



---

**Rapporto sui risultati della consultazione in forma di conferenza relativa alla modifica della legge sull'assicurazione malattie**  
**Reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno**

---

# Indice

---

## 1 Situazione iniziale

## 2 Sintesi dei pareri scritti

2.1 Osservazioni concernenti la procedura di consultazione

2.2 Valutazione generale del progetto

2.3 Osservazioni concernenti le disposizioni particolari

    Articolo 55a capoverso 1

    Articolo 55a capoverso 2

    Articolo 55a capoverso 3

    Articolo 55a capoverso 4

    Articolo 55a capoverso 5

    II Disposizioni transitorie

    III Urgenza del progetto, entrata in vigore e limitazione nel tempo

2.4 Altre proposte

*Allegato 1* Verbale della consultazione in forma di conferenza del 5.11.2012

*Allegato 2* Elenco dei destinatari della consultazione

*Allegato 3* Elenco dei partecipanti alla consultazione in forma di conferenza del 5.11.2012

*Allegato 4* Elenco dei partecipanti alla consultazione scritta / abbreviazioni / statistiche

## **1 Situazione iniziale**

Il 24 ottobre 2012, il Dipartimento federale dell'interno ha invitato le organizzazioni interessate a esprimersi sulla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno) nell'ambito di una consultazione sotto forma di conferenza il 5 novembre 2012 o per iscritto entro il 5 novembre 2012.

La documentazione per la consultazione è stata inviata a 72 destinatari, 17 dei quali hanno partecipato alla conferenza del 5 novembre 2012. Il verbale della conferenza è allegato (cfr. allegato 1).

Per iscritto sono pervenuti complessivamente 53 pareri (41 di partecipanti invitati a partecipare e 12 di organizzazioni non consultate ufficialmente).

## **2 Sintesi dei pareri scritti**

### 2.1 Osservazioni concernenti la procedura di consultazione

SVP e UR considerano inaccettabile un termine di consultazione così breve.

Non potendo formulare un parere del Consiglio di Stato entro un termine così breve, LU, NW e BE inviano un parere del dipartimento della sanità.

AI, FDP e VLSS fanno notare che è difficile prendere posizione entro un termine così breve.

SBV e SGR deplorano che l'unica organizzazione professionale invitata a prendere posizione sia la FMH.

BL e VLSS deplorano di non disporre ancora di un progetto di ordinanza.

### 2.2 Valutazione generale del progetto

GE, LU, NE, OW, SZ, SO, TI, UR, VD e BE accolgono favorevolmente il progetto di legge.

BL e ZG accolgono la misura senza entusiasmo, considerando prematura la reintroduzione della misura. In generale, la reintroduzione della misura per una durata limitata deve consentire il passaggio a un sistema di gestione a lungo termine (proposta FMH / GDK, sostenuta anche da SSPPEA e SGPP).

JU non si oppone alla reintroduzione della misura, per solidarietà con i Cantoni che ne hanno bisogno, e attende misure per sostenere la medicina di famiglia.

GDK e KKA hanno una posizione sfumata. Le organizzazioni mantello dei Cantoni e delle società mediche cantonali approvano una gestione dell'offerta a livello cantonale o regionale. Salutano anche il fatto che i medici di famiglia siano risparmiati dalla misura. Subordinano tuttavia il loro sostegno alle modalità di applicazione dell'articolo 55a capoverso 3 concernente i criteri che permetteranno di stabilire l'esistenza di un bisogno.

SG (così come BE) si associa al parere di GDK e considera il progetto una tappa intermedia opportuna e indispensabile per poter gestire efficacemente l'offerta di prestazioni. Dovrebbe essere discussa e risolta la problematica del commercio di numeri RCC.

AG, AI, AR, GL, GR, NW, TG e ZH respingono il progetto, segnatamente perché considerano problematica dal punto di vista giuridico l'applicazione durante 12 anni di una misura che

priva l'intera categoria dei medici della libertà economica garantita dalla Costituzione. È messa in dubbio anche la necessità di una legge urgente.

refdata non è favorevole all'adozione della disposizione.

SSPPEA e SGPP sono contro la disposizione e deplorano che essa non tenga conto delle differenze tra le specializzazioni e della ripartizione degli specialisti tra le varie regioni. Rilevano peraltro la carenza di psichiatri e psicoterapisti, segnatamente per bambini e adolescenti, che è già la specializzazione meno retribuita.

AG ritiene che incentivi tariffari sarebbero più adatti per favorire la medicina di famiglia e chiede che sia esaminata la soppressione dell'obbligo di contrarre.

TG osserva che la misura è contraria alle politiche sanitarie volte a trasferire la fornitura di prestazioni dal settore stazionario al settore ambulatoriale. TG sostiene invece il modello proposto da FMH e GDK.

FDP considera prematura la reintroduzione della limitazione, dal momento che non si sa se l'aumento dei numeri del registro dei codici creditori comporterà un aumento degli studi medici e delle prestazioni fornite, e deplora questa decisione, che va contro la posizione espressa dalla CSSS-S. FDP rivendica una strategia globale, che tenga conto dei requisiti formulati dal CN Cassis durante l'ultima sessione (segnatamente una pratica di tre anni in un ospedale svizzero, una soluzione considerata interessante anche da CP, SPO e Vaud cliniques) e di una forma di libertà di contrarre per gli specialisti (Mo Gutzwiller). Deplora che il Consiglio federale abbia preso questa decisione prima di rispondere alle mozioni concernenti questa problematica.

SVP respinge la reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni e chiede al Consiglio federale di presentare rapidamente un sistema applicabile per limitare l'afflusso di medici stranieri a lungo termine. Rivendica una maggior concorrenza e una maggior libertà di contrarre anche nel settore sanitario e segnala la problematica dei ruoli multipli dei Cantoni. Come numerosi partecipanti alla consultazione (santésuisse, économiesuisse, sgv [Gewerbe], SVV, comparis.ch), constata che la clausola del bisogno ha un effetto negativo sul ricambio generazionale dei medici, il che fa sì che si debba compensare la carenza di medici svizzeri con medici stranieri.

Grüne sostiene la reintroduzione temporanea della clausola del bisogno per gli specialisti.

FMH e SGR deplorano che il progetto del Consiglio federale non tenga conto della proposta formulata con GDK e ritengono che l'aumento delle domande di numeri RCC sia la conseguenza della limitazione delle autorizzazioni in vigore negli ultimi anni.

Santésuisse, che teme un aumento dei prezzi degli studi medici ceduti a un successore, si dice tuttavia disposta ad accettare la misura per una durata limitata a due anni e chiede che siano consultati gli assicuratori (cpv. 3).

santésuisse, économiesuisse, sgv (Gewerbe), SVV e comparis.ch respingono la reintroduzione temporanea della misura, che non può portare a una copertura ottimale. Rivendicano più concorrenza e più mercato come pure la soppressione dell'obbligo di contrarre. santésuisse, économiesuisse e comparis.ch propongono come alternativa alla soppressione dell'obbligo di contrarre modulazioni del valore del punto tariffario TARMED in funzione della densità di medici, modello che potrebbe essere applicato anche per favorire la medicina di famiglia nelle regioni in cui è carente.

SGV (Gemeinden) e Travail.Suisse approvano la misura proposta.

SVM approva il principio di un meccanismo temporaneo di regolazione, pur essendo fondamentalmente contrario a una clausola del bisogno.

Hausärzte Schweiz è favorevole a una regolazione delle autorizzazioni fondata sul bisogno, che tenga però conto delle situazioni di sovracopertura e sottocopertura globalmente. Facendo riferimento al Masterplan «Medicina di base» e all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia», Hausärzte Schweiz constata che il progetto in questione non migliora in alcun modo la situazione dei medici di famiglia.

SPS approva il progetto, ma vorrebbe vederlo in una legge federale non limitata nel tempo. SPS ritiene che sia importante una vera regolazione della demografia medica, dinamica e costruttiva, segnatamente per evitare ad esempio la soppressione dell'obbligo di contrarre. Il margine di manovra dei Cantoni deve potersi esprimere, ma con una vera gestione da parte della Confederazione. Devono essere sviluppati veri strumenti di analisi e segnatamente dati statistici (registro nazionale dei medici, luogo di lavoro, ripartizione tra pratica privata ambulatoriale e pratica ospedaliera, ecc.).

CVP, che sostiene il progetto di legge per i Cantoni che ne hanno bisogno, ritiene che in Svizzera non vi siano troppi medici, ma una cattiva ripartizione tra le regioni e le specializzazioni. CVP vedrebbe di buon occhio una flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre.

H+ respinge la reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni, in particolare nel settore ambulatoriale degli ospedali e delle cliniche. Ritiene che sia contraria alla revisione della LAMal relativa al finanziamento ospedaliero, che sia contraria alla libertà economica degli ospedali e che limiti il trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario al settore ambulatoriale, un trasferimento che però è voluto dalla politica.

H+ ritiene che la limitazione dello sviluppo del settore ambulatoriale impedisca la creazione di centri di competenza e modelli di collaborazione innovativi, ad esempio per le urgenze mediche, frenando così la formazione e riducendo con il tempo la qualità. H+ segnala la carenza di personale medico già riscontrata in alcuni stabilimenti, che non sarà risolta con la limitazione delle autorizzazioni. H+ osserva una contraddizione tra il sostegno manifestato dalla Confederazione alla formazione di un maggior numero di medici per ovviare alla carenza di giovani medici e la limitazione delle autorizzazioni, che dà un segnale negativo ai futuri medici. H+ sottolinea la necessità di una certa pratica ambulatoriale per alcune specializzazioni, segnatamente la psichiatria.

H+ mette in guardia contro un'ondata di nuove domande di numeri del registro dei codici creditori prima dell'eventuale entrata in vigore della legge e contro un aumento dei prezzi delle autorizzazioni esistenti.

H+, ASK, SBV, PKS, SGR, VLSS, VSAO e VSAO-ZH respingono il progetto di reintroduzione temporanea della limitazione delle autorizzazioni. Secondo loro, l'aumento del numero di domande di numeri di concordato è la conseguenza diretta della clausola del bisogno applicata negli scorsi anni (recupero e timore di una nuova proroga).

SPO, che ritiene che si debba innanzitutto regolare l'aumento del numero di medici stranieri e favorire la medicina di famiglia, sottoscrive l'idea di una pratica obbligatoria di tre anni in un ospedale svizzero e propone uno stage obbligatorio di sei mesi in uno studio di medicina di famiglia per tutti i medici che vogliono aprire uno studio medico privato, compresi gli specialisti. Il TARMED andrebbe inoltre riformato a favore dei medici di famiglia.

ASK e SBV si oppongono per principio a qualsiasi pianificazione dell'offerta ambulatoriale da parte dei Cantoni, che porterebbe a una nuova frammentazione del sistema sanitario.

ASK e VLSS si dicono tuttavia disposti ad accettare il progetto come *ultima ratio* e per una durata limitata.

SBV e SGR respingono fermamente la limitazione delle autorizzazioni, ma si dicono favorevoli a una pianificazione a lungo termine, trasparente e fondata sul bisogno nel settore ambulatoriale, segnatamente per i medici specialisti.

VLSS respinge qualsiasi pianificazione statale, ritenendo che ogni sovracapacità deve essere regolata unicamente mediante i meccanismi di mercato. Teme la discriminazione che penalizza i giovani medici (anche SPS menziona questo punto).

VSAO e VSAO-ZH respingono la misura, considerandola inadeguata, ingiusta e discriminatoria nei confronti dei giovani e segnatamente delle donne, che non hanno la possibilità di esercitare a tempo parziale in ospedale. Secondo loro, il progetto è ingiustificato e contrario alla libertà economica garantita dalla Costituzione.

CP e Vaud cliniques sono contrari alla disposizione, che considerano iniqua.

PKS respinge fermamente la proposta, che mette in pericolo il futuro degli ospedali e la sicurezza dei pazienti. Osserva che la misura va contro le politiche sanitarie volte a trasferire la fornitura delle prestazioni dal settore stazionario al settore ambulatoriale. La limitazione mette in pericolo anche il modello dei medici indipendenti accreditati.

H+, AG, PKS, SGR e VSAO dubitano della relazione tra l'aumento dei numeri del registro dei codici creditori o dei medici che esercitano in uno studio privato e l'aumento dei costi a carico dell'AOMS. AG constata che è aumentato unicamente il numero di domande di numeri del registro dei codici creditori e non il numero di medici che fatturano a carico dell'AOMS. H+, PKS e VSAO chiedono studi complementari che dimostrino la necessità di limitare le nuove autorizzazioni. SPS deplora che la limitazione delle autorizzazioni applicata in precedenza non sia stata sottoposta a un'analisi rigorosa.

VSAO fa una correlazione tra la limitazione delle autorizzazioni e la carenza di medici. Rileva che la misura prevista limita segnatamente la creazione di nuovi studi medici organizzati in modo innovativo (p. es. combinazione di medici di famiglia e specialisti).

PKS sostiene a mo' di controproposta l'introduzione della libertà di contrarre.

SWICA propone di escludere dalla limitazione i medici che operano all'interno di una rete di cure (cpv. 2), il che incentiverebbe la medicina di famiglia, contribuendo al tempo stesso al contenimento dei costi.

PharmaSuisse sostiene la misura quale strumento di gestione fondato sul bisogno e auspica che la limitazione delle autorizzazioni sia applicata innanzitutto ai medici con profarmacie, in modo tale da sostenere lo sviluppo di farmacie nelle regioni con una copertura insufficiente.

## 2.3 Osservazioni concernenti le disposizioni particolari

### Art. 55a cpv. 1: fornitori di prestazioni sottoposti alla condizione dell'esistenza di un bisogno

BL chiede che i farmacisti non siano sottoposti alla clausola del bisogno.

ASK vorrebbe escludere dal campo di applicazione della misura il settore ambulatoriale degli ospedali, poiché la limitazione in questo settore intralcia le competenze cantonali in materia di pianificazione nel settore stazionario.

SVM sostiene pienamente l'assoggettamento alla clausola del bisogno del settore ambulatoriale degli ospedali, per evitare qualsiasi disparità di trattamento e distorsione del mercato.

VD chiede di precisare alla lettera b, se del caso nel commento, che i Cantoni possono rilasciare autorizzazioni anche in funzione dell'attività e non solo del numero di medici, in modo da poter regolare l'offerta medica ambulatoriale anche a livello degli stabilimenti.

economiesuisse respinge la limitazione delle autorizzazioni per i medici che esercitano nel settore ambulatoriale ospedaliero, che crea un falso incentivo a favore delle cure stazionarie.

FMH chiede di redigere il capoverso in modo da chiarire che la competenza di decidere di limitare le autorizzazioni spetta ai Cantoni e non al Consiglio federale.

### Art. 55a cpv. 2: titoli non sottoposti alla condizione dell'esistenza di un bisogno

SZ, UR, ZG, ASK, Hausärzte Schweiz e VLSS approvano espressamente le deroghe previste.

H+ e PKS constatano che la limitazione delle autorizzazioni è contraria ai principi medici in vigore nei settori della psichiatria e della riabilitazione (ambulatoriale piuttosto che semistazionaria, semistazionaria piuttosto che stazionaria).

AG e ZH chiedono che la norma sia modificata in modo tale da impedire che medici stranieri con un titolo di medicina generale e una specializzazione si facciano riconoscere solo il primo titolo per sottrarsi alla clausola del bisogno, il che rappresenta un vantaggio rispetto ai medici formati in Svizzera.

AG e ZH chiedono che siano esclusi dalla clausola del bisogno anche i medici in possesso di un titolo di psichiatria infantile, vista l'attuale carenza in questo settore.

GE auspica che nessun titolo sfugga alla clausola del bisogno e ritiene che la regolazione cantonale sia adeguata per promuovere alcune categorie di medici di famiglia e regolare l'afflusso di medici di famiglia stranieri.

TI chiede che la moratoria sia applicata a livello svizzero a tutti gli specialisti, lasciando ai Cantoni la competenza di derogare alla norma.

VD e FMH ritengono che non sia opportuno escludere i medici in possesso di un titolo di medicina interna generale se dispongono di un altro titolo postlaurea. Se hanno completato la formazione continua in medicina generale, questi medici dovrebbero poter praticare in qualità di medici di famiglia. FMH constata la discriminazione rispetto ai medici stranieri.

Per santésuisse, la limitazione deve applicarsi unicamente ai medici specialisti.

pharmaSuisse deplora che il progetto di legge non consenta ai Cantoni di prevedere una gestione regionale per i medici di famiglia.

SVM trova che anche i medici di famiglia dovrebbero essere sottoposti alla clausola del bisogno per porre un termine all'afflusso di medici stranieri. Inoltre questi ultimi dovrebbero essere tenuti a effettuare un certo numero di anni di pratica in ambito ospedaliero in Svizzera prima di insediarsi ed essere sottoposti al controllo della formazione continua.

VSAO chiede l'aggiunta di una lettera d, in modo tale da attenuare la perdita di attrattiva dovuta alla limitazione delle autorizzazioni, il che avrebbe un effetto positivo anche sulla qualità: *d. medici che hanno lavorato cinque anni in un centro di perfezionamento riconosciuto dall'ISFM.*

SWICA propone di escludere della limitazione delle autorizzazioni i medici che esercitano in una rete di cure o in stabilimenti ai sensi dell'articolo 36a LAMal che dispensano cure integrate.

#### Art. 55a cpv. 3: criteri che permettono di stabilire l'esistenza di un bisogno

ASK approva la formulazione.

KKA chiede che il capoverso sia completato sulla falsariga del rapporto esplicativo, in modo tale che il Consiglio federale consulti i Cantoni e i fornitori di prestazioni prima di subordinare l'autorizzazione di fornitori di prestazioni all'esistenza di un bisogno. KKA e SVM chiedono inoltre che per stabilire i criteri siano presi in considerazione i dati dei medici.

AKK e GDK si oppongono all'idea di fondare l'autorizzazione sul criterio relativo all'utilizzazione del numero del registro dei codici creditori, che non è direttamente legato all'apertura di uno studio medico. Segnalano segnatamente la problematica dei medici che esercitano a tempo parziale. AKK e GDK esigono che il bisogno sia valutato in base a dati forniti dai medici e che siano esaminati altri criteri, come un certo periodo di pratica in un ospedale svizzero (VD). refdata insiste sulla creazione di un registro nazionale dei fornitori di prestazioni unico, pubblico e accessibile liberamente.

VLSS propone un periodo di pratica di tre anni in un ospedale svizzero quale criterio per essere ammessi a esercitare a carico dell'AOMS.

VLSS chiede che siano stabiliti criteri abbastanza precisi a livello federale, dopo aver sentito i fornitori di prestazioni, in modo tale da evitare differenze di attuazione troppo grandi tra i Cantoni.

KKA chiede che la norma sia completata in modo tale che le organizzazioni professionali e quelle dei fornitori di prestazioni non solo siano consultate in caso di sovracopertura o sottocopertura, ma siano anche coinvolte nella preparazione di qualsiasi misura di gestione.

SZ chiede che sia lasciato ai Cantoni un margine di manovra sufficiente nella definizione dei criteri del bisogno. L'esistenza di un bisogno non deve fondarsi sull'offerta esistente, ma tener conto di una copertura sufficiente.

ZG chiede che ai Cantoni sia lasciato tempo a sufficienza per prendere posizione sui futuri criteri.

Grüne sostiene un'applicazione flessibile della limitazione mediante la fissazione della densità di medici per specializzazione a livello cantonale e federale e l'obbligo, per i Cantoni, di tener conto dei Cantoni e delle regioni limitrofi. Chiede inoltre che siano applicati anche criteri qualitativi e non solo quantitativi.

FR chiede che siano previsti nell'ordinanza criteri più chiari e vicini alla realtà rispetto a quelli della precedente limitazione.

VD chiede che i criteri siano definiti con i vari partner (Cantoni, fornitori di prestazioni e assicuratori), lasciando ai Cantoni un margine di apprezzamento (limiti).

FMH ritiene che la gestione dell'offerta nel settore ambulatoriale debba rientrare nella sfera di competenza dei Cantoni, come quella nel settore stazionario.

santésuisse chiede che siano consultati gli assicuratori.

#### Art. 55a cpv. 4: competenza cantonale

BL chiede che il capoverso sia riformulato in modo tale da consentire ai Cantoni sia di prevedere deroghe a livello di ordinanza, sia di applicare direttamente il diritto federale.

ZG ritiene che la possibilità di subordinare l'autorizzazione a determinate condizioni, come quelle proposte dal Consiglio federale, sia contraria alla libertà economica e apra la strada a lunghe procedure giudiziarie.

VD chiede che il margine di manovra dei Cantoni sia precisato chiaramente.

ASK chiede di sopprimere il secondo periodo: la fissazione dei criteri deve restare di competenza del Consiglio federale. La delega di tali criteri ai Cantoni impone loro di elaborare una pianificazione per le prestazioni ambulatoriali, il che esula dal campo di applicazione di una legge urgente.

KKA chiede che il capoverso 4 sia completato in modo da costringere i Cantoni e rilasciare autorizzazioni tenendo conto anche dei medici impiegati a tempo parziale.

KKA chiede che i Cantoni possano sostenere attivamente, mediante incentivi, l'insediamento di fornitori di prestazioni nelle regioni con una copertura insufficiente.

pharmaSuisse auspica una limitazione delle autorizzazioni applicabile a livello regionale, ad esempio limitatamente ai centri urbani, per sostenere l'insediamento di farmacie nelle regioni con una copertura insufficiente.

FMH e SVM ritengono che visti i risultati della votazione del 17 giugno 2012 è impensabile subordinare l'autorizzazione all'appartenenza a una rete di cure.

CP e Vaud cliniques chiedono di stralciare «e i medici», in modo da chiarire la disposizione.

VLSS chiede che i Cantoni consultino anche le federazioni di fornitori di prestazioni. L'ordinanza dovrebbe precisare che devono essere consultate anche le federazioni dei medici degli ospedali, e non solo quelle di medici liberi professionisti, e non nell'ambito di consultazioni sotto forma di conferenza.

