verstärken. Für die Ausarbeitung der versorgungstechnischen Mindestkriterien fordert der SHV, dass dieser Entwicklung in der Grundversorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Rechnung getragen wird.</p>	SHV
<p>Wir erwarten, dass die vorgesehenen Mindestkriterien des Bundes unter Einbezug der Leistungserbringer und der Versicherten festgelegt werden und dass diese insbesondere die Versorgungsqualität und die Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung ins Zentrum stellen.</p>	SVDE
<p>Art. 40c: Umsetzung der Massnahmen: Zustimmung</p> <p>Abs. 1. Es ist notwendig, dass einerseits der Bundesrat die Kriterien für die Versorgung im ambulanten Bereich als Korrektur zum föderalen System schweizweit festlegt. Dabei erwarten wir, dass künftig der Ausgangspunkt der Überlegungen koordinierte Behandlungsketten von Medizin (stationär/ambulant) und ambulanter Pflege sind. Bei der Vorbereitung dieser Gesetzesvorlage mittels Runden Tischen zumindest wurde diesem Grundsatz nicht Rechnung getragen.</p>	Spitex
<p>Quantitative Indikatoren (z.B. ZSR-Nummern) sind hingegen vollkommen ungeeignet zur Festlegung einer „optimalen Versorgungsqualität“. Der medizinisch-technische Fortschritt, die Demographie, neu auftretende Krankheiten u.v.a. machen die Festlegung einer „optimalen Versorgungsqualität“ trennscharf nach Facharztgebieten unmöglich, erst recht mit einem Zeithorizont von 10-15 Jahren. (...)</p> <p>Höchstzahlen nach ZSR-Nummern sind abzulehnen. Es müssen valide Indikatoren gefunden werden. Der Gesetzestext ist entsprechend zu präzisieren.</p> <p>Die Vergangenheit zeigt, dass die Anzahl erteilter ZSR-Nummern kein geeigneter Indikator für die finanzielle Belastung der OKP ist. Von vielen ZSR-Nummern wird nicht Gebrauch gemacht, andere dienen nur der Wahrnehmung eines kleinen Pensums. ZSR-Nummern tragen all diesen Aspekten nicht Rechnung. Bevor die Kantone eine Bedarfs-ermittlung vornehmen, muss die entsprechende Datengrundlage geschaffen werden, so dass valide Indikatoren verfügbar sind.</p>	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
<p>Die im Abs. 1 des Art. 40c vorgesehene Formulierung von Mindestkriterien durch den Bundesrat ist wünschbar. Der Kanton wird sein Vorgehen auf nachvollziehbare statistische Daten und Vergleiche abstützen müssen. Dabei sind der rasche Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung und der notwendige Umfang der Leistungen in einem bestimmten Fachbereich, damit die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann, sicher wichtige Parameter, welche bereits in den Mindestkriterien des Bundesrats ihren Niederschlag finden müssen.</p>	VLSS
<p>curafutura bezweifelt, dass der Bund <i>klare und sachgerechte Kriterien</i> zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich wird festlegen können (<i>Absatz 1</i>), zumal solche heute nicht bestehen und den Erläuterungen diesbezüglich auch keine Konkretisierung zu entnehmen ist. Sie führen im Ergebnis lediglich aus, dass „<i>die Kantone zusätzliche Kriterien anwenden können, die ihren Besonderheiten Rechnung tragen</i>“. Bezüglich der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung verfügen die Kantone nach Ansicht von curafutura damit faktisch über einen Freipass.</p>	curafutura

<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>
<b>Fazit:</b> Die Massnahmen wie auch deren Umsetzung sind eine Ansammlung völlig offen formulierter Kompetenzen für die Kantone, betreffend Datenlieferungen auch für den Bund. Der Gesetzesvorlage kommt faktisch der Charakter einer Blankovollmacht für die Kantone zur Steuerung und Planung im ambulanten Bereich zu.	
Diese Artikel sind zu streichen.  Begründung Der Vorschlag stützt stark auf die ständige Monitorisierung der Leistungserbringer ab. Basis für ein solches Monitoring ist eine zuverlässige und umfangreiche Daten- und Informationsgrundlage. Sowohl nachfrageseitig als auch angebotsseitig weist die Datenlage in der Schweiz allerdings grosse Lücken auf.	santésuisse
Art. 40c Abs. 1  Der DVSP unterstützt die Freiheit der Kantone, regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen, jedoch müssen die Mindestkriterien klar definiert und transparent sein; zudem muss die Versorgung regelmässig und flächendeckend überprüft werden.	DVSP
La définition des critères minimaux par le Conseil fédéral est illogique vu le dispositif prévu qui confie ce rôle aux cantons. Outre les règles applicables dans un état de droit, on voit mal l'utilité de tels critères fédéraux, au surplus non exhaustifs.	AVCP + cP
Der vorgeschlagene Wortlaut ist imperativ und widerspricht verfassungsmässigen Kompetenzen. Richtlinien des Bundesrates erscheinen genügend.	asd + SBV
Die im Abs. 1 des Art. 40c vorgesehene Formulierung von Mindestkriterien durch den Bundesrat ist wünschbar. Der Kanton wird sein Vorgehen auf nachvollziehbare statistische Daten und Vergleiche abstützen müssen. Dabei sind der rasche Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung und der notwendige Umfang der Leistungen in einem bestimmten Fachbereich, damit die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann, sicher wichtige Parameter, welche bereits in den Mindestkriterien des Bundesrats ihren Niederschlag finden müssen.	BEKAG
Es ist sehr wichtig, dass Zulassungsentscheide nach objektiven, transparenten und in der Schweiz einheitlichen Kriterien erfolgen. Wir begrüssen deshalb, dass der Bundesrat die Kriterien zur Angemessenheit der Versorgung für das ganze Land festlegt. Es ist deshalb ebenfalls richtig, dass die hierfür notwendigen Daten systematisch gesammelt und sinnvoll ausgewertet werden- siehe hierzu Projekt MARS als eines der zehn prioritären Ziele der Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrates. Die dadurch zu tragenden Kosten können die Leistungserbringer übernehmen, viele davon liefern ja bereits heute freiwillig Statistiken an ärzteeigene Datensammelstellen, die TrustCenter.  Oberstes Ziel ist die Versorgungssicherheit für alle Schweizer, es leuchtet deshalb nicht ein, warum es mehr oder weniger Urologen in gewissen Kantonen braucht. Wir regen deshalb an, dass der Bund eine Mindestkapazität von Leistungserbringern pro 100'000 Einwohner vorschreibt. Unbedingt zu vermeiden ist da bei eine Situation, bei der pensionierte Leistungserbringer Zulassungsnummern horten, obwohl sie kaum mehr aktiv tätig sind, während dem besser ausgebildeten Nachwuchs der Zugang verwehrt wird.  Ebenso begrüssen wir, dass die Zulassung nicht mehr davon abhängig gemacht wird, ob ein Arzt oder eine Ärztin eine min. dreijährige Ausbildung in der Schweiz gemacht hat. Bereits bei den Debatten im Parlament letztes Jahr haben wir uns gegen diese im Widerspruch zur Personenfreizügigkeit geltende Regelung gewehrt. Es kann ja nicht sein, dass reihum geklagt wird, in der Schweiz fehlen die Hausärzte und gleichzeitig wird bestens qualifizierten Hausärzten aus dem Ausland der Marktzugang verwehrt.	ÄZ
les critères d'évaluation doivent être laissés à l'appréciation du canton. Une détermination dans l'ordonnance ne sera probablement pas plus appropriée que les anciennes listes tirées des statistiques de Santésuisse.	AMG

<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>Massnahmen gegen ein Überangebot müssen auf klaren, nachvollziehbaren Regeln beruhen, welche eine mittel- und langfristige Planung ermöglichen. Der Besitzstandwahrung muss Rechnung getragen werden.</p> <p>Der vorgeschlagene Wortlaut ist imperativ und widerspricht verfassungsmässigen Kompetenzen. Richtlinien des Bundesrates sind ausreichend.</p>	SGR
<p>Cave Verordnungen Bundesrat: hier muss unbedingt eine „kann“-Formulierung gefordert werden. Die Begründungen des Bundesrates wie Zugang der Patienten zur Behandlung in nützlicher Frist oder Umfang der Leistungen sind fadenscheinig und gefährlich.</p> <p>Eine weitere Option des Bundesrates, um intervenieren zu können, wenn der „Umfang der Leistungen“ zunimmt.</p>	ZGAeG
<p>Dieser Absatz muss unseres Erachtens wie folgt erweitert werden: „Der Bundesrat legt die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich <i>basierend auf den Qualitätsvorgaben gemäss Art. 40a</i> fest.“</p>	medswiss.net
<p>Nous nous posons la question de savoir sur quelle base le Conseil Fédéral veut/ peut fixer selon art. 40c) de façon uniforme, sans connaître les particularités et les besoins régionaux, les critères pour une couverture adéquate en soins ambulatoires. Nous suggérons vivement que si cette compétence devait être maintenue, le Conseil Fédéral soit obligé lui aussi de se soumettre, dans un domaine aussi complexe, aux préavis d'une commission mixte (comme décrite sous 40 c 4), avec représentation obligatoire des instances faitières des médecins (FMH, MFE), avec obligation d'argumenter et de justifier, si les propositions émanant de cette commission devaient ne pas être appliquées.</p>	SMV
<p>Pour des raisons de sécurité juridique, les critères d'évaluation de l'adéquation de l'offre en soins ambulatoire devraient être définis au niveau de la loi.</p>	SVM
<p>Wir erwarten, dass die vorgesehenen Mindestkriterien des Bundes unter Einbezug der Leistungserbringer und der Versicherten festgelegt werden und dass diese insbesondere die Versorgungsqualität und die Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung ins Zentrum stellen.</p>	SVBG
<p>Wir erwarten, dass die vorgesehenen Mindestkriterien des Bundes unter Einbezug der Leistungserbringer und der Versicherten festgelegt werden und dass diese insbesondere die Versorgungsqualität und die Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung ins Zentrum stellen.</p>	SVO
<p>Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Regelung einerseits sogar schärfer als der bisherige Zulassungsstopp, andererseits wurden durch unklare Formulierungen und fehlende Erläuterungen noch mehr Rechtsunsicherheit geschaffen: So hält Art. 40c des Entwurfes fest, dass der Bundesrat Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich festlegt. Dem erläuternden Bericht sind aber keinerlei Ausführungen zu entnehmen, wie der Bundesrat das zu tun gedenkt. Die Erfahrung aus der Behandlung des Themas in den vergangenen 12 Jahren seit der ersten Inkraftsetzung des Zulassungsstopps und auch der Blick ins Ausland zeigen, dass es nicht möglich gewesen ist, klare, transparente und justiziable Planungskriterien für eine ambulante Versorgung zu formulieren. Anders ist es übrigens auch kaum zu erklären, dass die „Übergangsphase“ des Zulassungsstopps nun über ein Jahrzehnt gedauert hat.</p> <p>Mit anderen Worten bedeutet dies, dass eine Gesetzesnovelle in Kraft gesetzt werden soll, ohne dass klar ist, wie diese umgesetzt werden soll und welche Folgen sie haben könnte. Im Gegenteil hat die Erfahrung der vergangenen Jahre gezeigt, dass eine Umsetzung in Ermangelung geeigneter Planungskriterien kaum möglich wäre.</p> <p>In einer derart unklaren Situation besteht auch das Risiko, dass die Planung der ambulanten Versorgung in den Kantonen vollkommen unterschiedlich gehandhabt und umgesetzt würde, was einerseits das Gebot der Rechtsgleichheit verletzen könnte, andererseits aber jedenfalls die regionale respektive interkantonale Abstimmung der Planung verunmöglichen würde.</p> <p>Seit Einführung des Zulassungsstopps im Jahre 2002 wird die Erarbeitung von transparenten, tauglichen und justiziablen Kriterien zur Beurteilung des Bedarfes an ambulanten Angeboten respektive Leistungserbringern pro Versorgungsregion postuliert. Dies ist</p>	BFG

<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>
bis heute nicht gelungen und es existieren diesbezüglich auch keine funktionierenden Modelle im Ausland. Daran ändern auch die Verweise auf ausländische Systeme im erläuternden Bericht nichts. Somit ist es mehr als fraglich, ob der Verordnungsgeber die im erläuternden Bericht angekündigte Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs „angemessene Versorgung“ in Art. 40c Abs. 1 umsetzen könnte.	
Il [le projet] manque également des critères de mesure pour définir la notion d'offre excédentaire ou insuffisante de soins. Cette lacune aura pour conséquence que les interprétations varieront d'un canton à l'autre.	FER

*Articolo 40c capoverso 2 LAMal*

<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>
Die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen richtet sich – wie vom KVG gewollt – nicht nach den Kantonsgrenzen (vgl. Art. 41 Abs. 1 KVG, freie Arztwahl). Es wäre deshalb illusorisch, einer Über- bzw. Unterversorgung im ambulanten Bereich über kantonale Planungen begegnen zu wollen.	ZH
Im erläuternden Bericht fehlen irgendwelche Angaben zu den voraussichtlich erheblichen finanziellen Auswirkungen für die Kantone, also zu den Implementierungs- und Vollzugskosten einer Planung im ambulanten Bereich. Eine objektive und umfassende Vernehmlassungsvorlage enthielte zu dieser Thematik zumindest in grobem Umfang Aussagen. (...) Gemäss dieser Bestimmung beurteilt der Kanton die Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich nach Region, Kategorie von Leistungserbringern und medizinischem Fachgebiet unter Berücksichtigung der spitalambulanten Tätigkeit. Es existieren keine Anhaltspunkte zur Definition der Regionen, und auch im erläuternden Bericht ist nichts zu diesem Thema ausgeführt. Der praktische Vollzug ist nur schwer vorstellbar.	AG
La détermination de l'offre adéquate par les cantons nécessite de disposer de données statistiques de qualité sur les prestations offertes. Or, à ce jour, il n'existe pas de données suffisamment fiables pour pouvoir procéder à cet exercice, même si l'accès aux bases de données des fournisseurs de prestations et des assureurs sera garanti. La consolidation et la validation de toutes ces données alourdiront le travail et pourraient susciter de profonds désaccords entre les différents acteurs. C'est pourquoi, nous pensons qu'il est indispensable que le projet MARS (modules ambulatoires des relevés de la Santé) en cours d'élaboration a l'office fédéral de la statistique (OFS), élargi a tous les prestataires de soins, soit réalisé rapidement et puisse être fonctionnel au moment de l'entrée en vigueur des présentes dispositions. Nous aurions, ainsi des données fiables, validées, permettant des comparaisons intercantionales, tant sur les plans de l'ambulatoire hospitalier que communautaire.	NE
Weiter ist es der BDP ein grosses Anliegen, dass nicht nur die praxisambulante, sondern auch die spitalambulante Versorgung bei der Zulassungssteuerung mitberücksichtigt wird.	BDP
Der SGV begrüsst, dass die angemessene Versorgung im Gesetz nicht einheitlich geregelt wird, sondern die Kantone diese mit Rücksicht auf die regionalen Besonderheiten (tendenzielle Überversorgung in städtischen Räumen, tendenzielle Unterversorgung in ländlichen und peripheren Räumen) festlegen können.	SGV

<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>
Positiv ist (...), dass in den Kantonen regionale Differenzierungen möglich sein sollen.	SGV/USAM
Wei die Kantone für die Versorgungssicherheit zuständig sind, ist es richtig, dass die Zulassungssteuerung bei den Kantonen liegt. Die Versorgungsplanung kann heute nicht zuletzt auch wegen der grossen Mobilität- nicht mehr bei der Kantongrenze aufhören, sondern bedarf einer grösseren geografischen Gesamtschau. Von daher begrüssen wir die Pflicht der Kantone sich zu koordinieren, um die Versorgung in den Nachbarregionen innerhalb der Schweiz zu berücksichtigen.	SGB
Die Berücksichtigung der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich ist in Ordnung. Leider geschieht dort aus wirtschaftlichen Gründen ein schleichender Abbau der logopädischen Therapieangebote.	DLV
2 Der Kanton beurteilt die Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich nach Region, Kategorie von Leistungserbringern gemäss Art. 36, 37, 38 und 39 sowie nach medizinischem Fachgebiet. Er berücksichtigt dabei die ausserkantonale Versorgung. <del>die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich.</del>  Abs. 2 Problematische Mehrfachrolle des Kantons Der Entwurf gibt den Kantonen eine neue Kompetenz, diejenige zur Zulassungssteuerung von Ärzten. Die heute bereits zahlreichen Interessenkonflikte der Kantone werden dadurch noch zunehmen. Aktuell sind die Kantone bereits Gesetzgeber im Gesundheitswesen, Ausbilder für Medizinalpersonen, Spital-Eigentümer, Spital-Planer-Bauherren-Betreiber, Spital-Teilfinanzierer, Tarifgenehmigungsbehörde und Schlichtungsstelle für Tarifstreitigkeiten.	FMH
Es macht durchaus Sinn, dass diese Kompetenz bei den Kantonen liegt, unter Berücksichtigung der vom Bund vorgegebenen Kriterien. Allerdings ist nicht nur die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich, sondern je nach Region auch die kantonsübergreifende Versorgung im ambulanten Bereich zu berücksichtigen.	Hausärzte Schweiz
Gerne unterstützen wir die Kantone bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung durch Chiropraktik. Auch uns liegt daran, den Patientinnen und Patienten die kostengünstige chiropraktische Behandlung innert nützlicher Frist zukommen zu lassen.	SCG
Vgl. Bemerkungen zum Art. 40a, Abs. 1-4	SBV (ASMI)
Art. 40c: Umsetzung der Massnahmen: Zustimmung  Abs.2ff Wir befürworten auch, dass ein Kanton die Angemessenheit der Versorgung datenbasiert nach Konsultation einer Kommission festlegt, in welcher nebst den Leistungserbringern und den Versicherern auch die Versicherten vertreten sind.	Spitex
Die Kantone sind nicht in der Lage, die „optimale Versorgungsqualität“ festzulegen, auch auf Bundesebene fehlen hierzu nur schon die Ansätze einer brauchbaren Erhebung. Es fehlen klare Indikatoren und es dürfte politisch hoch umstritten sein, was hierunter zu verstehen ist. Der Gesetzesentwurf ist diesbezüglich viel zu vage. (...)  Die Kantone können nicht neutral über die optimale Versorgungsqualität bestimmen, da sie bereits in verschiedensten Rollen tätig sind. Es besteht die Gefahr, dass sie einseitig auf Grund von Budgetrestriktionen die Zulassung beschränken werden. Die Aussage, dass die Verschiebung der Kompetenz auf die Kantone sicher stelle, „dass die Entscheide nicht nur auf wirtschaftlichen Interessen“ (S. 4) beruhen würden, ist unglaubwürdig.	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
Wir begrüssen den Verzicht auf die Festlegung von Höchstzahlen im Art. 40c Abs. 2. Die neu formulierte Planungsgrundlage weist jetzt wie erwähnt den notwendigen Differenzierungsgrad auf. Dies wird insbesondere auch durch Miteinbezug der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich im Abs. 2 sowie mit der Verpflichtung der Kantone zur Koordination untereinander gemäss Abs. 3 erreicht.	VLSS
Bei der ambulanten Steuerung besteht eindeutig die Gefahr der Bevorzugung der kantonseigenen Spitalambulatorien und somit von Wettbewerbsverzerrungen. Die Kantone	curafutura

<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>
als Mitfinanzierer der entsprechenden Infrastruktur haben ein klares Interesse, diese mit einem optimalen Tätigkeitsumfang auszustatten. Dies kann zu Lasten der übrigen ambulanten Leistungserbringer erfolgen ( <i>Absatz 2</i> ).	
Diese Artikel sind zu streichen.  Begründung Der Vorschlag stützt stark auf die ständige Monitorisierung der Leistungserbringer ab. Basis für ein solches Monitoring ist eine zuverlässige und umfangreiche Daten- und Informationsgrundlage. Sowohl nachfrageseitig als auch angebotsseitig weist die Datenlage in der Schweiz allerdings grosse Lücken auf.	santésuisse
Richtig erachten wir es zudem, die erwähnten kantonalen Massnahmen von einem nicht nur quantitativ, sondern vor allem auch qualitativ ausreichenden Versorgungsangebot abhängig zu machen. (...)  Wir begrünnen den Verzicht auf die Festlegung von Höchstzahlen im Art. 40c Abs. 2. Die neu formulierte Planungsgrundlage weist jetzt wie erwähnt den notwendigen Differenzierungsgrad auf. Dies wird insbesondere auch durch Miteinbezug der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich im Abs. 2 sowie mit der Verpflichtung der Kantone zur Koordination untereinander gemäss Abs. 3 erreicht.	BEKAG
Nehmen die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich zu, muss dann die ambulante Praxistätigkeit abnehmen?  Bessere Formulierung: „Er berücksichtigt dabei die Kosten der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich“.	ZGAeG
Au vu de la mobilité de la population, des mouvements pendulaires et de l'extension des agglomérations, il ne semble plus possible de mettre en œuvre une planification cantonale limitée aux frontières cantonales.	FER

#### Articolo 40c capoverso 3 LAMal

<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>
Auch wenn Art. 40 Abs. 3 der Vorlage die Koordination der Kantone unter sich und die Berücksichtigung der Versorgung in den Nachbarkantonen voraussetzt und damit die Versorgung aus einer regionalen Perspektive zur Zielsetzung hat, dürfte die Umsetzung innert nützlicher Frist und mit angemessenem Aufwand schwer zu erreichen sein.	ZH
Gemäss dieser Bestimmung haben die Kantone die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung zu koordinieren. Bezüglich Vollzug durch die Kantone ist diese Bestimmung unklar, und auch im erläuternden Bericht existieren keine Anhaltspunkte.	AG
Seule une uniformité minimale au niveau des critères offrira la possibilité aux cantons de se coordonner entre eux et d'envisager une régulation intercantonale. En l'absence de tels critères, toute tentative de coordination risque d'être vouée à l'échec, les outils diagnostics n'étant pas les mêmes. Enfin, il est relevé qu'un des objectifs de la loi fédérale du 6 octobre 2005 sur le marché intérieur (LMI) est de favoriser l'harmonisation des conditions d'autorisation. A notre sens, un tel objectif doit également être une des priorités de ce projet de révision de la LAMal.	VD
Der Verzicht auf eine einheitliche Definition vom Zustand der angemessenen Versorgung ist zu befürworten, weil dadurch der Handlungsspielraum insbesondere aufgrund regionaler Unterschiede erhalten bleibt. Die BDP begrüsst darüber hinaus die gesetzgeberische Freiheit, das Angebot auf Ebene Region einschränken zu können.	BDP