## Art. 55a cpv. 5: termine di scadenza dell'autorizzazione

SO chiede che il termine sia fissato a sei mesi al massimo.

KKA chiede che il termine sia fissato a 12 mesi nella legge, con possibilità di proroga in casi giustificati.

ZG chiede che nell'ordinanza il termine «utilizzata» sia concretizzato in modo più preciso rispetto alla versione precedente, in modo tale da evitare abusi, troppo facili in passato.

NE chiede che le condizioni siano ben definite nell'ordinanza.

ASK vorrebbe completare il capoverso 5 obbligando i Cantoni a tenere un elenco dei medici autorizzati.

VLSS e SVP chiedono di rinunciare a menzionare un termine entro il quale deve essere utilizzata l'autorizzazione.

VD auspica che nell'ordinanza sia previsto l'obbligo per gli assicuratori di comunicare ai Cantoni i nomi dei medici che non hanno utilizzato il proprio numero RCC.

## II Disposizioni transitorie

AG e ZH auspicano una modifica della disposizione transitoria in modo da garantire il numero di medici che lavorano in uno studio medico privato o in uno stabilimento ambulatoriale il giorno dell'entrata in vigore, in modo tale che i nuovi dipendenti che non sono ancora in possesso di un numero RCC possano essere autorizzati. Questi Cantoni segnalano la problematica dei medici che lavorano in entrambi i settori, stazionario e ambulatoriale, degli ospedali.

TI chiede che i fornitori di prestazioni autorizzati al momento dell'entrata in vigore della legge siano esclusi dalla moratoria.

ZG e FR chiedono che nell'ordinanza l'espressione «che hanno esercitato» sia concretizzata in modo più preciso rispetto alla versione precedente, in modo tale da evitare abusi, troppo facili in passato. Criterio proposto (ZG): che hanno raggiunto un certo fatturato annuo.

Anche SG chiede precisazioni prima dell'entrata in vigore della disposizione, segnatamente per sapere se sarà sufficiente un'unica fattura a carico dell'assicurazione obbligatoria. Occorre inoltre garantire che gli stabilimenti conservino lo stesso contingente in caso di avvicendamento di personale.

Per VLSS, la proposta è inaccettabile poiché penalizza i medici quadri degli ospedali. VLSS chiede che l'articolo 55a non sia applicabile ai fornitori di prestazioni di cui all'articolo 55a capoverso 1 che praticavano già a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria nel Cantone in questione prima dell'entrata in vigore della modifica.

FMH chiede che i primari e i medici quadri nonché i medici che hanno esercitato per un certo periodo in ospedale, in una HMO o in un altro centro di cure possano continuare la loro attività anche se lasciano lo stabilimento.

santésuisse chiede che i medici specialisti che lavorano in reti di cure integrate o s'insediano in regioni con una copertura insufficiente in specialisti siano esclusi dalla limitazione.

CVP teme un'esplosione dei prezzi degli studi medici ceduti.

### III Urgenza del progetto, entrata in vigore e limitazione nel tempo

GDK, SZ, UR e NW temono un afflusso di nuove domande dopo l'annuncio del progetto e chiedono che il progetto sia sottoposto rapidamente al Parlamento, in modo tale che possa entrare in vigore il più velocemente possibile.

GE è favorevole a una reintroduzione della clausola del bisogno al 1° gennaio 2013 e non al 1° aprile 2013.

BL, GE, GL, NW, TI, ASK, UR, TI, GDK, VD e BE ritengono che la clausola del bisogno possa essere solo una soluzione transitoria e auspicano che sia trovata rapidamente una soluzione definitiva. È menzionato il modello proposto da FMH e GDK. Alcuni sono favorevoli a una gestione mediante il valore del punto tariffario TARMED.

santésuisse chiede che il progetto sia limitato a una durata di due anni.

SPS ha delle riserve sulla limitazione nel tempo della misura, che dovrebbe rientrare nella legislazione federale ordinaria. Se non sarà il caso nel progetto finale, dovranno essere stabiliti criteri più precisi, che gettino le fondamenta per una legislazione ordinaria.

CP e Vaud cliniques deplorano sia l'urgenza che la procedura.

### 2.4 Altre proposte

SZ chiede che il progetto sia completato con una disposizione che obblighi gli assicuratori a mettere gratuitamente a disposizione dei Cantoni i dati necessari per gestire le autorizzazioni.

Grüne chiede misure di accompagnamento per controllare l'evoluzione dei costi nel settore ambulatoriale degli ospedali, l'attuazione rapida del Masterplan «Medicina di base», condizioni quadro che favoriscano le cure integrate e un numero sufficiente di posti di formazione per i medici (anche SPS menziona quest'ultimo punto).

medswiss.ch si schiera a favore delle reti di cure integrate.

Die schriftlichen Stellungnahmen sind nachstehend zusammengefasst aufgeführt.

### Allgemeine Stellungnahmen / Prises de position générales

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p><b>1. Rechtsstaatlichkeit</b> Es ist eines Rechtsstaates unwürdig, Notrecht faktisch zehn Jahre lang anzuwenden, umso mehr, als es sich um eine Massnahme handelt, die bei der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte ganz erheblich in die durch die Bundesverfassung geschützte Wirtschaftsfreiheit eingreift. Trotz wiederholter Beteuerungen von Bundesrat und Parlament, dass es sich lediglich um eine Übergangslösung handle, wurde der Zulassungsstopp nicht weniger als dreimal verlängert. Jungen Ärztinnen und Ärzten, welche die Mühen eines langen und anspruchsvollen Studiums auf sich genommen haben, wurde damit während nahezu eines Jahrzehnts die Möglichkeit erschwert, ihren Beruf uneingeschränkt in eigener Praxis auszuüben. Dass jetzt noch eine vierte Runde droht, dürfte bei den Ärztinnen und Ärzten das Vertrauen in den Rechtsstaat vollends zerstören.</p> <p><b>2. Überschätzte Auswirkungen des Zulassungsstopps</b> Der Beweis dafür, dass sich der Zulassungsstopp im erhofften Ausmass positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirkt, konnte auch nach diesen zehn Jahren nicht erbracht werden. Zumindest auf die Entwicklung der Zahl der tatsächlich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnenden Ärztinnen und Ärzte scheint der Zulassungsstopp nur einen sehr bescheidenen Einfluss zu haben, wie die jüngsten Untersuchungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigen (Monika Diebold, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 25. Oktober 2012). Anders lässt es sich nicht erklären, dass die Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte zwischen Januar 2006 und Januar 2012 - während dieser Zeit galt der Zulassungsstopp ohne Unterbruch - kontinuierlich von rund 15'000 auf rund 17'000 angestiegen ist. Nach der Aufhebung des Zulassungsstopps im Januar 2012 ist die Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte zwar zunächst ganz geringfügig angestiegen, fiel dann aber im Frühling 2012 auf rund 16'700 um dann bis im August 2012 wieder auf rund 17'000 Ärztinnen und Ärzte anzusteigen, die bereits im Zeitpunkt der Aufhebung des Zulassungsstopps zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechnet hatten. Diese Entwicklung ist umso erstaunlicher, als nach zehn Jahren Zulassungsstopp mit einer ausgesprochen starken Zunahme gerechnet wurde. Eine zahlenmässige Zunahme ist nun zwar tatsächlich zu verzeichnen, aber eben nicht bei der Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte, sondern nur bei der Anzahl der Gesuche um Erteilung einer Zahlstellenregister-Nummer (ZSR). Dass die Entwicklung der Gesuche um Erteilung einer ZSR-Nummer und die Zahl effektiv zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnenden Ärztinnen und Ärzte in diesem Umfang nicht korreliert, zeigt einerseits, wie stark das Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte in den Rechtsstaat in den letzten Jahren gelitten hat, wurden doch ganz offensichtlich im grossen Stil ZSR-Nummern auf Vorrat angefordert. Es ist aber auch klarzustellen, dass die Fokussierung auf die Gesuche um Erteilung einer ZSR-Nummer ausser Acht lässt, dass gleichzeitig auch Ärztinnen und Ärzte aus dem aktiven Berufsleben aussteigen. Während unter dem Regime des Zulassungsstopps diese "frei" werdenden ZSR-Nummern verkauft werden konnten, bleiben diese heute oft ungenutzt, was zwar, wie dargelegt, die Zahl der ZSR-Nummern hat ansteigen lassen, was aber nicht gleich bedeutend mit einer Zunahme der zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnenden Ärztinnen und</p>	AG

<p>Ärzte ist. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die starke Zunahme der Teilzeitarbeit von Ärztinnen und Ärzten nicht nur eine Zunahme bei den ZSR-Nummern auslöst, sondern auch eine Zunahme der effektiv zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätigen Personen geradezu erfordert, um die notwendigen Behandlungskapazitäten auf bisherigem Niveau zu halten.</p> <p><b>3. Fehlanreize</b></p> <p>Die Wiedereinführung des Zulassungsstopps wäre nicht nur rechtsstaatlich bedenklich und hinsichtlich der damit angestrebten Ziele wenig erfolgversprechend, sie wäre sogar schädlich, wobei ein Teil des Schadens wohl nur schon durch die Tatsache herbeigeführt würde, dass überhaupt wieder über die Einführung des Zulassungsstopps diskutiert wird. Muss man, wie dargelegt, davon ausgehen, dass viele ZSR-Nummern nur auf Vorrat beantragt werden, ist zu befürchten, dass der in die Vernehmlassung gegebene Formulierungsvorschlag für einen neuen Art. 55a KVG diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die im Besitz einer ZSR-Nummer sind, geradezu in die private Praxis drängt, sodass der teilweise bereits existierende Ärztemangel in den Spitälern zusätzlich verschärft wird.</p> <p><b>4. Schaffung sinnvoller tarifarischer Anreize</b></p> <p>Beizupflichten ist dem erläuternden Bericht dahingehend, dass ein sinnvolles Angebot der ambulanten Versorgung insbesondere über marktgerechte Tarife herbeigeführt werden muss. Auf die geplante, und wie die Vergangenheit zeigt, blockierende Wiederbelebung des Zulassungsstopps muss jedoch verzichtet werden. Nachdem der Bundesrat dringlichen Handlungsbedarf festgestellt hat, ist der Weg einer tarifarischen Neuregelung direkt vom Bundesrat zu beschreiben.</p> <p><b>5. Fazit</b></p> <p>Die Wiedereinführung des Zulassungsstopps ist rechtsstaatlich problematisch, würde die angestrebten Ziele nicht erreichen und sich sogar kontraproduktiv auswirken, sodass er abzulehnen ist. Eine durchaus wünschenswerte Stabilisierung von Spezialistinnen und Spezialisten und eine Zunahme der Grundversorgerinnen und Grundversorger lässt sich über rasch umsetzbare tarifarische Massnahmen erreichen. Alternativ sind aber auch bisher durch den früheren Zulassungsstopp blockierte weitere Massnahmen zu prüfen, wie beispielsweise die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, begleitet von klaren bundesrechtlichen Rahmenbedingungen. Bis zu einer ordentlichen Regelung auf Gesetzesstufe sollte aber auch hier auf kontraproduktive Notstandseingriffe verzichtet werden.</p>	
<p>Das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Appenzell Innerrhoden lehnt die Wiedereinführung des Zulassungsstopps für Spezialärzte aufgrund nachfolgender Ausführungen entschieden ab. Zunächst sei zunächst die Vorbemerkung erlaubt, dass die beabsichtigte befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung den Verdacht auf einen Schnellschuss nahe legt. Diesbezüglich muss daran erinnert werden, dass der Zulassungsstopp über Jahre nur auf verlängertem Notrecht beruhte und von den Kantonen schon seit längerem bemängelt wurde. Die Nichtverlängerung wurde deshalb in vielen Kantonen - so auch im Kanton Appenzell Innerrhoden - zustimmend zu Kenntnis genommen. Die nun beabsichtigte erneute Verlängerung bzw. Wiedereinführung ist rechtsstaatlich und staatspolitisch äusserst bedenklich. Nachdem nun über Jahre hinweg mittels Notrecht das verfassungsmässige Recht der Wirtschaftsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte in hohem Masse eingeschränkt wurde, kann die nun beabsichtigte erneute Verlängerung bzw. Wiedereinführung durch die Hintertüren nicht geduldet werden.</p> <p>Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass sich der Zulassungsstopp nicht positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirkt. Durch die wiederholte Verlängerung des Zulassungsstopps wurde hingegen</p>	AI

<p>unnötigerweise jungen Ärztinnen und Ärzten während nahezu eines Jahrzehnts die Möglichkeit genommen, ihren Beruf in eigener Praxis auszuüben. In Bezug auf die Kostenentwicklung waren Massnahmen im Bereich der Tarifstruktur nach Ansicht des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Appenzell Innerrhoden wesentlich vielversprechender. Diesbezüglich ist dem erläuternden Bericht beizupflichten; es muss ein sinnvolles Angebot der ambulanten Versorgung insbesondere über marktgerechte Tarife herbeigeführt werden.</p>	
<p>Der Kanton Appenzell Ausserrhoden lehnt [die vorgesehene befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung] entschieden ab. Wir teilen grundsätzlich die vom Kanton Zürich im Schreiben vom 31. Oktober 2012 vorgebrachten Kritikpunkte.</p> <p>Die erneute Wiedereinführung des Zulassungsstopps schafft nur neue Ungerechtigkeiten und administrativen Aufwand, ohne dass dadurch das Grundproblem der falschen tarifarischen Anreize gelöst wird.</p>	AR
<p>Der Kanton Basel-Landschaft kann mit der vorgesehenen Gesetzesänderung leben und wird die Zulassungseinschränkung umsetzen, wenn sie beschlossen wird.</p> <p>- Die Wiedereinführung erscheint aber mangelhaft begründet. Die den Kantonen vorliegenden Zahlen lassen den Schluss zu, dass der Zulassungsstopp von 2002 bis 2011 den Anstieg der Praxiszulassungen nicht zu bremsen vermochte. Die Zahl der zugelassenen Leistungserbringer stieg in dieser Zeit ungebremst weiter an. Auch die Aufhebung des Zulassungsstopps zu Beginn dieses Jahres hat keine statistisch bedeutsamen Veränderungen nach sich gezogen. Saisonale Schwankungen, Nachholeffekte, Umwandlungen von bestehenden Zulassungen machen sich kurzfristig bemerkbar. Für eine längerfristige Betrachtung der Effekte wurde aber gar nicht lange genug zugewartet. Schon nach weniger als einem Jahr wird erneut über einen Zulassungsstopp diskutiert. Wir sind der Ansicht, dass die erneute Zulassungseinschränkung ihr Ziel nicht wird erreichen können.</p> <p>- Die Regelung kann erst dann im Detail beurteilt werden, wenn auch die Verordnung des Bundesrates vorliegt.</p>	BL
<p>Le canton de Genève est favorable à la réintroduction urgente de l'admission selon le besoin.</p>	GE
<p>Wir lehnen die befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung ab. Der Kanton Glarus kennt kein Überangebot an ärztlichen Leistungserbringern. Im Gegenteil ist das Angebot (in gewissen Spezialgebieten) eher knapp, wenngleich die Versorgung gewährleistet ist. [...]</p> <p>Eine staatliche Steuerung über einen direkten Eingriff mit Verboten erachten wir als falsch und systemfremd. Es erscheint uns aus rechtsstaatlicher Perspektive problematisch, eine Massnahme über zwölf Jahre anzuwenden, die bei der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte ganz erheblich in die durch die Bundesverfassung geschützte Wirtschaftsfreiheit eingreift.</p> <p>Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist auf marktwirtschaftlichen Elementen aufgebaut. Dem erläuternden Bericht ist dahingehend beizupflichten, dass ein sinnvolles Angebot der ambulanten Versorgung primär über marktgerechte Tarife herbeigeführt werden muss. In einem solchen System bringt der - flexible - Preis Angebot und Nachfrage in Einklang. Das TARMED Regulationswerk erfüllt diese Anforderung in keiner Art und Weise; es ist nur logisch, dass in gewissen Gebieten ein Überangebot resp. Mangel an spezialisierten ärztlichen Leistungserbringern entsteht.</p> <p>Der Gesetzgeber hat sicherzustellen, dass der Preismechanismus flexibler und wirkungsvoller wird als dies heute der Fall ist. Das Gesundheitswesen ist im ambulanten Bereich viel stärker zu segmentieren. Konkret sollte eine Steuerung des Angebots über die Taxpunktwerde des TARMEDs nach Facharztgruppen</p>	GL

<p>und Regionen erfolgen: In Regionen mit einem Überangebot an Fachärzten ist der Taxpunktwert für diese spezialisierten Leistungen tiefer anzusetzen und vice versa: Dort, wo es zu viele Fachärzte hat, sinken die Tarife; dort, wo es zu wenig hat, steigen sie. Mit einer solchen Massnahme lassen sich wirkungsvolle und gezielte Anreize für ein ausreichendes Leistungsangebot in Randregionen setzen. Nachdem der Bundesrat dringlichen Handlungsbedarf festgestellt hat, ist der Weg einer tarifarischen Neuregelung wie oben dargestellt über den Bundesrat zu beschreiten.</p>	
<p>Wir lehnen die Wiedereinführung des Zulassungsstopps entschieden ab. Zur Begründung verweisen wir auf die umfassende Stellungnahme der Gesundheitsdirektion Zürich, der wir uns vollumfänglich anschliessen.</p>	GR
<p>Pour un canton comme le Jura, le bilan des années passées avec la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS peut être considéré comme pratiquement nul, considérant que les espoirs d'un effet de redistribution des installations de médecins vers les régions périphériques du pays ne se sont pas concrétisés.</p> <p>Par ailleurs, le Gouvernement a observé avec vous la recrudescence récente d'installations, notamment de médecins spécialistes, et surtout dans les centres urbains, dès la levée de la mesure l'an passé; le Gouvernement prend acte également du fait qu'une part importante desdits spécialistes sont des psychiatres, psychothérapeutes, spécialité dont notre canton manque cruellement.</p> <p>Outre le manque de certains spécialistes, notre canton, à l'instar de beaucoup d'autres, est fort préoccupé de l'absence de relève observée dans le domaine de la médecine de premier recours, alors que de nombreux praticiens prennent, ou sont à la veille de prendre, leur retraite.</p> <p>Le Gouvernement ne s'oppose pas à une réintroduction temporaire d'une limitation de l'admission à pratiquer, il se veut ainsi solidaire des cantons qui doivent faire face à une pléthore d'installations de spécialistes.</p> <p>Cette limitation ne devra en aucun cas pénaliser la République et Canton du Jura dans ses efforts de recrutement des médecins spécialistes dont elle a un urgent besoin.</p> <p>Le Conseil fédéral et les autorités sanitaires fédérales devront mettre en œuvre rapidement et efficacement les mesures de soutien à la médecine de premier recours qui sont envisagées, et adopter des dispositions afin de renforcer la première ligne médicale, qui est le pilier principal de l'organisation des soins médicaux; les spécificités des cantons dits périphériques devront être prises en compte de manière adéquate. Il est par ailleurs impératif que notre pays se dote, en respectant la compétence des cantons dans ce domaine, des outils indispensables de planification des effectifs médicaux, ceci afin d'éviter les graves disparités régionales que l'on observe actuellement et qui ont tendance à s'aggraver.</p> <p>Car, s'il est vrai que la pléthore de spécialistes en milieu urbain risque de faire exploser les coûts dans ces régions, il est également certain, et c'est autrement plus important, que la pénurie de médecins de premier recours aura des conséquences graves sur l'accessibilité aux soins indispensables et sur leur qualité; c'est la santé de nos concitoyen-ne-s qui est ici en jeu, et pas seulement celle des comptes de l'assurance maladie.</p>	JU
<p>In dieser kurzen Frist ist es uns leider nicht möglich, eine Stellungnahme des Gesamtregierungsrates einzuholen. Sie erhalten deshalb im Folgenden eine Stellungnahme des Gesundheitsdepartementes:</p> <p>Grundsätzlich begrüssen wir es, dass die Kantone wieder die Möglichkeit haben, die Zulassung von neuen Spezialärztinnen und -ärzten zu steuern. Wir sind deshalb mit dem Vorschlag einverstanden. Wichtig ist für uns, dass die Kantone die notwendige Freiheit in der Umsetzung haben.</p>	LU