<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>
Hinsichtlich der in Absatz 3 geforderten Koordination unter den Kantonen legen wir Wert darauf, dass diese im Rahmen der existierenden konstitutionellen Gremien erfolgt.	SGV/USAM
Eine Koordination unter den Kantonen ist sinnvoll.	DLV
Abs. 3 Koordination zwischen Kantonen  Der Gesetzestext lässt offen, wie das Ziel regionaler Planung sichergestellt werden soll. Das Gesetz sollte die regionale Versorgung berücksichtigen, unter anderem nach Sprachregionen und nach Spezialversorgung (bspw. Dialysezentren) vorsehen. Auch in grossen Kantonen ist die Berücksichtigung der ausserkantonalen Patienten entscheidend. So stammten beispielsweise im Kanton Zürich im Jahr 2009 nicht weniger als 46% der Patienten in den ambulanten psychiatrischen Praxen aus anderen Kantonen.	FMH
Wichtig, vgl. dazu Bemerkungen zu Abs. 2.	Hausärzte Schweiz
Vgl. Bemerkungen zum Art. 40a, Abs. 1-4	SBV (ASMI)
Dabei sind die interkantonale Koordination und die Planung in Regionen wesentlich.	SBK/ASI
Wir unterstützen dass die Kantone ihre Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung koordinieren und somit in regionale Zusammenhänge stellen müssen.	SVDE
Die Schweizer Kantone sind viel zu kleine Einheiten für die Festlegung einer optimalen Versorgungsqualität. Die entsprechenden Bestimmungen zur Zusammenarbeit unter den Kantonen sind unklar und dürften in der Umsetzung zu grossen Problemen führen.	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
Wir begrüssen den Verzicht auf die Festlegung von Höchstzahlen im Art. 40c Abs. 2. Die neu formulierte Planungsgrundlage weist jetzt wie erwähnt den notwendigen Differenzierungsgrad auf. Dies wird insbesondere auch durch Miteinbezug der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich im Abs. 2 sowie mit der Verpflichtung der Kantone zur Koordination untereinander gemäss Abs. 3 erreicht.	VLSS
Aufgrund der Tatsache, dass bereits der Koordination der Spitalplanungen klare (Kantons-) Grenzen gesetzt sind, lässt die Vorgabe zur „Koordination der Beurteilung der Angemessenheit“ (Absatz 3) kaum zählbare Ergebnisse erhoffen.	curafutura
L'utilisation du terme « région » prend un sens différent selon les articles du projet. La mention des régions intra-cantoniales dans l'alinéa précédent et extra-cantoniales dans le présent alinéa permettent aux planificateurs potentiels de ne pas trop s'inquiéter pour la pérennité de leurs postes.	cP
Die neu formulierte Planungsgrundlage weist jetzt wie erwähnt den notwendigen Differenzierungsgrad auf. Dies wird insbesondere auch durch Miteinbezug der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich im Abs. 2 sowie mit der Verpflichtung der Kantone zur Koordination untereinander gemäss Abs. 3 erreicht.	BEKAG
Wie bereits ausgeführt, wäre es beinahe unmöglich, eine regionale Abstimmung herbeizuführen, wenn jeder Kanton auf dieser unklaren Basis selber planen müsste.	BFG
Wir unterstützen, dass die Kantone ihre Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung koordinieren und somit in regionale Zusammenhänge stellen müssen.	SVBG
Wir unterstützen dass die Kantone ihre Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung koordinieren und somit in regionale Zusammenhänge stellen müssen.	SVO

Articolo 40c capoverso 4 LAMal

<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 in Art. 40c Abs. 4 KVG vorgeschlagene Lösung, wonach der Kanton eine Kommission mit Vertretungen aus Versicherten, Versicherern und Leistungserbringer konsultieren muss, lehnen wir klar ab. Wen die Kantone in diesem Zusammenhang konsultieren wollen und in welcher Form, liegt in der Kompetenz der Kantone. Selbstverständlich werden wir die Leistungserbringer auch zukünftig in die Arbeiten miteinbeziehen. Die Ärztesgesellschaft kennt die regionalen Gegebenheiten sehr genau. Hingegen hätten die Versicherer und Versicherten kaum den Überblick, welche Massnahmen es wo braucht. Es würde sich auch die Frage stellen, wen wir als Vertretung der Versicherer und Versicherten einladen müssten (santésuisse, curafutura oder irgendeine Versicherung...?). Wir beantragen deshalb, Absatz 4 zu streichen.</p>	<p>LU</p>
<p>Der Regierungsrat erachtet es als sinnvoll und wertvoll, die Interessen der verschiedenen Akteure für die Beurteilung des Handlungsbedarfs und deren Massnahmen miteinzubeziehen. Es ist aber unabdingbar, dass der definitive Entscheid über die zu ergreifenden Massnahmen alleine bei den Kantonen liegt.</p>	<p>UR</p>
<p>Ebenso lehnt er es ab, dass vor Erlass von Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung der Kanton zwingend eine Kommission einsetzen muss. Eine Anhörung der Vertretungen der von der jeweiligen Massnahme betroffenen Leistungserbringer und der Versicherer betrachtet er als angemessen und ausreichend.</p>	<p>SZ</p>
<p>Die in Art. 40c Abs. 4 KVG vorgeschlagene Lösung betreffend Einbezug der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer in die Beurteilung des Handlungsbedarfs und der notwendigen Massnahmen erachtet der Regierungsrat grundsätzlich als sinnvoll, um den vielfältigen Interessen der verschiedenen Akteure angemessen Rechnung tragen zu können. In der Praxis wird es aber sehr schwierig sein, in einem kleinen Kanton eine entsprechende Kommission einzusetzen. Vor allem die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherer werden kaum bereit sein, sich (unentgeltlich) für ein solches Amt zur Verfügung zu stellen. Zudem wird die Interessenlage im Gegensatz zur Preisüberwachung sehr unterschiedlich ausfallen, sodass keine einheitlichen Empfehlungen ausgesprochen werden können. Für den Regierungsrat ist es in jedem Fall unabdingbar, dass der definitive Entscheid über zu ergreifende Massnahmen in diesem Bereich ausschliesslich und abschliessend bei den Kantonen als demokratisch legitimierte Instanz liegen kann und muss.</p> <p>Antrag zu Art. 40c Abs. 4 KVG zweiter Satz: „Die Kommission setzt sich namentlich aus Vertretungen der Kantone und der Leistungserbringer zusammen. „ (Vertretungen der Versicherten und Versicherer streichen.)</p>	<p>OW</p>
<p>Antrag 3: Bevor der Kanton eine Massnahme nach den Artikeln 40a oder 40b trifft, hört er die Vertretungen der betroffenen Leistungserbringer und der Versicherer an. [Rest streichen]</p> <p>Die vorgesehene Kommission kompliziert die Abläufe unnötigerweise und führt zu einer problematischen Aufblähung der Strukturen. Ihre Legitimation und der praktische Nutzen sind fraglich. Es genügt, die Leistungserbringer und die Versicherer anzuhören, bevor der Kanton eine Massnahme trifft. Die Versicherten sind durch die von ihnen gewählte Regierung ohnehin repräsentiert. Schliesslich steht den Betroffenen auch noch der Rechtsweg offen (und wird wohl auch genutzt werden!), so dass der Einbezug im Vorfeld nicht übermässig ausgebaut werden muss.</p>	<p>ZG</p>
<p>Wir lehnen den Zwang zur Konsultierung einer neu zu schaffenden Kommission ebenso ab wie eine gesetzlich vorgegebene Zusammensetzung einer allfälligen Kommission. Es ist alleinige Sache der Kantone zu entscheiden, wie allfällige Massnahmen umgesetzt werden sollen. Der definitive Entscheid liegt ohnehin bei den Kantonen als demokratisch legitimierte Instanz.</p>	<p>SO</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>Auf den vorgesehenen zwingenden Einbezug der Versicherten bzw. deren Vertretung ist zu verzichten, weil diese Anspruchsgruppe nicht bzw. nicht im erforderlichen Mass organisiert ist und sich ein sinnvoller, praktikabler Einbezug kaum angemessen umsetzen lässt. Auf den Einbezug der Versicherer bzw. deren Vertretung ist ebenfalls zu verzichten, da auch hier eine organisatorisch schlanke und einfach handhabbare Lösung gegenüber einem aufwändigen Prozess mit vielen verschiedenen Akteuren vorzuziehen ist. Zur leistungsorientierten und effizienten Umsetzung des Prozesses auf der Grundlage von Art. 40a und Art. 40b KVG ist es zentral, dass der schlussendliche Entscheid über zu ergreifende Massnahmen ausschliesslich bei den Kantonen als demokratisch legitimierte Instanz liegt. Demzufolge ist der Einbezug der Vertretungen der Versicherten und Versicherer zu streichen. Demgegenüber ist die Bestimmung mit dem Einsitz der Kantonsvertretung in der Kommission zu ergänzen. Unabhängig vom Einbezug der verschiedenen Interessensgruppen in den Prozess der Beurteilung der Angemessenheit der ambulanten Versorgung und der Abgabe von Empfehlungen zu allfällig erforderlichen Massnahmen muss grundsätzlich in Frage gestellt werden, ob das neu vorgesehene Instrument einer bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs durch den Kanton einzusetzenden Kommission wirklich erforderlich ist. Die Kommission gibt eine Empfehlung ab, welche der Kanton – analog dem Verfahren im Preisüberwachungsbereich – berücksichtigen muss, bevor er regulierende Massnahmen ergreift. Folgt der Kanton der Empfehlung der Kommission nicht, muss er die Abweichung begründen. Da bei der stationären Spitalplanung kein entsprechendes Verfahren besteht, erschliesst sich dessen Notwendigkeit für den ambulanten Versorgungsbereich nicht, zumal der stationäre Spitalbereich nicht weniger sensibel ist. Erschwerend kommt hinzu, dass dieses Kommissionsverfahren nicht bundesrechtlich einheitlich institutionalisiert werden soll, was wiederum zu kantonspezifischen, unterschiedlichen Verfahren (z.B. betreffend Zusammensetzung der Kommission, Tagungsrhythmus, Frist zur Abgabe der Empfehlungen usw.) führt. Dies ist nicht vergleichbar mit dem institutionalisierten Verfahren im Preisüberwachungsbereich. Es wird daher beantragt, Art. 40c Abs. 4 KVG zweiter Satz wie folgt zu ändern:</p> <p>„Die Kommission setzt sich namentlich aus Vertretungen der Kantone und der Leistungserbringer zusammen.“ (Vertretungen der Versicherten und Versicherer streichen)</p> <p>Alternativ zum vorstehenden Antrag wird beantragt, Art. 40c Abs. 4 KVG zu streichen.</p>	BS
<p>Die Standeskommission lehnt des Weiteren auch die in Art. 40c Abs. 4 KVG vorgeschlagene Lösung betreffend den Einbezug der Leistungserbringer in die Beurteilung des Handlungsbedarfs und der notwendigen Massnahmen mittels Einsetzung einer Kommission ab. Für die Kantone ist es in jedem Fall unabdingbar, dass der Entscheid über zu ergreifende Massnahmen in diesem Bereich ausschliesslich und abschliessend bei den Kantonen und ihren demokratisch legitimierten Instanzen liegen muss.</p>	AI
<p>Die in der Teilrevision vorgeschlagene Lösung betreffend Einbezug der Leistungserbringer in die Beurteilung des Handlungsbedarfs und der notwendigen Massnahmen erachtet die Regierung als sinnvoll. Auf diesem Weg kann den Interessen aller Beteiligten genügend Rechnung getragen werden. Auf den zwingenden Einbezug der Versicherten ist zu verzichten, weil diese nicht organisiert sind und sich ein sinnvoller Einbezug kaum umsetzen lässt. Auch auf den Einbezug der Versicherer ist zu verzichten, da auch hier eine organisatorisch schlanke Lösung einem aufwändigen Prozess vorzuziehen ist. Für den Kanton ist es in jedem Fall unabdingbar, dass der definitive Entscheid über zu ergreifende Massnahmen in diesem Bereich ausschliesslich und abschliessend beim Kanton als demokratisch legitimer Instanz liegen kann und muss.</p> <p>Artikel 40c Abs. 4 zweiter Satz:</p> <p>„Die Kommission setzt sich namentlich aus Vertretungen der Kantone und der Leistungserbringer zusammen“ (Vertretungen der Versicherten und Versicherer streichen)</p>	SG
<p>Hinsichtlich des in Abs. 4 vorgesehenen Einbezugs der Versicherten in die Beurteilung des Handlungsbedarfs stellt sich uns die Frage, wie dieser erfolgen soll. Wer bestimmt eine repräsentative Vertretung der Versicherten?</p>	GR

<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>Gemäss dieser Bestimmung haben die Kantone, bevor sie Massnahmen bei Unter- oder Überversorgung ergreifen, eine Kommission mit Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zu konsultieren. Falls der Kanton von der Empfehlung der Kommission abweicht, muss er dies begründen. In Bezug auf den Vollzug ist diese Vorgabe sehr aufwendig, mit Kosten verbunden, und ausserdem führt sie zu einer zeitlichen Verzögerung der Gesuchsbearbeitung. Der Kanton Aargau rechnet bei ca. 150 zu bearbeitenden Gesuchen um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung pro Jahr daher mit erheblichen zusätzlichen Kosten in Form von Sitzungsgeldern und Verwaltungsaufwand. Die Bestimmung ist daher in der vorliegenden Fassung abzulehnen. Des Weiteren ist die Rechtmässigkeit dieser Bestimmung in Beachtung der verfassungsrechtlich normierten Organisationsautonomie der Kantone (Art. 47 Bundesverfassung) höchst fraglich. Offen ist die Frage, was geschieht, wenn sich die Kommissionsmitglieder, welche alle sehr unterschiedliche Interessen vertreten, nicht auf eine Empfehlung einigen können.</p>	AG
<p>Il Governo cantonale condivide invece l'approccio collaborativo con i partner istituzionali quale l'Ordine dei medici e gli assicuratori malattie mediante l'istituzione di una commissione consultiva. Quest'ultima non dovrà tuttavia avere competenze a livello decisionale per quanto riguarda le singole ammissioni a fatturare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie ma occuparsi in prima linea delle questioni di principio quali ad esempio il quesito a sapere se introdurre o meno la gestione strategica. Il Cantone dovrebbe inoltre far parte come membro formale della commissione.</p> <p>La decisione finale in merito all'introduzione di adottare le misure in caso di offerta eccedentaria deve comunque competere, come proposto, al Cantone.</p>	TI
<p>Le Conseil d'Etat soutient l'instauration et la consultation d'une commission. Le projet de loi devrait toutefois être un peu plus précis sur le rôle de cette commission, notamment sur les conséquences auxquelles s'exposerait un canton s'il devait s'écarter des recommandations de la commission. Dans ce cadre, il est important qu'il apparaisse clairement que la décision finale concernant les mesures à prendre relève exclusivement de la compétence du canton.</p>	VD
<p>Par ailleurs, notre Conseil salue le projet de confier le pilotage de l'offre médicale à une commission consultative inspirée du modèle genevois. Cette commission composée actuellement, dans notre canton, des représentants des fournisseurs de prestations concernés par la limitation, sera dorénavant élargie aux assureurs et assurés, conformément au projet de révision, afin de permettre une meilleure évaluation de l'adéquation de l'offre en soins. (...)</p> <p>Le fait d'associer toutes les parties concernées dans une commission, y compris les assureurs et assurés est tout à fait pertinent. Cela permet de tenir compte de manière appropriée des intérêts multiples des différents acteurs qui interviennent. Nous sommes toutefois d'avis que ce projet d'article devrait souligner sans équivoque que les décisions finales ayant trait aux mesures de régulation restent exclusivement et uniquement de la compétence des cantons, en raison de leurs qualités d'instances démocratiquement légitimées.</p>	GE
<p>Nous jugeons raisonnable d'instaurer une commission tripartite qui inclura les représentants des assuré-e-s, les fournisseurs de prestations et les assureurs et qui prendra position sur l'évaluation et l'adéquation de l'offre. Nous insistons sur le fait que les fournisseurs de prestations ne se limitent pas aux médecins et nous attendons à ce que la commission implique également les autres corps de métier actifs dans la santé, notamment les représentants du personnel soignant. Précisons ici aussi que la pédiatrie, la gériatrie ou encore la psychiatrie font généralement partie des domaines où l'offre de soins est encore insuffisante et où des mesures seraient bienvenues.</p>	PSS
<p>Die BDP unterstützt den Vorschlag, dass die Kantone eine Kommission aus Versicherten, Leistungserbringern (mind. Eine Vertretung kantonale Ärztegesellschaft und eine Vertretung Spitalärzte) und Krankenversicherten einsetzen müssen, wenn sie eingreifen</p>	BDP

<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>
wollen. Die Koordination unter den Partnern ist nötig, um eine tragbare und angemessene Lösung auf Basis von einer breiten Datengrundlage zu finden.	
Die Vorlage sieht weiter vor, dass die Kantone eine Kommission mit Vertretungen der Versicherer, der Leistungserbringer und der Versicherten einsetzen und vorgängig konsultieren müssen, bevor sie allfällige Unterstützungs- oder Regulierungsmassnahmen ergreifen. In Ergänzung zum vorgeschlagenen Gesetzestext beantragt der SGV, dass in dieser Kommission auch ein Vertretung der Gemeinden oder Regionen Einsitz nimmt.	SGV
Die Kantone werden mit der Vorlage verpflichtet, eine Kommission einzusetzen und diese zu konsultieren, bevor sie Massnahmen ergreifen. Als einzige Änderung gegenüber dem vorgeschlagenen Gesetzestext beantragen wir, dass in dieser Kommission auch eine Vertretung der Gemeinden oder Regionen Einsitz nehmen muss. In den meisten Kantonen gibt es einen kantonalen Gemeindeverband, der diese Rolle wahrnehmen kann. In einigen Kantonen haben auch die Regionen einen wichtigen koordinierenden Auftrag, beispielsweise die Regionalkonferenzen im Kanton Bern. Diese überkommunale Sichtweise sollte in der Kommission auch vertreten sein, da die Gemeinden direkt auch mit Fragen der medizinischen Grundversorgung konfrontiert sind.	SAB
Wir begrüssen es grundsätzlich, dass vor der definitiven Entscheidungsfindung eine Kommission zu konsultieren ist, in der sich die Direktbetroffenen einbringen können. Angesichts der heterogenen Zusammensetzung dieser Kommission bezweifeln wir allerdings, ob damit tatsächlich ein wesentlicher Beitrag zur Deeskalation geleistet werden kann.	SGV/USAM
Der Einbezug der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer in die Zulassungssteuerung ist sinnvoll. Sie ist durch VertreterInnen der PatientInnen und der Personalverbände zu ergänzen. Allerdings überzeugt die vorgeschlagene Version nicht, da die Kommission ein reines Anhörungsgremium ist ohne Entscheidbefugnisse.	SGB
<p>La proposition faite sous art. 40c al. 4 LAMal d'associer les fournisseurs de prestations à l'évaluation du besoin d'intervention et des mesures nécessaires est à notre avis judicieuse pour pouvoir suffisamment tenir compte de leurs intérêts. Il convient de renoncer à l'intégration contraignante des assurés, car ils ne sont pas organisés et leur intégration n'est guère réalisable de manière appropriée. Il convient également de renoncer à l'intégration des assureurs, car là aussi une solution légère sur le plan organisationnel est préférable à un processus complexe. Pour les cantons, il est de toute façon de toute façon indispensable que la décision finale concernant les mesures à prendre dans ce domaine soit exclusivement et uniquement de leur propre compétence, en leur qualité d'instances démocratiquement légitimées.</p> <p>Proposition ad art. 40c al. 4, deuxième phrase : « Celle-ci doit être constituée notamment de représentants des cantons et des fournisseurs de prestations. » (supprimer la représentation des assurés et des assureurs)</p> <p>Die in Art. 40c Abs. 4 KVG vorgeschlagene Lösung betreffend Einbezug der Leistungserbringer in die Beurteilung des Handlungsbedarfs und der notwendigen Massnahmen erachten wir als sinnvoll, um deren Interessen genügend Rechnung tragen zu können. Auf den zwingenden Einbezug der Versicherten ist zu verzichten, weil diese nicht organisiert sind und sich ein sinnvoller Einbezug in der Praxis kaum angemessen umsetzen lässt. Auch auf den Einbezug der Versicherer ist zu verzichten, da auch hier eine organisatorisch schlanke Lösung einem aufwändigen Prozess vorzuziehen ist. Für die Kantone ist es in jedem Fall unabdingbar, dass der definitive Entscheid über zu ergreifende Massnahmen in diesem Bereich ausschliesslich und abschliessend bei den Kantonen als demokratisch legitimierte Instanz liegen kann und muss.</p> <p>Antrag zu Artikel 40c Abs. 4 zweiter Satz: „Die Kommission setzt sich namentlich aus Vertretungen der Kantone und der Leistungserbringer zusammen“ (Vertretungen der Versicherten und Versicherern streichen).</p>	CDS/GDK + GL, AR, FR, SH, TG, JU, NW, BE, BL, NE

<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 saluons aussi la présence de L'art. 40c, 4, définissant la représentation des assurés dans les futures commissions cantonales qui se prononceront sur les mesures à prendre, tant en cas d'offres excédentaires qu'insuffisantes. Cette représentation est primordiale et doit être au moins à force égale avec les fournisseurs de prestations et des assureurs. Nous serions aussi d'avis de compléter le terme « assurés » par « patients-consommateurs-assurés et contribuables » pour mieux rendre compte que les individus ne sont pas seulement concernés en tant qu'assurés, mais aussi en tant que patients, consommateurs et contribuables.</p>	<p>FRC</p>
<p>Die Einsetzung einer Kommission in der vorgeschlagenen Zusammensetzung muss jeweils rasch und unbürokratisch eingesetzt werden können. Für die Vertretung der Leistungserbringer ist der jeweilige Berufsverband anzufragen.</p>	<p>DLV</p>
<p>Die Kommission setzt sich namentlich aus Vertretungen der Versicherten, der Patienten, der Leistungserbringer – insbesondere kantonale Ärztegesellschaft, VLSS und VSAO – und der Versicherer zusammen.</p> <p>Abs. 4. Kommission</p> <p>Der Bericht hält fest (S. 9): «Die Kantone müssen, wenn sie eingreifen wollen, eine Kommission bestehend aus Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer einsetzen.»</p> <p>Mit dieser Formulierung «Vertretungen der Leistungserbringer» wäre nicht einmal ein einziger Vertreter der Ärzteschaft sichergestellt. In den kantonalen Kommissionen müssen sowohl die kantonale Ärztegesellschaft wie auch der VSAO und die leitenden Spitalärzte (VLSS) vertreten sein.</p> <p>Die geplanten Kommissionen sind zudem reine Anhörungsgremien ohne jegliche Entscheidungsbefugnis. Die Kommission muss echte Mitentscheidungsrechte haben.</p>	<p>FMH</p>
<p>Il est pour nous essentiel qu'un poids important soit également accordé à la santé psychique lors de l'examen de l'adéquation de l'offre en soins et que les commissions cantonales prévues soient également composées de représentants des psychologues. En l'occurrence, il s'agirait aussi de ne pas laisser de côté des spécialisations comme la psychothérapie, la neuropsychologie ou la psychologie de l'enfance et de l'adolescence. Nous sommes convaincus qu'il est possible de trouver des personnes tout à fait compétentes et motivées également au sein de nos associations cantonales, régionales et professionnelles pour assumer cette tâche.</p>	<p>FSP</p>
<p>Die Einsetzung einer Kommission wird von Hausärzte Schweiz grundsätzlich begrüsst. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass Ärzte aus verschiedenen Bereichen (verschiedene Fachgruppen sowie Spitalbereich und freie Praxis) Einsitz nehmen können, und zwar unabhängig davon, welche Leistungserbringer von der konkreten Massnahme gerade betroffen sind. Aus Sicht unseres Verbandes bedarf es deshalb einer ständigen Kommission mit Mitgliedern, die unabhängig vom betroffenen Fachgebiet gewählt sind, damit diese auch eine gewisse Erfahrung einbringen können und die Kommission breit abgestützt ist.</p>	<p>Hausärzte Schweiz</p>
<p>Abs. 4, anpassen: „... Massnahmen nach Artikel 40a trifft, ...“</p>	<p>H+</p>
<p>Wir begrüssen die Einsetzung einer paritätischen Kommission aus Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer und beantragen, dass auch die Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren in diesem Gremium vertreten sind.</p>	<p>SCG</p>
<p>Vgl. Bemerkungen zum Art. 40a, Abs. 1-4</p>	<p>SBV (ASMI)</p>
<p>Die kantonalen Konsultativkommissionen (Artikel 40c, Absatz 4) müssen sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten, der Berufsverbände und der Versicherer zusammensetzen, zur Koordination verpflichtet und mit weitergehenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden.</p>	<p>SBK/ASI</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>
Wir begrünnen die Einsetzung einer Kommission, welche sowohl die Versicherten, als auch die Leistungserbringer und die Versicherer umfasst.	SVDE
<p>Art. 40c: Umsetzung der Massnahmen: Zustimmung</p> <p><i>Abs.2ff</i> Wir befürworten auch, dass ein Kanton die Angemessenheit der Versorgung datenbasiert nach Konsultation einer Kommission festlegt, in welcher nebst den Leistungserbringern und den Versicherern auch die Versicherten vertreten sind.</p>	Spitex
<p>Die geplanten Kommissionen sind reine Anhörungsgremien ohne jegliche Entscheidungsbefugnis. · In der geplanten Zusammensetzung der Kommissionen fehlt der Einbezug derjenigen Personen, welche künftig zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen möchten. Ein System, bei dem sich bestehende WettbewerbsteilnehmerInnen über den Markteintritt neuer BewerberInnen äussern können, wäre einmalig und ordnungspolitisch völlig verkehrt. Genau dies würde geschehen, wenn der Einbezug der ärztlichen Leistungserbringer lediglich über die kantonalen Ärztesgesellschaften geschehen würde. (...)</p> <p>Der erste Satz des Abschnittes ist zu ersetzen durch: „Über die Massnahmen nach den Artikeln 40a oder 40b entscheidet eine vom Kanton eingesetzte Kommission. Den Kommissionen sind tatsächliche Entscheidungsbefugnisse einzuräumen“.</p> <p>Reine Anhörungsgremien dienen lediglich der Legitimierung der bereits getroffenen Entscheide. Ausser der Pflicht zu einer schriftlichen Stellungnahme haben die Empfehlungen der Kommission keinerlei Folgen für die Kantone. Wenn schon Kommissionen eingesetzt werden, dann sollen diese auch entscheiden können.</p> <p>Dieser Absatz ist zu ergänzen um „Eine ausgewogene Vertretung der betroffenen Leistungserbringer in der Kommission ist zwingend vorzusehen“.</p> <p>Die Vorgaben im Gesetzesentwurf zu den geplanten Kommissionen sind ungenügend und lassen den Kantonen einen viel zu grossen Spielraum. Es ist wenig sinnvoll, wenn beispielsweise eine Physiotherapeutin als Vertreterin der Leistungserbringer über die Zulassung von Neurologen bestimmen soll (selbstverständlich auch vice versa). Da zu befürchten ist, dass vor allem ÄrztInnen von einer Beschränkung der Zulassung betroffen sein werden, ist die Vertretung jener ÄrztInnen, welche in Kürze eine Praxis eröffnen möchten, in der Kommission zwingend. Es kann nicht sein, dass jene Personen, welche bereits über eine Zulassung verfügen, über den „Markteintritt“ (und somit über Konkurrenz im gleichen Markt) weiterer Personen entscheiden. Verschärfend hinzu kommt die drohende subsidiäre Taxpunktsenkung durch den Bund, welche bestehende PraxisinhaberInnen verleitet, aus Eigeninteresse einer Steuerung zuzustimmen. Eine Vertretung der Ärzteschaft nur über die kantonalen Ärztesgesellschaften ist deshalb abzulehnen.</p>	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
<p>Der beratenden Kommission kommt bei der Planung des Versorgungsbedarfs eine zentrale Funktion zu. Es ist zu hoffen, dass vom Kanton in aller Regel nur einvernehmlich, von der Kommission, in welcher alle betroffenen Parteien Einsitz nehmen, erarbeitete oder zumindest genehmigte Lösungen umgesetzt werden.</p> <p>(...)</p> <p>Die im Abs. 4 vorgesehene Kommission hat zwar nur beratende Funktion. Wir sind aber der Auffassung, dass eine Zusammenarbeit zwischen der zuständigen kantonalen Behörde und der Kommission im fraglichen Bereich nur funktionieren kann, wenn es sich um eine ständige Kommission handelt, welche regelmässig tagt und auch selber Lösungsvorschläge erarbeiten kann.</p>	VLSS
Die vorgesehene „Anhörungs“-Kommission (Absatz 4) zur Beurteilung der Angemessenheit und der Massnahmen ist zwar zu begrünnen. Inwieweit von einer solchen Kommission tatsächlich eine „Förderung einvernehmlicher Massnahmen“, eine „Erhöhung der Transparenz“ und in der Folge eine disziplinierende Wirkung auf den Planungs- und Steuerungsprozess erhofft werden dürfen, verbleibt allerdings im Reich der Spekulationen.	curafutura
Dieser Artikel ist zu streichen.	santésuisse

<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>
Begründung Die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung sowie die Konsultation einer Kommission sind mit einem unverhältnismässigen Ressourcenaufwand seitens Kantone verbunden.	
Les intérêts des membres de ces commissions étant fondamentalement divergents, il sera finalement difficile de savoir comment les critères généraux et abstraits sont appliqués ce qui conduira à l'arbitraire.	AVCP
(2.3) In generale siamo dell'idea che gli Ordini cantonali possano trovare un ruolo attivo nella messa in pratica del sistema delle autorizzazioni e del controllo sul loro rispetto, così come nell'organizzazione di corsi di aggiornamento, nello sviluppo di programmi di qualità, servizi di pronto soccorso e di reti di cure integrate. In questo modo potranno confermarsi e/o instaurarsi nuove sinergie fra gli Ordini e le istituzioni.  Saranno collaborazioni che dovranno venir discusse beninteso nei relativi gremii cantonali, ma che possono comunque fare oggetto di una riflessione globale da parte della FMH.	omct
Sodann teilen wir die Auffassung, dass das Einrichten einer Kommission – bestehend aus den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens – zweckdienlich ist für das Unterbreiten von Empfehlungen (an die Kantone) über das Vorgehen bei Über- /Unterversorgung im medizinischen ambulanten Bereich.	asd
Der beratenden Kommission kommt bei der Planung des Versorgungsbedarfs eine zentrale Funktion zu. Es ist zu hoffen, dass vom Kanton in aller Regel nur einvernehmlich, von der Kommission, in welcher alle betroffenen Parteien Einsitz nehmen, erarbeitete oder zumindest genehmigte Lösungen umgesetzt werden. Die BEKAG ist gerne bereit, zu diesem Zweck eigene Daten, wie zum Beispiel die Resultate der jährlich durchgeführten Versorgungsumfrage, zur Verfügung zu stellen. Solche Daten können indessen nicht kostenlos erarbeitet und geliefert werden. (...)  Die im Abs. 4 vorgesehene Kommission hat zwar nur beratende Funktion. Wir sind aber der Auffassung, dass eine Zusammenarbeit zwischen der zuständigen kantonalen Behörde und der Kommission im fraglichen Bereich nur funktionieren kann, wenn es sich um eine ständige Kommission handelt, welche regelmässig tagt und auch selber Lösungsvorschläge erarbeiten kann.	BEKAG
Cette commission est purement politique. Il faut à notre sens une commission technique. C'est ce que nous avons essayé de faire à Genève avec une commission quadripartite constituée de représentants des médecins actifs dans différents secteurs. Celle-ci regroupe le directeur de la Direction générale de la santé, le médecin cantonal, le directeur médical des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), un représentant des cliniques privées, un représentant des jeunes médecins d'institutions (AMIG-ASMAC) et le président de l'AMG. Cette commission adresse au Conseil d'Etat un préavis quant à l'obtention du droit de pratique du médecin qui souhaite s'installer. Il s'agit de garantir une disponibilité adéquate des soins, ce qui n'est pas le problème des assureurs. Pour évaluer les besoins, cette commission se fonde notamment sur un sondage annuel effectué par l'AMG auprès de ses membres pour pouvoir déterminer chaque année les besoins en termes de relève médicale et de démographie. Par exemple, le nombre de pédopsychiatres a pu ainsi être adapté à la demande. Il faut souligner la volonté d'une collaboration constructive de la part de l'autorité politique afin d'offrir à la population des soins médicaux de qualité.  Nous sommes d'avis que ce mécanisme de régulation doit également concerner le secteur hospitalier. Ainsi, tout engagement aux HUG doit être lié à une période déterminée dans le temps. La règle des trois ans permet à tout médecin de s'intégrer au mieux dans le contexte local. Il en est de même pour tout médecin devant rejoindre un réseau de soins intégrés.	AMG
in der Kommission müssen zwingend ärztliche Leistungserbringer vertreten sein.	ZGAeG

<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>
La SVM est opposée à la commission multipartite. En effet, l'expérience acquise par la SVM au cours de l'application de la clause du besoin montre que l'organisation représentative d'une société médicale cantonale couvrant toutes les spécialités, les régions, les lieux de soins, notamment la ville, la campagne et l'hôpital, lui donne largement les moyens d'une expertise et d'arbitrages parfois difficiles qui fondent les préavis. Une commission plus large ne devrait pas concerner l'élaboration des préavis relatifs à des demandes de droit de pratique. Elle pourrait être chargée, tout au plus, d'élaborer une réflexion prospective et de proposer un cadre général.	SVM
Die in Absatz 4 von Art. 40c beabsichtigte Kommission ist an sich ein guter Ansatz. Aber einerseits soll sie nur konsultiert werden und keine Entscheidkompetenz haben, andererseits würde auch die Kommission nicht über klare Planungskriterien verfügen und könnte sich somit auch kaum qualifiziert äussern.	BFG
Wir begrüßen die Einsetzung einer Kommission, welche sowohl die Versicherten, als auch die Leistungserbringer und die Versicherer umfasst.	SVBG
Wir begrüßen die Einsetzung einer Kommission, welche sowohl die Versicherten, als auch die Leistungserbringer und die Versicherer umfasst.	SVO

*Articolo 40c capoverso 5 LAMal*

<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>
Bezüglich der notwendigen Datengrundlagen zur Beurteilung der Angemessenheit des Versorgungsangebots stimmt der Regierungsrat der Regelung nach Artikel 40c Abs. 5 KVG zur Kostenlosigkeit des Datenaustauschs grundsätzlich zu. Hingegen ist der Bund als Bereitsteller von Datengrundlagen nicht erwähnt, obwohl er ebenfalls über wichtige Informationen in diesem Zusammenhang verfügt. Der Regierungsrat beantragt daher, Artikel 40c Abs. 5 KVG wie folgt zu ändern: „Der Bund, die Kantone, die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer, deren Verbände oder von ihnen beauftragte Organisationen liefern kostenlos die Daten, die zur Beurteilung [ ... ] erforderlich sind“.	BE
Bezüglich der notwendigen Datengrundlagen ist der Bund als Bereitsteller von Datengrundlagen nicht erwähnt, obwohl er ebenfalls über wichtige Informationen in diesem Zusammenhang verfügt. Art. 40c Abs. 5 ist entsprechend zu ergänzen.	LU
Der Regierungsrat begrüsst, dass der Datenaustausch unter den verschiedenen Anspruchsgruppen kostenlos ist. Auch der Bund müsste als Datenlieferant in der Gesetzesvorlage ergänzend aufgeführt werden.	UR
Antrag: Der Bund, die Kantone, die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände liefern kostenlos die Daten, die... Neben den genannten Akteuren verfügt der Bund über wichtige Datengrundlagen. Er sollte diese ebenfalls einbringen.	ZG
Auch der Bund ist zu verpflichten, die Daten kostenlos zu liefern.	SO
Der kostenlose Datenaustausch wird grundsätzlich begrüsst. Da jedoch auch der Bund über wichtige Daten verfügt, sollte er ebenfalls als Datenlieferant aufgenommen werden. Es wird daher beantragt, Art. 40c Abs. 5 KVG wie folgt zu ergänzen: „Der Bund, die Kantone, die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer, deren Verbände oder von ihnen beauftragte Organisationen liefern kostenlos die Daten, die zur Beurteilung [ ...] erforderlich sind.“	BS
Artikel 40c Abs. 5	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>„Der Bund, die Kantone, die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer, deren Verbände oder von ihnen beauftragte Organisationen liefern kostenlos die Daten, die zur Beurteilung ...erforderlich sind“</p>	
<p>Wie die GDK in ihrer Stellungnahme festhält, sind viele Daten im Eigentum des Bundes. Dementsprechend ist in Abs. 5 auch der Bund aufzuführen.</p>	GR
<p>Bezüglich des Datenaustauschs sollte der Bund einheitliche und verbindliche Regeln erlassen. Es gibt keinen Grund, weshalb dies durch die Kantone erfolgen soll. Ein Datenaustausch muss für alle möglichst einfach sein. Dies ist nur mit sinnvollen national verbindlichen Vorgaben möglich. Der Bund sollte dazu die betroffenen Parteien miteinbeziehen.</p>	AG
<p>Il capoverso 5 relativo allo scambio gratuito di dati andrà completato con la Confederazione e le organizzazioni cui gli assicuratori malattie delegano determinati compiti.</p>	TI
<p>L'obligation légale de mettre à disposition, gratuitement, les données nécessaires pour évaluer l'adéquation de l'offre et mettre en oeuvre les mesures de régulation est saluée. Toutefois, il serait souhaitable que les détails de cette obligation soient précisés, de préférence dans la loi. Une liste de données minimales devrait être définie afin d'éviter tout débat sur l'éventuelle « nécessité » de certaines données. Il est également indispensable de préciser le flux des données. Dans ce cadre, le Conseil d'Etat considère que les fournisseurs de prestations, les assureurs et les patients devraient fournir, gratuitement et sur demande, leurs données aux cantons, la mission de réguler l'ambulatoire leur incombant. Le Conseil d'Etat rejoint la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et estime que la Confédération devrait également fournir gratuitement ses données aux cantons. En terme de faisabilité, si les données dans le domaine de l'offre médicale ambulatoire devraient être prochainement disponibles (projet MARS), ce type de données n'existe pas, ou que très partiellement, pour les autres fournisseurs de prestations (pharmaciens, organisations de soins à domicile, infirmières, etc.). La mise à disposition de chiffres sera vraisemblablement problématique en l'absence de registres ou de relevés fédéraux. Enfin, le rapport explicatif précise que les cantons devront estimer l'effet des mesures envisagées sur les coûts à charge de l'AOS. Au vu de la complexité de ce type d'analyses, dont certains paramètres ne dépendent pas des cantons, il est vraisemblable que ceux-ci n'auront pas les moyens de les mener à bien et la question d'une analyse nationale, uniforme, réalisée par un organisme scientifiquement compétent, doté des ressources nécessaires, se pose.</p>	VD
<p>La détermination de l'offre adéquate par les cantons nécessite de disposer de données statistiques de qualité sur les prestations offertes. Or, à ce jour, il n'existe pas de données suffisamment fiables pour pouvoir procéder à cet exercice, même si l'accès aux bases de données des fournisseurs de prestations et des assureurs sera garanti. La consolidation et la validation de toutes ces données alourdiront le travail et pourraient susciter de profonds désaccords entre les différents acteurs. C'est pourquoi, nous pensons qu'il est indispensable que le projet MARS (modules ambulatoires des relevés de la Santé) en cours d'élaboration à l'office fédéral de la statistique (OFS), élargi à tous les prestataires de soins, soit réalisé rapidement et puisse être fonctionnel au moment de l'entrée en vigueur des présentes dispositions. Nous aurions, ainsi des données fiables, validées, permettant des comparaisons intercantionales, tant sur les plans de l'ambulatoire hospitalier que communautaire.</p>	NE
<p>Nous insistons par contre sur la nécessité d'établir des bases de données suffisantes et complètes afin d'obtenir des indicateurs clairs et utiles à l'évaluation de l'adéquation de l'offre.</p>	PSS
<p>Da wir uns dagegen aussprechen, dass der Bund die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung bestimmt, sprechen wir uns konsequenterweise auch für</p>	SGV/USAM