<p>Ebenfalls wichtig scheint uns, dass die Bewilligungen wieder verfallen, wenn die Arbeit nicht nach einer bestimmten Zeit aufgenommen wird und dass die Massnahmen nach der Ankündigung möglichst rasch umgesetzt werden. (Insofern haben wir auch gewisses Verständnis für die sehr kurzen Vernehmlassungsfristen).</p> <p>Zudem darf die vorgeschlagene Regelung tatsächlich nur eine Übergangsregelung sein. Sie muss so rasch als möglich durch eine langfristige, differenziertere Lösung ersetzt werden, für welche der Vorschlag FMH/GDK die Grundlage bieten soll.</p>	
<p>Le Conseil d'Etat appuie la proposition du Conseil fédéral de réintroduire temporairement la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p> <p>Nous sommes d'avis que cette disposition permettra, dans une certaine mesure, de disposer, pour les cantons souffrant d'une pénurie de spécialistes, d'un instrument de régulation de l'offre médicale.</p> <p>En Suisse, les cantons sont exposés, pour certains, à des situations de pléthore médicale ou pour d'autres, notamment dans les régions périphériques, de pénurie, soit de médecins de premier recours, soit de certains spécialistes. Nous vous rendons attentif qu'une solution de long terme devrait être étudiée pour, d'une part, parvenir réellement à maîtriser les coûts de l'ambulatoire et d'autre part, de veiller à ce que l'accès aux soins médicaux reste homogène sur l'ensemble du territoire national.</p>	NE
<p>Sehr bedauerlich ist bei diesem Vorschlag des Bundes, dass junge Ärztinnen und Ärzte Leidtragende dieser Änderung sind. Sie müssen Ihre Ausbildung zum Spezialisten mit der höchst unerfreulichen Zukunftsaussicht antreten, vielleicht nie eine Praxis eröffnen zu können. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass Bundesrat und Parlament zusammen mit den Kantonen bald Alternativen zum Zulassungsstopp prüfen.</p>	NW
<p>Im Wissen, dass es sich bei der vorgelegten Gesetzesvorlage nur um einen ersten Schritt handelt und dass weitere längerfristige Massnahmen geprüft werden, unterstützen wir die vorgeschlagene Anpassung von Artikel 55a KVG vollumfänglich.</p>	OW
<p>Wir begrüssen die vorgeschlagenen Bestimmungen über die befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung [...].</p>	SO
<p>Der Regierungsrat des Kantons Schwyz unterstützt grundsätzlich die vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsgerechten Zulassung.</p>	SZ
<p>Mit der vorgeschlagenen - auf drei Jahre befristeten - dringlichen Massnahme, wonach die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung gemäss Art. 55a KVG wieder einzuführen sei, erklären wir uns aus folgenden Gründen nicht einverstanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dem Bund steht nach Art. 117 BV lediglich die Kompetenz zu, Vorschriften über die Krankenversicherung zu erlassen. Für die Gesundheitsversorgung selbst sind jedoch die Kantone zuständig. Die dauerhafte Einführung der bedarfsabhängigen Zulassung ohne entsprechende Verfassungsänderung erscheint uns in rechtlicher Hinsicht sehr fragwürdig.</li> <li>- Zudem erachten wir es nicht als sinnvoll, die ambulante Grundversorgung fortwährend einzuschränken. Sämtliche Anstrengungen der Politik zielen doch gerade darauf ab, die Patientinnen und Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, zumal die Versorgung im ambulanten Bereich wesentlich günstiger ist.</li> <li>- Schliesslich hätte die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung zur Folge, dass gewisse Ärzte zwar in Spitälern tätig sein dürften, nicht aber in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dies erhellt, dass die vorgeschlagenen Massnahmen die Kosten im stationären Bereich ansteigen liessen.</li> </ul>	TG

<p><b>Befürwortung des Regelungsvorschlags von FMH und GDK</b></p> <p>Die gegenwärtige Situation ist alles andere als befriedigend. Nachdem die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG nicht zur erhofften Zunahme von Praxisbewilligungen durch Allgemeinpraktiker führte, sondern vielmehr Zulassungsgesuchen von schweizerischen und ausländischen Spezialärzten Vorschub leistete, ist die Wiedereinführung einer Zulassungssteuerung durch die Kantone unbestrittenermassen angezeigt.</p> <p>Anstatt der von Ihnen vorgeschlagenen Änderung des KVG halten wir den von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) ausgearbeiteten Regelungsvorschlag betreffend Ressourcensteuerung bei Unter- oder Überversorgung für die optimale Lösung der Angelegenheit. Die künftige Zulassungssteuerung soll grundsätzlich im Zuständigkeitsbereich der Kantone liegen, wozu - entsprechend den Empfehlungen von FMH und GDK - eine Ergänzung des Grundsatzes zur Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 35 KVG vorzunehmen ist. Mit dieser Regelung würde den Kantonen ein effektives Steuerungsinstrument für den ambulanten wie auch den spitalambulanten Bereich zur Verfügung gestellt, mittels dem sie in der Lage wären, die Bewilligung von einer kantonalen Bedarfsplanung abhängig zu machen. Überdies könnte die Zulassung so an die Bedingungen der bereits erfolgten Berufstätigkeit im Schweizer Gesundheitswesen und der Kenntnisse der jeweiligen Landessprache geknüpft werden. Schliesslich bestünde damit die Möglichkeit, eine bereits erteilte Zulassung verfallen zu lassen, sollte nicht innert einer festgesetzten Frist von ihr Gebrauch gemacht werden.</p>	
<p>[I] Cantone Ticino segnala la sua adesione alla reintroduzione della moratoria, per un periodo massimo di tre anni, auspicando poi un passaggio ad un sistema di pilotaggio.</p>	TI
<p>Wir begrüssen die vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung zur Tätigkeit als KVG-Leistungserbringer. Entscheidend für unsere Zustimmung ist, dass die ärztlichen Grundversorger (Fachärztinnen und -ärzte allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt/Ärztin sowie Kinder- und Jugendmedizin) von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind.</p>	UR
<p>De façon générale, nous soutenons l'introduction de dispositions fédérales permettant aux cantons de mettre en œuvre une régulation de l'offre médicale ambulatoire afin de faire face aux enjeux dans ce domaine (pénurie de médecins de premier recours, notamment dans les zones périphériques, pléthore de spécialistes dans les zones à fortes densité de population, etc.).</p> <p>Depuis 2002, le DSAS [Département de la santé et de l'action sociale] a mis en place un partenariat efficace avec la Société vaudoise de médecine (SVM) dans le cadre de l'application de la " clause du besoin " qui a échoué au 31 décembre 2011. Bien que répondant partiellement aux besoins en matière de monitoring de l'offre médicale ambulatoire, cette mesure a permis d'instaurer une première régulation en la matière, de développer de nouvelles compétences et d'intensifier les collaborations entre partenaires. L'arrêt brutal de cette mesure a été vivement regretté par le DSAS, tout comme l'absence d'une évaluation de l'impact, au niveau national, des dix années d'application.</p> <p>Compte tenu de cette première expérience et du développement de l'offre ambulatoire, nous sommes convaincus de l'urgence d'agir afin de garantir une offre médicale suffisante et de qualité pour l'ensemble de la population vaudoise. Nous accueillons donc favorablement le projet que vous nous avez soumis, tout en insistant sur le fait que cette réintroduction d'une limitation de l'admission selon les besoins n'est envisageable que dans l'attente du développement d'un outil plus performant de régulation.</p> <p>[D]ans la perspective de " l'après clause du besoin ", vous trouverez ci-après les</p>	VD

<p>point principaux à prendre en compte dans le développement de nouvelles mesures de régulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de manière générale, il est important que la législation fédérale donne la compétence aux cantons de réguler l'offre médicale ambulatoire. Dans ce sens, nous soutenons le projet CDS-FMH qui s'inscrit comme un instrument de régulation permettant d'agir tant en situation de pléthore que de pénurie.</li> <li>- la question de la qualification des médecins praticiens ainsi que d'autres spécialistes étrangers (problème de la reconnaissance en cascade de diplômes, etc.) doit être abordée. Afin de pallier aux problèmes d'intégration et à la méconnaissance du système de santé constatés, les praticiens étrangers devraient être astreints à un certain nombre d'années de pratique en milieu hospitalier en Suisse avant d'être autorisés à s'installer.</li> </ul> <p>En conclusion, la réintroduction temporaire de l'admission selon les besoins s'inscrit dans un objectif de maîtrise des coûts. Cet objectif, s'il est justifié à court terme, nécessite la mise en place de mesure de régulation pérennes visant non seulement la maîtrise de coûts mais également la qualité des soins. Durant les trois ans que devrait durer ce moratoire, nous vous invitons dès lors à travailler, avec les cantons, sur l'introduction de dispositions fédérales permettant aux cantons de disposer de véritables outils de régulation sur la base du modèle préconisé par la CDS-FMH.</p>	
<p>Der Kanton Zug ist überzeugt, dass die Wiedereinführung des Ärztstopps keine nachhaltige Lösung ist. Sie setzt falsche Anreize und ist leicht zu umgehen (siehe auch der Antrag betreffend Absatz 5 und Übergangsbestimmung). Angesichts des politischen Willens, kurzfristig ein Zeichen setzen zu wollen, ist es auch nicht möglich, Alternativen zu prüfen. Der Kanton Zug hofft, dass wenigstens während der nächsten drei Jahre der Spielraum zur Entwicklung einer nachhaltigen Lösung genutzt wird! Deshalb unterstützen wir aus finanzpolitischen Gründen den Ärztstopp nur als kurzfristige Massnahme.</p>	ZG
<p>Bereits im Vorfeld der erstmaligen Einführung im Jahr 2002 hat sich die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zum damals noch als kurzfristige Notmassnahme deklarierten Zulassungsstopp kritisch geäussert. In dieser Haltung sehen wir uns nach neunjähriger Erfahrung mit dem Instrument aus nachfolgenden Gründen bestärkt und lehnen deshalb die Wiedereinführung des Zulassungsstopps entschieden ab.</p> <p><b>Rechtsstaatlichkeit</b></p> <p>Es ist eines Rechtsstaates unwürdig, Notrecht faktisch zwölf Jahre lang anzuwenden. Umso mehr, als es sich um eine Massnahme handelt, die bei der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte ganz erheblich in die durch die Bundesverfassung geschützte Wirtschaftsfreiheit eingreift. Trotz wiederholter Beteuerungen von Bundesrat und Parlament, dass es sich lediglich um eine Übergangslösung handle, wurde der Zulassungsstopp nicht weniger als dreimal verlängert. Jungen Ärztinnen und Ärzten, welche die Mühen eines langen und anspruchsvollen Studiums auf sich genommen haben, wurde damit während nahezu eines Jahrzehnts die Möglichkeit genommen, ihren Beruf in eigener Praxis auszuüben. Dass jetzt gar noch eine vierte Runde droht, dürfte bei den Ärztinnen und Ärzten das Vertrauen in den Rechtsstaat vollends zerstören.</p> <p><b>Überschätzte Auswirkungen des Zulassungsstopps</b></p> <p>Beweis, dass sich der Zulassungsstopp im erhofften Ausmass positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirkt, konnte nicht erbracht werden. Der Zulassungsstopp scheint einen nur sehr bescheidenen Einfluss auf die Entwicklung der Zahl der Zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnenden Ärztinnen und Ärzte zu haben (vgl. jüngste Untersuchungen des Obsan, Präsentation anlässlich des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vom 25. Oktober 2012). Eine zahlenmässige Zunahme ist bei der Anzahl der Gesu-</p>	ZH

<p>che um Erteilung einer Zahlstellenregister(ZSR)-Nummer zu verzeichnen, nicht aber bei der Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzten. Allerdings lässt die Fokussierung auf die Gesuche um Erteilung einer ZSR-Nummer ausser Acht, dass gleichzeitig auch Ärztinnen und Ärzte aus dem aktiven Berufsleben aussteigen. Während dem Zulassungsstopp konnte auf diese Weise "frei" werdende ZSR-Nummern für viel Geld verkauft werden; heute bleiben sie vielfach ungenutzt. Dies hat zwar die Zahl der ZSR-Nummern ansteigen lassen, ist aber nicht gleichbedeutend mit einer Zunahme der zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnenden Ärztinnen und Ärzten. Ausserdem hat die Teilzeitarbeit bei Ärztinnen und Ärzten stark zugenommen, was nicht nur eine Zunahme der ZSR-Nummern, sondern auch der effektiv zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätigen Personen erforderlich macht, um die tatsächlichen Behandlungskapazitäten auf bisherigem Niveau zu halten. Schliesslich ist im Kanton Zürich die Zahl der ausländischen Neuzuzüger, die eine Praxisbewilligung beantragten, vor und nach Aufhebung des Zulassungsstopps nahezu gleich geblieben.</p> <p><b>Fehlanreize</b></p> <p>Die Wiedereinführung des Zulassungsstopps wäre nicht nur rechtsstaatlich bedenklich und hinsichtlich der damit angestrebten Ziele wenig erfolgsversprechend, sie wäre sogar schädlich, wobei ein Teil des Schadens wohl nur schon durch die Tatsache herbeigeführt wurde, dass man überhaupt über die Wiedereinführung diskutiert. Muss man davon ausgehen, dass viele ZSR-Nummern nur auf Vorrat beantragt wurden, so ist zu befürchten, dass der in Vernehmlassung gegebene Formulierungsvorschlag für einen neuen Art. 55a KVG die Ärztinnen und Ärzte, welche im Besitze einer ZSR-Nummer sind, geradezu in die private Praxis drängt, was auf der anderen Seite den Ärztemangel in den Spitälern zusätzlich verschärfen wird.</p> <p><b>Schaffung sinnvoller tarifarischer Anreize</b></p> <p>Ein sinnvolles Angebot der ambulanten Versorgung muss insbesondere über marktgerechte Tarife herbeigeführt werden. Auf die geplante, wie die Vergangenheit zeigt blockierende Wiederbelebung des Zulassungsstopps muss hingegen verzichtet werden. Nachdem der Bundesrat dringlichen Handlungsbedarf festgestellt hat, ist der Weg einer tarifarischen Neuregelung direkt über den Bundesrat zu beschreiten.</p> <p><b>Fazit</b></p> <p>Die Wiedereinführung des Zulassungsstopps wäre rechtsstaatlich problematisch, würde die damit angestrebten Ziele nicht erreichen und sich sogar kontraproduktiv auswirken, weshalb wir diese entschieden ablehnen.</p> <p>Eine durchaus wünschenswerte Stabilisierung der Spezialistinnen und Spezialisten und eine Zunahme der Grundversorgerinnen und Grundversorger lässt sich über rasch umsetzbare tarifarische Massnahmen erreichen. Alternativ sind aber auch bisher durch den früheren Zulassungsstopp blockierte weitere Massnahmen zu prüfen, wie beispielsweise die Aufhebung des Kontrahierungszwangs begleitet von klaren bundesrechtlichen Rahmenbedingungen. Bis zu einer ordentlichen Regelung auf Gesetzesstufe müsste aber auch hier auf kontraproduktive Notstandseingriffe verzichtet werden.</p>	
<p>Der Vorstand der GDK stimmt der vorgeschlagenen Gesetzesänderung zur Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung in der Ausgestaltung, wie sie per Ende 2011 ausgelaufen ist, zu. Er teilt die Einschätzung des Bundesrates, dass diese Gesetzesänderung den Kantonen, die darauf angewiesen sind, ein kurzfristig wirksames Steuerungsinstrument bietet, das rasch wieder aufgenommen werden kann.</p>	GDK
<p>Zur befristeten Wiedereinführung des Zulassungsstopps möchten wir folgendes</p>	FDP

<p>anmerken: <i>FDP. Die Liberalen</i> ist enttäuscht, dass der Bundesrat dem Druck einzelner Kantone nachgibt und auf einen simplen Zulassungsstopp ohne Konzept setzt. Der Zeitpunkt ist besonders ungünstig: zwar ist der mediale Druck hoch, doch weiss derzeit noch niemand, ob die zunehmende Anzahl von Zulassungsbewilligungen mit der Eröffnung neuer Praxen und einer Zunahme des gesamten Leistungsvolumens einhergeht. Man sollte nicht im Schnellzug tief in die Wirtschaftsfreiheit eingreifende Massnahmen ergreifen, ohne den Handlungsbedarf festgelegt und Alternativmassnahmen geprüft zu haben.</p> <p>Die Wiedereinführung des Zulassungsstopps bedeutet, die Fehler der Vergangenheit zu wiederholen: Diskriminierung junger Ärzte, heterogene Umsetzung durch die Kantone und die Förderung einer "Angestelltenkultur", statt eines freiberuflichen Unternehmergeistes bei den Ärzten. Dieser Entscheid ist umso unverständlicher, als sich die SGK-S an ihrer Sitzung vom 22./23. Oktober einen Tag vor der Bundesratssitzung gerade eher gegen einen simplen Zulassungsstopp ausgesprochen hat und den Beschluss über die Motion Humbel noch vertagt hat.</p> <p>Die FDP verlangt – wie bereits von unseren Vertretern in der SGK-S geäussert – ein Gesamtkonzept, welches auch die konstruktiven Vorschläge berücksichtigt, die NR Cassis in der vergangenen Session eingebracht hat, so ein Auktionsverfahren für die Vergabe von Arztpraxen oder die Einführung des Erfordernisses einer drei Jahre dauernden medizinischen Praxis in einer anerkannten Weiterbildungsstätte der Schweiz, bevor ein Arzt autonom zulasten der Krankenkasse abrechnen kann. Auch eine seriöse Prüfung irgendeiner Form der Vertragsfreiheit für Spezialisten (z.B. das niederländische Modell), wie in der Motion Gutzwiller angeregt, sollte Teil der Vorabklärungen sein.</p> <p>Wir sind enttäuscht, dass der Bundesrat diese Postulate nicht vor dem am 24. Oktober getroffenen Entscheid beantwortet hat. Unseres Erachtens wäre es besser, die dort geäusserten Vorschläge seriös zu prüfen und im kommenden Frühling eine Vorlage zu präsentieren, statt jetzt eine falsche Sofortmassnahme zu verabschieden, die zudem einen sicheren und erneuten Anstieg der Zulassungsbewilligung als Folge haben wird.</p>	
<p>Grüne unterstützen befristete Regulierung der Anzahl Spezialärzte</p> <p>Der Zulassungsstopp für neu praktizierende Ärztinnen sollte ursprünglich eine vorübergehende Massnahme darstellen, um zu verhindern, dass Ärzte und Ärztinnen aus dem EU-Raum ohne jegliche Angebotssteuerung in der Schweiz praktizieren. 2004 eingeführt, wurde er trotz grosser Unzufriedenheit und Fehlankreizen bis 2011 Aufrecht erhalten. In dieser Zeit wurden Tausende ausländischer Ärzte und Ärztinnen in Spitälern angestellt und zu wenig Ärzte und Ärztinnen an Schweizer Universitäten ausgebildet. Das Verhältnis zwischen Spezial- und Hausärzt/innen hat sich zu Ungunsten der Hausärzte verschlechtert und die Spitalambulatorien sind überproportional gewachsen. Der Bundesrat beantragt jetzt die Wiedereinführung des Zulassungsstopps, diesmal beschränkt auf die Spezialist/innen und ausgedehnt auf die Spitalambulatorien. Die Grünen unterstützen diesen befristeten Zulassungsstopp.</p> <p>Die Grünen unterstützen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die befristete Wiedereinführung des Zulassungsstoppes</li> <li>- Die Beschränkung des Zulassungsstoppes auf Spezialärzt/innen</li> <li>- Die flexible Anwendung des Zulassungsstoppes durch Gewährleistung der Versorgungssicherheit durch die nationale und kantonale Festlegung der Versorgungsdichte für die einzelnen medizinischen Facharzttitel mit Verpflichtung der Kantone, bei der Versorgungsdichte auch Nachbarkantone und Grossregionen zu berücksichtigen</li> <li>- Die Anwendung der Massnahme bei selbständig und unselbständig tätigen Spezialärzt/innen unter Einbezug der Spitalambulatorien</li> </ul> <p>Die Grünen fordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht nur eine quantitative Versorgungssicherheit, sondern auch Indikatoren</li> </ul>	Grüne

<p>für die Qualitätsentwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flankierende Massnahmen zur Kontrolle der Kostenentwicklung in den Spitalambulatorien</li> <li>- Die rasche Umsetzung des "Masterplanes Hausarztmedizin". Dazu gehören Anreize zur Erhöhung der Studienzahlen, zur Erreichung des Facharztes für Allgemeine Innere Medizin FMH und eine angemessene Entlohnung</li> <li>- Günstige Rahmenbedingungen zur Förderung der integrierten Versorgung</li> <li>- Genügend Ausbildungsplätze für Ärztinnen und Ärzte</li> </ul>	
<p>Die SVP fordert im Bereich der praktizierenden Ärzte bereits seit langem geeignete Zulassungs- und Begrenzungssysteme, die sich an Bedarfs- und Qualitätskriterien orientieren und eine echte Wettbewerbssituation ermöglichen. Der Bundesrat hat es jedoch verpasst, seit der ersten Einführung des Zulassungsstopps vor zehn Jahren entsprechende Ansätze zu entwickeln und umzusetzen. Die erneute Aufnahme des Zulassungsstopps zeigt letztlich das Versagen eines massiv überregulierten Gesundheitssystems und ist deshalb äusserst unbefriedigend. Die Mängel eines durchadministrierten und planwirtschaftlichen Systems sollen nun durch eine zusätzliche, rigide Regulierung übersteuert werden. Dies kann keinesfalls ein längerfristig tauglicher Ansatz sein. Vielmehr müssten Wettbewerb und Vertragsfreiheit auch im Gesundheitswesen vermehrt als Grundprinzipien wirken. Zudem weist die SVP darauf hin, dass hier nun erneut zu einer Regulierung gegriffen werden muss, um die negativen Folgen der Personenfreizügigkeit abzufedern. Der sprunghafte Anstieg der Gesuche seit der letzten Aufhebung des Zulassungsstopps ist zu einem beträchtlichen Teil auf ausländische Fachärzte zurückzuführen, die neu in der Schweiz praktizieren wollen. Die SVP ist nicht bereit, die negativen Folgen der Personenfreizügigkeit durch immer neue Regulierungen abzumildern. Die SVP weist die Vorlage deshalb zurück und fordert endlich langfristig taugliche Zulassungs- und Begrenzungssysteme im Bereich der Ärztezulassung sowie der Zuwanderung.</p> <p>Die vorgeschlagene erneute Einführung bzw. Weiterführung eines Systems staatlicher Planwirtschaft im ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung – faktisch geht es um die Gewährung oder Verweigerung der Zulassung zur Berufsausübung durch den Staat – zeigt eindrücklich, welch ein politisch beinahe unreformierbares Gesundheitssystem in der Schweiz konstruiert wurde. Selbst eine dreimalige Verlängerung dieser ordnungspolitisch höchst problematischen Massnahme seit dem Jahr 2002 hat weder beim Bundesrat noch in der Politik dazu geführt, dass man dem Übel auf den Grund gegangen wäre und echte, nachhaltige Lösungsansätze gefunden hätte. Die SVP hat in ihrem, im Sommer 2012 veröffentlichten, Gesundheitspapier eine Reihe von Fehlkonstrukten und Fehlanreizen des Schweizer Gesundheitssystems analysiert und beschrieben, welche zur immensen Zunahme der Gesundheitskosten beitragen, darunter auch den Vertragszwang zwischen Leistungserbringern und Versicherern, der nun exakt die Hauptursache beim vorliegenden Problem darstellt. Weil die Versicherer gesetzlich verpflichtet sind, jeden zugelassenen Arzt bzw. jede ärztliche Leistung, d.h. jede Arztrechnung zu bezahlen, explodieren die Zulassungsgesuche und in der Folge die Behandlungskosten. Auch wenn eine staatliche Zulassungsbeschränkung durch die Kantone kurzfristig die Kostenexplosion zu unterdrücken vermag, so führt sie doch auch dazu, dass man sich vor der grundlegenden Lösung des Problems drückt, wie die vergangenen zehn Jahre bewiesen haben.</p> <p>Folgende Beispiele zeigen, dass dieser Weg des geringsten Widerstandes letztlich nicht nur bessere Lösungen verhindert, sondern auch weitere problematische Folgen nach sich zieht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kantone erhalten eine weitere Rolle im Gesundheitssystem. Die Mehrfachrolle der Kantone stellt jedoch bereits heute eines der grossen Probleme im</li> </ul>	SVP