<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 Streichung von Absatz 5 aus, gemäss dem die Leistungserbringer und die Versicherer ein weiteres Mal gezwungen würden, gratis Daten zu liefern.</p>	
<p>Pour ce qui est des données nécessaires pour l'évaluation de l'adéquation de l'offre de prise en charge, le Comité directeur de la CDS approuve la réglementation prévue à l'art. 40c, al. 5, prévoyant la gratuité de l'échange de données. Cependant, le texte ne fait pas mention de la Confédération en tant que fournisseur de données, bien que celle-ci dispose également d'information importantes dans ce contexte.</p> <p>Proposition ad art. 40c al. 5 LAMal : « La Confédération, les cantons, les fournisseurs de prestations et leurs fédérations ainsi que les assureurs, leurs fédérations ou les organisations qu'ils mandatent fournissent gratuitement les données nécessaires pour évaluer l'adéquation de l'offre ... . »</p> <p>Bezüglich der notwendigen Datengrundlagen zur Beurteilung der Angemessenheit des Versorgungsangebots stimmt der Vorstand der GDK der Regelung nach Art. 40c Abs. 5 zur Kostenlosigkeit des Datenaustauschs grundsätzlich zu. Hingegen ist der Bund als Bereitsteller von Datengrundlagen nicht erwähnt, obwohl er ebenfalls über wichtige Informationen in diesem Zusammenhang verfügt.</p> <p>Antrag zu Art. 40c Abs. 5 KVG: „Der Bund, die Kantone, die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer, deren Verbände oder von ihnen beauftragte Organisationen liefern kostenlos die Daten, die zur Beurteilung... erforderlich sind“.</p>	<p>CDS/GDK + OW, GL, AR, FR, SH, TG, JU, BL, NE</p>
<p>Vorhandene Daten der Leistungserbringer werden zur Verfügung gestellt. Für spezielle Erhebungen und Auswertungen müssen die Kosten vom Kanton getragen werden.</p>	<p>DLV</p>
<p>Eine selbstständig erwerbende Ergotherapeutin oder eine Organisation der Ergotherapie kann ErgotherapeutInnen anstellen. Müsste dies in Zukunft dem Kanton gemeldet werden?</p> <p>Die statistische Datenlage der verschiedenen nichtärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen auf Bundesebene muss als sehr schlecht bezeichnet werden. Der EVS erwartet vom Bundesrat das Erteilen eines Auftrags an das Bundesamt für Statistik, damit die Datenlage substantiell verbessert werden kann. Die Berufsverbände können nur Auskünfte über ihre Mitglieder geben, nicht aber über alle Berufsausübenden.</p>	<p>EVS</p>
<p>5 Die Kantone, die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände liefern <del>kostenlos</del> gegen angemessene Entschädigung die Daten...</p> <p>Abs. 5 kostenlose Datenlieferung</p> <p>Transparente Daten als Grundlage für die Steuerung sind unverzichtbar. Aber die Erhebung von qualitativ guten Daten ist aufwändig. Deshalb geht es nicht an, dass der Bund die Leistungserbringer und deren Verbände verpflichten kann, die notwendigen Daten kostenlos bereit zu stellen.</p>	<p>FMH</p>
<p>A nos yeux, il est aussi important que la Confédération donne des directives claires en ce qui concerne le type, l'étendue et la qualité des données devant être recueillies sur la question de l'approvisionnement adéquat en soins. D'une part, cela facilite la collaboration entre les cantons et, d'autre part, c'est la seule manière d'établir des comparaisons qui sont indispensables dans ce domaine.</p> <p>Collecte des données</p> <p>En tant que principale association professionnelle des psychologues et psychothérapeutes en Suisse, nous sommes évidemment tout à fait disposés à remettre, dans la mesure de nos possibilités, les données nécessaires à la mise en oeuvre des mesures, comme le prévoit l'art.40c al. 5. Nous ne pouvons toutefois accepter que cela doive se faire gratuitement vu la formulation ambiguë et illimitée, Nous souhaiterions rappeler que l'affiliation à une association professionnelle n'est pas obligatoire et que, par conséquent, nos membres versent leurs cotisations sur une base volontaire. La situation n'est</p>	<p>FSP</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>dès lors pas comparable à celle des assureurs, des cantons ou de la Confédération, qui sont financés par des contributions obligatoires !</p> <p>A notre avis, il convient de tenir compte de cet aspect en permettant aux associations regroupant les fournisseurs de prestations de facturer aux cantons la mise à disposition des données de manière à couvrir leurs coûts.</p> <p>Nous aimerions signaler, à ce propos, l'enquête sur les données structurelles de la psychothérapie, que le bureau BASS a menée sur mandat de la FSP afin d'obtenir des informations sur l'offre, l'utilisation et les coûts de la psychothérapie effectuée par des psychologues en Suisse. Une étude comme celle-ci coûte plusieurs dizaines de milliers de francs – un montant considérable qui ne peut pas toujours être pris en charge par les fédérations des fournisseurs de prestations.</p>	
<p>Die kostenlose Lieferung der Daten durch die Leistungserbringer wird abgelehnt.</p>	<p>Hausärzte Schweiz</p>
<p>Abs. 5, anpassen: „... Massnahmen nach Artikel 40a erforderlich sind. ...“</p>	<p>H+</p>
<p>L'obligation de fourniture gratuite de données à la Confédération par les cantons et les fournisseurs de prestations est fixée par la loi. Cela représente une violation éclatante du principe de la bonne foi, le Conseiller fédéral Alain Berset ayant affirmé dans sa lettre du 8 février 2012 à la CCM qu'il n'y avait aucune intention d'édicter des dispositions étendues sur l'échange de données dans le domaine ambulatoire (en réponse à la menace de référendum de la CCM sur l'art. 42 al. 3bis LAMal).</p>	<p>CCM, GAeSO AeGTG, GLAeG, AeGBL, SMCF, KAeGSG, BAeV, KAeGSH,</p>
<p>Wir sind gerne bereit, die zur Umsetzung der Massnahmen notwendige Information zu liefern.</p>	<p>SCG</p>
<p>Vgl. Bemerkungen zum Art. 40a, Abs. 1-4</p>	<p>SBV (ASMI)</p>
<p>Die Daten für den Versorgungsbericht und die Beurteilung der Angemessenheit (Artikel 40c, Absatz 5) dürfen nicht kostenlos eingefordert werden, da damit wieder die Versicherungsprämien und die mit freiwilligen Mitgliederbeiträgen finanzierten Verbände belastet werden.</p>	<p>SBK/ASI</p>
<p>Saubere statistische Grundlagen bei den Nicht ärztlichen Gesundheitsberufen schaffen: Die statistische Datenlage zu den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im ambulanten Bereich muss auf Bundesebene als äusserst dürftig bezeichnet werden. Dies wurde in mehreren Projekten z.B. zum Monitoring des ambulanten Bereichs oder zu Prognosen der Gesundheitsberufe u.a. vom Obsan festgestellt. Die Berufsverbände können zwar Auskunft geben über ihre Mitglieder, nicht aber über alle Berufsausübenden. Ausserdem sind die Daten, die von den Berufsverbänden erfasst werden, nicht einheitlich. Sollte erwartet werden, dass einheitliche Daten erhoben werden, so können diese nicht kostenlos weiter gegeben werden.</p> <p>Der SVDE erwartet daher vom Bund das Erteilen eines Auftrages an das Bundesamt für Statistik, um die Datenlage in diesem Bereich substantiell zu verbessern.</p>	<p>SVDE</p>
<p>Bezeichnend für die Vorlage ist der Umstand, dass der Bund eine umfassende Datenerhebungskompetenz zugestanden erhält (<i>Absatz 5</i>). Wir stellen auch hier ernüchert fest, dass überhaupt keine konkreten Vorstellungen über die benötigte Datenlage bestehen – was aber wiederum einhergeht mit der aktuellen Inexistenz von nachvollziehbaren Kriterien.</p> <p>Der guten Ordnung halber halten wir fest, dass die Verbände der Versicherer und Leistungserbringer nicht zu Datenlieferungen verpflichtet werden können (zumindest solange sie nicht über gesetzliche Datenerhebungsaufträge verfügen). Selbstverständlich wäre curafutura aber zur Zusammenarbeit bereit, soweit sie von ihren Mitgliedern mit den entsprechenden Daten und Kompetenzen ausgestattet wird.</p>	<p>curafutura</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>Dieser Artikel ist zu streichen.</p> <p>Begründung</p> <p>Unseres Erachtens wird zu wenig sichergestellt, dass das Expertenwissen der Versicherer und Leistungserbringer tatsächlich berücksichtigt wird. Die Gefahr besteht, dass sich die Rolle der konsultierten Parteien nur auf die Lieferung von Daten und Informationen reduziert.</p>	<p>santésuisse</p>
<p>Une fois de plus, on impose une mise à disposition gratuite et sans limites d'informations par les fournisseurs de soins au canton. La compétence subsidiaire supplémentaire du Conseil fédéral ne se justifie pas.</p>	<p>AVCP</p>
<p>Die BEKAG ist gerne bereit, zu diesem Zweck eigene Daten, wie zum Beispiel die Resultate der jährlich durchgeführten Versorgungsumfrage, zur Verfügung zu stellen. Solche Daten können indessen nicht kostenlos erarbeitet und geliefert werden. (...)</p> <p>Wir haben wie gesagt nichts gegen die Verpflichtung, Daten zu liefern, weigern uns aber dezidiert dagegen, dies unentgeltlich tun zu müssen bzw. uns an den Kosten der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe wesentlich zu beteiligen. Mit dem pauschalen Hinweis, wonach solche Daten in jedem Fall kostenlos zu liefern wären, können wir uns indessen nicht einverstanden erklären. Wir schlagen deshalb die folgende neue Formulierung des Abs. 5 vor:</p> <p>„Die Kantone, die Leistungserbringer und ... und deren Verbände liefern die Daten und beteiligen sich an den Kosten der Daten, die zur Beurteilung ... erforderlich sind. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.“</p>	<p>BEKAG</p>
<p>Cave: Kosten; im Abs. 4 für die Kantone, im Abs. 5 für die Verbände (u.a. Ärztesellschaften)</p>	<p>ZGAeG</p>
<p>La SVM émet également des doutes sur la remise gratuite, par tous les intervenants, des données nécessaires pour évaluer l'adéquation de l'offre. L'expérience vaudoise montre en effet que ce sont les chiffres de la profession, ou ceux issus d'études communes menées au niveau cantonal entre la société médicale et le service de la sante publique, qui doivent primer.</p> <p>Par ailleurs, les chiffres ne sont rien Si l'on ne sait pas les interpréter. Pour leur donner du sens, mais également pour apprécier les circonstances locales permettant de déroger ou non à la clause du besoin, il faut le concours des principaux intéressés, a savoir les médecins. Les spécialités sont les seules à pouvoir nuancer les chiffres en termes de type et taux d'activité tout en apportant une vision prospective.</p>	<p>SVM</p>
<p>Saubere statistische Grundlagen bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen schaffen:</p> <p>Die statistische Datenlage zu den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im ambulanten Bereich muss auf Bundesebene als äusserst dürftig bezeichnet werden. Dies wurde in mehreren Projekten z.B. zum Monitoring des ambulanten Bereichs oder zu Prognosen der Gesundheitsberufe festgestellt. Die Berufsverbände können zwar Auskunft geben über ihre Mitglieder, nicht aber über alle Berufsausübenden. Ausserdem sind die Daten, die von den Berufsverbänden erfasst werden, nicht einheitlich. Sollte erwartet werden, dass einheitliche Daten erhoben werden, so können diese nicht kostenlos weiter gegeben werden.</p> <p>Der SVBG erwartet daher vom Bund das Erteilen eines Auftrages an das Bundesamt für Statistik, um die Datenlage in diesem Bereich substantiell zu verbessern.</p>	<p>SVBG</p>
<p>Saubere statistische Grundlagen bei den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen schaffen:</p> <p>Die statistische Datenlage zu den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen im ambulanten Bereich muss auf Bundesebene als äusserst dürftig bezeichnet werden. Dies wurde in mehreren Projekten z.B. zum Monitoring des ambulanten Bereichs oder zu Prognosen der Gesundheitsberufe u.a. vom Obsan festgestellt. Die Berufsverbände können zwar Auskunft geben über ihre Mitglieder, nicht aber über alle Berufsausübenden. Ausserdem</p>	<p>SVO</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>
sind die Daten, die von den Berufsverbänden erfasst werden, nicht einheitlich. Sollte erwartet werden, dass einheitliche Daten erhoben werden, so können diese nicht kostenlos weiter gegeben werden. Swiss Orthoptics erwartet daher vom Bund das Erteilen eines Auftrages an das Bundesamt für Statistik, um die Datenlage in diesem Bereich substantiell zu verbessern.	

*Articolo 53 capoverso 1 LAMal*

<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>
Wir beantragen, die Ergänzungen in Art. 53 betreffend Beschwerdemöglichkeit gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zu streichen. Ansonsten müssten erhebliche Vollzugsprobleme und ein hoher zusätzlicher administrativer Aufwand befürchtet werden, der eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen gefährdet.	LU
Die Ergänzungen betreffend Beschwerden gegen allfällige Beschlüsse der Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung sind zu streichen, weil erhebliche Vollzugsprobleme und ein erheblicher zusätzlicher administrativer Aufwand zu befürchten sind, die eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone verunmöglichen könnten.	SO
Bei Einführung der Beschwerdemöglichkeit an das Bundesverwaltungsgerichts gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen in Zusammenhang mit der Steuerung der ambulanten Versorgung ist mit erheblichen Vollzugsproblemen und einem hohen zusätzlichen administrativen Aufwand zu rechnen, welche eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone verunmöglichen könnten. Es wird daher beantragt, die Ergänzungen von Art. 53 Abs. 1 und Abs. 2 Bst. e KVG zu streichen.	BS
Skeptisch ist die Standeskommission auch bezüglich der geplanten Ergänzungen in Art. 53 KVG betreffend Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der Steuerung der ambulanten Versorgung. Wir befürchten erhebliche Vollzugsprobleme und einen hohen zusätzlichen administrativen Aufwand, welche eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone verunmöglichen könnten.	AI
Die vorgeschlagene Beschwerdemöglichkeit gegen Massnahmenbeschlüsse der Kantonsregierungen bei Über- und bei Unterversorgung an das Bundesverwaltungsgericht wird von uns vehement abgelehnt. Beschlüsse gemäss Art. 40a und 40b sind für eine Beurteilung durch das Bundesverwaltungsgericht nicht geeignet, da sie politischer Natur sind. Im Ergebnis würde die vorgeschlagene Beschwerdemöglichkeit gegen Massnahmen bei Über- und Unterversorgung die Einführung der Popularbeschwerde gegen solche Beschlüsse bedeuten. Die damit verbundenen Folgen für die Administration wie auch für die Gerichtsinstanzen sind unabsehbar. Entweder wird diesfalls auf das Ergreifen von Massnahmen gemäss Art. 40a und 40b verzichtet oder Administration und Bundesverwaltungsgericht werden „lahmgelegt“. Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung sind zudem aufgrund ihrer Tragweite von den Kantonen zumindest im Grundsatz auf Gesetzesstufe vorzusehen. Diesfalls sind entsprechende Beschlüsse nicht beschwerdefähig, da sie vom kantonalen Parlament und nicht von der Kantonsregierung beschlossen wurden. Die vorgeschlagene Bestimmung ist somit auch inhaltlich inkonsistent.	GR
Wir befürchten, dass die hier aufgeführten Beschwerdemöglichkeiten gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zu erheblichen Vollzugsproblemen und einem hohen zusätzlichen administrativen Aufwand führen.	TG
La disposizione proposta trova la nostra approvazione.	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>Nous estimons qu'il faudrait suivre la même procédure que celle en vigueur dans les cantons pour les autorisations de pratique en matière de police sanitaire.</p>	<p>NE</p>
<p>Le Comité directeur de la CDS propose de supprimer les compléments dans l'art. 53 concernant les recours contre les décisions des gouvernements cantonaux en relation avec le pilotage des soins ambulatoires. Le Comité directeur de la CDS craint sinon des problèmes d'exécution considérables et une charge administrative supplémentaire élevée qui pourraient rendre impossible une mise en oeuvre efficace des mesures par les cantons.</p> <p>Proposition ad art. 53 al.1 : supprimer les modifications.</p> <p>Der Vorstand der GDK beantragt, die Ergänzungen in Art. 53 betreffend Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen in Zusammenhang mit der Steuerung der ambulanten Versorgung zu streichen. Der Vorstand der GDK befürchtet ansonsten erhebliche Vollzugsprobleme und einen hohen zusätzlichen administrativen Aufwand, welche eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone verunmöglichen könnten.</p> <p>Antrag zur Art. 53 Abs.1: Änderungen streichen</p>	<p>CDS/GDK + OW, GL, AR, FR, SH, JU, BE, BL, NE</p>
<p>Vorschlag FMH</p> <p><del>... über das Verwaltungsverfahren (VwVG). Vorbehalten bleiben folgende Ausnahmen: e. In Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse nach den Artikeln 39, 40a und 40b ist die Rüge der Unangemessenheit unzulässig.</del></p> <p>Die Rüge der Angemessenheit bei Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Beschlüsse nach Art. 40a und 40b soll auch in Zukunft zugelassen sein. Im Gegensatz zu Fragen der Spitalplanung nach Art. 39, welche im wesentlichen grosse Einrichtungen des Kantons betreffen oder Einrichtungen, an denen der Kanton beteiligt ist oder diese zumindest mitfinanziert, geht es bei Beschwerden gegen Planungsmassnahmen im ambulanten Bereich um Planungen, welche Private in ihrer Existenz als kleine oder mittlere Unternehmungen betreffen.</p> <p>Wenn schon nur eine Beschwerdeinstanz zuständig ist und die Weiterzugsmöglichkeit an das Bundesgericht nicht besteht oder wesentlich eingeschränkt ist, so muss durch das Bundesverwaltungsgericht zumindest eine Überprüfung mit voller Kognition erfolgen können.</p>	<p>FMH</p>
<p>Keine Bemerkungen.</p>	<p>Hausärzte Schweiz</p>
<p>Abs. 1, anpassen: „... nach den Artikeln 39, 40a, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1-3, 51, 54...“</p>	<p>H+</p>
<p>Eine allfällige Zulassungsbeschränkung kann juristisch beim BVG angefochten werden, wobei hier die volle Kognition gefordert wird. (...)</p> <p>Dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen.</p> <p>Die Rüge der Angemessenheit soll weiterhin möglich sein (volle Kognition). Die Beschwerden betreffen Private in ihrer Existenz als kleine oder mittlere Unternehmungen, weshalb deren Angemessenheit vom Gericht geprüft werden soll.</p>	<p>VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH</p>
<p>Wir beantragen, die Rüge der Angemessenheit bei Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Beschlüsse nach Art. 40a und 40b zuzulassen und die Beschränkung auf die Prüfung der Rechtmässigkeit bezüglich der Beschlüsse nach Art. 40a und 40b im Art. 53 Abs. 2 lit. E wieder zu streichen. Im Gegensatz zu Fragen der Spitalplanung nach Art. 39, welche im wesentlichen grosse Einrichtungen des Kantons betreffen oder Einrichtungen, an denen der Kanton beteiligt ist oder diese zumindest mitfinanziert,</p>	<p>BEKAG</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>
geht es bei Beschwerden gegen Planungsmassnahmen im ambulanten Bereich um Planungen, welche Private in ihrer Existenz als kleine oder mittlere Unternehmungen betreffen. Wenn schon nur eine Beschwerdeinstanz zuständig ist und die Weiterzugsmöglichkeit an das Bundesgericht nicht besteht oder wesentlich eingeschränkt ist, so muss durch das Bundesverwaltungsgericht zumindest eine Überprüfung mit voller Kognition erfolgen können.	
Bei abgelehnten Zulassungsentscheiden ist es problematisch, dass die Kantone nach wie vor über die Krankenhäuser in ihrem Besitz einen dominanten Einfluss auf das regionale Versorgungsgeschehen haben. Dies kann dazu führen, dass Kantone als Eigentümer von Spitalern sich unliebsame Konkurrenz vom Leibe halten können, in dem Dritte, also frei praktizierende Ärzte aus Prinzip keine Zulassungen mehr erhalten. Damit erhalten die kantonalen Spitaler Möglichkeiten, Ärzte, die in die Niederlassung wechseln möchten, an das Spital zu ketten. Ob dies zur Motivation der Ärzte beiträgt darf bezweifelt werden. Es ist deshalb zu begrüßen, dass ein Beschwerderecht vorgesehen ist.	ÄZ
Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Art. 39, 40a und 40b so formuliert sind, dass der Bundesrat nicht alleinige Macht über diese Gesetzesartikel hat.	ZGAeG
Die Ergänzungen 40a und 40b sind ersatzlos zu streichen. Schon bei der KVG Revision Spitalfinanzierung wurde das Beschwerderecht der betroffenen Leistungserbringer eingeschränkt. In einem Rechtsstaat mit einem gut etablierten System der Gewaltentrennung sollen die Rechtssubjekte nicht ohne Not eingeschränkt werden.	Medswiss.net

*Articolo 53 capoverso 2 lettera e LAMal*

<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>
Die Ergänzungen betreffend Beschwerden gegen allfällige Beschlüsse der Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung sind zu streichen, weil erhebliche Vollzugsprobleme und ein erheblicher zusätzlicher administrativer Aufwand zu befürchten sind, die eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone verunmöglichen könnten.	SO
Problematisch ist zudem die vorgeschlagene eingeschränkte Kognition im Beschwerdeverfahren.	SGB
Le Comité directeur de la CDS propose de supprimer les compléments dans l'art. 53 concernant les recours contre les décisions des gouvernements cantonaux en relation avec le pilotage des soins ambulatoires. Le Comité directeur de la CDS craint sinon des problèmes d'exécution considérables et une charge administrative supplémentaire élevée qui pourraient rendre impossible une mise en œuvre efficace des mesures par les cantons.  Proposition ad art. 53 al. 2 let. E: supprimer.  Der Vorstand der GDK beantragt, die Ergänzungen in Art. 53 betreffend Beschwerden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen in Zusammenhang mit der Steuerung der ambulanten Versorgung zu streichen. Der Vorstand der GDK befürchtet ansonsten erhebliche Vollzugsprobleme und einen hohen zusätzlichen administrativen Aufwand, welche eine effiziente und wirkungsvolle Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone verunmöglichen könnten.  Antrag zu Art. 53 Abs. 2 Bst. E: streichen	CDS/GDK + OW, GL, AR, FR, SH, JU, BL, NE

<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>
Abs. 2 Bst. E, streichen: Schon bei der KVG-Revision Spitalfinanzierung wurde das Beschwerderecht der betroffenen Leistungserbringer eingeschränkt. In einem Rechtsstaat mit einem gut etablierten System der Gewaltentrennung sollen die Rechtssubjekte nicht ohne Not eingeschränkt werden. Ausnahmen der Gerichtsbarkeit darf es nur geben, wenn die Funktionsfähigkeit des Staates durch Klagen behindert würde. Dies trifft hier nicht zu. Vor 2009 haben das KVG und die Kantone sehr gut ohne diese Einschränkung der Rechte funktioniert. Eine Ausweitung der Einschränkung auf die Verfahren gemäss Art. 40a und 40b ist nicht akzeptierbar, weil weder eine bisherige Praxis besteht noch der vorliegende Gesetzesentwurf Auskunft darüber gibt, nach welchen Kriterien Massnahmen getroffen würden.	H+
Ein Ausschluss des Rügegrundes der Unangemessenheit anlässlich einer Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 53 Abs. 2 Bst. E KVG ist zu streichen. Es ist nicht akzeptabel, dass vorliegend das Beschwerderecht weiter eingeschränkt wird.	PKS
Eine allfällige Zulassungsbeschränkung kann juristisch beim BVG angefochten werden, wobei hier die volle Kognition gefordert wird. (...)  Dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen.  Die Rüge der Angemessenheit soll weiterhin möglich sein (volle Kognition). Die Beschwerden betreffen Private in ihrer Existenz als kleine oder mittlere Unternehmungen, weshalb deren Angemessenheit vom Gericht geprüft werden soll.	VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH
S'agissant d'une restriction aussi lourde à la liberté économique qui touche des personnes ayant achevé avec succès des études longues et exigeantes, la limite d'appréciation du TAF ne devrait pas être restreinte.	AVCP
Wir beantragen, die Rüge der Angemessenheit bei Beschwerden an das Bundesverwaltungsgericht gegen Beschlüsse nach Art. 40a und 40b zuzulassen und die Beschränkung auf die Prüfung der Rechtmässigkeit bezüglich der Beschlüsse nach Art. 40a und 40b im Art. 53 Abs. 2 lit. E wieder zu streichen. Im Gegensatz zu Fragen der Spitalplanung nach Art. 39, welche im wesentlichen grosse Einrichtungen des Kantons betreffen oder Einrichtungen, an denen der Kanton beteiligt ist oder diese zumindest mitfinanziert, geht es bei Beschwerden gegen Planungsmassnahmen im ambulanten Bereich um Planungen, welche Private in ihrer Existenz als kleine oder mittlere Unternehmungen betreffen. Wenn schon nur eine Beschwerdeinstanz zuständig ist und die Weiterzugsmöglichkeit an das Bundesgericht nicht besteht oder wesentlich eingeschränkt ist, so muss durch das Bundesverwaltungsgericht zumindest eine Überprüfung mit voller Kognition erfolgen können.	BEKAG
Abs. 2 Buchstabe e streichen:  Eine weitere Einschränkung des Beschwerderechts wird abgelehnt.	VZK

*Articolo 55b capoverso 1 LAMaI*

<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>
Der vorgesehene neue Art. 55b, der dem Bundesrat die Kompetenz zur Tarifsenkung bis höchstens 10% bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung in einem ambulanten Sektor eines Kantons einräumt, verletzt die Genehmigungs- bzw. subsidiäre Festsetzungskompetenz der Kantone. Diese Interventionsmöglichkeit des Bundesrates lehnen wir deshalb ab. Kommt hinzu, dass der Bundesrat bei seiner Entscheidung über einen grösseren bzw. anderen Ermessens- und Entscheidungsspielraum als die Kantone verfügte, ohne dass diesbezüglich ein Kontrollinstrument zur Verfügung stünde; gegen seine Beschlüsse bestünde im Unterschied zu Beschlüssen der Kantonsregierungen in Tariffragen keine Anfechtungsmöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht (vgl. Art. 53	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>Abs. 1 e contrario). Stossend ist dabei insbesondere auch, dass die Kompetenz des Bundesrates zur Tarifsenkung von bis zu 10% sehr weit gefasst ist und dass unklar bleibt, welche Leistungserbringer zu welchen ambulanten Sektoren gezählt bzw. wie die ambulanten Sektoren voneinander abgegrenzt werden. Das KVG stellt mit dem bestehenden Art. 55, der auch dem Bundesrat unter bestimmten Bedingungen die Kompetenz einräumt, die Tarife einzufrieren, bereits ein kostendämpfendes Instrument zur Verfügung, das im Unterschied zum neuen Art. 55b im Einklang mit der grundsätzlichen Kompetenzregelung gemäss KVG steht und das vom Bundesrat bis heute nicht benützt wurde.</p>	
<p>Auch ein subsidiäres Eingreifen durch den Bundesrat bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung lehnt der Regierungsrat entschieden ab. (...)</p> <p>Die Tarifhoheit liegt in erster Linie bei den Tarifpartnern. Die Kantone haben die Genehmigungspflicht und die subsidiäre Festsetzungskompetenz. Die Entscheide werden durch das Bundesverwaltungsgericht als hoheitliche Aufsichtsinstanz überprüft. Daher ist es aus Sicht des Regierungsrats nicht nachvollziehbar, weshalb der Bundesrat als zusätzliche Interventionsinstanz eingesetzt werden muss. Zudem ist die Berechnungsbasis für die Beurteilung der Kostenentwicklung in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich und auf dieser Grundlage alleine die Beurteilung des Interventionsbedarfs nicht möglich. Die Gründe für eine Kostensteigerung können sehr vielfältig sein und ohne Berücksichtigung von entsprechenden Einflussfaktoren ist eine Tarifsenkung nicht zulässig.</p> <p>Der Regierungsrat spricht sich entschieden gegen den Artikel 55b aus und fordert dessen Streichung.</p>	UR
<p>Die Vorlage sieht ferner vor, dass der Bundesrat bei einem deutlich überdurchschnittlichen Kostenwachstum in einem ambulanten Sektor eines Kantons die Tarife bis zu zehn Prozent senken kann. Diese Massnahme muss in dem Sinne differenziert werden, dass für langjährige Leistungserbringer im entsprechenden Sektor der Besitzstand gewahrt bleibt.</p>	SZ
<p>Die Massnahmen nach Art. 55b lehnen wir vollumfänglich ab. Die Festlegung der Tarife ist Sache der Verhandlungspartner. Wir übernehmen mit der Genehmigungs- respektive Festsetzungskompetenz eine hoheitliche Aufsichtsfunktion, welche vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden kann. Es wäre äusserst störend, wenn der Bundesrat in den Tarifprozess eingreifen würde.</p>	NW
<p>Antrag: Streichen.</p> <p>Bei der Tariffindung gilt das Verhandlungsprimat zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Die Kantone sind Genehmigungsbehörde und haben eine subsidiäre Festsetzungskompetenz. Ein Eingriff des Bundes in diese Zuständigkeitsordnung ist nicht gerechtfertigt und wird klar abgelehnt.</p>	ZG
<p>Dieser Artikel ist zu streichen. Die Festlegung der Tarife ist in erster Linie Sache der Tarifpartner, wobei die Kantone mit der Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenz und -pflicht eine hoheitliche Aufsichtsfunktion ausüben, die vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden kann. Das Schaffen einer zusätzlichen Interventionsmöglichkeit im Bereich der ambulanten Tarife für den Bund ist daher unnötig. Dabei wäre die alleinige Berücksichtigung des Kostenwachstums ohne Berücksichtigung der Ausgangsbasis zur Beurteilung des Interventionsbedarfs ohnehin unangemessen.</p>	SO
<p>Art. 55b KVG sieht vor, dass der Bundesrat je nach Kostenentwicklung in einem ambulanten Sektor eines Kantons Tarifsenkungen vornehmen kann. Gemäss Erläuterungen handelt es sich um eine subsidiäre Massnahme, welche erst zum Einsatz kommen soll, wenn der betreffende Kanton keine Massnahmen ergreift. Diese Interventionsmöglichkeit des Bundes lehnen wir aus folgenden Gründen ab:</p> <p>Die Festlegung der Tarife liegt primär in der Kompetenz der Tarifpartner und subsidiär der Kantone.</p>	BS

<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 Kantone übernehmen mit ihrer Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenz und -pflicht eine hoheitliche Aufsichtsfunktion, welche vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden kann.</p> <p>Durch die geplante Interventionsmöglichkeit des Bundes würde die bestehende Kompetenzaufteilung zwischen Bund, Kantonen und Leistungserbringern betr. Tarife tangiert. Ein Eingriff des Bundes in die bestehende Kompetenzordnung ist systemwidrig.</p> <p>Es wird daher beantragt, zur Verhinderung von Systemwidrigkeiten die in der Vorlage vorgesehene Kompetenz des Bundesrates auf die Kantone zu übertragen und Art. 55b KVG wie folgt zu ändern:</p> <p><sup>1</sup>[...], so kann der Kanton (statt der Bundesrat) durch eine Verordnung die nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigten oder nach Artikel 47 festgesetzten Tarife dieses Kantons um höchstens 10 Prozent senken.</p> <p>2 Dabei berücksichtigt er das kantonale Kostenniveau sowie besondere Umstände, namentlich die Umsetzung von Artikel 40a und die Verschiebung von Behandlungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. (Vor dem Erlass oder der Verlängerung der Verordnung hört er den betreffenden Kanton an und streichen)</p> <p>In den Erläuterungen zu Art. 55b Abs. 3 KVG (Seite 18) wird zudem auf Art. 40a Abs. 3 KVG verwiesen. Diese Bestimmung regelt jedoch nur, dass innerhalb einer Frist die Tätigkeit zulasten der OKP aufgenommen werden muss. Unseres Erachtens müsste an dieser Stelle jedoch auf Art. 40a Abs. 1 KVG oder allgemein auf die Massnahmen nach Art. 40a KVG verwiesen werden.</p>	
<p>Schliesslich lehnt die Ständekommission auch die Interventionsmöglichkeiten des Bundes im Bereich der Tarife vollumfänglich ab. Die Festlegung der Tarife ist in erster Linie Sache der Tarifpartner und die Kantone übernehmen mit ihrer Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenz und -pflicht eine hoheitliche Aufsichtsfunktion, welche vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden kann. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Interventionsmöglichkeit für den Bund scheint uns nicht angezeigt. Die bestehende Kompetenz- und Aufgabenteilung zwischen Bund (Bundesverwaltungsgericht), Kantonen und Leistungserbringern im Bereich der Tariffindung würde damit verletzt und das Verfahren nochmals verkompliziert.</p>	AI
<p>Eine Regelung, wonach der Bundesrat die Kompetenz erhalten soll, bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung über Tarifsenkungen zu entscheiden, lehnt die Regierung ab. Die Festlegung der Tarife ist in erster Linie Sache der Tarifpartner, die Kantone übernehmen mit ihrer Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenz und -pflicht (neue Spitalfinanzierung) eine hoheitliche Aufsichtsfunktion, welche vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden kann. Es erscheint deshalb nicht angezeigt, dass im Bereich der ambulanten Tarife eine zusätzliche Interventionsmöglichkeit für den Bund geschaffen wird. Neben der Tatsache, dass mit einer solchen Massnahme die bestehende Kompetenz- und Aufgabenteilung zwischen Bund (Bundesverwaltungsgericht), Kantonen und Leistungserbringern im Bereich der Tariffindung verletzt würde, ist der Vorschlag aus Sicht der Umsetzbarkeit problematisch: Die Ausgangslage (Berechnungsbasis) der einzubeziehenden Kosten pro versicherte Person in den Kantonen ist sehr unterschiedlich. Die alleinige Berücksichtigung des Kostenwachstums (ohne Berücksichtigung der Ausgangsbasis) zur Beurteilung des Interventionsbedarfs ist daher keinesfalls angemessen. Zudem liegen die Gründe für eine Kostensteigerung nicht allein in der Ausgestaltung des Angebots (welches durch eine Tarifsenkung beeinflusst werden soll), sondern können sehr vielfältig sein, so beziehen beispielsweise ältere Personen, Personen in Einpersonenhaushalten und Personen in der Stadt gegenüber der Landbevölkerung mehr Gesundheitsleistungen.</p> <p>Artikel 55b Streichen</p>	SG
<p>cf. CDS + Die in Art. 55b vorgeschlagene Regelung lässt ausser Acht, dass eine Tarifreduktion unmittelbar zu einer Einnahmen- beziehungsweise Einkommens-/Lohnreduktion bei den Leistungserbringern beziehungsweise bei ihrem Personal führen oder mittelbar</p>	GR

<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>eine solche bedingen würde. Spitäler, Pflegeheime, Spitex-Dienste und andere Arbeitgeber gemäss Art. 39 KVG könnten entsprechend gezwungen sein, gegenüber ihrem Personal Änderungskündigungen auszusprechen.</p> <p>Abschliessend ist festzuhalten, dass die vorgeschlagene Investitionsmöglichkeit den Grundsätzen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes wie auch dem Rechtsgrundsatz, dass Verträge einzuhalten sind („pacta sunt servanda“), widerspricht.</p>	
<p>Die Gesetzesbestimmung gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Tarife in einem Kanton um maximal 10 % zu senken, falls die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Sektor eines Kantons während eines Kalenderjahrs um mehr als 2 Prozentpunkte stärker als die durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kosten je versicherte Person in diesem Sektor steigen. In Art. 46 Abs. 4 KVG ist klar geregelt, für welche Tarife der Bundesrat und für welche die Kantonsregierungen zuständig sind. Es ist nicht nachvollziehbar und basiert auf keiner logischen Grundlage, dass der Bundesrat die Tarife senken kann. Es ist rechtsstaatlich fragwürdig, dass der Bundesrat durch eine Verordnung in die kantonale Tarifhoheit eingreifen kann. Es muss ganz klar in der Kompetenz der Kantonsregierungen bleiben, bei überdurchschnittlichem Kostenwachstum die Tarife zu senken. In der vorliegenden Vernehmlassungsbotschaft werden den Kantonen viele neue Aufgaben und teilweise auch Kompetenzen übertragen. Indes werden Aufgaben, welche ganz klar ins Hoheitsgebiet der Kantonsregierungen fallen, zum Bundesrat verschoben. Dies ist nicht nachvollziehbar.</p>	AG
<p>cf. CDS + Zudem würde eine solche Kostensteuerung vor allem die Ostschweizer Kantone früher und heftiger als andere Regionen der Schweiz treffen, weil Regionen mit tiefen Taxpunktwerten die Marke von 2 % rascher überschreiten als Regionen mit höheren Taxpunktwerten. Die Ostschweiz würde damit einmal mehr für ihre tiefen Kosten bestraft.</p>	TG
<p>La scrivente autorità si oppone a questa disposizione. La determinazione delle tariffe compete in prima linea ai partner tariffali, mentre i Cantoni assumono una funzione di alta sorveglianza mediante le loro competenze di approvazione e determinazione sussidiaria delle tariffe, funzione che soggiace alla verifica del Tribunale federale amministrativo.</p> <p>Per diversi motivi non appare pertanto opportuno creare una nuova possibilità d'intervento da parte della Confederazione nell'ambito delle tariffe ambulatoriali. Oltre al fatto che la soluzione proposta violerebbe l'attuale ripartizione delle competenze e dei compiti tra Confederazione (Tribunale amministrativo federale), Cantoni e fornitori di prestazioni nell'ambito della determinazione della tariffa, la proposta ci sembra assai problematica anche dal punto di vista della sua attuazione. Il dato di partenza (base di calcolo) dei costi considerati per persona assicurata è assai diverso nei vari Cantoni. La sola considerazione dell'evoluzione dei costi (senza considerare la base di partenza) per valutare se esiste una necessità di intervento da parte della Confederazione non appare pertanto assolutamente adeguata. Un aumento dei costi non è inoltre dovuto unicamente all'offerta (che si intende influenzare con una riduzione delle tariffe) ma può avere molti altri motivi. Non è ammissibile stabilire come unico criterio per un intervento a livello tariffale quello di un aumento dei costi percentuale e unitario. Appare infine assai problematico prevedere che il Consiglio federale possa ridurre le tariffe approvate o stabilite dal Governo cantonale di al massimo il 10%, poiché non sussistono criteri per stabilire l'effettivo ammontare della riduzione.</p>	TI
<p>La proposition du nouvel article 55b apparaît non justifiée, imprécise et amenant un flou supplémentaire dans un domaine complexe. Le Conseil d'Etat la rejette dès lors dans son intégralité. La fixation des tarifs incombe en premier lieu aux partenaires tarifaires, les cantons disposant d'une compétence souveraine de surveillance grâce à leur compétence d'approbation et de devoir subsidiaire de fixation ; leur intervention est sujette à recours devant le Tribunal administratif fédéral. A l'instar de la CDS, le Conseil d'Etat estime contre-indiqué de créer une possibilité d'intervention supplémentaire de la Confédération dans le domaine des tarifs ambulatoires. L'article 55b modifierait fondamentalement la répartition des compétences prévues par la LAMal et constituerait une forme d'ingérence dans une matière relevant des cantons. Une augmentation des coûts dans</p>	VD

<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>un secteur peut par ailleurs être la conséquence d'une politique de santé publique tout à fait pertinente. A titre d'exemple, on citera l'augmentation des coûts à charge de l'AOS dans le domaine des soins à domicile permettant une diminution de ceux des EMS. Le Conseil d'Etat estime que les cantons sont les mieux à même de tenir compte de ces éléments. Dans ces conditions, plutôt qu'une compétence subsidiaire du Conseil fédéral, il serait nettement plus pertinent d'octroyer aux cantons une marge de manœuvre plus importante qu'à l'heure actuelle en matière d'approbation et de fixation de tarifs. Il s'agirait ainsi en particulier de leur permettre d'adopter des tarifs différenciés par région et/ou par discipline. Une telle possibilité, inscrite dans la LAMal, complèterait utilement la possibilité octroyée aux cantons de réguler le secteur ambulatoire par des mesures de planification.</p>	
<p>Notre conseil s'oppose à la possibilité donnée au Conseil fédéral de baisser les tarifs en cas d'évolution des coûts supérieure à la moyenne. En effet, cette mesure nous semble contreproductive. On imagine, par exemple, le cas d'un canton sous-doté en médecins, dont les coûts augmenteraient suite à une politique favorable à l'installation de nouveaux médecins sur son territoire. Par ailleurs, il nous semble préférable d'agir sur l'offre, plutôt que sur le prix. En effet, des prix artificiellement bas viseraient à garantir un volume de prestations et n'ont pas d'effet positif durable sur les coûts par assuré. En conséquence, notre conseil propose de supprimer l'article 55b du projet.</p>	GE
<p>Le Gouvernement n'approuve pas en revanche les réglementations concernant les possibilités d'intervention de la Confédération dans le domaine des tarifs.</p>	JU
<p>Bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung in einem Kanton soll der Bundesrat die Kompetenz erhalten auf Verordnungsstufe die Tarife dieses Kantons bis zu 10 Prozent zu senken. Die BDP lehnt diesen Tarifsenkungseingriff eher ab. Die Tarife werden von den Versicherern und Leistungserbringern verhandelt, die subsidiäre Kompetenz des Bundesrats soll nur in Ausnahmesituationen zur Anwendung kommen.</p>	BDP
<p>Lorsque les coûts moyens par assurée d'un canton augmentent d'un taux supérieur de plus de deux points de pourcent à la hausse moyenne des coûts par assuré dans un secteur ambulatoire donné pour l'ensemble de la Suisse, le Conseil fédéral aura la compétence de baisser, par voie d'ordonnance, le tarif ou la valeur du point tarifaire de 10% au plus. Si le PS n'est pas fondamentalement contre une telle disposition, il estime primordial que cette pression sur les coûts ne crée pas des incitations qui pourraient avoir un impact négatif sur la qualité des prestations. Partant, nous en appelons à la prudence et invitons le Conseil fédéral à procéder à une analyse méticuleuse de la hausse des coûts – notamment en matière de flux des patients – avant de prendre des mesures qui pourraient s'avérer trop arbitraires.</p>	PSS
<p>2 Gegen hoheitliche Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung</p> <p>Mit einem neuen Artikel 55b soll der Bund die Kompetenz erhalten, die kantonalen Kostenentwicklungen zu steuern. Diese Erweiterung der hoheitlichen Tarifkompetenz lehnt économiessuisse ab. In Artikel 55 KVG hat der Bund heute schon die Möglichkeit, die Kosten einzudämmen. Die Kompetenz wird hier jedoch an die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung gekoppelt. Mit Art. 55b sollen neu die kantonalen Kostenunterschiede ein solches Eingreifen rechtfertigen und zwar unabhängig von den unterschiedlichen Lohnentwicklungen in den einzelnen Kantonen. Diese doppelte Tarifkompetenz wird zu Konflikten führen.</p> <p>Tarifarische Anreize müssen aus Sicht der Wirtschaft spezifischer Natur sein. Beispielsweise sollten die Tarifpartner den Taxpunktwert einer Fachspezialität anheben oder senken. Gegen einen gewissen hoheitlichen Druck, damit die Tarifpartner eine solche Lösung finden, verschliessen wir uns nicht.</p>	économiessuisse
<p>Wir sprechen uns dezidiert dagegen aus, dass der Bund Tarife senkt, die von den Vertragsparteien gemeinsam ausgehandelt und genehmigt wurden. Wir werden den Eindruck nicht los, dass mit Artikel 55b eine Gesetzesbestimmung geschaffen werden soll,</p>	SGV/USAM