<p>Gesundheitswesen dar und führt zu unbefriedigenden Situationen (ineffiziente Spitalstrukturen, Bettenüberkapazitäten usw.).</p> <p>- Auch die Regelung, dass eine einmal erteilte Zulassung verfällt, wenn nicht in einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wird, erachten wir als falsch. Damit zwingt man die Ärzte regelrecht dazu, ihre Tätigkeit rasch auf- und Behandlungen vorzunehmen, selbst wenn kein Bedarf besteht. Das wiederum ist insbesondere deshalb möglich, weil der bereits erwähnte Vertragszwang dem Arzt die Vergütung seiner Leistung garantiert. Die vorsorglichen Gesuchstellungen für eine Zulassung, die hier bekämpft werden sollen, entstehen aber nur deshalb, weil durch staatliche Planwirtschaft faktisch ein Ausschluss von der Berufsausübung droht.</p> <p>- Der Zulassungsstopp läuft schliesslich dem Anliegen der Ausbildung von genügend Schweizer Ärzten diametral entgegen und setzt diesbezüglich einen völlig falschen Anreiz. Die Folge wird sein, dass fehlender eigener Nachwuchs zu einem späteren Zeitpunkt wiederum durch die Zulassung von ausländischen Ärzten kompensiert werden muss.</p> <p>Die SVP fordert deshalb endlich taugliche, langfristig wirksame Massnahmen und nicht eine erneute Verlegenheitslösung auf Zeit. Eine entsprechende Vorlage ist vom Bundesrat rasch zu präsentieren.</p>	
<p>Der SGV stimmt der befristeten Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung grundsätzlich zu</p>	<p>SGV (Gemeinden)</p>
<p>Es ist uns ein Anliegen, Ihnen unsere Bedenken gegen die vorliegende Gesetzesrevision mitzuteilen.</p> <p><b>a. Ordnungspolitische Einwände</b></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. Punkt d.). Zudem ist eine bedarfsabhängige Zulassungssteuerung zum Scheitern verurteilt, denn die Eruierung des optimalen Bedarfs und die zuverlässige Abschätzung seiner künftigen Veränderung ist aus staatlicher Perspektive unmöglich. Zudem verursacht eine solche Steuerung immer ungewollte und auch unvorhersehbare Nebeneffekte, die den Status Quo verschlechtern.</p> <p>Mit der bedarfsabhängigen Zulassungssteuerung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird automatisch auch dem überobligatorischen, ambulanten Bereich eine Zulassungsbeschränkung auferlegt, da ein Arzt für seine Tätigkeit immer eine kantonale Bewilligung braucht. Dieser Eingriff in den überobligatorischen Bereich verstösst massiv gegen ordnungspolitische Prinzipien.</p> <p><b>b. Wettbewerbspolitische Einwände</b></p> <p>Aus wettbewerblicher Perspektive ist eine staatliche Zulassungsbeschränkung Gift. Durch eine solche Massnahme wird der Wettbewerbsdruck aus dem System genommen, weil die Ärzte mit Zulassung einen Schutz vor neuer Konkurrenz geniessen. Oft sind die jungen Ärzte motiviert und innovativ. Sie können so 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 den Ausschluss aus der ambulanten Versorgung der unternehmerische Weg versperrt. Dies führt zu einer Verbeamtung der künftigen Ärztegeneration. Für eine gute, ambulante Versorgung braucht es auch in Zukunft unternehmerisch tätige Ärztinnen und Ärzte.</p> <p><b>c. Negative Auswirkungen für die Versorgung</b></p> <p>Mit der Zulassungsbeschränkung spitzt sich der künftige Ärztemangel zu. Junge Medizinstudenten werden demotiviert, den Ärzteberuf zu wählen oder sich eine gewisse Spezialisierung anzueignen. Eine ganze Generation wird von der übli-</p>	<p>economiesuisse</p>

<p>chen Ärztekariere ausgeschlossen. Dies führt häufig zu einem künftigen Unterangebot, wenn die bisherigen Ärzte pensioniert werden. Generell folgt auf ein starkes Überangebot ein starkes Unterangebot. Diese Abfolge kann sehr schnell von Statten gehen, 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 Versorgung aber besonders 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 nun die Behandlung stationär erfolgen, weil der betreffende Arzt keine ambulante Zulassung hat, dann ist dies sehr ineffizient. Es werden dadurch tendenziell zu viele Eingriffe stationär vorgenommen, was entweder viel kostet wegen der dazu nötigen Kapazitäten, oder aber die Wartezeiten für echte stationäre Fälle erhöht. Die ambulante Zulassungsteuerung torpediert die erwünschte Verlagerung von stationären zu ambulanten Versorgungsmodellen.</p> <p><b>d. Bessere Lösungen gegen Über- und Unterversorgung</b></p> <p>Die vorliegende Gesetzesrevision erachtet die Wirtschaft als Symptombekämpfung. <i>economiesuisse</i> schlägt zwei echte Problemlösungen bei einem Über- oder Unterangebot an Leistungserbringern vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Die beste und einfachste Lösung ist die Vertragsfreiheit. Diese existiert in den meisten europäischen Gesundheitswesen bereits. Das häufig vorgebrachte Gegenargument, das Volk würde eine solche Massnahme ablehnen, sollte man unbedingt in der Realität testen. Bisher gab es noch nie eine Abstimmung über die Vertragsfreiheit im Gesundheitswesen.</li> <li>- Eine andere Lösung wäre die proaktive Einführung von bedarfsabhängigen Taxpunktwerten auf der Basis des etablierten Ärztetarifs TARMED oder anderen, innovativen Tarifen. Von der Facharztdichte abhängige Taxpunktwerte können sogar ohne KVG-Revision sofort festgesetzt werden, falls sich die Tarifpartner in den einzelnen Kantonen nicht einigen. Der Bund könnte den Vertragsparteien eine gewisse Zeit geben, solche differenzierten Taxpunktwerte einzuführen. Dadurch könnten die richtigen Anreize geschaffen werden für eine effiziente Versorgungsstruktur.</li> </ul> <p>Mit diesen zwei Modellen wäre auch der Unterversorgung von abgelegenen Regionen entgegengewirkt.</p> <p><b>e. Fazit</b></p> <p>Die Wirtschaft lehnt die <i>Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung</i> strikte ab. Wir sehen in einer bedarfsabhängigen Zulassung des ambulanten Leistungsbereichs nur negative Folgen für das Gesundheitswesen. Es sind gute und effiziente Handlungsalternativen vorhanden, die genutzt werden sollen.</p>	
<p>Da die Vorlage die Wirtschaft als Arbeitgeber nicht direkt betrifft, verzichtet auf eine Stellungnahme.</p>	SAV
<p>Seitens des sgv lehnen wir die uns unterbreitete Gesetzesrevision aus nachfolgenden Überlegungen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zulassungsbeschränkungen stellen einen gravierenden Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar. Sie sind ein Instrument der Planwirtschaft. Wie die Wirtschaftsgeschichte der letzten hundert Jahre hinlänglich gezeigt hat, eignen sich planwirtschaftliche Instrumente denkbar schlecht, um einen bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.</li> <li>- Der sgv tritt dafür ein, das Angebot medizinischer Leistungen mittels marktwirtschaftlicher Instrumente zu steuern. Konkret beantragen wir die Aufhebung</li> </ul>	sgv (Gewerbe)

<p>oder zumindest die Lockerung des Vertragszwangs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Zulassungsstopp bestraft insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte, die den Weg in die Selbständigkeit suchen, oder macht zumindest unsinnige Umgehungen notwendig. Angesichts des sich immer deutlicher abzeichnenden Ärztemangels können wir derartigen Eingriffen keinesfalls zustimmen.</li> <li>- Wir haben grosse Zweifel, dass die kostendämpfende Wirkung, die sich der Bundesrat von diesem rigiden Eingriff ins Recht auf freie Berufsausübung verspricht, realistisch ist.</li> </ul>	
<p>Der SVV lehnt Eingriffe in die Wettbewerbs- und Wirtschaftsfreiheit grundsätzlich ab, weshalb er sich auch gegen die befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung ausspricht. Zum einen handelt es sich beim Zulassungsstopp faktisch um ein Berufsausübungsverbot für junge Ärztinnen und Ärzte, das längerfristig unter Umständen die medizinische Grundversorgung gefährdet; zum anderen sollten solche einschneidenden Massnahmen nur dann angewandt werden, wenn andere Lösungen möglich sind. Ob und in welchem Rahmen andere Lösungsmöglichkeiten im Hinblick auf die geplante Gesetzesänderung geprüft worden sind, kann nicht beurteilt werden.</p> <p>Der SVV anerkennt, dass eine langfristige Regelung notwendig ist. Er begrüsst es daher, dass der Bundesrat dem Parlament rasch konkrete Vorschläge für langfristige Massnahmen unterbreiten will. Die Massnahmen sollen so ausgerichtet sein, dass planwirtschaftliche Eingriffe in Zukunft nicht mehr notwendig sind. Der SVV ist gerne bereit, an der Erarbeitung der Vorschläge mitzuwirken.</p>	SVV
<p>Travail.Suisse befürwortet deshalb die Wiedereinführung des Zulassungsstopps in jener Form, wie er bis Ende 2011 galt. Insbesondere befürworten wir es, dass die medizinische Grundversorgung von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen ist.</p>	Travail.Suisse
<p>Su le fond, il convient d'abord de rappeler que la liberté de pouvoir exercer sa profession doit être particulièrement protégée. Cela relève à la fois de la liberté économique, mais aussi de la protection de la personnalité. La durée des études et les exigences particulières qui pèsent sur les médecins et les pharmaciens exerçant une activité dépendante ou indépendante, respectivement sur les médecins qui exercent au sein des institutions ou dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, rendent l'interdiction particulièrement inique.</p> <p>L'afflux constaté n'a rien de scandaleux dans la mesure où il serait constitué uniquement des médecins précédemment interdits d'installation. L'instauration d'un moratoire, sa levée et l'annonce de son éventuelle remise en vigueur sont précisément des éléments qui objectivement provoquent des comportements, au demeurant rationnels, de la part des médecins.</p> <p>Dans la mesure où l'afflux serait dû à des médecins étrangers et que cela provoque réellement des charges nouvelles et disproportionnées non seulement pour l'assurance obligatoire mais aussi pour l'ensemble des coûts de la santé, ce qui reste à démontrer, nous privilégierions alors une intervention urgente mieux proportionnée. L'idée évoquée par le conseiller national Ignazio Cassis, dans son postulat 12.3681, d'imposer l'obligation, avant toute installation en pratique privée, d'une durée de travail de trois ans au moins dans un établissement de soins en Suisse pourrait constituer une piste intéressante et plus respectueuse des médecins. On atteindrait ainsi également les buts énoncés dans le rapport explicatif tout en soulageant les établissements.</p> <p>En conclusion, nous ne nous déclarons pas favorable à l'instauration d'un nouveau moratoire tel que proposé. En revanche, nous entrons en matière sur la mise en œuvre de conditions préalables à l'installation en cabinet privé telles que proposées par le postulat 12.3681.</p>	CP

<p>[Die FMH] bedauert, dass der Bund sich nicht auf den von der FMH und der GDK gemeinsam erarbeiteten Vorschlag einer differenzierten Ressourcensteuerung stützt, der aus Sicht der FMH insbesondere die folgenden Vorzüge hätte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine flächendeckende Ressourcensteuerung, sondern nur in den Regionen, wo tatsächlich Probleme bestehen beziehungsweise sich ankünden</li> <li>- Möglichkeit der Ressourcensteuerung in allen medizinischen Fachbereichen</li> <li>- Möglichkeit, Anreize in Mangelsituationen zu setzen</li> <li>- Verbesserung der Prozessqualität, indem der Einbezug der Betroffenen im Kanton sichergestellt ist</li> <li>- Berücksichtigung der bisherigen Erfahrung in der Schweiz</li> </ul> <p>Stattdessen schlägt der Bundesrat jetzt die Wiedereinführung des Zulassungsstopps für Spezialisten vor – den Schritt begründet er ausschliesslich mit der wachsenden Anzahl der ZSR-Nummern. Dieser Anstieg ist ein perverser Effekt der vorangegangenen Regelungen. Die Ärztinnen und Ärzte haben das Vertrauen in die Politik verloren: Sie befürchten, im Spital bleiben zu müssen, ohne sich niederlassen zu können. Dass die teilweise auch vorsorglichen Gesuche um Berufsausübungsbewilligungen zunehmen, ist vielfach die Reaktion auf eine diskriminierende und undifferenzierte Politik – eine Politik, die keinesfalls wieder aufgenommen werden sollte.</p> <p>Das reine Nummernzählen setzt also ein sehr verzerrtes Signal. Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Ressourcensteuerung kommt es darauf an, wer tatsächlich in die Praxis geht und mit welchem Pensum. Ausserdem muss berücksichtigt werden, ob die zusätzliche Praxis nach zehn Jahren Blockade nicht auch sinnvoll und nötig ist.</p> <p>In der Schweiz zeichnet sich nicht nur bei den Hausärzten, sondern auch in Fachgebieten wie Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Chirurgie und Gynäkologie ein zunehmender Mangel ab (was der soeben publizierte Bericht 3/2012 des OBSAN deutlich belegt: Vgl. insbesondere im Bericht S. 3 ob en: In vielen Fachrichtungen sind 40 oder mehr Prozent der Ärztinnen und Ärzte über 55 Jahre alt). Der erneut vorgeschlagene Zulassungsstopp wird das Problem weiter verschärfen: Entweder bleiben die in den letzten Jahren weitergebildeten Psychiaterinnen, Kinder- und Jugendpsychiater, Chirurginnen und Gynäkologen im Spital und versperren damit dem Nachwuchs die Weiterbildungsstellen, oder sie wandern ins Ausland ab. In beiden Fällen wird die Mangelsituation im jeweiligen Fach verstärkt. Der Bundesrat soll deshalb die Anreize so setzen, dass Ärztinnen und Ärzte auch in diesen Fächern eine Zukunftsperspektive haben. Eine seriöse Gesetzgebung fragt nicht nur danach, ob heute mehr Ärzte eine ZSR-Nummer beantragt haben als vor einem Jahr, sondern auch, ob diese Ärzte in drei oder fünf Jahren dringend für die Versorgung der Patienten benötigt werden.</p> <p>Zudem müsste das Gesetz die Kantone wirksam dazu verpflichten, Spitalambulatorien und private Arztpraxen gleich zu behandeln. In gewissen Kantonen wurde der Zulassungsstopp in den Arztpraxen buchstabengetreu umgesetzt und gleichzeitig eine grosse Zahl von neuen Spitalarztstellen insbesondere für ambulante Spitalbehandlungen geschaffen, was die Medizin insgesamt verteuert hat.</p>	<p>FMH</p>
<p>H+ lehnt die Zulassungsbeschränkung für die Spital- und Klinikambulatorien ab. Sie widerspricht unserer Politik. Der Zulassungsstopp läuft ordnungspolitisch gegen die grosse KVG-Revision Spitalfinanzierung, untergräbt die unternehmerische Freiheit der Spitäler und Kliniken und behindert die Verlagerung von stationär zu ambulant. Er geht an den aktuellen Problemen der Spitäler und Kliniken vorbei. Er behindert Ausbildungen, gefährdet die Umsetzung des Arbeitsgesetzes, provoziert einen Nachwuchsmangel und gefährdet so die zukünftige Versorgung. Die jetzige Vorlage hat zusätzliche Mängel, indem sie den Willen</p>	<p>H+</p>

des Volkes auf freie Arzt- und Spitalwahl (Abstimmung zur KVG-Revision Managed Care vom 17.6.2012) hintertreibt, den Willen des Parlamentes gegen eine Verlängerung nicht respektiert und einer vorgängigen Problem- und Wirkungsanalyse entbehrt.

### **1 Freie Spitalwahl statt Zulassungsstopp**

Der Zulassungsstopp für Spitäler und Kliniken ist ordnungspolitisch systemfremd. Das eidgenössische Parlament hat Ende 2007 die freie Spitalwahl eingeführt (Art. 41 Abs. 1bis KVG) und damit mehr Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten im stationären Bereich. Der Gesetzesentwurf will diese Freiheiten nun wieder einschränken, indem im ambulanten Bereich der Spitäler und Kliniken Restriktionen eingeführt werden sollen. Die Bildung überkantonaler Leistungszentren, die jeweils im stationären und ambulanten Bereich tätig sein müssen, wird damit massiv erschwert. Krankheiten und deren Behandlungen sind durch kantonale Bedürfnisfestsetzungen nicht zu bestimmen. Der Zulassungsstopp untergräbt die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten und mündet in einer Bevormundung. Aus ordnungspolitischer Sicht lehnen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen und mit Ihnen ihr Branchenverband H+ den Zulassungsstopp für Spital- und Klinikambulatorien deshalb ab. Stattdessen sehen wir die Selektion zur Zulassung der Abrechnung in der sozialen Krankenversicherung über Qualität und ökonomische Effizienz.

### **2 Parlamentswillen statt Zulassungsstopp**

Das Parlament hat 2011 erkannt, dass der Zulassungsstopp kein taugliches Mittel ist und hat ihn deshalb nicht weiter verlängert. Diesem politischen Willen und den Argumenten der Debatte ist zu folgen.

### **3 Unternehmerische Freiheit statt Zulassungsstopp**

Der Zulassungsstopp für Spital- und Klinikambulatorien beraubt die Spitäler und Kliniken der unternehmerischen Freiheit und Flexibilität, Personal nach ihrer eigenen strategischen Ausrichtung anzustellen, die medizinisch getriebene Verlagerung von stationär zu ambulant weiter voranzutreiben, junge Ärztinnen und Ärzte auszubilden, und Notfalldienste zusammen mit Praxenärzten zu organisieren.

### **4 Weiter mit „Ambulant vor stationär“ statt Zulassungsstopp**

Die Kantone wollen versorgungspolitisch von stationär auf ambulant umstellen und sollen nun die ambulanten Leistungen via Zulassungsstopp beschränken. Die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ist ein Erfolg des medizinischen Fortschritts und ist politisch gewünscht. Einige Kantone verlangen explizit eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen, z.B. Bern. Für die Psychiatrie und die Rehabilitation sind ambulante Behandlungen zur Integration und Wiedereingliederung von zentraler Bedeutung. Die Entwicklung der Psychiatrie richtet sich nach dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ (offizieller Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK, Juli 2008). Es kann nicht angehen, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fordern und dann umgehend das – für die immer noch gleiche oder sogar steigende Anzahl Behandlungen – notwendige ärztliche Personal per Zulassungsstopp zu beschränken. Grotesk ist das Argument, in den Spitälern den Zulassungsstopp einzuführen, weil die Leistungen an ambulanten Patientinnen und Patienten zugenommen hätten, nachdem die Politik jahrelang „ambulant vor stationär“ gefordert hat und die Spitäler und Kliniken sich daran gehalten haben.

### **5 Zentrales Problem der Spitäler: Spin-Offs**

Für gewisse Leistungsbereiche bestehen finanzielle Anreize, sich in der freien Praxis niederzulassen. Die Ärzte nehmen oft ihre (weniger komplexen) Patientinnen und Patienten mit. Entsprechend verhalten sich dann meist auch die Zuweiser. Dadurch entgehen den Spitälern qualifizierte Fachleute und die notwen-

dige Durchmischung der Patientinnen und Patienten. Den Spitälern verbleiben vor allem die komplexen Fälle, welche die Durchschnittskosten deutlich übersteigen. Daraus ergeben sich in den Tarifverhandlungen mit den Versicherern Schwierigkeiten, da diese die Spitäler und Kliniken für solche Leistungen mit einem Anbieter in der freien Praxis direkt vergleichen. Die Mehrheit unserer Mitglieder erachtet den Zulassungsstopp für Spital- und Klinikambulatorien als ungeeignet, um dieses Problem zu beheben.

#### **6 Qualität und Zugang statt Zulassungsstopp**

Der Bund setzt sich für eine Qualitätssicherung in den Spitälern ein. Unter der Annahme, dass der demographische Wandel auch mehr medizinische Behandlungen bedingt, stellt der Bund mit dieser Vorlage nun gleichzeitig Regeln zum relativen Personalabbau und damit zum Qualitätsabbau auf. Der Zulassungsstopp verhindert die Bildung und den Aufbau von Kompetenzzentren und behindert damit den medizinischen Fortschritt, wenn keine Weiterentwicklung des medizinischen Angebots stattfinden darf. Die kantonale Planung via Bedürfnisfestlegung bedeutet nichts anderes als eine Kapazitätsbeschränkung in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen und damit eine Rationierung. Wenn die H+ Mitglieder nicht mehr das notwendige Personal anstellen dürfen, geht dies zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Planung durch Beschränkung bedeutet Rationierung. Diese lehnt H+ entschieden ab.