<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>mit der der Bund gezielt jene Kantone bestrafen kann, die bewusst von ihrem Recht Gebrauch gemacht haben, auf Zulassungsbeschränkungen zu verzichten. Das lehnen wir dezidiert ab. Die heute bestehenden gesundheitspolitischen Kompetenzen der Kantone dürfen grundsätzlich nicht eingeschränkt werden.</p>	
<p>Den Vorschlag des Bundesrates, ihm die Kompetenz zu geben, bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung Tarifsenkungen durchzusetzen, lehnen wir ab. Die Kostenentwicklung sollte in erster Linie über die Verbesserung bei der qualitativen Versorgung gesteuert werden und nicht über Sparrunden. Wir beantragen deshalb Artikel 55b zu streichen.</p>	<p>SGB</p>
<p>Nous rejetons dans son intégralité la réglementation prévue à l'art. 55b. La fixation des tarifs incombe en premier lieu aux partenaires tarifaires, les cantons disposant d'une fonction souveraine de surveillance grâce à leur compétence d'approbation et à leur compétence et devoir subsidiaire de fixation ; leur intervention est sujette à recours devant le Tribunal administratif fédéral. Sous plusieurs angles d'examen, il nous semble contraindre de créer une possibilité d'intervention supplémentaire de la Confédération dans le domaine des tarifs ambulatoires. Outre le fait qu'une telle mesure serait contraire à la répartition des compétences et des tâches entre la Confédération (Tribunal administratif fédéral), les cantons et les fournisseurs de prestations dans le domaine de la fixation des tarifs, il nous semble que la proposition est également très problématique du point de vue de sa mise en œuvre : selon les cantons, la situation est très variée pour ce qui est du contexte (base de calcul) des coûts à intégrer par personne assurée. La seule prise en compte de l'évolution des coûts (sans considération de la situation de départ) pour évaluer le besoin d'intervention n'est nullement appropriée. Par ailleurs, les accroissements de coût ne sont pas le seul fruit de l'aménagement de l'offre (sur laquelle une baisse des tarifs devrait influencer), mais peuvent avoir des causes multiples. Il n'est pas admissible qu'une intervention au niveau tarifaire repose sur le seul critère de l'accroissement des coûts en pour cent, sans égard pour d'autres facteurs d'influence déterminants. Finalement, il nous paraît que la réglementation proposée, selon laquelle le Conseil fédéral peut diminuer de 10% <i>au plus</i> les tarifs approuvés aux conditions décrites dans le texte, est très problématique, car aucun critère n'est disponible en ce qui concerne l'importance effective de la baisse des tarifs. Pour ces motifs, le Comité directeur de la CDS rejette avec insistance une possibilité d'intervention de la Confédération dans le domaine de l'évolution des tarifs.</p> <p>Proposition ad art. 55b : biffer</p> <p>Indépendamment du projet de loi proposé, la CDS salue en revanche toujours la compétence subsidiaire du Conseil fédéral en matière d'évolution des structures tarifaires du domaine ambulatoire. L'évaluation et l'indemnisation des prestations peuvent également avoir un impact sur l'offre desdites prestations. Le Comité de la CDS est d'avis que la pression exercée sur les fournisseurs de prestations dans le cadre de la révision générale du TARMED doit être maintenue, afin qu'une optimisation des structures tarifaires existantes puisse aboutir dans un délai utile.</p> <p>Die Regelungen gemäss Art. 55b lehnen wir vollumfänglich ab. Die Festlegung der Tarife ist in erster Linie Sache der Tarifpartner, die Kantone übernehmen mit ihrer Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenz und -pflicht eine hoheitliche Aufsichtsfunktion, welche vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden kann. Es erscheint uns aus verschiedenen Blickwinkeln nicht angezeigt, dass im Bereich der ambulanten Tarife eine zusätzliche Interventionsmöglichkeit für den Bund geschaffen wird. Neben der Tatsache, dass mit einer solchen Massnahme die bestehende Kompetenz- und Aufgabenteilung zwischen Bund, (Bundesverwaltungsgericht), Kantonen und Leistungserbringer im Bereich der Tariffindung verletzt würde, erscheint uns der Vorschlag auch aus Sicht der Umsetzbarkeit höchst problematisch: Die Ausgangslage (Berechnungsbasis) der einzubeziehenden Kosten pro versicherte Person in den Kantonen ist sehr unterschiedlich. Die alleinige Berücksichtigung des Kostenwachstums (ohne Berücksichtigung der Ausgangsbasis) zur Beurteilung des Interventionsbedarfs ist daher</p>	<p>CDS/GDK +  OW, GL, AR,  FR, GR, LU,  SH, TG, JU,  BE, BL, NE</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>keinesfalls angemessen. Zudem liegen die Gründe für eine Kostensteigerung nicht allein in der Ausgestaltung des Angebots (welches durch eine Tarifsenkung beeinflusst werden soll), sondern können sehr vielfältig sein. Die Abstützung auf eine einheitlich, prozentuale Kostensteigerung als Kriterium für eine Intervention auf Tarifebene ohne Berücksichtigung von entsprechenden Einflussfaktoren ist nicht zulässig. Schliesslich erscheint und die vorgeschlagene Regelung, wonach der Bundesrat unter den beschriebenen Voraussetzungen die genehmigten oder festgesetzten Tarife um <i>höchstens</i> 10 Prozent senken kann, als äusserst problematisch, da keine Kriterien für die effektive Höhe der Tarifreduktion vorliegen. Aus all diesen Gründen lehnt der Vorstand der GDK eine Interventionsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Tarifhöhe strikte ab.</p> <p>Antrag zu Art. 55b: Streichen</p> <p>Hingegen begrüsst der Vorstand der GDK – unabhängig der vorliegenden Gesetzesvorlage – nach wie vor die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur im ambulanten Bereich. Die Bewertung und Abgeltung der Leistungen kann sich ebenfalls auf das Versorgungsangebot auswirken. Der Vorstand der GDK ist der Ansicht, dass der Druck auf die Leistungserbringer bezüglich einer Gesamtrevision des TARMED zwingend aufrechterhalten werden muss, damit in nützlicher Frist eine Optimierung der bestehenden Tarifstruktur erreicht werden kann.</p>	
<p>Eine Tarifsenkung (aus welchen Gründen auch immer) verträgt sich nicht mit der erläuterten Unterversorgung im Bereich Logopädie.</p> <p>Wie oben angeführt, findet eine zunehmende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich statt. Diese Verlagerung ist kantonsübergreifend, sodass es innerhalb eines einzelnen Kantons zu einer Kostenveränderung kommen kann. Die logopädische Therapie generiert insgesamt eine sehr kleine Kostensumme. So können einige wenige stark Betroffene und Therapiebedürftige insbesondere in kleinen Kantonen innerhalb eines Kalenderjahres auch einmal zu einer temporären Steigerung (und damit Verzerrung) führen.</p> <p>Mit einbezogen werden müssten auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse in einem Fachbereich sowie neue evaluierte Verfahren/Methoden. Diese können temporär zu einer Kostensteigerung führen, sind aber im Sinne von Effizienz und Effektivität langfristig gesehen lohnend.</p> <p>Den Artikel 55b lehnen wir ab und bitten Sie, diesen in der Teilrevision wegzulassen.</p>	DLV
<p>Der Tarif der Ergotherapie ist bereits jetzt nicht kostendeckend. Entsprechendes empirisch erhobenes und wissenschaftlich gesichertes Datenmaterial hat der Berufsverband erstellt. Bei einer Reduktion des Taxpunktwertes um max. 10% würden Ergotherapeutinnen in die Insolvenz getrieben. Die grosse Mehrheit der Praxen müssten geschlossen werden. Die Versorgung gerade in ländlichen Gebieten drohte zusammenzubrechen. Gemeinschaftspraxen und interdisziplinäre Praxen – vom EVS gezielt gefördert – senken zwar die Betriebskosten. Dies reicht aber längstens nicht aus, um die Therapie selbst kostendeckend betreiben zu können. Der EVS lehnt deshalb jede Form von Senkung des Taxpunktwertes ab.</p> <p>Die Ergotherapie ist noch nicht in jedem Kanton umfassend ambulant verbreitet. Wenn in einem dieser Kantone eine Ergotherapiepraxis neu eröffnet wird, so werden die Kosten in diesem Kanton für die Ergotherapie sehr rasch zwei Prozentpunkte zunehmen. Der EVS erwartet, dass dieser Umstand berücksichtigt wird.</p>	EVS
<p>streichen</p> <p>Wir lehnen diese Möglichkeit der Tarifsenkung ab. Die subsidiäre Kompetenz des Bundes zu Tarifsenkungen um bis zu 10% ist ein massiver Eingriff. Damit wird die Autonomie der Tarifpartner, den Taxpunktwert kantonal vertraglich zu regeln, noch mehr eingeschränkt.</p> <p>Die Gesundheitskosten steigen wegen der Demographie und dem Wachstum der Bevölkerung sowie dem medizinische Fortschritt.</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>Die Datengrundlagen für entsprechende Eingriffe sind unklar und anfällig für Einsparungen. Die sektorgetrennte Aufschlüsselung von ambulanten Behandlungen im Versorgungs-Sektor spitalambulant gegenüber dem Sektor praxisambulant ist nicht sichergestellt. Wenn die spitalambulanten Kosten zunehmen, riskieren nach dem Vorschlag des Bundesrats auch die Arztpraxen eine Taxpunktwerterhöhung.</p> <p>Der Bericht hält fest: «Die Möglichkeit einer beachtlichen Tarifierhöhung von bis zu 10 Prozent dürfte die Kantone aufgrund der Grösse dazu bewegen, ihre Verantwortung gegenüber der Versichertengemeinschaft wahrzunehmen.» Hier wird erkennbar, dass die Vorlage einseitig auf Kosten sparen ausgerichtet ist und nicht auf eine optimale medizinische Versorgung der Patienten.</p> <p>Dass die Kantone «nur die Möglichkeit, aber nicht die Pflicht, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu regulieren» (S. 4) würde sich als Illusion erweisen. Die drohenden Tarifierhöhungen würden die Kantone sehr wohl verpflichten, die Zulassung zu steuern.</p> <p>Der Bundesrat hat den Grundversorgern eine tarifliche Besserstellung versprochen. In Kantonen mit wenig spezialisierten Versorgungsstrukturen wird diese dazu führen, dass die ambulanten Kosten in den Praxen mehr als in anderen Kantonen steigen. Die Folge wäre aufgrund des Art. 55b ein Tarifierhöhungseingriff des Bundesrats; was der Bundesrat mit der einen Hand gibt, nimmt er mit der anderen wieder.</p> <p>Das KVG sieht keine Kostenneutralität vor und es gibt entgegen den Ausführungen im Bericht (S. 6) auch «keinen Grundsatz der Kostenneutralität»:</p> <p>«Das Ziel der in dieser Vorlage vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen wäre dann vollständig erreicht, wenn sich die <i>jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben</i> pro Kopf der Bevölkerung der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung anpasst. Dieses Idealziel wird mittelfristig kaum zu erreichen sein. ... Die Kosten des Gesundheitswesens steigen wegen der Überalterung der Bevölkerung, dem medizinischen Fortschritt und der Zunahme der Bevölkerung nicht nur mit der Teuerung, sondern auch real an.» (Botschaft KVG vom 9.11.1991, BBl 1992 I S. 126 und 219)</p> <p>Entsprechend müssen allfällige Anpassungen des TARMED auch nicht kostenneutral erfolgen. Der Gesetzgeber wollte der Bevölkerung den medizinischen Fortschritt nicht vorenthalten:</p> <p>«[...] scheint es uns wichtig, dass diese Versicherung den Zugang zu den heute vorhandenen medizinischen Leistungen ermöglicht und vermieden wird, dass die soziale Krankenversicherung lediglich «zweitklassige» Leistungen erbringt.» (Botschaft KVG vom 9.11.1991, BBl 1992 I S. 130)</p>	
<p>Baisse des tarifs en cas d'évolution des coûts supérieure à la moyenne Nous ne pouvons approuver cette disposition, puisque le lien entre la fourniture d'une prestation (laquelle doit satisfaire aux critères EAE) et le pilotage des soins n'a pas lieu d'être à nos yeux.</p> <p>Si les coûts d'une prestation donnée en viennent à dépasser la moyenne, en matière de santé ce ne peut être généralement que l'effet d'un accroissement de la demande. Dans une telle situation, baisser unilatéralement les tarifs, et sanctionner ainsi les fournisseurs de prestations sans tenir aucun compte des causes de l'augmentation des besoins, est une mesure dont nous ne voyons pas la justification.</p>	FSP
<p>Hausärzte Schweiz lehnt die Möglichkeit der Tarifierhöhung durch den Bundesrat entschieden ab. Die vorgesehene Lösung ist im vorliegenden Kontext absolut systemfremd. Zudem entspricht die vorgeschlagene Lösung, wonach der Bundesrat sowohl in die Tarifstruktur eingreifen als auch den Taxpunktwert senken könnte, in keine Weise der bisherigen Regelung. Es muss weiterhin in erster Linie den Tarifpartnern obliegen, im Falle einer unerwünschten Kostenentwicklung eine Tarifanpassung auszuhandeln. Ein behördlicher Eingriff muss sich auf Situationen beschränken, in denen die aktuelle Struktur nicht mehr sachgerecht ist und sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 43 Abs. 5 bis KVG). Da der gesamte Artikel abgelehnt wird, wird auf detaillierte Erläuterungen zu den einzelnen Absätzen verzichtet.</p>	Hausärzte Schweiz

<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>Art. 55b</p> <p>streichen</p> <p>Die Absenkung von Taxpunktwerten durch den Bundesrat hebt die Tarifautonomie der Tarifpartner und die Genehmigungs- bzw. Festsetzungshoheit der Kantone aus.</p> <p>H+ nimmt zudem an, dass durch den Erlass einer Verordnung auch die rechtliche Anfechtbarkeit eines bundesrätlichen Entscheids verhindert werden soll. Dies ist nicht akzeptierbar für einen Bereich, wo funktionierende rechtsstaatliche Instanzen und Abläufe bestehen und wo sicher keine Situation entsteht, welche das Gemeinwesen bedroht, damit solche staatliche Notmassnahmen gerechtfertigt sind. Gemäss Abs. 3 würden die betroffenen Leistungserbringern nicht einmal angehört vor dem Erlass der Verordnung.</p> <p>Auch inhaltlich ist der Artikel problematisch.</p> <p>Was ein „ambulanter Sektor“ eines Kantons ist, ist völlig unklar. Netzwerke, Gruppenpraxen und (Spital)Ambulatorien beinhalten zunehmend ärztliche, pflegerische, medizintechnische und medizinterapeutische Leistungserbringer, deren Aufgabenteilung sich ändern kann.</p> <p>Eine Kostensteigerung kann medizinische Gründe haben. Es wäre dann nicht ein-sichtig, warum die Leistungserbringer noch bestraft werden, zum Beispiel bei einer Grippeepidemie. Daran ändert auch die Anhörung des betreffenden Kantons nichts.</p> <p>Kostensteigerungen sind selten monokausal und leicht nachverfolgbar. So können Kostensteigerungen z.B. durch Verschiebungen von Leistungen oder erwünschte Anpassungen der Entschädigungen entstehen.</p> <p>Schlimmstenfalls könnte eine Tarifsenkung nichtverantwortliche Leistungserbringer (z.B. bei delegierten Leistungen) bestrafen und die Verursacher der Kostensteigerung verschonen oder zu einer unnötigen Leistungssteigerung führen, um die Einkommenseinbussen zu kompensieren.</p> <p>Der Strafumfang ist mit 10% sehr hoch und unangemessen.</p>	<p>H+, VZK</p>
<p>Dans l'art. 55 b, autorisation est donnée à la Confédération de réduire les valeurs de point tarifaire dans un canton d'un taux allant jusqu'à 10% si les coûts moyens par personne assurée dans un secteur ambulatoire – donc aussi en ambulatoire hospitalier – augmentent de plus de 2 points de pourcentage de plus que les coûts moyens par personne assurée dans l'ensemble de la Suisse.</p> <p>Les données de base pour une telle intervention ne sont pas claires et sont sujettes à recours. La répartition des traitements ambulatoires en secteurs séparés entre soins ambulatoires en hôpital et soins ambulatoires en cabinet n'est pas assurée. Ceci veut dire concrètement que si les coûts ambulatoires hospitaliers augmentent – ce qu'ils font déjà massivement depuis des années – les cabinets médicaux risquent eux-aussi une diminution de la valeur de point tarifaire. Et enfin, une telle intervention tarifaire équivaut aussi à une punition collective inacceptable.</p> <p>Nous soulignons une fois de plus qu'aucun principe de neutralité n'est formulé ou prévu dans la LAMal. L'augmentation du volume des coûts est déterminée par des facteurs tels que la démographie, l'accroissement de la population et les avancées médicales, sur lesquels les fournisseurs de prestations médicales n'ont aucune influence.</p> <p>Avec l'art. 55b, l'autonomie des partenaires tarifaires, leur permettant de fixer et négocier la valeur de point tarifaire cantonale, sera encore plus limitée. Les compétences subsidiaires du Conseil fédéral déjà existantes et utilisées dans le domaine de la fixation des tarifs ne doivent pas être davantage étendues. C'est pourquoi la compétence prévue pour le Conseil fédéral de diminuer les tarifs est rejetée de façon stricte et unanime.</p> <p>La CCM propose donc de biffer cet article.</p>	<p>CCM, GAeSO AeGTG, GLAeG, AeGBL, SMCF, KAeGSG, BAeV, KAeGSH,</p>
<p>Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung</p> <p>pharmaSuisse lehnt den vorgeschlagenen Art. 55b in dieser Form ab und unterstützt den Grundsatz der Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Wenn sich die Kosten überdurchschnittlich entwickeln ohne entsprechenden Mehrwert</p>	<p>pharmaSuisse</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>seitens der Leistungserbringer, werden in der Regel die Tarifverträge durch die Versicherer gekündigt und neu verhandelt. Erst dann, wenn die Verhandlungen scheitern, legen die Behörden den Tarif fest. Nur in dieser Reihenfolge ist der Grundsatz der Subsidiarität der staatlichen Interventionen respektiert.</p> <p>Sollte die Situation wirklich völlig ausser Kontrolle laufen, dann verfügt der Bundesrat immerhin bereits über das Instrument des dringenden Beschlusses.</p>	
<p>Art. 55b</p> <p>Antrag: Ersatzlose Streichung</p> <p>Begründung: Der vorliegende Artikel bricht mit allen bisher bestehenden Prozessen, was die Tariffestsetzung in der Physiotherapie betrifft. Können sich die Tarifpartner, die ja bereits sehr unterschiedliche Interessen haben, nicht einigen, sind die Kantone für die Versorgungssicherheit der medizinischen Leistungen zuständig. Es ist nicht einzusehen, weshalb der Bundesrat über eine nicht anfechtbare Verordnung, bei der nicht einmal das rechtliche Gehör gewährt werden muss, zu Tarifsenkungen greifen kann. Wir würden es bevorzugen, wenn eine stringente und rasche Genehmigung ausgehandelter Tarifverträge vom Bundesrat gefördert würde.</p>	physioswiss
<p>Eine in Art. 55b KVG implizierte staatliche Steuerung mittels Tarifeingriffen durch den Bundesrat, die sich der (gerichtlichen) Überprüfbarkeit entzieht und ein Gesundheitswesen mit reguliertem Wettbewerb, Tarifautonomie und Gewaltentrennung beschneidet resp. gar verunmöglicht, ist für die Privatkliniken Schweiz nicht zumutbar. Eine Absenkung von Taxpunktwerten durch den Bundesrat führt zu einer Aufhebung der Tarifautonomie der Tarifpartner und der Genehmigungs-/Festsetzungshoheit der Kantone. Es fehlt u.E. ausserdem an der Möglichkeit, einen bundesrätlichen Entscheid in diesen Belangen anfechten zu können. Des Weiteren sind auch hier entscheidende Begriffe nicht definiert und Kriterien nicht konkretisiert worden. Bspw. ist völlig unklar, was ein „ambulanter Bereich“ eines Kantons ist. Des Weiteren ist der vorgesehene Strafumfang von 10% zu hoch und unangemessen. Ausserdem führen geringere Tarife zu einer kleineren Anzahl Anbieter, dies wiederum mündet in einer Unterversorgung. Eine Unterversorgung hat schliesslich Wartelisten und eine Rationalisierung zur Folge. Neben diesen Gründen ist die Vorlage auch in Anbetracht der demografischen Situation in der Schweiz und der Annahme bzw. den Folgen der MEI abzulehnen, da ein Personalmangel droht.</p>	PKS
<p>Eine Senkung des Tarifs oder des Taxpunktwerte durch den Bundesrat bei einem Kostenanstieg um mehr als zwei Prozentpunkte lehnen wir ab. Sollte diese Massnahme dennoch eingeführt werden, müsste vorgängig zu einem solchen Entscheid die Berufsgesellschaft kontaktiert werden, um allenfalls mögliche besondere Umstände in den Entscheid einzubeziehen. Wir fragen uns insbesondere, wie vorgegangen wird, wenn z.B. 3 in einem Kanton mit keiner oder z.B. nur einer chiropraktischen Praxis, d.h. bei Unterversorgung, eine (weitere) chiropraktische Praxis eröffnet wird. Dann ist es gut möglich, dass rein rechnerisch eine Kostenzunahme über die vorgegebene Grenze resultiert. In einem solchen Fall eine Tarif- oder Taxpunktwertsenkung zu verfügen, wäre dann unangebracht.</p>	SCG
<p>Kritisch setzen wir uns mit dem Gedanken der Subsidiarität auseinander. Wenn ein Kanton bezüglich Zulassungsstopp für Mediziner ausdrücklich nicht legiferieren will, darf daraus keine Rechtfertigung für subsidiäres Handeln durch den Bundesrat abgeleitet werden. Die Natur des KVG sieht vor, dass die Umsetzung des Gesetzes auf kantonaler Ebene zu erfolgen hat für eine Beschneidung der kantonalen Kompetenzen in der kantonalen Ausgestaltung besteht aus unserer Sicht weder der Bedarf, noch erscheint uns diese sinnvoll.</p> <p>(...) Wir lehnen diese Einmischung in die Autonomie der Tarifpartner rundweg ab. Ein solcher Eingriff fördert die Rechtsunsicherheit und verhindert, dass überhaupt noch in zukünftige Praxen investiert wird. Damit wird in absehbarer Zeit eine erhebliche Versorgungslücke entstehen, die jeglichen Zulassungsstopp hinfällig machen. Diese Versorgungslücke ist jedoch eine Gefahr für die Patientensicherheit und würde allen Bestrebungen des KVG zuwiderlaufen. In letzter Konsequenz muss sich vor Augen geführt</p>	SBV (ASMI)

<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>werden, dass jegliche durch dirigistische Massnahmen erwirkte Verknappung der Versorgung die Tür zu einer Zweiklassenmedizin öffnet. Wir verweisen zusätzlich auf den Umstand, dass ein solcher Eingriff- wie die Tariffestsetzung durch den Regierungsrat einer Kantonsregierung – nur auf dem Weg einer Verfügung erfolgen darf und entsprechend der Rechtsweg an das BVGer mittels Verwaltungsgerichtsbeschwerde offen sein muss.</p>	
<p>Der SBK stellt den Antrag, den Artikel 55b aus dem Entwurf zu streichen.</p>	<p>SBK/ASI</p>
<p>Art. 55b will es dem Bundesrat ermöglichen, die Tarife zu kürzen, wenn die Kosten in „einem ambulanten Sektor eines Kantons während eines Kalenderjahrs (Referenzjahr) um mehr als zwei Prozentpunkte stärker steigen als die durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kosten“. Diesen Artikel stufen wir als problematisch ein. Bei Leistungen rund um die ambulante Geburtshilfe (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), kann die Kostensteigerung von den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Einerseits führen die Schliessungen kleinerer Geburtsabteilungen in Spitälern und eine verkürzte Aufenthaltsdauer im Spital nach der Geburt zu einer Verlagerung der geburtshilflichen Dienstleistungen in den ambulanten Bereich und dadurch auch zu einer Verlagerung der Kosten. Andererseits können von den Leistungserbringern weder die Geburtenzahlen noch eine familienfreundliche Ortsplanung beeinflusst werden, welche beide in einer vermehrten Nachfrage nach Hebammenbetreuung resultieren können. Eine Tarifrückung in diesem Fall würde die für die Situation nicht verantwortlichen Leistungserbringer noch zusätzlich bestrafen.</p>	<p>SHV</p>
<p>Der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Errungenschaft des KVG. Die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung muss mit Blick auf die Versorgungsqualität und die Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung geschehen. Wir lehnen daher die Einführung des Artikels 55b ab, der zusätzlich zu den Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung eine Kürzung der Entschädigung im Falle einer ausserordentlichen Kostensteigerung vorsieht.</p> <p>Antrag auf Streichung des Art. 55b</p> <p>Wir unterstützen, dass die Angemessenheit der Versorgungslage regelmässig überprüft und entsprechende Massnahmen getroffen werden sollen. Wir erwarten jedoch, dass dies im Hinblick auf die Versorgungsqualität und Zugänglichkeit der Versorgung für die gesamte Bevölkerung geschieht. Der Artikel 55b schlägt vor, zusätzlich zu den Massnahmen bei identifizierter Über- oder Unterversorgung eine Steuerung im Falle überproportional steigender Kosten vorzunehmen. Dagegen sprechen wir uns vehement aus.</p> <p>Es ist unklar, was mit Kosten „in einem ambulanten Sektor“ gemeint ist und es bleibt offen, auf wie viele Jahre hinaus eine Tarifsenkung verlängert werden kann. Ausserdem ist nicht vorgesehen, weder die betroffenen Leistungserbringer noch die für die Beurteilung vorgesehener Massnahmen einzusetzende Kommission zu konsultieren vor einem solchen Entscheid.</p> <p>Der ambulante Tarif ist bereits jetzt nicht kostendeckend. Jegliche Reduktion des Taxpunktwertes würde Ernährungsberatungspraxen in die Insolvenz treiben. Der SIDE lehnt deshalb jede Form von Senkung des Taxpunktwertes ab.</p>	<p>SIDE</p>
<p>Die subsidiäre Kompetenz des Bundes zu Tarifsenkungen um bis zu 10% ist ein massiver Eingriff in bewährte Verfahren zur Tariffestsetzung. Die Datengrundlagen für entsprechende Eingriffe sind unklar und anfällig für Beschwerden. Zudem wird die Aussage, dass die Kantone „nur die Möglichkeit, aber nicht die Pflicht, die Zulassung zur Tätigkeit zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu regulieren“ (S. 4) hätten, unterwandert. Etablierte LeistungserbringerInnen werden die Kantone unter Druck setzen, die Zulassung zu steuern, da ihnen ansonsten Tarifsenkungen drohen.</p>	<p>VSAO + VSAO SG/AR/AI + VSAO-ZH</p>
<p>Wir fragen uns, ob die Bestimmung wirklich viel bringt. Die Möglichkeit, die Tarife nötigenfalls nach Art. 55 KVG einfrieren zu können, erachten wir als ausreichend.</p>	<p>VLSS</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>Art. 55b: Inakzeptabler und systemwidriger Eingriff in die Tarifautonomie</p> <p>curafutura lehnt die Kompetenz zur Tarifsenkung entschieden ab. Es kann nicht angehen, dass die stets von den Behörden genehmigten oder festgesetzten Tarife aufgrund der nachträglich festgestellten Kostenentwicklung angepasst werden können. Dies widerspricht dem Grundsatz der Rechtssicherheit und führt unweigerlich zur Frage nach der Qualität von Genehmigungs- und Festsetzungsentscheiden. Sie ist auch kontradiktorisch zur Möglichkeit einer sinnvollen Verlagerung von Leistungen unter den „ambulanten Sektoren“, aber auch zwischen stationärem und ambulanten Bereich.</p> <p>Gleichzeitig reiht sich dieser Vorschlag nahtlos in die bestehende Tendenz der zunehmenden behördlichen Regulierung der sozialen Krankenversicherung ein. Darunter verstehen wir den Hang zur nachträglichen behördlichen Korrektur von bereits vorgängig behördlich genehmigten Sachverhalten. Es hat nicht mehr viel mit dem Grundgedanken eines regulierten Wettbewerbs zu tun, wenn zunehmend nicht mehr die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs festgelegt, sondern dessen Ergebnisse reguliert werden. Wir fordern eine Rückbesinnung auf das Wesen des regulierten Wettbewerbs und die Abkehr von der herrschenden Konzeptlosigkeit in der Regulierung der Krankenversicherung.</p>	<p>curafutura</p>
<p>Dieser Artikel ist zu streichen.</p> <p>Begründung</p> <p>Dem Bundesrat sollen im Rahmen von Art. 55b KVG keine weiteren Tariffestsetzungskompetenzen übertragen werden. Die Zuständigkeiten betreffend Tariffestsetzung sind in Art. 46 Abs. 4 KVG bereits klar geregelt.</p>	<p>santésuisse</p>
<p>Mit Artikel 55b KVG soll der Bundesrat die Kompetenz erhalten, unter gewissen Bedingungen, die Tarife in einem Kanton zu senken. Dieser Artikel führt zu einem Eingriff in die Kompetenz der Tarifpartner, die Tarife festzusetzen (Art. 43 Abs. 4 KVG). Ausserdem haben sowohl Bundesrat (Art. 43 Abs. 5bis KVG) als auch die Kantone (Art. 47 KVG) bereits heute die Möglichkeit, die Tarifgestaltung zu beeinflussen. Eine weitere Bestimmung ist daher aus Sicht des SVV nicht notwendig.</p>	<p>SVV</p>
<p>La croissance anormale des coûts ou le sur-approvisionnement régional ou cantonal ne devraient pas être endigués par des sanctions tarifaires collectives contre les fournisseurs de prestations. Le critère de prévisibilité est une vue de l'esprit. La baisse des tarifs pourrait même s'avérer contre-productive.</p>	<p>AVCP + cP</p>
<p>(2.2) In ambito di competenza sussidiaria della Confederazione in base alla quale essa potrà intervenire sul valore del punto in caso di negligenza dei Cantoni, l'OMCT esprime perplessità e preoccupazione nei confronti di un sistema chemette in pericolo l'autonomia contrattuale dei partner tariffali. L'OMCT predilige un intervento confederativo di pressione sui Cantoni, che non penalizzi i fornitori di prestazioni né la loro libertà contrattuale.</p>	<p>omct</p>
<p>Nous nous opposons fermement à toute ingérence du Conseil fédéral dans le domaine tarifaire. La LAMal prévoit que le tarif est la base de la rémunération, fixé par convention et négocié entre les partenaires. Il revient au gouvernement cantonal d'approuver les tarifs. Les dispositions actuelles de la LAMal n'ont pas besoin d'être complétées.</p>	<p>cP (cf. également sous AVCP)</p>
<p>Kritisch setzen wir uns mit dem Gedanken der Subsidiarität auseinander. Wenn ein Kanton bezüglich Zulassungsstopp für Mediziner ausdrücklich nicht legiferieren will, darf daraus keine Rechtfertigung für subsidiäres Handeln durch den Bundesrat abgeleitet werden.</p> <p>(...)</p> <p>Wir lehnen diese Einmischung in die Autonomie der Tarifpartner rundweg ab.</p>	<p>asd</p>
<p>Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrats im Bereich der Tariffestsetzung nehmen zu. Wir glauben nicht, dass der Bundesrat über die notwendige Kompetenz verfügt, in diesen heiklen Bereich, welcher grundsätzlich in der Tarifautonomie der im KVG vorge-</p>	<p>BEKAG</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>sehenen Tarifpartner liegt, hinein zu legiferieren. Die unglückliche Anpassung des TARMED mittels Verordnung des Bundesrats, welche den Grundversorgern durch kostenneutrale Umverteilung CHF 200 Mio. Mehreinnahmen verschaffen soll, zeigt dies eindrücklich. Die Kompetenz des Bundesrats muss sich demzufolge auf Notrecht im Sinne einer „ultima ratio“ beschränken. Der Bundesrat soll nur eingreifen, wenn alle anderen Mechanismen versagt haben und erhebliche öffentliche Interessen ein Einschreiten rechtfertigen. In diesem Zusammenhang sei zum wiederholten Mal mit Nachdruck festgehalten, dass das KVG keine Kostenneutralität vorsieht und dass es entgegen den Ausführungen im Erläuternden Bericht auch „keinen Grundsatz der Kostenneutralität“ gibt (vgl. dazu die unzutreffenden Ausführungen unter Ziff. 1.3, S. 6 des erwähnten Berichts). Entsprechend müssen allfällige Anpassungen des TARMED auch nicht kostenneutral erfolgen. (...)</p> <p>Die subsidiäre Eingriffsmöglichkeit des Bundesrats auf Tarifebene geht uns indessen in diesem Zusammenhang zu wenig weit. Der Bundesrat muss unseres Erachtens auch dann subsidiär eingreifen können, wenn die Kosten je versicherte Person im spitalambulanten Bereich eines Kantons deutlich stärker steigen als im ambulanten Bereich der Arztpraxen und Einrichtungen nach Art. 36a KVG des gleichen Kantons. (...)</p> <p>Diese Bestimmung ist ersatzlos zu streichen. Die Möglichkeit, die Tarife nötigenfalls nach Art. 55 KVG einfrieren zu können, erachten wir als ausreichend.</p> <p>Sofern Art. 55b trotzdem in Kraft treten soll, beantragen wir die folgenden Ergänzungen:</p> <p>Abs. 1 unverändert</p> <p>Abs. 2 neu</p> <p>„Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenversicherung für ambulante Behandlungen im spitalambulanten Bereich um mehr als zwei Prozentpunkte stärker als im nicht spitalambulanten Bereich des betreffenden Kantons oder umgekehrt, so kann der Bundesrat durch eine Verordnung die nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigten oder nach Artikel 47 festgesetzten Tarife dieses Kantons um höchstens 10 Prozent senken.“</p> <p>Abs. 3 (bisher Absatz 2)</p> <p>„Er befristet die Geltungsdauer einer Verordnung über eine Tarifsenkung gemäss Absatz 1 oder Absatz 2 auf höchstens ein Jahr. Er kann solche Verordnungen mehrmals um höchstens ein Jahr verlängern, wenn die Voraussetzungen im Kalenderjahr, das auf das Referenzjahr folgt, weiterhin erfüllt sind.“</p> <p>Abs. 4 (bisher Absatz 3)</p> <p>„Vor dem Erlass oder der Verlängerung einer Verordnung gemäss Absatz 1 oder Absatz 2 hört der Bundesrat den betreffenden Kanton an und berücksichtigt das kantonale Kostenniveau sowie besondere Umstände, namentlich die Umsetzung von Art. 40a und die Verschiebung von Behandlungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich.“</p> <p>Abs. 5 (bisher Absatz 3) unverändert.</p>	
<p>Es leuchtet nicht ein, warum der Bundesrat die Kompetenz erhalten soll, Tarife stärker zu senken als die überdurchschnittliche Teuerung. Wir würden es bevorzugen, wenn die Tarifsenkung maximal gleich hoch ist wie die überdurchschnittliche Kostensteigerung - dies natürlich unter der Prämisse, dass die Menge an erbrachten Leistungen gleich hoch ist.</p>	<p>ÄZ</p>
<p>Streichen</p> <p>Der Eingriff in die Tarifautonomie der Vertragspartner sowie die Festsetzungskompetenz der Kantone hebt wesentliche KVG-Bestimmungen aus und ist abzulehnen. Zudem wäre die Massnahme kaum sachgerecht durchführbar (siehe Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz, Seite 5).</p>	<p>VZK</p>
<p>C'est une disposition assimilée à une punition collective, que nous rejetons. Si certains prestataires sortent du cadre en fournissant des prestations abusives, c'e sont eux qu'il</p>	<p>AMG</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>faut punir. Si le canton ne remplit pas ses obligations, c'est à lui que des reproches doivent être adressés. Mais réduire brutalement les tarifs, c'est punir les médecins sérieux (ceux qui n'ont pas abusé du système) et inciter tout le monde au crime. Nous avons là une mesure dont la logique est odieuse et que nous dénonçons.</p>	
<p>Wir lehnen diese Einmischung in die Autonomie der Tarifpartner ab. Die Notwendigkeit einer Einschränkung des ambulanten Dienstleistungsangebotes muss unabhängig von der Höhe der Tarife beurteilt werden. Die einzelnen Tarife müssen nach betriebswirtschaftlichen Kriterien festgesetzt werden und können nicht willkürlich angepasst werden.</p>	SGR
<p>Nebst der zusätzlichen Einschränkung der Tarifautonomie ist es fraglich, ob ein einzelner Kanton bei der aktuellen Taxpunktdivergenz mit den gesamtschweizerischen durchschnittlichen Kosten verglichen werden kann!</p> <p>Der Bundesrat sieht Art. 55b tatsächlich als Massnahme gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen (siehe Bericht BR Seite 18).</p> <p>Art. 55b 1 wird gegenüber der alten Gesetzesvorlage viel restriktiver formuliert und bewusst von der Formulierung der Reallohnerhöhung entkoppelt (Vgl. ärztliche Reallohnerhöhung im Tarmed!).</p> <p>Es muss zwischen den Kosten der ambulanten Spital- und Praxistätigkeiten unterschieden werden (unterschiedlich hohe Taxpunktwerte). Steigen die Kosten des ambulanten Spitalbereichs übermässig, wird dann der Taxpunktwert der Praxisärzte auch gesenkt?</p>	ZGAeG
<p>In Art. 55b würde dem Sund die Befugnis gegeben, die Taxpunktwerte in einem Kanton um bis zu 10% zu kürzen, wenn die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Sektor- also auch im Spital ambulant- um mehr als 2 Prozentpunkte stärker als die durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kosten pro versicherte Person steigen.</p> <p>Bei einem Kostensatz von 70 %, wie dies in einer durchschnittlichen Hausarztpraxis der Fall ist, führt ein solcher Eingriff zu einer Einkommensreduktion des selbständig tätigen Arztes von 30 %! Der grösste Ausgabenposten in einer Arztpraxis sind die Löhne!</p> <p>Wir können im Kanton Aargau klar zeigen, dass es nicht primär die Arztpraxis ist, die mehr Umsatz mit den Patienten macht, sondern dass die Mengenausweitung patientengesteuert ist.</p> <p>Mit Art. 55b wird die Autonomie der Tarifpartner, den Taxpunktwert kantonal vertraglich zu regeln und zu verhandeln, noch mehr eingeschränkt.</p> <p>Die bereits bestehenden und angewendeten subsidiären Kompetenzen des Bundesrates im Bereich der Tariffestsetzung dürfen keine Ausweitung mehr erfahren. Deshalb wird die neu vorgesehene Kompetenz des Bundesrates zu Tarifsenkungen einhellig und strikte abgelehnt.</p> <p>Der Aargauische Ärzteverband beantragt deshalb, diesen Artikel zu streichen.</p>	AGAEV
<p>Wir lehnen diese Einmischung in die Autonomie der Tarifpartner ab. Wir verweisen zusätzlich auf den Umstand, dass ein solcher Eingriff - wie die Tariffestsetzung durch den Regierungsrat einer Kantonsregierung - nur auf dem Weg einer Verfügung erfolgen darf und entsprechend der Rechtsweg an das Bundesverwaltungsgericht mittels Verwaltungsgerichtsbeschwerde offen sein muss. Wir möchten ebenfalls festhalten, dass eben diese Autonomie der Tarifpartner die innovativen und sowohl für Leistungsempfänger als auch für Leistungserbringer individuellen kostendämpfenden Netzwerklösungen und Modelle der integrierten Versorgung ermöglicht und fördert.</p>	medswiss.net
<p>Quant à l'article 55 b, il est complètement inadmissible et doit être combattu avec véhémence – au pire avec référendum. Certains de nos collègues proposeraient même d'envisager une grève !</p> <p>Cet article montre clairement que la seule préoccupation du Conseil Fédéral est une limitation, voire une diminution des frais de la santé sans aucun égard aux conséquences néfastes sur la qualité que cela entraînerait. Il montre aussi que la discussion importante en cours pour fixer une rémunération juste et équitable ne l'intéresse pas véritablement,</p>	SMV

<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>alors qu'il vient de promettre aux médecins de premier recours de s'engager pour une rémunération adéquate.</p> <p>Par cet article, tous les cantons avec une forte proportion de médecins de premier recours auront une hausse plus importante des frais par rapport aux autres cantons et se verront donc automatiquement punis sans possibilité d'argumentation ou de recours vu que le Conseil Fédéral appliquera la baisse grâce au 'cadeau' qu'il leur aura fait pendant quelques mois. Un canton qui aura une baisse des frais avec augmentation proportionnelle éventuellement l'année suivante sera lui aussi pénalisé et puni par une diminution du tarif – sans aucune argumentation ou négociation possible (ordonnance). Tous les cantons qui ont été pénalisés par un point tarifaire bas comme le Valais perdront donc toute possibilité d'équilibrer leur rémunération par rapport aux collègues des autres cantons ! Il est inconcevable que la question sensible des tarifs soit résolue d'une façon aussi lapidaire et indifférenciée –mélangeant tous les frais ambulatoires (hospitalier et extrahospitaliers) sans aucune différenciation sur la cause exacte de l'augmentation (p.ex. nouvelle recommandation de vaccination, augmentation du nombre de malades, épidémies, accidents majeurs, effet de rattrapage par augmentation de spécialistes dans une région auparavant sous-dotée etc...). Une telle régulation relève plutôt du cauchemar que d'un partenariat respectueux et valorisant, tel qu'il a été promis à nos membres de MFE....</p> <p>En résumé, l'article 55b) signifie l'instauration d'une médecine ambulatoire au 'flat rate' avec budget global au fonds ingérable, car dépendant de l'évolution conjointe de tous les 24 cantons (!) et incluant les domaines ambulatoires hospitalier et extrahospitalier. Personne ne sera capable de prédire et de gérer l'évolution des budgets cantonaux liés par cet article et les corrections ne seront donc possibles qu'à postériori par des coupes budgétaires sans aucun égard par rapport à des besoins avérés...</p>	
<p>Article 55b Baisse des tarifs en cas d'évolution des coûts supérieurs à la moyenne La SVM s'oppose totalement à la délégation au Conseil fédéral de la compétence de baisser, par voie d'ordonnance, le tarif ou la valeur du point tarifaire. Cela remet en cause un principe fondamental de la LAMaI, soit l'autonomie des partenaires tarifaires.</p> <p>De plus, il est illusoire de croire qu'une baisse des tarifs résoudra la croissance annoncée du recours aux soins, notamment cause par différents éléments liés à la démographie de la population et son évolution (structure, composition, aspects sociétaux, etc.).</p> <p>Enfin, les conditions posées à cette intervention tarifaire du Conseil fédéral sont non seulement floues, mais également discutables. Ainsi, si les coûts ambulatoires hospitaliers augmentent – ce qu'ils font déjà massivement depuis des années – les cabinets médicaux risquent eux aussi une diminution de la valeur du point tarifaire. Une telle intervention équivaudrait à une (punition collective)&gt; inacceptable. C'est justement la pression sur les conditions de travail des médecins installés qui explique en partie le report vers l'ambulatoire des hôpitaux.</p>	SVM
<p>Der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Errungenschaft des KVG. Die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung muss mit Blick auf die Versorgungsqualität und die Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung geschehen. Wir lehnen daher die Einführung des Artikels 55b ab, der zusätzlich zu den Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung eine Kürzung der Entschädigung im Falle einer ausserordentlichen Kostensteigerung vorsieht.</p> <p>Antrag auf Streichung des Art. 55b</p> <p>Wir unterstützen zwar, dass die Angemessenheit der Versorgungslage regelmässig überprüft wird und dass entsprechende Massnahmen getroffen werden sollen. Wir erwarten aber, dass dies im Hinblick auf die Versorgungsqualität und Zugänglichkeit der Versorgung für die gesamte Bevölkerung geschieht. Der Artikel 55b schlägt vor, zusätzlich zu den Massnahmen bei identifizierter Über- oder Unterversorgung eine Steuerung im Falle überproportional steigender Kosten vorzunehmen. Dagegen sprechen wir uns vehement aus.</p>	SVBG