#### **7 Kostensenkung statt Zulassungsstopp**

Die Leistungssteigerung im ambulanten Bereich der Spitäler und Kliniken entspricht der eidgenössischen und den kantonalen Politiken, stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern, um damit Kosten zu sparen. Die Spitäler und Kliniken haben das Wachstum der stationären Leistungen und deren Kosten durch die Verlagerungen in den deutlich günstigeren ambulanten Bereich wesentlich gebremst. Der Zulassungsstopp in Spitälern und Kliniken soll nun einen Deckel auf ambulante Spitalbehandlungen setzen und verhindert so eine Kosteneinsparung. Der Zulassungsstopp unterbindet die volkswirtschaftlich sinnvolle Verkürzung von Behandlungs- bzw. Aufenthaltsdauern. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass in Deutschland mit der Einführung der DRG das Verbot zum Betrieb von Spitalambulatorien gerade aufgehoben wurde.

#### **8 Mehr Notfalldienste statt Zulassungstopp**

Es ist eine Tatsache, dass niedergelassene Grundversorger weniger für Notfallbehandlungen zur Verfügung stehen als früher, was zu mehr Patientinnen und Patienten in den Spitalnotfällen führt. Verschiedene Fachbereiche sind davon besonders betroffen, namentlich die Pädiatrie und Psychiatrie. Sie kennen bereits heute einen Personalmangel. Spitäler und Hausärzte haben vielerorts gute Kooperationen gefunden, um Lücken zu schliessen und ihre knappen Personalressourcen gemeinsam optimal zu nutzen, z.B. mit dem sogenannten Badener Modell. Gruppenpraxen bei Spitälern oder die Spitalambulatorien selber übernehmen die Notfalldienste in der Nacht und an Wochenenden, wenn die Arztpraxen geschlossen sind. Die Kooperationen sind praxisorientiert und werden von den Beteiligten getragen. Meist sind Spitäler öffentlicher Trägerschaft betroffen. Die Kantone mussten hierzu nicht involviert werden.

#### **9 Personal einstellen statt Zulassungsstopp**

Heute herrscht in vielen Spitälern und Kliniken Personal- und Ärztemangel, kein Überschuss. Die Kantone können die Engpässe der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen bei den Ärztinnen und Ärzten nicht mit der Planung des ärztlichen Personals der Spitalambulatorien lösen.

#### **10 Mehr Ausbildung statt Zulassungsstopp**

Das Bundesamt für Gesundheit unterstützt einerseits die Ausbildung von mehr Medizinalpersonal, um den zukünftigen Behandlungsbedarf zu decken. Ande-

rerseits sollen nun Stellen via Zulassungsstopp in den Spitälern und Kliniken beschränkt werden. Der Zulassungsstopp setzt den jungen Menschen, die in den kommenden Jahren vor ihrer Berufswahl stehen, ein falsches Zeichen. Der Zulassungsstopp verschärft den vorhandenen Nachwuchsmangels in der Pflege und der Medizin. Die medizinischen Berufe müssen attraktiv bleiben, wenn wir in Zukunft die medizinische Versorgung aufrechterhalten wollen. Die Assistenzärztinnen und -ärzte müssen gemäss der Weiterbildungsordnung im ambulanten Bereich arbeiten. Die Rationierung qualifizierter Leistungserbringer in den Spitalambulatorien führt zum Abbau von Aus- und Weiterbildungsleistungen und gefährdet den Bildungsauftrag. Die verfügbaren Fachärztinnen und -ärzte müssten ihre Tätigkeit auf die Dienstleistungserbringung konzentrieren anstatt auch auszubilden. Hinzu kommt, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte in der Regel das Spital für ihre Ausbildung wechseln müssen. In den Weiterbildungsordnungen gibt es klare Vorgaben betreffend die Ausbildung in Spitalambulatorien, z.B. besonders wichtig für die Erlangung des Facharztstitels für Psychiatrie und Psychotherapie.

#### **11 Aufnahmepflicht oder Behandlungsabbau?**

Die Kantone verpflichten die Spitäler zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten. Der Zulassungsstopp könnte dazu führen, dass die Betriebe ihrer Aufnahmepflicht nicht mehr nachkommen und somit ihre Leistungsaufträge nicht mehr erfüllen könnten. Zur Sicherung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, namentlich der Aufnahmepflicht, ist der Zulassungsstopp für Spital- und Klinikambulatorien abzulehnen.

#### **12 Ambulant ist nicht gleich ambulant**

Was ist „der ambulante Bereich in Spitälern“? Die Spitäler und Kliniken haben in den letzten Jahren die stationären Aufenthalte verkürzen können, indem sie Teile der Behandlungen ambulant erbringen, z.B. notwendige Vorabklärungen und nachgelagerte Therapien. Es gibt viele Behandlungen, die an eine Spitalinfrastruktur gebunden sind, zum Beispiel in der Ophthalmologie, Onkologie, Urologie oder für gewisse gastroenterologische und gynäkologische Untersuchungen. Dies gilt umso mehr seit der KVG-Revision Spitalfinanzierung, die die früher teilstationären Behandlungen dem ambulanten Bereich zugeordnet hat.

#### **13 Kantonale Versorgungssicherheit statt Zulassungsstopp**

Oft wird die Versorgung, namentlich die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität, mit der Abrechnung im KVG verwechselt. Es ist nicht einsichtig, warum das Krankenversicherungsgesetz bemüht wird und nicht die kantonalen Gesetze. Letztere sind für die Versorgung, deren Qualität und die Versorgungssicherheit in allen Kantonsteilen zuständig.

#### **14 Erwartete Flut von Gesuchszunahmen bei Wiedereinführung Zulassungsstopp**

Würde der Zulassungsstopp wieder eingeführt, käme es vor dem Inkraftsetzungstermin wieder zu einer nicht sinnvollen Zunahme von Gesuchen um Bewilligungen, da viele Ärzte eine solche noch beantragen, um sich für die Zukunft alle Optionen offen zu halten. Ob die Zulassungen dann benutzt werden würden oder gar teuer weiter verkauft werden, ist offen.

#### **15 Analyse statt Zulassungsstopp und mehr Transparenz beim ZSR-Register**

Weder die eidgenössische noch die kantonale Politik hat bisher Kriterien der Über- respektive Unterversorgung aufgestellt. Bekannt sind einzig unterschiedliche Versorgungsdichten in Kantonen. Was diese aber medizinisch und finanziell bedeuten, bleibt offen. Der Bundesrat argumentiert im erläuternden Bericht, dass es in einigen Kantonen im ersten Halbjahr 2012 einen massiven Anstieg der Anträge zur ZSR-Nummer gab. Dies ist überhaupt nicht erstaunlich, da erstens am 1. Januar 2012 der alte Zulassungsstopp aufgehoben wurde, zweitens

<p>einige Ärztinnen und Ärzte sich prophylaktisch die ZSR-Nummer haben geben lassen, um nicht von einer erneuten Gesetzgebung betroffen zu sein, und drittens der bisherige Zulassungsstopp eine kleine Bugwelle von Praxiswünschen verursacht haben könnte. Unklar ist zudem, wie viele Anträge von ein und derselben Person in verschiedenen Kantonen in den ZSR-Vergaben enthalten sind. Weitere Unklarheiten bestehen darin, welches die Motive zu einer ZSR-Nummer sind, wie gross der Anteil von Ärzten aus dem Ausland ist und wie lange in der Schweiz ausgebildete Personen nach Facharzttitelerhalt gewartet haben, bevor sie einen Antrag gestellt haben. Es wäre interessant, die Häufigkeiten der ärztlichen Zulassungen zu erfassen und zu veröffentlichen und zwar seit Beginn des geltenden KVG 1996. Zwar gibt es eine Untersuchung zur Korrelation von regionaler Ärztedichte und OKP-Kosten, aber dieser fehlt eine Drittvariablenüberprüfung, z.B. eine Altersbereinigung. Die Aussage ist deshalb beschränkt. Es braucht weitere Wirkungsanalysen des Ärztestopps, insbesondere zur Abhängigkeit der Veränderung der Ärztedichte auf die Veränderung der Kosten. Ob mehr Ärztinnen und Ärzte bzw. mehr erteilte ZSR-Nummern zu mehr Kosten führen, kann zurzeit nicht gesagt werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass die Zahl der Zulassungen allein nicht ausschlaggebend ist, da viele Ärzte nur in einem kleinen Pensum ambulant tätig sind oder mehrere ZSR-Nummern besitzen, um kantonsübergreifend arbeiten zu können. Seit dem Wegfall des Zulassungsstopps hat die Anzahl der Praxis Schliessungen zugenommen. Die Berufsausübung und das ZSR-Register müssen deshalb transparent gemacht und sorgfältig analysiert werden. Aus all diesen Gründen ist der Zulassungsstopp für Spital- und Klinikambulatorien nicht wieder aufzunehmen. Spitäler und Kliniken sind die letzten Rettungsanker für viele Patientinnen und Patienten in der Behandlung von zahlreichen Krankheiten. Jegliche Einschränkungen in deren Angeboten sind deshalb immer sehr differenziert zu betrachten und auf das Notwendigste zu begrenzen. Sollte der Zulassungsstopp dennoch auf gesetzlichem Weg wieder eingeführt werden, gehen wir davon aus, dass eine dazugehörige Verordnung (VEZL) auch wieder eingeführt wird. Wir behalten uns vor, bei der entsprechenden Anhörung die Position der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen erneut einzubringen.</p>	
<p>Der Berufsverband ist mit einer bedarfsgerechten Regulierung der Zulassung grundsätzlich einverstanden, ist aber der Meinung, dass diese im Rahmen einer Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung erfolgen sollte. Ebenso anerkennt er die Dringlichkeit der erneuten Einführung eines Steuerungsinstrumentes. Wichtig ist den Hausärzten jedoch, dass möglichst rasch eine umfassende Lösung gefunden wird, welche sämtliche Probleme berücksichtigt, so wie dies in den Erläuterungen auch festgehalten wird. Zu betonen ist im Zusammenhang mit den laufenden Beratungen zur Initiative „Ja zur Hausarztmedizin, dass mit der Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung das Problem des Hausärztemangels in keiner Weise angegangen wird. Dazu braucht es die Initiative und den Masterplan. Eine Steuerung im ambulanten Bereich wird je länger umso dringender, da sich in gewissen Regionen und medizinischen Spezialgebieten zunehmend Über bzw. Unterversorgung manifestieren. In dieser Hinsicht beinhaltet der gemeinsame Vorschlag von GDK und FMH, präsentiert im September 2012, wichtige Aspekte, welche vom Berufsverband „HausärzteSchweiz“ unterstützt werden. Der vorliegende Vorschlag mit der vorübergehenden Wiedereinführung von Art. 55a bietet für die Probleme der Hausarztmedizin keinerlei konstruktive oder auch umfassende Lösung. Eine wirkliche Unterstützung erfordert eine Gesamtsicht, die erlaubt, auf alle beeinflussenden Faktoren Rücksicht zu nehmen. Aus dieser Perspektive vermag nur die Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ bzw. die</p>	<p>Hausärzte Schweiz</p>

<p>laufende Arbeit am zugehörigen Masterplan den künftigen Herausforderungen zu genügen.</p>	
<p>Wir begrüßen eine Steuerung der medizinischen Versorgung auf kantonaler bzw. regionaler Ebene, da diese weit (sinnvollere) optimiertere und massgeschneiderte Ergebnisse verspricht als eine Steuerung auf Bundesebene. Ebenfalls begrüßenswert ist die Befreiung der Grundversorger von der bedarfsabhängigen Zulassung. Allerdings sind wir davon überzeugt, dass eine effiziente und zielführende Steuerung letztlich nur basierend auf einer aussagekräftigen Datengrundlage funktionieren kann. Das vom Bundesrat erneut vorgesehene Abstellen auf die Anzahl der von der SASIS AG bzw. der santésuisse abgegebenen ZSR-Nummern ist hierfür untauglich, ja sogar irreführend. Die Anzahl der erteilten ZSR-Nummern sagt nämlich überhaupt nichts darüber aus, ob die Inhaber dieser ZSR-Nummern tatsächlich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Dieses Problem wird offensichtlich auch vom Bundesrat anerkannt, wird doch bereits im erläuternden Bericht zu Art. 55a E-KVG ausgeführt, dass die ZSR-Nummern nicht direkt auf die Eröffnung einer Praxis hinweisen würden (vgl. Erläuternder Bericht zur vorliegenden Revision des KVG, Seite 7, Ausführungen zu den Übergangsbestimmungen). Ausserdem können aufgrund der ZSR-Nummer keine Aussagen über das Ausmass der erbrachten Leistungen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung gemacht werden. Viele Inhaber einer ZSR-Nummer sind teilzeitlich tätig. Eine Auswertung der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ hat zum Beispiel gezeigt, dass mehr als <math>\frac{1}{4}</math> aller freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte Teilzeit arbeiten. Bei den neuen Mitgliedern arbeiten bereits 44% WENIGER als 60%. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang auch die Leistungserbringer, welche nebst einer unselbständigen Tätigkeit in einer Einrichtung nach Art. 36a KVG auch selbständig und über eine persönliche ZSR-Nummer Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Auch diese Leistungserbringer schöpfen das ihnen aufgrund der persönlichen ZSR-Nummer zukommende Pensum nicht voll aus und auch hier ist dies über die blosser Tatsache, dass eine ZSR-Nummer besteht, nicht ersichtlich. Die Berücksichtigung des Umfangs der effektiv zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen ist für eine Steuerung oder Versorgungsplanung aber von eminenter Bedeutung. Sowohl der Bund als auch die Kantone verfügen nur über die Information, wie viele Berufsausübungsbewilligungen erteilt wurden. Die SASIS AG kann nur Aussagen über die Anzahl der erteilten Zulassungen als Leistungserbringer KVG bzw. die Anzahl ZSR-Nummern machen. Weder der Bund, noch die Kantone noch die SASIS AG verfügen somit über Angaben zur Anzahl teilzeitlich tätiger Bewilligungsinhaber sowie den Umfang der von diesen Leistungserbringern erbrachten Leistungen. Durch das Abstellen einzig auf die Anzahl der ZSR-Nummern wird somit ein verzerrtes und irreführendes Bild über die tatsächlich bestehende medizinische Versorgungssituation geliefert. Die Ärztesseite verfügt demgegenüber — wie bereits oben erwähnt — seit längerem über Daten, welche ein genaueres Bild vermitteln, eine Steuerung und Versorgungsplanung erst ermöglichen und damit einen wertvollen Beitrag zur öffentlichen Versorgungssicherheit zu leisten vermögen. Bei der Beurteilung, ob eine Überversorgung und damit ein bedarfsabhängiger Zulassungsstopp überhaupt notwendig ist, sollte daher nicht nur auf die Daten der Versicherer, welche unvollständig und daher nicht aussagekräftig sind, sondern vor allem auf die Daten der Ärzteschaft abgestellt werden. Nur so kann den Kantonen ein taugliches Instrument zur Steuerung der Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und nur so können die eigentlichen Ziele der Einführung einer bedarfsabhängigen Zulassung erreicht werden. Der Kanton Aargau ging hier bereits anlässlich des bis am 31. Dezember 2011 in Kraft stehenden Zulas-</p>	<p>KKA</p>

<p>sungsstopps mit gutem Beispiel voran, indem er seine Ressourcensteuerung mit Hilfe und basierend auf die ärzteigenen Daten vornahm. Die Ärzteschaft ist gerne dazu bereit, einen Beitrag zur medizinischen Versorgungssicherheit zu leisten, indem sie ihre Daten allen Kantonen zur Verfügung stellt. Wir sind ferner zuversichtlich, dass der Einbezug der ärzteigenen Daten dem Bundesrat auch bei der Erfüllung seiner Aufgabe, eine Regelung zu finden, mit welcher sich die Kosten langfristig und gezielt eindämmen lassen, wichtige Erkenntnisse bringen und zur Problemlösung beitragen wird. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die ärzteigenen Daten auch in anderen Bereichen wie beispielsweise der Revision der Analysenliste, wertvolle Dienste leisten können.</p> <p>Wie Sie vorliegender Stellungnahme entnehmen können, begrüssen wir die ressourcengesteuerte Sicherung der medizinischen Versorgung, erachten aber die dabei vorgesehene Abstimmung ausschliesslich auf die von der SASIS AG verteilten ZSR-Nummern als untauglich. Wir sind dediziert der Ansicht, dass eine Planung aufgrund von Zahlen, welche den Umfang der effektiv erbrachten Leistungen nicht berücksichtigen, zu gravierenden Verzerrungen, unerwünschten Fehlentwicklungen und unter Umständen zu unerwarteten regionalen oder lokalen Versorgungsengpässen führen wird. Wir sind der Überzeugung, dass eine sinnvolle Planung nur aufgrund von verlässlichen Zahlen erfolgen kann und fordern deshalb, dass bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärzteigenen Datensammlung eingeholt werden muss. Grundsätzlich soll bei der kantonalen Ressourcenplanung und -steuerung die grösstmögliche Freiheit bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffenden Massnahmen gegeben sein.</p> <p>Dazu gehört auch die Definition von Qualitätskriterien für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Zu prüfen wäre beispielsweise, ob die Zulassung bzw. die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung an die Bedingung einer bereits erfolgten und zeitlich definierten Tätigkeit in der Patientenbehandlung im Schweizer Gesundheitssystem geknüpft werden könnte.</p> <p>Sofern die Leistungserbringer von den Kantonen bei der Abklärung des Bedarfs nicht näher miteinbezogen werden, sehen wir uns dazu veranlasst, die Erhebung des Referendums gegen die im Sinne von Art. 165 Abs. 1 BV als dringlich erklärte Revision des KVG in Bezug auf die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung, zu prüfen.</p>	
<p>Die Analysen der früheren Zulassungssteuerungen zeigen, dass sich die Gesundheitskosten damit nicht konsolidieren lassen.</p> <p>Diese Steuerung beeinflusst lediglich die Angebotsseite, und auch davon nur einen Teil. Sie stabilisiert die Zahl der Leistungserbringer. Sie regelt aber weder die Menge, noch den Preis der erbrachten Leistungen und schon gar nicht deren Notwendigkeit und Zweckmässigkeit. Ein kurzer Vergleich mit dem Strassenverkehr drängt sich auf: Man beschränkt die Anzahl der Autolieferanten, um das Verkehrsaufkommen zu regeln. Ob damit tatsächlich weniger und schadstoffärmere Autos verkehren, ist fraglich.</p> <p>Ohne gleichzeitige Regelung der Nachfrage lassen sich die Gesundheitskosten schwerlich stabilisieren. Welche Leistungsbezüger befassen sich mit der Frage, welche Leistungen notwendig und zweckmässig, welche Leistungen zwar wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig, welche Leistungen zwar nicht gefährlich, aber unwirksam und damit eigentlich unwirtschaftlich sind?</p> <p>Sind die staatlichen Organe überhaupt fähig, unter den Anwärtern die besten Ärztinnen ausfindig zu machen und vor allem diese zuzulassen?</p> <p>Die staatlich regulierte Zulassung und die damit verbundenen Unwägbarkeiten verunsichern die Maturanden. Eine unsichere Berufsaussicht macht das Medizinstudium unattraktiv. Der Ärztemangel wird verschärft.</p>	<p>medswiss.net</p>

<p>Die einzige Instanz, die sich motiviert der Nachfrage annimmt und Lösungen bereits erarbeiten, sind Ärztenetze, die mit den Versicherern einen Budgetmitverantwortungs-Vertrag abschliessen. Ein solcher Vertrag motiviert die Netzärztinnen und -Ärzte durch entsprechende Anreize nach den folgenden beiden Grundsätzen zu handeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was darf ruhigen Gewissens weggelassen werden, ohne die Behandlungssicherheit zu beeinträchtigen? (Im Übrigen kann unwirksame und unzweckmässige Mengenausweitung sogar gefährlich sein!)</li> <li>- Durch optimierte ambulante Behandlung zusammen mit engagierten Spezialistinnen allen Beteiligten teure Komplikationen und Hospitalisationen ersparen</li> </ul> <p>Unser Gesundheitswesen basiert zurecht auf dem Gedanken der Solidarität: Gesunde bezahlen für Kranke! Alle Prämien kommen in einen Topf. Damit sinkt die Eigenverantwortung der Leistungsbezüger. Ein Regulator ist deshalb zwingend notwendig.</p> <p>Einmal mehr rächt sich, dass wir kein gesamtschweizerisches Gesundheitskonzept haben. Dieses müsste definieren, wer die Aufgabe des Regulators am besten lösen kann und deshalb damit betraut wird, und gemäss welchen Kriterien reguliert werden soll (Qualität, Menge, Preis).</p> <p>Die Gesundheitspolitik ist heute blockiert:</p> <p>Mit dem Nein zur Managed Care-Vorlage hat sich das Volk klar ausgedrückt: Eine weitergehende Regulator-Funktion der Ärzteschaft als heute ist unerwünscht. Die „Wahlfreiheit“ ist für das Volk ein hohes Gut. (Diese wird übrigens durch eine Zulassungssteuerung ebenfalls eingeschränkt, nur merkt es niemand!)</p> <p>Der Vertragszwang schwächt die mögliche Regulatorfunktion der Krankenversicherer. Die vom Ständerat in der Herbstsession 2012 abgelehnte Motion Gutzwiller für eine Vertragsfreiheit der Versicherer gegenüber den Spezialärzten zeigt, dass die Vertragsfreiheit im Moment nicht mehrheitsfähig ist. Die Vertragsfreiheit führt zur Unterversorgung, wenn die Krankenversicherer sich auf Verträge mit pauschalen Vergütungsformen beschränken.</p> <p>Damit bleibt als möglicher Regulator der Staat. Die Einheitskasse wäre ein klarer Schritt in diese Richtung. Auch hier ist die Mehrheitsfähigkeit fraglich.</p> <p>Als Interimslösung schlägt der Schweizer Dachverband der Ärztenetze vor, die Integrierte Versorgung intensiv zu fördern. Inwieweit dies aufgrund der Art. 62.2.a (KVG: „Besondere Versicherungsformen“) und Art. 64.3 geschehen könnte, und ob dies im Moment politisch opportun wäre, überlassen wir gerne Ihrer Beurteilung.</p>	
<p>Der Distributions- und Leistungsertrag des Apothekenkanals zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung hat sich seit Einführung der Leistungs-Orientierten Abgeltung der Apotheker (LOA) stabilisiert und ist vollkommen transparent dokumentiert. Dasselbe kann von den ärztlichen Privatapotheken nicht gesagt werden, haben sie doch direkten Einfluss auf die Menge der verschriebenen kassenpflichtigen Medikamente und damit auch einen direkten Einfluss auf die Kosten.</p> <p>Die Apotheker ermöglichen dagegen Einsparungen, indem sie durch pharmazeutische Beratung, insbesondere durch die Möglichkeit zur Selbstmedikation in Bagatellfällen, die Grundversicherung entlasten.</p> <p>Ein besser verteiltes Apothekennetz hat deshalb eher eine kostensenkende Wirkung. Deshalb ist die <i>territoriale Verteilung der als Leistungserbringer zugelassenen Apotheker</i> ein wichtiges Element der Grundversorgung. Nur durch ein gutes Apothekennetz kann eine flachendeckende Versorgung mit sämtlichen Medikamenten und Beratung durch eine Medizinalperson sichergestellt werden, die nicht zuletzt bei Bagatellerkrankungen, bei Präventionsfragen und der Betreuung von Chronischkranken besonders effizient ist.</p>	<p>pharmaSuisse</p>