<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>Es ist unklar, was mit Kosten „in einem ambulanten Sektor“ gemeint ist und es bleibt offen, auf wie viele Jahre hinaus eine Tarifsenkung verlängert werden kann. Ausserdem ist nicht vorgesehen, weder die betroffenen Leistungserbringer noch die für die Beurteilung vorgesehener Massnahmen einzusetzende Kommission vor einem solchen Entscheid zu konsultieren.</p> <p>Beispiel der Ergotherapie: Der ambulante Tarif ist bereits jetzt nicht kostendeckend. Eine Reduktion des Taxpunktwertes um 10% würde ErgotherapeutInnen in die Insolvenz treiben. Ausserdem ist in vielen Regionen die Ergotherapie ambulant noch nicht stark verbreitet; wenn in solchen Kantonen neue Ergotherapie-Praxen eröffnet werden, werden die Kosten rasch einmal um zwei Prozentpunkte zunehmen. Diese Situation ist analog auf verschiedene weitere Berufsgruppen wie die Hebammen, Ernährungsberatung, Pflege usw. anzuwenden. Wir sprechen uns deshalb vehement gegen jede Form von Senkung von Taxpunktwerten aus.</p>	
<p>Der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Errungenschaft des KVG. Die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung muss mit Blick auf die Versorgungsqualität und die Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung geschehen. Wir lehnen daher die Einführung des Artikels 55b ab, der zusätzlich zu den Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung eine Kürzung der Entschädigung im Falle einer ausserordentlichen Kostensteigerung vorsieht.</p> <p>Antrag auf Streichung des Art. 55b</p> <p>Wir unterstützen zwar, dass die Angemessenheit der Versorgungslage regelmässig überprüft und entsprechende Massnahmen getroffen werden sollen. Wir erwarten aber, dass dies im Hinblick auf die Versorgungsqualität und Zugänglichkeit der Versorgung für die gesamte Bevölkerung geschieht. Der Artikel 55b schlägt vor, zusätzlich zu den Massnahmen bei identifizierter Über- oder Unterversorgung eine Steuerung im Falle überproportional steigender Kosten vorzunehmen. Dagegen sprechen wir uns vehement aus.</p> <p>Es ist unklar, was mit Kosten „in einem ambulanten Sektor“ gemeint ist, und es bleibt offen, auf wie viele Jahre hinaus eine Tarifsenkung verlängert werden kann. Ausserdem ist nicht vorgesehen, weder die betroffenen Leistungserbringer noch die für die Beurteilung vorgesehener Massnahmen einzusetzende Kommission vor einem solchen Entscheid zu konsultieren.</p> <p>Beispiel der Orthoptik: Der ambulante Tarif ist bereits jetzt nicht kostendeckend. Eine Reduktion des Taxpunktwertes um 10% würde die Anstellung von Orthoptistinnen gefährden. Ausserdem ist in vielen Regionen die Orthoptik noch nicht stark verbreitet; wenn in solchen Kantonen neue Praxen eröffnet werden, die eine Orthoptistin anstellen, werden die Kosten rasch einmal um zwei Prozentpunkte zunehmen. Diese Situation ist analog auf verschiedene weitere Berufsgruppen wie die Hebammen, Ernährungsberatung, Pflege usw. anzuwenden.</p> <p>Wir sprechen uns deshalb vehement gegen jede Form von Senkung von Taxpunktwerten aus.</p>	SVO
<p>Gemäss Seite 18 des erläuternden Berichtes kann der Bund Tarifsenkungen in Kantonen verhängen, die nicht von sich aus die erforderlichen Massnahmen nach Artikel 40a Absatz 3 treffen. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich dabei einerseits um einen Eingriff in die Tarif- und Verhandlungsautonomie der Tarifpartner, andererseits um einen Eingriff in eine kantonale Kompetenz.</p> <p>Der verwendete Terminus „erforderliche Massnahmen“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, über den sich in den Unterlagen nirgends klare Ausführungen finden. Somit würde bei Inkraftsetzung dieser Regelung neben der Regelung in Art. 40a Absatz 4 und Art. 40c Absatz 1 ein drittes Mal erhebliche Rechtsunsicherheit geschaffen, die sich äusserst destabilisierend auf ein ohnehin schon sehr fragiles System auswirken würde.</p> <p>Diese Regelung wird deshalb entschieden abgelehnt.</p>	BFG

<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>
Nous ne pouvons soutenir l'art. 55 LAMal qui prévoit un pilotage étatique par le biais d'interventions tarifaires par le Conseil fédéral qui échappent à tout contrôle judiciaire. La possibilité pour le Conseil fédéral de réduire la valeur du point revient à abolir l'autonomie des partenaires tarifaires et la souveraineté cantonale en matière d'approbation et de fixation des tarifs.	FER

*Articolo 55b capoverso 2 LAMal*

<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. 55b, al. 2 : Avant d'édicter une telle ordonnance ou de la proroger, il consulte le canton concerné et tient compte du niveau des coûts sur le plan cantonal et des circonstances particulières, notamment de la mise en œuvre de l'art. <del>de l'art.</del> <u>des art. 40a et 40b ainsi que</u> du transfert de traitements entre le domaine hospitalier et le domaine ambulatoire.	PSS
Art. 55b Abs. 2 Die verordnete Tarifsenkung kann so lange aufrechterhalten werden, wie der durchschnittliche Kostenanstieg pro Versicherten im entsprechenden ambulanten Bereich dieses Kantons über dem durchschnittlichen gesamtschweizerischen Anstieg bleibt und der Kanton keine geeigneten Massnahmen trifft.	DVSP
Sofern Art. 55b trotzdem in Kraft treten soll, beantragen wir die folgenden Ergänzungen: Abs. 2 neu „Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenversicherung für ambulante Behandlungen im spitalambulanten Bereich um mehr als zwei Pro-zentpunkte stärker als im nicht spitalambulanten Bereich des betreffenden Kantons oder umgekehrt, so kann der Bundesrat durch eine Verordnung die nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigten oder nach Artikel 47 festgesetzten Tarife dieses Kantons um höchstens 10 Prozent senken.“	BEKAG

*Articolo 55b capoverso 3 LAMal*

<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. 55b Abs. 3 Der Bundesrat wird von seiner Kompetenz zur Tarifsenkung nur subsidiär Gebrauch machen, das heisst nur dann, wenn die Kantone nicht von sich aus die erforderlichen Massnahmen nach Artikel 40a Absatz 3 treffen. Besondere Umstände sowie erhebliche Schwankungen der Preis- und Lohnentwicklung werden berücksichtigt. Die Kantone müssen vorgängig angehört werden.	DVSP
Sofern Art. 55b trotzdem in Kraft treten soll, beantragen wir die folgenden Ergänzungen: Abs. 3 (bisher Absatz 2) „Er befristet die Geltungsdauer einer Verordnung über eine Tarifsenkung gemäss Absatz 1 oder Absatz 2 auf höchstens ein Jahr. Er kann solche Verordnungen mehrmals	BEKAG

<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>
um höchstens ein Jahr verlängern, wenn die Voraussetzungen im Kalenderjahr, das auf das Referenzjahr folgt, weiterhin erfüllt sind.“	

*Articolo 55b capoverso 4 LAMal*

<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. 55b Abs. 4 Nach Artikel 55 haben die Genehmigungsbehörden unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit, die Tarife einzufrieren. Die Anwendung dieses Artikels ist aber insbesondere wegen der Kompetenzaufteilung schwerfällig und langwierig. Zudem würde bei einem Kostenanstieg aufgrund einer Überversorgung das Einfrieren der Tarife nicht genügend Wirkung zeigen. Deshalb ist Artikel 55b nötig. Kommt Artikel 55b zum Einsatz, ist Artikel 55 nicht anwendbar.	DVSP
Sofern Art. 55b trotzdem in Kraft treten soll, beantragen wir die folgenden Ergänzungen: Abs. 4 (bisher Absatz 3) „Vor dem Erlass oder der Verlängerung einer Verordnung gemäss Absatz 1 oder Absatz 2 hört der Bundes-rat den betreffenden Kanton an und berücksichtigt das kantonale Kostenniveau sowie besondere Umstände, namentlich die Umsetzung von Art. 40a und die Verschiebung von Behandlungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich.“ Abs. 5 (bisher Absatz 3) unverändert.	BEKAG

**Allegato 1: elenco dei destinatari**

Liste der ständigen Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires

Elenco dei destinatari

**1. Kantone / Cantons / Cantoni**

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Kaspar Escher-Haus 8090 Zürich <a href="mailto:marianne.lendenmann@sk.zh.ch">marianne.lendenmann@sk.zh.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 Postfach 840 3000 Bern 8 <a href="mailto:info@sta.be.ch">info@sta.be.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern <a href="mailto:staatskanzlei@lu.ch">staatskanzlei@lu.ch</a>
Standeskanzlei des Kantons Uri	Postfach 6460 Altdorf <a href="mailto:ds.la@ur.ch">ds.la@ur.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Postfach 6431 Schwyz <a href="mailto:stk@sz.ch">stk@sz.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus Postfach 1562 6061 Sarnen <a href="mailto:staatskanzlei@ow.ch">staatskanzlei@ow.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Dorfplatz 2 Postfach 1246 6371 Stans <a href="mailto:staatskanzlei@nw.ch">staatskanzlei@nw.ch</a>
Regierungskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus <a href="mailto:staatskanzlei@gl.ch">staatskanzlei@gl.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Zug	Postfach 156 6301 Zug <a href="mailto:Info.Staatskanzlei@zg.ch">Info.Staatskanzlei@zg.ch</a>
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg <a href="mailto:chancellerie@fr.ch">chancellerie@fr.ch</a> <a href="mailto:relationexterieures@fr.ch">relationexterieures@fr.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn <a href="mailto:kanzlei@sk.so.ch">kanzlei@sk.so.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 Postfach 4001 Basel <a href="mailto:staatskanzlei@bs.ch">staatskanzlei@bs.ch</a>

Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Rathausstrasse 2 4410 Liestal <a href="mailto:landeskanzlei@bl.ch">landeskanzlei@bl.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen <a href="mailto:staatskanzlei@ktsh.ch">staatskanzlei@ktsh.ch</a>
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau <a href="mailto:Kantonskanzlei@ar.ch">Kantonskanzlei@ar.ch</a>
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell <a href="mailto:info@rk.ai.ch">info@rk.ai.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen <a href="mailto:info.sk@sg.ch">info.sk@sg.ch</a>
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur <a href="mailto:info@gr.ch">info@gr.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau <a href="mailto:staatskanzlei@ag.ch">staatskanzlei@ag.ch</a>
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude 8510 Frauenfeld <a href="mailto:staatskanzlei@tg.ch">staatskanzlei@tg.ch</a>
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Residenza Governativa 6501 Bellinzona <a href="mailto:can-scads@ti.ch">can-scads@ti.ch</a>
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Château cantonal 1014 Lausanne <a href="mailto:info.chancellerie@vd.ch">info.chancellerie@vd.ch</a>
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Palais du Gouvernement 1950 Sion <a href="mailto:Chancellerie@admin.vs.ch">Chancellerie@admin.vs.ch</a>
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Château 2001 Neuchâtel <a href="mailto:Secretariat.chancellerie@ne.ch">Secretariat.chancellerie@ne.ch</a>
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Case postale 3964 1211 Genève 3 <a href="mailto:service-adm.ce@etat.ge.ch">service-adm.ce@etat.ge.ch</a>
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	Rue du 24-Septembre 2 2800 Delémont <a href="mailto:chancellerie@jura.ch">chancellerie@jura.ch</a>
Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 444 3000 Bern 7 <a href="mailto:mail@kdk.ch">mail@kdk.ch</a>

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

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

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

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 Postfach 8022 3001 Bern <a href="mailto:verband@chgemeinden.ch">verband@chgemeinden.ch</a>
Schweizerischer Städteverband	Monbijoustrasse 8 Postfach 8175 3001 Bern <a href="mailto:info@staedteverband.ch">info@staedteverband.ch</a>
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Postfach 7836 3001 Bern <a href="mailto:info@sab.ch">info@sab.ch</a>

**4. 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 <a href="mailto:info@economiesuisse.ch">info@economiesuisse.ch</a> <a href="mailto:bern@economiesuisse.ch">bern@economiesuisse.ch</a>
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Postfach 3001 Bern <a href="mailto:info@sgv-usam.ch">info@sgv-usam.ch</a>
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich <a href="mailto:verband@arbeitgeber.ch">verband@arbeitgeber.ch</a>
Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Haus der Schweizer Bauern Laurstrasse 10 5200 Brugg <a href="mailto:info@sbv-usp.ch">info@sbv-usp.ch</a>
Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB)	Postfach 4182 4002 Basel <a href="mailto:office@sba.ch">office@sba.ch</a>
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Postfach 3000 Bern 23 <a href="mailto:info@sgb.ch">info@sgb.ch</a>
Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	Postfach 1853 8027 Zürich <a href="mailto:hansu-eli.schuetz@kvschweiz.ch">hansu-eli.schuetz@kvschweiz.ch</a>
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern <a href="mailto:info@travailsuisse.ch">info@travailsuisse.ch</a>

## 5. Andere Interessenten / autres milieux intéressés / altri interessati

### 5.1 Kantone / Cantons / Cantoni

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7
--	--

### 5.2 Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori

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

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

#### 5.3.1 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Ärzte mit Patientenapotheke (APA)	Röschstrasse 18 Postfach 191 9006 St. Gallen
Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP)	Riedtlistrasse 8 8006 Zürich
Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Uferweg 15 3000 Bern 13
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14
FASMED Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale Federazione delle associazioni svizzere del commercio e dell'industria della tecnologia medica	Worbstrasse 52 3074 Muri

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV)	Bluntschlisteing 1 8002 Zürich
FAMH Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse Laboratori medici della Svizzera	Generalsekretariat Rosenweg 29 4500 Solothurn
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15
Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	Choisystrasse 11 Postfach 510 3000 Bern 14
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 54 Postfach 6052 3001 Bern
Heilbäder & Kurhäuser Schweiz Espaces Thermaux et Maison de Cure Suisses	Bahnhofstrasse 2 9100 Herisau
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH) Association Suisse des Maisons de Naissances (IGGH-CH)	Präsidentin Frau Jacqueline Wenk Geburtshaus Terra Alta Schellenrain 6208 Oberkirch
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) Collège de médecine de premier recours (MPR) Collegio di medicina di base (CMB)	Geschäftsstelle Landhausweg 26 3007 Bern
Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden	c/o DLV Bluntschlisteing 1 8002 Zürich
Konferenz kantonale Krankenhausverbände	c/o Verband ZH Krankenhäuser Wagerenstrasse 45 8610 Uster
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Liebefeld
Pharm!action	Route du Signal 7 1001 Lausanne

Physioswiss Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	Stadthof Centralstrasse 8b 6210 Sursee
Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)	Worbstrasse 52 3074 Muri / Bern
PULSUS	Lidostrasse 6 Postfach 15127 6000 Luzern 15
Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)	Sulgenauweg 38 3007 Bern
Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie (SGBB) Société de médecine thermale et climatique	Herr Dr. med. Otto Knüsel Klinik Valens 7317 Valens
Schweizerische Kantonsapothekervereinigung (KAV / APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV / APC) Associazione dei farmacisti cantonali (KAV / APC)	Dr Jean-Blaise Montandon Pharmacien cantonal Service de la santé publique Pourtalès 2 2001 Neuchâtel
Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)	Rolf Gilgen, CEO Stadtspital Waid 8037 Zürich
Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte (SVPC) Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine	Grand-Rue 22 1814 La Tour-de-Peilz
SVMTT Gesundheit ASMTT Santé ASMTT sanità	Stadthof Bahnhofstrasse 7b 6210 Sursee
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)	Moostrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (labmed Schweiz) Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales (labmed Suisse) Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche (labmed Svizzera)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (asi)	Gesellschaftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern

Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) Société suisse de gérontologie (SSG) Società svizzera di gerontologia (SSG)	Schwarztorstrasse 48 3007 Bern
Schweizerischer Optikerverband (SOV) Association Suisse de l'Optique (ASO)	Baslerstrasse 32 Postfach 4601 Olten
Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	Rosenweg 25 C 3000 Bern 23
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE) Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômés (ASDD)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker (SVOT) Association Suisse des Techniciens en Orthopédie (ASTO)	Moosstrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerischer Verband freiberuflicher Physiotherapeuten (SVFP) Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI)	Route du Lac 2 - Paudex Case postale 1215 1001 Lausanne
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospitali (GSASA)	3000 Bern
Schweizerische Union für Labormedizin (SULM) Union suisse de médecine de laboratoire (USML) Unione svizzera di medicina di laboratorio (USML)	Sekretariat SULM c/o MQ, Verein für medizinische Qualitätskontrolle Universitätsspital Zürich 8091 Zürich
Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) Società svizzera di odontologia e stomatologia (SSO)	Münzgraben 2 Postfach 664 3000 Bern 7
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)	Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen
Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bernn
Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR)	pa chemin de Mornex 38 Case postale 7443 1002 Lausanne
Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	Sulgenauweg 38 Postfach 1074 3000 Bern 23

<p>Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (FMCH)  Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH)  Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica ed intensiva (FMCH)</p>	<p>Bahnhofstrasse 22  2502 Biel</p>
<p>Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zentral-schweiz (vpz)</p>	<p>Postfach 150  6004 Luzern</p>
<p>Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften (VEDAG)</p>	<p>Freiestrasse 138  8032 Zürich</p>
<p>Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)  Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (AS-MAC)  Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)</p>	<p>Bahnhofplatz 10 A  Postfach 8650  3001 Bern</p>
<p>Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS)  Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS)  Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)</p>	<p>Sekretariat  Bolligenstrasse 52  3006 Bern</p>
<p>Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS)  Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDCS)  Associazione dei Medici Dentisti Cantionali della Svizzera (AMDOS)</p>	<p>Öffentliche Zahnkliniken  BS  Claragraben 95  4005 Basel</p>
<p>SW!SS REHA  Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz  Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse  Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera</p>	<p>Geschäftsstelle  Laurenzvorstadt 77  Postfach  5001 Aarau</p>

### 5.3.2 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

<p>Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK  Alliance des assureurs de maladie suisse AAMS  Unione degli assicuratori malattia svizzeri</p>	<p>Waisenhausplatz 25  3011 Bern</p>
<p>Gemeinsame Einrichtung KVG  Institution commune LAMal  Istituzione comune LAMal</p>	<p>Gibelinstrasse 25  Postfach  4503 Solothurn</p>
<p>Curafutura  Die innovativen Krankenversicherer  Les assureurs-maladie innovants  Gli assicuratori-malattia innovativi</p>	<p>Gutenbergstrasse 14  3011 Bern</p>
<p>RVK  Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer  Fédération des petits et moyens assureurs-maladie  Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia</p>	<p>Haldenstrasse 25  6006 Luzern</p>
<p>santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer  Les assureurs-maladie suisses</p>	<p>Römerstrasse 20  4502 Solothurn</p>
<p>Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)  Association suisse d'assurances (ASA)  Associazione svizzera d'assicurazioni</p>	<p>C.F. Meyer-Strasse 14  Postfach 4288  8022 Zürich</p>

SVK 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
--	-----------------------------------

### 5.3.3 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich
Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich

**Allegato 2: elenco dei partecipanti alla procedura di consultazione / abbreviazioni / statistica**

**I. Destinatari**

<b>N.<sup>1</sup></b>	<b>Abbreviazione</b>	<b>Nome</b>
1	ZH	Kanton Zürich
2	BE	Kanton Bern
3	LU	Kanton Luzern
4	UR	Kanton Uri
5	SZ	Kanton Schwyz
6	OW	Kanton Obwalden
7	NW	Kanton Nidwalden
8	GL	Kanton Glarus
9	ZG	Kanton Zug
10	FR	Canton de Fribourg
11	SO	Kanton Solothurn
12	BS	Kanton Basel-Stadt
13	BL	Kanton Basel-Landschaft
14	SH	Kanton Schaffhausen
15	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
16	AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
17	SG	Kanton St.Gallen
18	GR	Kanton Graubünden
19	AG	Kanton Argau
20	TG	Kanton Thurgau
21	TI	Canton Ticino
22	VD	Canton de Vaud
23	VS	Canton du Valais
24	NE	République et canton de Neuchâtel
25	GE	République et canton de Genève
26	JU	Canton du Jura
27	BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz
28	CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
29	PEV	Parti Evangélique
30	FDP	FDP Die Liberalen
31	SVP	Schweizerische Volkspartei
32	PSS	Partie Socialiste Suisse
33	SGV	Schweizerischer Gemeindeverband
34	SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
35	économie-suisse	Verband der Schweizer Unternehmen
36	SGV/USAM	Schweizerischer Gewerbeverband
37	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
38	CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
39	FRC	Fédération romande des consommateurs

<sup>1</sup> Numerazione secondo l'elenco dei destinatari

40	DLV	Deutschscheizer Logopädinnen- und Logopädenverband
41	EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
42	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
43	FSP	Fédération Suisse des Psychologues
44	Hausärzte Schweiz	Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz
45	H+	Die Spitäler der Schweiz: Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
46	CCM	Conférence des Sociétés Cantonales de Médecine
47	pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband
48	physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband
49	PKS	Privatkliniken Schweiz
50	SCG	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
51	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
52	SBK/ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
53	SHV	Schweizerischer Hebammenverband
54	SVDE	Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
55	Spitex	Spitex Verband Schweiz
56	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte
57	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und –ärzte der Schweiz
58	SW!SS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz
59	Curafutura	Curafutura
60	santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer
61	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
62	DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

## II. Organizzazioni non ufficialmente interpellate

N. <sup>2</sup>	Abbreviazione	Nome
63	AVCP	Vaud Cliniques, Association vaudoise des cliniques privées
64	omct	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
65	asd	Arbeitgeberverband der schweizer Dentalbranche
66	cP	Centre Patronal
67	VAKA	Verband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen des Kantons Aargau
68	GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
69	AeGTG	Ärztegesellschaft Thurgau
70	BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
71	VSAO SG/AR/AI	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte Sektion St. Gallen / Appenzell
72	ÄZ	ärztezentren
73	AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
74	GLAeG	Glarner Ärztegesellschaft
75	SMCF	Société médicale du canton de Fribourg
76	VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
77	AMG	Association des médecins du canton de Genève
78	SGR	Schweizerische Gesellschaft für Radiologie

<sup>2</sup> Numerazione secondo la data d'inoltro dei pareri

79	ZKS	Zuger Kantonsspital
80	AeGBL	Ärztegesellschaft Baselland
81	VSAO-ZH	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte Sektion Zürich
82	ZGAeG	Zuger Ärztegesellschaft
83	AGAeV	Aargauischer Ärzteverband
84	medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze
85	SMV	Société médicale du Valais
86	SVM	Société vaudoise de médecine
87	Vips	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
88	BAeV	Bündner Ärzteverein
89	BFG	Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen
90	FER	Fédération des entreprises romandes
91	KAeGSG	Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen
92	SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheits- wesen
93	SVO	swissorthoptics – Schweizerischer Verband der Orthoptistinnen und Orthoptisten SVO
94	KAeGSH	Kantonale Ärztegesellschaft Schaffhausen

### III. Statistica

	Totale invitati	Pareri di orga- nizzazioni uffi- cialmente inter- pellate	Pareri di orga- nizzazioni non ufficialmente in- terpellate	Totale pareri
Pareri scritti	118	62	32	94