<p>Die Umsetzung von Art. 55a KVG hat im Rahmen der gesamten gesetzlichen Ordnung und unter Berücksichtigung der spezifischen Funktionen der einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitssystem zu erfolgen. Insbesondere ist Art. 37 Abs. 3 KVG zu berücksichtigen. Danach ist die Bevölkerung primär über die öffentlichen Apotheken mit Arzneimitteln zu versorgen. Eine Begrenzung ist deshalb eher bei den ärztlichen Privatapotheken vorzunehmen, um die Versorgung durch öffentliche Apotheken zu fördern. Die Kantone sollen dabei auch die vielfältigen Kompetenzen der Apothekenteams und die Infrastrukturen der Apotheken innerhalb des Grundversorgungsauftrags besser ausnützen.</p> <p>Wir haben festgestellt, dass die Umsetzung des Zulassungsstopps durch die Kantone die gewünschte Wirkung im Falle der öffentlichen Apotheken bisher nicht erreicht hat.</p> <p>Insbesondere kam er für Apotheker gerade dort zur Anwendung, wo die Versorgung durch Apotheken schlecht ist. Man findet Neueröffnungen allenfalls in Ballungszentren. Dies vor allem da nur Rentabilitätsüberlegungen und kein Versorgungsauftrag bei der Standortwahl zu berücksichtigen sind. Wir wünschen uns deshalb, dass diese Gesetzesrevision als zielgerichtetes Instrument eingesetzt wird, welches eine bessere Planung aufgrund der Bedürfnisse ermöglicht. Wir schlagen vor, dass im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes eine bessere Steuerungsmöglichkeit für Bund und Kantone verankert wird. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel eine regionalisierte Anwendung des Zulassungsstopps (z.B. nur für Apotheken oder Ärzte in städtischen Gebieten). Im Rahmen der Umsetzung dieses Entwurfs könnte eine Regionalisierung des Zulassungsstopps eine Lösung zur Vermeidung von Versorgungslücken bringen.</p>	
<p>Die Zulassungsbeschränkung widerspricht der KVG-Revision Spitalfinanzierung, missachtet den im Jahre 2011 deklarierten Willen des Eidgenössischen Parlaments gegen eine Verlängerung des Zulassungsstopps, untergräbt die unternehmerische Freiheit der Spitäler und verhindert insbesondere den Fortbestand und Ausbau des freien Belegarztwesens.</p> <p>Durch die Zulassungsbeschränkung werden Ausbildungen behindert, die Umsetzung des Arbeitsgesetzes gefährdet, ein Nachwuchsmangel provoziert, dadurch die zukünftige Versorgung gefährdet und nicht zuletzt die freie Arzt- und Spitalwahl der Patienten torpediert. Die politisch gewollte Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich wird behindert.</p> <p>Abgesehen davon lässt die Vorlage eine vorgängige Problem- und Wirkungsanalyse vermissen.</p> <p>Die Restriktionen im ambulanten Bereich durch den Zulassungsstopp führen dazu, dass der Patient seiner Spitalwahlfreiheit und damit auch seiner Eigenverantwortung beraubt wird.</p> <p>Die Spitäler werden in Ihrer unternehmerischen Unabhängigkeit und Flexibilität eingeschränkt. Die Bildung überkantonaler Leistungszentren, die gemeinsame Organisation der Notfalldienste mit den Praxisärzten, die Ausbildung von jungen Ärzten; dies alles ist Ausdruck der Souveränität der Spitäler und durch die Zulassungsbeschränkung in Gefahr.</p> <p>Heute herrscht in vielen Spitälern und Kliniken Personal- und Ärztemangel. Diesen Engpässen ist nicht mit der Planung des ärztlichen Personals der Spitalambulatorien beizukommen. Planung führt im Gegenteil zu Personal- und damit automatisch zu Qualitätsabbau. Qualität ist aber seitens Bund hochgehalten; die Bildung von Kompetenzzentren, die Weiterentwicklung des medizinischen Angebots muss stattfinden können. Die unternehmerische Freiheit als Gewerbebetrieb muss weiterhin erhalten bleiben, um einen umfassenden Behandlungsprozess ambulant-stationär sicherstellen zu können. Alles andere geht zu Lasten der Patienten, was weder im Sinne der Spitäler noch der Qualitätssicherung sein kann.</p>	<p>PKS</p>

Die Zunahme von Patienten in Spitalnotfällen ist eine Tatsache und darauf zurückzuführen, dass niedergelassene Grundversorger weniger für Notfallbehandlungen zur Verfügung stehen als früher. Besonders betroffen sind die Fachbereiche Pädiatrie und Psychiatrie. Spitäler und Hausärzte haben vielerorts gute Kooperationen gefunden, um Lücken zu schliessen und ihre knappen Personalressourcen gemeinsam optimal zu nutzen. Die Kooperationen sind praxisorientiert und werden von den Beteiligten getragen. Es braucht hier kein Steuerungselement wie den Zulassungsstopp via Kanton.

#### **Vom stationären in den ambulanten Bereich**

Die versorgungspolitischen Bestrebungen der Kantone verfolgen das Ziel der Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen, einige Kantone schreiben dies sogar vor (Kt. Bern). Die ambulanten Leistungen via Zulassungsbeschränkung ein-zudammern bedeutet nicht nur einen medizinischen Rückschritt, sondern lässt die tatsächlichen Entwicklungen ausser Acht.

Für die Psychiatrie in der Rehabilitation sind ambulante Behandlungen zur Integration und Wiedereingliederung von zentraler Bedeutung. Die Entwicklung der Psychiatrie richtet sich nach dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ (offizieller Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK, Juli 2008). Es kann nicht angehen, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fordern und dann umgehend das – für die immer noch gleiche Anzahl Behandlungen – notwendige ärztliche Personal per Zulassungsstopp zu beschränken. Grotesk ist das Argument, in den Spitälern den Zulassungsstopp einzuführen, weil die Leistungen an ambulanten Patientinnen und Patienten zugenommen hatzen, nachdem die Politik jahrelang „ambulant vor stationär“ gefordert hat und die Spitäler und Kliniken sich daran gehalten haben.

Das Belegarztsystem, welches den Ärzten erlaubt, sowohl im stationären wie auch ambulanten Bereich tätig zu sein wird durch den Zulassungsstopp erschwert resp. verhindert. Die durch das Belegarztsystem gelebte integrierte Versorgung des Patienten, welcher vor, während und nach einem Spitalaufenthalt behandelt wird, ist nicht mehr sichergestellt.

Der Zulassungsstopp führt zu einem Behandlungsabbau. Die Spitäler können somit ihrer Aufnahmepflicht nicht nachkommen und könnten dadurch die Leistungsaufträge der Kantone nicht mehr erfüllen. Die Sicherung der Aufnahmepflicht kann nicht via Zulassungsstopp erfolgen.

#### **Kostensenkung**

Die Spitäler und Kliniken haben das Wachstum der stationären Leistungen und deren Kosten durch die Verlagerungen in den deutlich günstigeren ambulanten Bereich wesentlich gebremst. Dieser Trend der Kosteneinsparung soll nun via Deckelung der ambulanten Spitalbehandlungen gebremst resp. verhindert werden. Die volkswirtschaftlich sinnvolle Verkürzung von Behandlungs- bzw. Aufenthaltsdauern soll unterbunden werden. Gerade auch mit Blick ins Ausland, ist dieser Schritt nicht nachvollziehbar: Deutschland hat mit der Einführung der DRG das Verbot zum Betrieb von Spitalambulatorien aufgehoben.

#### **Ausbildung**

Zur Deckung des zukünftigen Behandlungsbedarfs stützt der Bund die Ausbildung von mehr Medizinalpersonal. Mit dem Zulassungsstopp sollen aber Stellen beschränkt werden. Dies ist ein falsches Signal: Es verschärft den Nachwuchsmangel in der Pflege und Medizin. Die medizinischen Berufe müssen für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung attraktiv bleiben. Die Assistenzärztinnen und -Ärzte müssen gemäss der Weiterbildungsordnung im ambulanten Bereich arbeiten. Die Rationierung qualifizierter Leistungserbringer in den Spitalambulatorien führt direkt zum Abbau von Aus- und Weiterbildungsleistungen und gefährdet den Bildungsauftrag. Die verfügbaren Fachärztinnen und -Ärzte müssen ihre Tätigkeit auf die Dienstleistungserbringung konzentrieren

<p>anstatt auch den Nachwuchs auszubilden.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Der Bundesrat argumentiert im erläuternden Bericht, dass es in einigen Kantonen im ersten Halbjahr 2012 einen massiven Anstieg der Anträge zur ZSR-Nummer gab. Daraus kann geschlossen werden, dass Nachholbedarf bestand, nicht mehr und nicht weniger. Die Wirkung eines Zulassungsstopps ist nicht untersucht. Insbesondere gibt es keine Studie zur Abhängigkeit der Veränderung der Ärztedichte auf die Veränderung der Kosten. Ob mehr Ärzte bzw. mehr erteilte ZSR-Nummern zu mehr Kosten führen, kann somit nicht gesagt werden. Dass in der Argumentation für neue Zulassungen nur gerade der Neuanträge Rechnung getragen wird unter Ausklammerung der Anzahl Praxisschliessungen (Pensionierung etc.) ist nicht korrekt. Bevor über eine Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung nachgedacht wird, sollten zuerst Kriterien zur Unter- und Überversorgung erarbeitet und diese auf ihre medizinisch und finanzielle Bedeutung untersucht werden.</p> <p><b>Vertragsfreiheit</b></p> <p>In der politischen Diskussion ist die Einführung der Vertragsfreiheit seit Jahren ein Thema. PKS befürwortet die Aufhebung des Vertragszwanges im Sinne der Gegenseitigkeit und Wettbewerbsförderung.</p> <p>Aus all diesen Gründen ist der Zulassungsstopp nicht wieder aufzunehmen.</p>	
<p>Die refdata Stiftung äussert sich nicht zur Annahme / Verwerfung der befristeten Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung.</p> <p>Die refdata Stiftung sieht sich jedoch in der Pflicht, im Bezug auf eine allfällige Umsetzung der Registrierung von einem allfälligen Zulassungstopp betroffener Leistungserbringer, auf ein national einheitliches, öffentlich frei verfügbares Register zu beharren. Zur Auswahl stehen hier das dem BAG unterstellte MedReg, oder das durch die refdata Stiftung bereitgestellte Register, das für die Öffentlichkeit kostenfrei einsehbar ist. In keiner Weise darf für die Umsetzung erneut auf das ZSR Register der KVG-Versicherer zurück gegriffen werden. Dieses entspricht nicht den Voraussetzungen des freien Zugangs eines öffentlichen Registers und ist auch für die Umsetzung der eHealth-Projekte (national standardisierte elektronische Meldevorgänge) nicht geeignet.</p>	refdata
<p>Es ist schade, dass lediglich die Dachorganisation FMH zur Vernehmlassung begrüsst wird, nicht aber die direkt betroffenen Gesellschaften; umso mehr als die Belegärzte bekanntlich gegen 30 % an die medizinisch-chirurgische Versorgung der Bevölkerung leisten. Wir hoffen, dass die SBV in Zukunft bei solchen Fragen ebenfalls begrüsst wird.</p> <p>Die SBV anerkennt den Willen, den Zufluss der Medizinalpersonen besser zu kontrollieren und koordinieren. Indes sieht die SBV in der Beschränkung alleine kein probates Mittel, um diese Kontrolle und Koordination zu erreichen.</p> <p>Die SBV schlägt daher vor, dass die Zulassung ausländischer Ärztinnen und Ärzte nicht einfach bedürfnisabhängig eingeschränkt, sondern vielmehr von einer vorgängigen dreijährigen spitalärztlichen Tätigkeit in der Schweiz abhängig gemacht werden sollte. Die Medizinalpersonen können damit die nötigen Kenntnisse bezüglich Sprache, Kultur und Lebensart erwerben. Diese Hürde ist nach Ansicht der SBV ein probateres Mittel mit einem direkten Nutzen für die Patienten.</p> <p>Nicht nur im Bereich der Hausarztmedizin, sondern auch im Bereich der Spezialisten können Unterversorgungen vorkommen, die sich durch eine Fehlplanung -sei es auf Bundesebene oder auf kantonaler Ebene - verschärfen. Bereits jetzt ist es so, dass in bestimmten Fachbereichen für Patienten unzumutbar lange Wartezeiten in Hinblick auf eine Operation bestehen.</p> <p>Es stellt sich auch die Frage, inwieweit der Anstieg an Gesuchen um eine Zulassung tatsächlich zur Besorgnis Anlass geben sollte: Der Anstieg lässt sich einerseits auf einen gewissen Nachholbedarf als Folge des jahrelangen Zulas-</p>	SBV

<p>sungsstopps und andererseits auf die Absicht, eine Zulassung „auf Vorrat“ - falls ein erneuter Zulassungsstopp geplant ist -erklären. Zudem ist dabei ein gewisser Anteil an Ärzten/innen, die bisher bereits im Angestellten Status zu Lasten der Kassen gearbeitet haben und sich jetzt, nach Aufhebung des unsäglichen Zulassungsstopps, eine eigene ZSR-Nr. sichern wollen.</p> <p>Dass Neuerdings auch Spezialärzte kaum mehr Nachfolger für Ihre Praxen finden ist bekannt, und ein weiterer Hinweis darauf, dass auch Spezialärzte in der Schweiz fehlen. Dass schliesslich die Versorgungssicherheit der Bevölkerung dadurch tangiert wird, ist naheliegend.</p> <p>Die Schweizerische Belegärztereinigung SBV fordert deshalb eine transparente, bedürfnisgerechte Planung in Bezug auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung, insbesondere auch, wenn es um Spezialärzte geht. Eine On/Off Praxis betreffend die Zulassung lehnt die SBV strikte ab.</p>	
<p>La SSPPEA déplore que le Conseil fédéral ait opté pour la réintroduction d'une mesure globale pour l'ensemble de la Suisse, qui ne tient pas en compte les différences entre spécialités médicales et la répartition des spécialistes visés dans les différentes régions du pays.</p> <p>En ce qui concerne les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescent, nous constatons un manque important de relève, qui se traduit par un déplacement de la répartition démographique de nos membres, dont l'âge moyen est de plus en plus élevé. En parallèle les besoins de soins psychiatriques ne cessent de croître.</p> <p>La SSPPEA craint de voir s'aggraver la désaffection des jeunes médecins diplômés pour une formation devenue moins attractive que les autres spécialités médicales. Elle craint également une moins bonne couverture de soins psychiatriques destinés aux enfants et adolescents. Sachant que les troubles psychiques débutent souvent pendant l'enfance, les conséquences psycho-sociales ne sont pas à négliger.</p> <p>Voilà pourquoi la SSPPEA se prononce contre la réintroduction du moratoire sur les installations de nouveaux cabinets de médecins spécialistes dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et regrette que la solution proposée conjointement par la FMH et la CDS ne soit pas mise en œuvre. Nous soutenons tout particulièrement le concept de gestion cantonale ou régionale du nombre de médecins, susceptible de réguler de manière différenciée l'excès (Überversorgung) ou le manque (Unterversorgung) de médecins de premiers recours ou de médecins spécialistes en fonction des besoins de la population.</p>	SSPPEA
<p>La SVM a toujours marqué son opposition de principe à la clause du besoin. Elle a également systématiquement rappelé que c'est à la question de la relève nécessaire pour couvrir les besoins qu'il y avait lieu de s'atteler en priorité. Toutefois, pour la SVM il était évident que l'abandon brutal de la clause du besoin allait créer autant de difficultés que son adoption tout autant brutale.</p> <p>Par conséquent, la SVM approuve le principe d'un mécanisme temporaire de régulation, même si celui qui est proposé n'englobe malheureusement pas de mesures incitatives. La réactivation de la clause du besoin, dans sa dernière mouture, a pour avantage principal de permettre une mise en œuvre rapide.</p>	SVM
<p>Su le fond, il convient d'abord de rappeler que la liberté de pouvoir exercer sa profession doit être particulièrement protégée. Cela relève à la fois de la liberté économique, mais aussi de la protection de la personnalité. La durée des études et les exigences particulières qui pèsent sur les médecins et les pharmaciens exerçant une activité dépendante ou indépendante, respectivement sur les médecins qui exercent au sein des institutions ou dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, rendent l'interdiction particulièrement inique.</p> <p>L'afflux constaté n'a rien de scandaleux dans la mesure où il serait constitué uniquement des médecins précédemment interdits d'installation. L'instauration d'un moratoire, sa levée et l'annonce de son éventuelle remise en vigueur sont</p>	Vaud cliniques

<p>précisément des éléments qui objectivement provoquent des comportements, au demeurant rationnels, de la part des médecins.</p> <p>Dans la mesure où l'afflux serait dû à des médecins étrangers et que cela provoque réellement des charges nouvelles et disproportionnées non seulement pour l'assurance obligatoire mais aussi pour l'ensemble des coûts de la santé, ce qui reste à démontrer, nous privilégierions alors une intervention urgente mieux proportionnée. L'idée évoquée par le conseiller national Ignazio Cassis, dans son postulat 12.3681, d'imposer l'obligation, avant toute installation en pratique privée, d'une durée de travail de trois ans au moins dans un établissement de soins en Suisse pourrait constituer une piste intéressante et plus respectueuse des médecins. On atteindrait ainsi également les buts énoncés dans le rapport explicatif tout en soulageant les établissements.</p> <p>En conclusion, nous ne nous déclarons pas favorable à l'instauration d'un nouveau moratoire tel que proposé. En revanche, nous entrons en matière sur la mise en œuvre de conditions préalables à l'installation en cabinet privé telles que proposées par le postulat 12.3681.</p>	
<p><b>Dringlichkeit und Verfahren</b></p> <p>Sie machen geltend, dass eine neue Arztpraxis jedes Jahr CHF 500'000.- an Mehrkosten verursache. Diese immer wieder aufgestellte, nicht belegte Behauptung greift unseres Erachtens zu kurz. Es braucht auch keine unmittelbare Antwort auf den aktuellen Anstieg der Zahl der Spezialärzte, weil die jetzige Zunahme der Praxiseröffnungen die Folge der vor kurzem aufgehobenen Zulassungssteuerung ist. Erlauben Sie uns schliesslich den Hinweis, dass das vorliegend unnötig kurze konferenzielle Vernehmlassungsverfahren unseres Erachtens nicht geeignet ist, akzeptablere Lösungen herbeizuführen.</p> <p><b>Grundsatzfrage</b></p> <p>Die Beschränkung der Zulassung für Spezialärzte ist aus ordnungspolitischer Sicht eine Kapitulation (Abschaffung des freien Berufsstandes) und kommt deshalb nur als ultima ratio vorübergehend in Frage. Prekäre Verhältnisse liegen zur Zeit – wie gesagt – nicht vor. Ein allfälliges Überangebot kann und muss deshalb, wie in anderen Branchen, nur durch wettbewerbliche Elemente korrigiert werden. Eine staatliche Planung und Zulassungssteuerung ist generell nicht geeignet, den Zugang zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Grundversicherung gerecht zu steuern. Insbesondere befürchten wir Nachteile für in der Schweiz ausgebildete junge Ärztinnen und Ärzte.</p> <p>Die Delegation der Zuständigkeit der Zulassungssteuerung an die Kantone wird zu neuen Ungerechtigkeiten und Verzerrungen führen, welche dann wiederum auf eidgenössischer Ebene korrigiert werden müssen.</p> <p>Der VLSS ist folglich gegen die Annahme der Vorlage. Dies zumindest solange, bis die Kriterien gemäss Art. 55a Abs. 3 des Gesetzesentwurfs auf Verordnungsebene noch nicht definiert sind. Es liegt leider kein entsprechender Verordnungsentwurf vor. Die mit der Vorlage zusammenhängenden Grundsatzfragen sind komplex. Es kann folglich nicht akzeptiert werden, hier sozusagen die „Katze im Sack“ kaufen zu müssen.</p> <p>Der VLSS ist sich der Verantwortung nach der Ablehnung der „Managed Care Vorlage“ durchaus bewusst. Entsprechend wird der bereits viel diskutierte Vorschlag unterstützt, dass als generelle Bedingung für die Zulassung zur Praxistätigkeit in der Schweiz eine dreijährige Tätigkeit an einem Schweizer Spital eingeführt wird. Ob dabei die mit der EU abgeschlossenen Staatsverträge immer zweifelsfrei erfüllt werden, interessiert uns weniger. Wir sind der Auffassung, dass die Schweiz die Probleme im Rahmen der sozialen Krankenversicherung zum Wohl einer ausgewogenen, qualitativ ausreichenden Gesamtversorgung der Bevölkerung zu zahlbaren Kosten selber lösen muss.</p>	VLSS

<p>Der VSAO lehnt die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung ab und beantragt, es sei davon abzusehen. Begründung:</p> <p><b>1. Mangelhafte Analyse</b></p> <p><b>Daten</b></p> <p>Zurzeit wissen wir nur, dass die Anzahl der Gesuche um eine Abrechnungsnummer im laufenden Jahr überdurchschnittlich angestiegen ist. Das kann nach 10-jähriger Niederlassungsbeschränkung und in Anbetracht des bereits wieder drohenden Zulassungsstopps allerdings nicht verwundern. Bevor auf politischer Ebene ein nächster folgenschwerer Schnellschuss erfolgt, müsste zwingend geprüft werden, ob mit den beantragten ZSR-Nummern auch wirklich abgerechnet wird und wenn ja mit welchem Pensum. Die Tatsache, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte Teilzeit in einer Praxis arbeiten, wird in der aktuellen Diskussion schlicht ausgeblendet.</p> <p><b>Nutzen</b></p> <p>Obwohl der Zulassungsstopp 10 Jahre in Kraft war, wurde nie vertieft untersucht, welches die Auswirkungen und der Nutzen sind. Eine Studie des Instituts für Unternehmensforschung der Universität St. Gallen aus dem Jahr 2004 belegt, dass die Korrelationen zwischen den Ärztedichten in den verschiedenen Kantonen und den prozentualen Veränderungen der Kassenleistungen für die „ambulante Behandlung Arztpraxis“ sowie insgesamt pro Versicherten nicht signifikant sind und dass zwischen dem Anstieg der Grundversicherungsprämien von 1999 bis 2002 und den Ärztedichten kein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht. Die Studie kommt zum Schluss, dass sich die Aussage, eine zu hohe Ärztedichte habe die Leistungen der Krankenversicherer oder die Prämien 1999 bis 2002 in die Höhe getrieben nicht belegen lasse. Die oft zitierte Behauptung, jede neue Arztpraxis generiere zusätzliche Gesundheitskosten in der Höhe von einer halben Million Franken, ist in dieser plakativen Form unhaltbar. Zahlreiche andere Faktoren tragen ebenfalls zum Anstieg der Gesundheitskosten bei (neue Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, teure Medikamente, Demographie, die steigenden Ansprüche der Bevölkerung u.a.). Die steigende Ärztezah ist Folge einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung. Eine Begrenzung der Ärztezah verkennt diese Tatsache und wird deshalb ihr Ziel, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen, verfehlen. Solange Nutzen und Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung nicht untersucht sind, ist die Massnahme etwa so plausibel, wie eine Reduktion der Tankstellenanzahl, um den Benzinverbrauch zu senken.</p> <p><b>Ärztmangel</b></p> <p>Ebenfalls nicht untersucht wurde bisher der Zusammenhang zwischen Zulassungsbeschränkung und Ärztemangel. Es ist offensichtlich, dass wir in der Schweiz einen zunehmenden Ärztemangel haben. In Spitälern, Grundversorgerpraxen und in einigen Facharztpraxen ist er bereits akut. 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 Spezialisten. Trotz dieser Situation wird nun mit dem erneuten Zulassungsstopp eine Massnahme vorgeschlagen, wie sie normalerweise bei einer Ärzteplethora zur Anwendung kommt. Der VSAO macht seit Jahren darauf aufmerksam, dass zwischen der Zulassungsbeschränkung und dem Ärztemangel ein Zusammenhang besteht. Zum einen verunmöglicht der Zulassungsstopp innovative Praxisprojekte wie sie heute viele Ärztinnen und Ärzte wünschen. Sie möchten sich frei zusammenschliessen und gemeinsam eine Praxis 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 Pro-</p>	<p>VSAO</p>
--	-------------

<p>jekte werden mit der Zulassungsbeschränkung für Spezialärzte massiv behindert oder verunmöglicht. Zum andern bedeutet der Zulassungsstopp für Spezialfachärztinnen und –ärzte eine enorme Einschränkung des Tätigkeitsfeldes und der freien Entfaltung. Ärztinnen und Ärzte müssen zwangsweise in den Spitälern bleiben, dies obwohl die Arbeitsbedingungen zum Teil immer noch katastrophal sind. So bieten die meisten Spitäler nach wie vor keine familienverträglichen Arbeitsbedingungen an, was gerade für Frauen, die heute die Mehrheit der jungen Ärztinnen und Ärzte ausmachen, ein grosses Problem ist. Der Gang in die Praxis stellt für viele den einzigen Ausweg dar. Wird dieser beschränkt, wird der Arztberuf noch unattraktiver.</p> <p><b>2. Es sind einseitig junge Ärztinnen und Ärzte betroffen</b>  Der Zulassungsstopp trifft immer die jungen Ärztinnen und Ärzte. Dies ist eine unzulässige Diskriminierung, die nicht im Interesse des Gesundheitswesens sein kann. Die jungen Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur sehr gut weitergebildet, sondern sie bringen Innovation und sind an effizientes und kostenbewusstes Arbeiten gewohnt.</p> <p><b>3. Es werden falsche Anreize gesetzt</b>  Die Zulassungsbeschränkung berücksichtigt die Qualität der Leistungserbringer in keiner Weise, obwohl dies das zentrale Kriterium sein müsste. Die zugelassenen Leistungserbringer unterliegen keiner Kontrolle. Belohnt werden die, die bisher schon im System waren. Sie können nun entsprechendem finanziellem Hintergrund bezahlen können, fehlt künftig Geld für die Modernisierung der Praxen. Das Geld wird in diesem Sinn dem Gesundheitswesen entzogen.</p> <p><b>4. Die Zulassungsbeschränkung ist keine adäquate Lösung</b>  Mit dem Zulassungsstopp wollte man bereits 2002 eine übermässige Zuwanderung aus Europa verhindern. Auch heute wünschen einige Kantone aus diesem Grund die Möglichkeit, Zulassungen zu beschränken. Das Problem ist allerdings, dass mit der vorgeschlagenen Massnahme alle jungen Ärztinnen und Ärzte getroffen werden, was wie oben dargelegt negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben wird.</p> <p>Der VSAO lehnt aus diesen Gründen die Wiedereinführung von Art. 55a KVG ab. Es wäre ein Schnellschuss mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Anstatt junge Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufswahl zu behindern und damit einen weiteren Ärztemangel in Kauf zu nehmen, müsste die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in den Spitälern und in Fachrichtungen, die heute untervertreten sind, gesteigert werden. So müssten beispielsweise die Arbeitsbedingungen endlich familienverträglich werden. Damit könnte der akute Ärztemangel in den Spitälern und in gewissen Disziplinen behoben und gleichzeitig der Drang in die selbstständige Praxistätigkeit eingedämmt werden. Damit würden beide Probleme sinnvoll angegangen.</p>	
<p>[Die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung] wird als untaugliche, unfaire und diskriminierende Massnahme rundweg abgelehnt. Unser Verband wird daher eine solche Massnahme, sofern sie in der vorgeschlagenen Weise eingeführt werden sollte, mit aller Härte bekämpfen.</p> <p>Dies aus folgenden Gründen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Zeitraum seit Aufhebung der Zulassungsbeschränkung ist für eine Beurteilung der Folgen zu kurz. Gemessen an der zehnjährigen Beschränkung ist die angegebene Zahl neuer Praxisbewilligungen nicht übertrieben.</li> <li>2. Es existieren keine Grundlagen über die tatsächlichen Pensen der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber. Namentlich ist nicht bekannt, wie hoch die effektiven Pensen der Ärztinnen und Ärzte sind, welche in letzter Zeit Bewilligungen eingeholt haben. Dass diese also zu höheren Kosten des Gesundheitswesens beitragen, ist eine unbelegte und höchstwahrscheinlich unwahre Behauptung.</li> <li>3. Der Zusammenhang zwischen Zulassungsbeschränkung und Ärztemangel ist</li> </ol>	VSAO-ZH

<p>nicht untersucht.</p> <p>4. Eine valable Auswertung des Zulassungsstopps 2002 bis 2011 gibt es bis heute nicht.</p> <p>5. Unbelegt ist auch der Zusammenhang zwischen Ärztezahlen und Gesundheitskosten, da die entsprechenden Rechnungen nicht alle relevanten Faktoren berücksichtigen.</p> <p>6. Es gibt keine keine Bedarfsplanung. Sie wäre faktisch auch erschwert durch den Umstand, dass die ärztliche Weiterbildung (also ohne die universitäre Ausbildung) einen Zeitraum von sechs bis zehn Jahren umfasst. Da es keine Bedarfsplanung gibt, ist eine bedarfsabhängige Zulassung nicht möglich.</p> <p>7. Frauen, die Familie und Beruf verbinden wollen und für die es zuwenig Teilzeitpensen in den Spitälern gibt, werden mangels Möglichkeit, ein Teilpensum in freier Praxis auszuüben, von der Berufstätigkeit faktisch ausgeschlossen, was diskriminierend ist. Zusammen mit dem Gendershift verstärkt ein Zulassungsstopp den Ärztemangel.</p> <p>8. Die Zulassungsbeschränkung ist verfassungswidrig. Sie verstösst insbesondere gegen die Wirtschaftsfreiheit. Es geht überdies nicht an, die jungen Ärztinnen und Ärzte als Revanche für das Debakel der Gesundheitspolitik der letzten Jahre auf die Schlachtbank zu führen und ihnen einen wesentlichen Teil ihrer Zukunftsperspektiven zu nehmen, nur weil sie sich vermeintlich am wenigsten zur Wehr setzen können. Die jungen Ärztinnen und Ärzte in Geiselhaft zu nehmen für Versäumnisse der Gesundheitspolitik, ist nicht vertretbar.</p> <p>9. Wir sind davon überzeugt, dass sich die Ärzteschaft einen erneuten Zulassungsstopp nicht wird bieten lassen, es sei denn, er werde im Sinne der von der FMH vorgeschlagenen Weise modifiziert. Die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, die drei bis fünf Jahre an einem schweizerischen Spital gearbeitet haben, würde das gefühlte Problem bestimmt entschärfen.</p> <p>Wir ersuchen Sie, unsere Überlegungen aufzunehmen und die Vorlage in der gemäss Ziffer 8 [sic, wahrscheinlich ist Ziffer 9 gemeint] vorstehend geäussernten Weise zu modifizieren oder ganz auf sie zu verzichten.</p>	
<p>Die ASK steht der neuerlichen Einführung der Zulassungsbeschränkung kritisch gegenüber, da einerseits deren Wirksamkeit zu bezweifeln ist, andererseits aber alle damit verbundenen Nachteile erneut in Erscheinung treten würden. Insbesondere muss sich der Bundesgesetzgeber bewusst sein, dass eine Delegation der Abrechnungszulassung zu Lasten der OKP an die Kantone eine Schwächung der Bundeskompetenzen mit sich bringt. Die damit geschaffene Planungskompetenz für die Kantone auch im ambulanten Bereich lehnen wir klar ab, weil die Rollenkonflikte der Kantone damit nochmals verstärkt werden und weitere unzweckmässige Reformschritte (namentlich die duale Finanzierung im ambulanten Bereich) nach sich ziehen können. Die Nachteile des Zulassungsstopps sind gemeinhin bekannt. Insbesondere entspricht er faktisch einem Berufsausübungsverbot für neue Ärztinnen und Ärzte, was den ärztlichen Nachwuchs zurückbindet und den bereits praktizierenden Ärzten einen wesentlichen Vorteil verschafft. Ein Zulassungsstopp kann dadurch eine nachhaltig schädliche Wirkung auf die längerfristige Gewährung der Gesundheitsversorgung entwickeln.</p> <p>Die zweite grosse Schwäche des Zulassungsstopps ist, dass er das Einfallstor für die Rationierung von medizinischen Leistungen darstellt, ohne dass vorab durch geeignete Massnahmen das vorhandene Rationalisierungspotential ausgeschöpft worden wäre. Alleine daraus wird klar, dass ein Zulassungsstopp höchstens als befristete Notmassnahme bei einem erwiesenen Handlungsbedarf in Erwägung gezogen werden darf. Ob derzeit wirklich ein solcher besteht, und ob dieser schwerwiegende regulatorische Eingriff - nota bene nach den</p>	<p>ASK</p>

<p>Erfahrungen aus dem Zulassungsstopp von 2002 bis 2011- als gerechtfertigt zu bezeichnen ist, ist unseres Erachtens fraglich. Der Regulator steht in der Verantwortung, das Instrument des Zulassungsstopps mit grosser Vorsicht und ausschliesslich als "ultima ratio" anzuwenden.</p> <p>Mit grösster Besorgnis stellen wir zudem fest, dass insbesondere die Kantone teilweise unterstützt von der Ärzteschaft - die Abkehr von der bundesgesetzlichen Notmassnahme hin zu einer weitgehenden ambulanten Versorgungsplanung auf kantonaler Ebene fordern. Das Ressourcensteuerungsmodell von GDK/FMH spricht diesbezüglich Klartext. Diese Entwicklung ist in doppelter Hinsicht gefährlich: Erstens würde der Bund ein elementares Gestaltungsinstrument im Rahmen des KVG verlieren. Zweitens wäre eine 26-fache kantonale Zulassungssteuerung unsinnig und würde zu einer weiteren Fragmentierung des Gesundheitswesens führen. Bereits die Ausgestaltung des nun vorliegenden vorübergehenden Zulassungsstopps wird die Ausrichtung der späteren Lösung entscheidend mitprägen. Wenn schon Dringlichkeitsrecht errichtet werden soll, muss dieses unseres Erachtens sehr eng definiert sein. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass auch künftig der Bund über die Abrechnungszulassung und allfällige Beschränkungen entscheidet, respektive deren Kriterien selber definiert. Aus Sicht der ASK ist es fraglich, inwieweit die neuerliche Zulassungsbeschränkung überhaupt die gewollte Wirkung erzielen kann. Erstens ist davon auszugehen, dass der sprunghafte Anstieg der erteilten ZSR-Abrechnungsnummern in direktem Zusammenhang mit dem vormaligen Zulassungsstopp steht (Nachholbedarf). Zweitens dürfte die neuerliche Diskussion dafür sorgen, dass bis Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung (1. April 2013) weitere ZSR-Nummern "auf Vorrat" beantragt werden. Alle diese Zulassungen werden vom Zulassungsstopp nicht betroffen sein. Unter Berücksichtigung des wiederum entstehenden Aufholbedarfs bis 2016 und letztlich auch der kantonalen Ausnahmeregelungen während der Dauer einer allfälligen Zulassungsbeschränkung, dürfte unter dem Strich kaum eine signifikante Wirkung eintreten. Mit der Befristung nach Art. 55a Abs. 5 werden Leistungserbringer mit einer erteilten ZSR ferner geradezu gedrängt, sich selbständig zu machen oder sich einer Einrichtung nach Art. 36a anzuschliessen. Auch dieser Effekt wirkt gegen das erklärte Ziel.</p> <p>Daraus abgeleitet stellt sich schon die Frage, was mit einer erneuten Zulassungsbeschränkung überhaupt zu erreichen ist respektive ob die bekannten Nachteile erneut in Kauf zu nehmen sind. Der Druck auf die Entwicklung einer nachhaltigeren Lösung könnte ebenfalls darunter leiden. Jetzt wie auch in Zukunft muss eine generelle Beschränkung der Zulassung als ultimo ratio an strenge Kriterien gebunden sein. Der Bund soll deshalb prüfen, ob eine Verschärfung der bestehenden Zulassungsbedingungen nach Art. 36 ff KVG nicht eine adäquatere Lösung darstellen würde, insbesondere weil für die Zulassung die Kriterien Qualität und Effizienz eine Rolle spielen müssen. Im Hinblick auf die künftige Lösung muss eine sachliche Diskussion über die angemessene Lockerung des Kontrahierungszwangs angestossen werden. Wir sind gerne bereit, im Rahmen einer ganzheitlichen Lösungssuche konstruktive Vorschläge einzubringen. Wir möchten betonen, dass unser Vorschlag die kantonale Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung nicht unterläuft. Er dient lediglich der konsequenten Ausgestaltung der OKP-Zulassungsbedingungen hinsichtlich der Verhinderung einer Überversorgung im Rahmen einer ausserordentlichen Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Titel des 5. Abschnittes KVG). Genau und nur dies ist der Zweck der Zulassungsbeschränkung nach KVG.</p>	
<p>santésuisse hat nach wie vor sehr grosse Vorbehalte zur geplanten Wiedereinführung des Zulassungsstopps.</p>	<p>santésuisse</p>

<p>Alle negativen Effekte der Fehlplanung im Gesundheitswesen gehen letztlich zu Lasten der Versicherten. Die richtige Mittel zur Korrektur von Überversorgung und damit verbundenen Kosten ist die Lockerung des Vertragszwangs bzw. der Vertragsfreiheit. Für kurzfristige Korrekturen kann der Bundesrat die notwendigen tariflichen Anreize mit differenzierten Taxpunktwerten nach Ärztedichte jetzt schon durchsetzen. Dazu braucht er keine Gesetzesänderung.</p> <p>Unsere Vorbehalte gegen einen Zulassungsstopp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grosse Benachteiligung von jungen innovativen Ärztinnen und Ärzte, deren Berufsausübungsmöglichkeit durch die Zulassungsbeschränkung pauschal eingeschränkt wird. Alteingesessene Leistungserbringer können ihren Besitzstand ebenso pauschal wahren (undifferenzierte Massnahme).</li> <li>- Der Zulassungsstopp für Spezialärztinnen und -ärzte löst Wellenbewegungen bei der Zulassung der betroffenen Facharzttiteln mit nicht zu unterschätzenden negativen Folgen aus: Die Überreglementierung von heute ist in aller Regel die Fehlplanung von morgen: Die Planwirtschaft in der Grundversicherung muss mit immer neuen Eingriffen die eigenen Planungsfolgen korrigieren.</li> <li>- Zudem dürften kontraproduktive Folgen resultieren: Übergabe von Praxen zu sehr hohen Preisen, die dann mit Mengenausweitung kompensiert werden. Praxiseröffnungen „auf Vorschuss“, weil ein neuer Zulassungsstopp droht bzw. angekündigt ist.</li> </ul> <p>Im Sinne einer absoluten Notlösung, bedingt durch die vorliegenden zeitkritischen Verhältnisse, stimmen wir einem befristeten Zulassungsstopp – jedoch ohne irgendwelche präjudizielle Bedeutung für die nach Ablauf der Befristung zu erarbeitende definitive Lösung - unter folgenden Rahmenbedingungen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung in der Form, wie sie zuletzt, d.h. am 31. Dezember 2011, bestanden hat (3. Verlängerung aus dem Jahre 2009). Der Zulassungsstopp soll ausschliesslich auf Spezialärztinnen und -ärzte beschränkt sein. Insofern sind auch die Allgemeinmediziner im Ausnahmekatalog (wieder) aufzuführen.</li> <li>- Ausgenommen und demzufolge nicht vom Zulassungsstopp erfasst werden sollen diejenigen Spezialärztinnen und -ärzte, die nachweislich in Netzwerken im Sinne der integrierten Versorgung arbeiten, oder sich in Randregionen niederlassen, wo der Versorgungsbedarf durch Spezialistinnen und Spezialisten nicht gedeckt ist.</li> <li>- Der Zulassungsstopp soll höchstens für 2 Jahre gelten. Seit dem Inkrafttreten des ersten Zulassungsstopps am 4. Juli 2002 wurde dieser nunmehr 3 Mal verlängert, ohne dass eine sinnvolle und langfristige Lösung zur nachhaltigen Kosteneindämmung erarbeitet werden konnte.</li> <li>- Die Mitbestimmung der Versicherer als Treuhänder der Prämienzahler ist sicherzustellen.</li> </ul> <p>Im Übrigen geht santésuisse davon aus, dass die bisherigen Zulassungsstopps zu einem Rückstau in den gewünschten Berufsausübungstätigkeiten als Ärztin bzw. Arzt geführt haben. Wodurch es nach der Aufhebung zu einem Schwall von Gesuchen um Zahlstellenregister-Nummern gekommen ist. In den Folgejahren nach Aufhebung der Einschränkung dürften die Gesuche wieder abnehmen.</p>	
<p>Der sog. Zulassungsstopp bezweckt einerseits, einer potentiellen Mengenausweitung von medizinischen Leistungen, die durch Spezialärzte erbracht werden, entgegen zu wirken. Andererseits soll damit in Ruhe eine nachhaltige Lösung erarbeitet werden können.</p> <p>Wir verstehen diese Anliegen gut und möchten Ihnen einen Vorschlag unterbreiten, wie Sie den Zulassungsstopp umsetzen und gleichzeitig sowohl den Masterplan "Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung" als auch die umstrittene integrierte Versorgung der Managed Care Vorlage fördern können.</p>	SWICA

<p><b>1. Förderung der Grundversorgung</b>  Der Masterplan "Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung" des Bundesrats will u.a. aufgrund der demografischen Entwicklung bei den Hausärzten die medizinische Grundversorgung stärken. So ist bekannt, dass rund 30% der Hausärzte 60 Jahre und älter sind, in 5 Jahren über 30% der Hausärzte ihre Praxis aufgeben werden und 70% der Hausärzte über 50 Jahre alt sind. Es ist daher nötig, mit verschiedenen Mitteln so steuernd einzugreifen, dass die Grundversorgung gestärkt wird. Einerseits um den Grundversorgerberuf attraktiver zu gestalten und andererseits das Übergewicht der Spezialärzte abzubauen.</p> <p><b>2. Kosteneindämmung und Qualitätssteigerung durch Integrierte Versorgung</b>  Allgemein herrscht Einigkeit darüber, dass die Integrierte Grundversorgung ein wirksames Mittel für Qualitätssteigerung und Kosteneindämmung im Gesundheitswesen ist. Die Förderung der Integrierten medizinischen Versorgung war daher das zentrale Grundanliegen der Managed Care Vorlage. Gemäss Vox-Analyse wurde die Vorlage nicht wegen der Grundzielrichtung der Integrierten Versorgung abgelehnt, sondern weil 75% der Bevölkerung die freie Arztwahl gefährdet sah. Die Integrierte Versorgung hat jedoch nur dann Wirkung, wenn ein funktionierendes Netzwerk aus Allgemeinmedizinern und Spezialisten konstruktiv und integral zusammenarbeitet. Die Erläuterungen zum Zulassungsstopp erwähnen deshalb zu Recht, dass den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden soll, solche Ärztenetze zuzulassen (Erläuterungen S. 5, Ziff. 1.4; S. 7, Kommentar zu Art. 55a Abs. 4).</p> <p><b>3. Verbindung von Kosteneindämmung und Förderung der Grundversorgung</b>  Mit einer, gegenüber der aktuellen Vorlage leicht angepassten Regelung können beide Anliegen verbunden werden, ohne de[n] Hauptzweck des Zulassungsstopps, die Kosten einzudämmen, zu gefährden. Wenn die neue Regelung Ärztenetze, welche die Integrierte Versorgung umsetzen, vom Zulassungsstopp ausnimmt, könnten alle drei Ziele (Zulassungsstopp zur Erarbeitung einer nachhaltigen Lösung, Förderung der Grundversorgung, Förderung der Integrierten Versorgung) gleichzeitig erreicht werden. Dadurch entsteht ein Anreiz, sich in der Grundversorgung zu engagieren, sowohl als Allgemeinpraktiker als auch als Spezialarzt. Es wird verhindert, dass sich zu viele Spezialärzte in eigenen Praxen niederlassen, der potentielle Handel mit ZSR-Nrn. wird unterbunden und der eingeschlagene Weg hin zur qualitativ hochstehenden, aber kostengünstigeren Integrierten medizinischen Grundversorgung wird weiter gefördert. Diese Ziele sind von derart übergeordneter Wichtigkeit, dass sie nicht der Umsetzung durch Kantone überlassen werden, sondern auf Bundesebene vorgesehen werden sollten. Hierfür wäre in Art. 55a Abs. 2 KVG lediglich vorzusehen, dass Ärztinnen und Ärzte von integrierten Versorgungsnetzwerken und ambulante Institutionen nach Art. 36a KVG, welche Integrierte Versorgung praktizieren, vom Bedürfnisnachweis ausgenommen sind.</p>	
<p>[Es ist] uns ein Anliegen, Ihnen unsere Bedenken gegen die vorliegende, dringliche KVG-Revision mitzuteilen.</p> <p><b>a) Objektive und subjektiv wahrgenommene Versorgung</b>  Eine bedarfsabhängige Zulassungssteuerung ist angesichts der unterschiedlichen Ärztedichte in den einzelnen Kantonen und Prämienregionen und der von den Versicherten wahrgenommenen unnötigen bzw. unterlassenen Behandlungen schlicht nicht möglich. Der Staat soll minimale Versorgungsgrössen definie-</p>	<p>comparis.ch</p>

<p>ren und diese durchsetzen, damit im ganzen Land wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche (WZW) medizinische Behandlungen zu Lasten der sozialen Krankenpflegeversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) sichergestellt werden. Maximale Versorgungsparameter widersprechen schlicht den WZW-Bestimmungen im KVG. Zudem ist eine bedarfsabhängige Zulassungssteuerung zum Scheitern verurteilt, wie der Unterschied zwischen der Ärztedichte und dem wahrgenommenen Leistungsangebot gemäss unserer repräsentativen Umfrage (vgl. Medienmitteilung vom 31.10.2012 "Viele Ärzte, viele unnötige Behandlungen") zeigt.</p> <p><b>b) Wettbewerbsverzerrung zulasten junger Spezialärzte</b> Auch aus der KVG-Perspektive des regulierten Wettbewerbs ist eine staatliche Zulassungsbeschränkung Gift. Die etablierten Spezialärzte mit Zulassung werden auf Kosten der Patienten vor junger, innovativer Konkurrenz geschützt. Der Ausschluss der jungen Spezialärzte aus der ambulanten Versorgung verhindert neben den unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen auch die volkswirtschaftlich sinnvolle Verlagerung der medizinischen Leistungen vom teuren stationären in den günstigeren ambulanten Bereich.</p> <p><b>c) Bedenken zur Versorgung</b> Wer von "Ärztmangel" und "Pflegetotstand" spricht, ignoriert die sehr unterschiedliche Versorgungsdichte im Vergleich mit anderen Industrieländern, aber auch die regionalen Unterschiede in der Schweiz. Zielführender als eine Zulassungssteuerung wäre eine Diskussion über die Aufgabenzuteilung unter den verschiedenen Fachpersonen, welche als Leistungserbringer zulasten der Grundversicherung abrechnen.</p> <p><b>d) Steuerung des Über- oder Unterangebots durch differenzierte Tarife</b> Mit Taxpunktswerten, welche von der jeweiligen Facharztdichte abhängig sind, kann auf der Basis des etablierten Ärztetarifs TARMED rasch und ohne dringliche KVG-Revision jeweils sofort und wirksam der Ausgleich von Über- und Unterangebot gesteuert werden. Falls sich die Tarifpartner in den einzelnen Kantonen nicht einigen, können die Kantone nach bewährtem Muster die Taxpunktswerte festsetzen, und die Tarifpartner können rekurren.</p> <p><b>e) Fazit</b> Die <i>Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung</i> ist abzulehnen, weil sie nicht im Interesse der Versicherten ist und weil es mit differenzierten Taxpunktswerten auf der Basis des Ärztetarifs TARMED eine KVG-konforme Alternative gibt.</p>	
<p>La SSPP déplore que le Conseil fédéral ait opté pour la réintroduction d'une mesure globale pour l'ensemble de la Suisse, qui ne tient pas en compte les différences entre spécialités médicales et la répartition des spécialistes visés dans les différentes régions du pays. La SSPP se prononce contre la réintroduction du moratoire sur les installations de nouveaux cabinets de médecins spécialistes dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et regrette que la solution proposée conjointement par la FMH et la CDS ne soit pas mise en oeuvre. Nous soutenons tout particulièrement le concept de gestion cantonale ou régionale du nombre de médecins, susceptible de réguler de manière différenciée l'excès (Überversorgung) ou le manque (Unterversorgung) de médecins de premiers recours ou de médecins spécialistes en fonction des besoins de la population.</p>	SGPP
<p>Die SGR-SSR anerkennt den Willen, den Zustrom von Medizinalpersonen besser kontrollieren und koordinieren zu wollen. Jedoch erscheint es der SGR-SSR übereilt, aufgrund einer ungesicherten Datenbasis eine solch einschneidende Massnahme zu beschliessen, wie dies der vorgeschlagene Verordnungstext vorsieht. Indes sieht die SGR-SSR in der Beschränkung alleine kein probates Mittel, um diese Kontrolle und Koordination zu erreichen. Die schweizerische Gesellschaft für Radiologie gibt folgendes zu bedenken:</p> <p>1. Die SGR-SSR möchte das Unverständnis ausdrücken, dass aufgrund provi-</p>	SGR

sorisch vorliegender Zahlen zur Erteilung von ZSR-Nummern - ohne entsprechende Analyse der Daten ob diese ZSR Nummern überhaupt zur Abrechnung mit Krankenversicherern gebraucht werden - der Zulassungsstopp wieder eingeführt wird. Immerhin gilt es zu beachten, dass der 10 Jahre gültige Zulassungsstopp einen gewissen Nachholbedarf vermuten lasst. Weiter gibt es vorliegendenfalls auch einen "Vorholeffekt" zu beachten, weil ein Teil der bereits zu Lasten der Grundversicherung abrechnenden, angestellten Ärzte die Wiedereinführung des Zulassungsstopps antizipiert und deshalb vorsorglich eine ZSR-Nummer beantragt haben.

2. In der Schweiz selbst stehen weniger Medizinalpersonen im Arbeitsleben als benötigt. Es werden seit Jahrzehnten zu wenige Ärzte ausgebildet. Die Einführung einer 50-Stundenwoche vor 20 Jahren in den Spitalern hat diese Gegebenheit noch verschärft indem es nötig wurde, zusätzliche ausgebildete Arbeitskräfte, in Person ausländischer Ärzte anzustellen.

3. Der ergänzende Bericht halt fest, dass jede ZSR-Nummer (Praxis) die Gesundheitskosten um CHF 500'000 steigen lasst. Dies stellt eine undifferenzierte Behauptung dar, welche jeglicher wissenschaftlichen Grundlage entbehrt. Fakt ist, dass erbrachte Leistungen und nicht eine Praxiseröffnung durch die jeweilige Kostenträgerschaft vergütet werden. Die Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage ist allseits bekannt, konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden. [ ... ]"Weder die Resultate der Untersuchungen von Aggregatdaten noch diejenigen von Individualdaten lassen über die Existenz und das Ausmass der Angebotsinduzierung eindeutige Schüsse zu. Während manche Autor/innen die Hypothese klar bestätigt sehen, sind sich andere nicht sicher oder finden sie nur für spezielle Formen von Gesundheitsgütern bestätigt. Nicht wenige Autor/innen lehnen die Hypothese sogar eindeutig ab." [ ... ] (OBSAN, 2005; im Auftrag des BAG)

4. Die SGR-SSR betont weiter, dass im Bereich der Radiologie - im Gegensatz zu anderen Fachgebieten - die Angebotsinduzierung ausgeschlossen ist. Aufgrund einer bestimmten Indikation oder eines bestehenden Verdachtes, welche es abzuklären gilt, erhalten die Radiologen Zuweisungen zur diagnostischen Abklärung. Was mit der "Managed-CareVorlage" erreicht werden wollte - die Zuweisung eines "Gate-Keepers" zum Spezialisten ist in der Radiologie bereits seit langer Zeit umgesetzt. Eine Selbstzuweisung ist daher nur unter ganz bestimmten Umständen, wie der interventionellen Radiologie möglich. Diese findet aber, auch aufgrund des Mangels an Fachärzten, nur an einigen wenigen Zentren innerhalb einer Spitalinfrastruktur statt und stellt demnach für die Mengenausweitung im ambulanten Bereich auch kein Problem dar.

5. Die SGR-SSR schlägt daher vor, dass die Zulassung ausländischer Ärztinnen und Ärzte nicht einfach bedürfnisabhängig eingeschränkt, sondern vielmehr auf den Vorschlag von H+ abgestützt wird, welcher vorsieht, die Zulassung von einer vorgängigen dreijährigen spitalärztlichen Tätigkeit in der Schweiz abhängig zu machen. Die Medizinalpersonen können damit die nötigen Kenntnisse bezüglich Sprache, Kultur und Lebensart erwerben. Diese Hürde ist nach Ansicht der SGR-SSR ein probateres Mittel mit einem direkten Nutzen für die Patienten.

6. Die SGR-SSR legt Wert darauf, dass auch im Fall einer Beschränkung die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird. Nicht nur im Bereich der Hausarztmedizin, sondern auch im Bereich der Spezialisten kennen Unterversorgungen vorkommen, die sich durch eine Fehlplanung - sei es auf Bundesebene oder auf kantonaler Ebene - verschärfen. Die Schweizerische Gesellschaft für Radiologie fordert deshalb eine transparente, bedürfnisgerechte Planung in Bezug auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung und erwartet, dass die vorgebrachten Argumente entsprechend berücksichtigt werden.

## Bemerkungen zum Vernehmlassungsverfahren

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir Ihnen. Wir erlauben uns aber auch, das Verfahren zur Stellungnahme zu bemängeln. Einerseits ist es aus unserer Sicht wenig praktikabel, den Termin für die konferenzielle Vernehmlassung derart kurzfristig anzusetzen, und auch ist die Frist zur schriftlichen Stellungnahme für ein Vorhaben dieser Tragweite äusserst kurz und damit unangebracht. Eine Abstimmung der Haltung in der kantonalen Gesamtregierung und auch der Meinungsaustausch mit anderen Kantonen werden damit verunmöglicht, was zu Bedauern ist.	AI
Aufgrund der ausserordentlich knappen Frist ist es in keiner Art und Weise möglich, das Geschäft der Regierung des Kantons NW zuzustellen, weshalb ausnahmsweise die Gesundheits- und Sozialdirektorin unterzeichnet.	NW
Durch die Vernehmlassungsfrist bis am 5. November 2012, können wir leider nicht im Rahmen des Gesamtregierungsrats Stellung nehmen. Trotzdem haben wir aber Verständnis für die gekürzte Vernehmlassungsfrist, kann doch die Vorlage dadurch bereits in der Frühlingssession durch das Parlament verabschiedet werden.	OW
Leider ist die gewährte Frist bis zum 5. November derart knapp, dass es nicht einmal mehr möglich ist, dem Regierungsrat des Kantons Uri einen formellen Antrag für die Stellungnahme zu unterbreiten. Wir sind uns bewusst, dass dem Geschäft nicht zuletzt auch aus taktischen Gründen eine hohe zeitliche Dringlichkeit zukommt. Dennoch werden Sie verstehen, dass derart kurze Vernehmlassungsfristen für uns inakzeptabel sind. Auch die gebotene Möglichkeit zur konferenziellen Vernehmlassung am 5. November 2012 in Bern wird durch diese hochgradige Kurzfristigkeit zur Farce.	UR
Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Frist von lediglich 10 Tagen für die Teilnahme unsererseits mit grössten Schwierigkeiten verbunden ist. Wir möchten Sie deshalb höflichst auffordern, für Konsultationen inskünftig mehr Zeit einzuplanen. Andernfalls sehen wir uns leider ausserstande, bereits im Vernehmlassungsverfahren eine Stellungnahme abzugeben, da erstens terminliche Probleme bestehen und zweitens eine seriöse Prüfung der Vernehmlassungsvorlage nicht möglich ist. Wir werden uns in diesem Fall stattdessen vorbehalten, unsere Anliegen und Änderungsanträge in der zuständigen Parlamentarischen Kommission einzubringen.	FDP
Ausserdem kommen wir nicht umhin, hier zum wiederholten Male (wie jüngst bei der Vernehmlassung über die Bundesbeiträge für die Olympischen Winter-spiele 2022) und mit Nachdruck darauf aufmerksam zu machen, dass derart kurze Vernehmlassungsfristen von knapp zehn Tagen absolut inakzeptabel sind. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um Vorlagen von grosser finanzieller oder ordnungspolitischer Tragweite wie hier handelt.	SVP
Sur la forme, nous regrettons vivement la précipitation de la procédure choisie. Depuis plusieurs années, le moratoire, sa fin et les conséquences prévisibles de celle-ci étaient connues et discutées par tous les bords politiques, et particulièrement par les organisations professionnelles concernées.	CP
Sur la forme, nous regrettons vivement la précipitation de la procédure choisie. Depuis plusieurs années, le moratoire, sa fin et les conséquences prévisibles de celle-ci étaient connues et discutées par tous les bords politiques, et particulièrement par les organisations professionnelles concernées.	Vaud cliniques

Die Schweizerische Gesellschaft für Radiologie vertritt die Interessen von rund 850 Mitgliedern, welche sowohl in Spitälern als auch in privaten Radiologieinstituten tätig sind. Da es sich definitionsgemäss um Spezialisten handelt, ist die SGR-SSR von dieser Teilrevision direkt betroffen. Es ist deshalb schade, dass lediglich die Dachorganisation FMH zur Vernehmlassung begrüsst wird, nicht aber die direkt betroffenen Gesellschaften. Wir hoffen, dass die SGR-SSR in Zukunft bei solchen Fragen ebenfalls begrüsst wird.	SGR
--	-----

#### Artikel 55a Absatz 1 KVG / Art. 55a Al. 1 LAMal

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Wir können keinen Grund erkennen, die Apotheker einer Zulassungsbeschränkung zu unterwerfen und plädieren dafür, ihre Erwähnung in Art. 55a zu streichen.	BL
lit. b (en lien avec l'al. 4): une limitation ou une régulation de l'offre médicale ambulatoire ne peut être effectuée qu'au niveau de l'institution mais pas aux niveaux des personnes (les médecins ayant de multiples casquettes - stationnaire vs ambulatoire, pratique privée, etc.). À la lecture du projet, il n'est pas certain que le canton puisse procéder au niveau de l'institution. Nous vous invitons dès lors à préciser ce point, cas échéant dans le commentaire, afin que les cantons puissent délivrer des admissions également en fonction de l'activité et pas uniquement du nombre de médecins.	VD
Grundversorger und Kinder- und Jugendmediziner von der Zulassungsbeschränkung auszunehmen sowie die angestellten Ärztinnen und Ärzte, die in ambulanten Einrichtungen tätig sind, unter die Beschränkung zu stellen, scheint sinnvoll.	ZG
Die Grünen unterstützen die Anwendung der Massnahme bei selbständig und unselbständig tätigen Spezialärzt/innen unter Einbezug der Spitalambulatorien. Die Grünen fordern flankierende Massnahmen zur Kontrolle der Kostenentwicklung in den Spitalambulatorien.	Grüne
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 nun die Behandlung stationär erfolgen, weil der betreffende Arzt keine ambulante Zulassung hat, dann ist dies sehr ineffizient. Es werden dadurch tendenziell zu viele Eingriffe stationär vorgenommen, was entweder viel kostet wegen der dazu nötigen Kapazitäten, oder aber die Wartezeiten für echte stationäre Fälle erhöht. Die ambulante Zulassungsteuerung torpediert die erwünschte Verlagerung von stationären zu ambulanten Versorgungsmodellen.	economiesuisse
Der Bundesrat entscheidet über die Einführung (Art. 55a Abs. 1): Der vorgeschlagene Wortlaut steht im Widerspruch zu den Erläuterungen, in der in Ziff. 1.5 steht: «...Indem ihnen die Kompetenz eingeräumt wird, die von der Zulassungsbeschränkung betroffenen Leistungserbringer zu bezeichnen, erhalten die Kantone, in denen Handlungsbedarf besteht, die Möglichkeit zu handeln. Jene Kantone, die nicht mit diesem Problem konfrontiert sind oder in denen gar eine Unterversorgung besteht, werden hingegen nicht zum Handeln gezwungen.» Nach Auffassung der FMH sollte der Gesetzeswortlaut klar machen, dass die	FMH

Kantone diesen Entscheid treffen können: Besteht oder droht im Kantonsgebiet in bestimmten Fachgebieten eine Über- oder eine Unterversorgung?	
<p>S'agissant du secteur ambulatoire des hôpitaux, la SVM soutient pleinement sa soumission à la clause du besoin. Dès lors que l'augmentation des coûts est l'argument prépondérant pour la réactivation de cette mesure, elle doit impérativement viser l'ambulatoire hospitalier dans son application cantonale. Si elle ne s'applique qu'à l'ambulatoire privé, cette mesure n'aura pas d'impact puisque les conventions en vigueur dans ce domaine ont conduit à une grande stabilité des coûts de ce secteur ces dernières années.</p> <p>Ceci se justifie également en raison du principe d'égalité de traitement entre médecins indépendants, médecins indépendants exerçant dans une structure de soins et ceux exerçant dans une structure identique mais de façon dépendante et enfin avec les services ambulatoires des hôpitaux.</p>	SVM
Wir begrüßen die Berücksichtigung der Erfahrungen, welche mit dem früheren Art. 55a KVG gemacht wurden. Namentlich die Ausdehnung der Zulassungsbeschränkung auf Einrichtungen nach Art. 36a KVG sowie auf den ambulanten Bereich der Spitäler nach Art. 39 KVG	VLSS
<p><i>lit. a:</i> Im Rahmen einer befristeten Zulassungsbeschränkung in Ordnung  <i>lit. b:</i> Der ambulante Bereich von Spitalern nach Art. 39 KVG sollte von den Bundeskompetenz zur Zulassungsbeschränkung ausgenommen werden. Zwar würde dadurch ausgerechnet derjenige Bereich ausgenommen, welcher in den letzten Jahren die grössten Kostensteigerungen aufgewiesen hat. Faktisch spielt diese Einschränkung aber eine untergeordnete Rolle, weil sie durch die Kantone im Falle eines Bedürfnisses - das sie notabene selber bestimmen können - aufgehoben werden kann. Die kantonale Planungskompetenz für Spitäler kollidiert zu stark mit der bedarfsabhängigen Zulassung durch den Bund. Die Zuständigkeiten sind zu wahren und dürfen nicht per Dringlichkeitsrecht vom Bund auf die Kantone oder umgekehrt verschoben werden. Der vormalige Zulassungsstopp hat dies nicht konsequent berücksichtigt. Konkret heisst dies, dass einerseits die Kantone die OKP-Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 36, 36a und 37 KVG nicht mehr selber von Bedingungen abhängig machen dürfen, und dass andererseits der Bund keine Einschränkungen über Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich von Spitalern vornehmen soll.</p>	ASK

### Artikel 55a Absatz 2 KVG / Art. 55a Al. 2 LAMal

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
<p>Ausländische Ärztinnen und Ärzte, die im Ausland nebst einem Titel Allgemeine Innere Medizin oder Praktische Ärztin beziehungsweise Praktischer Arzt über einen weiteren Facharztstitel verfügen, fallen, wenn sie in der Schweiz nur Ersteren anerkennen lassen, unter die Ausnahmeregelung, was sie gegenüber schweizerischen Ärztinnen und Ärzten mit derselben eidgenössischen Titelkombination letztlich besser stellt. Die Regelung ist so zu gestalten, dass eine Diskriminierung schweizerischer Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen ist. Kein Bedürfnisnachweis sollte auch für Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich sein, da in diesem Bereich bereits heute eine Unterversorgung besteht.</p>	AG

Nous ne sommes pas favorables à la limitation du champ d'application de la mesure aux seuls spécialistes. Toutes les autorisations de pratiquer devraient être concernées, la régulation cantonale nous paraissant être la solution adéquate pour promouvoir certaines catégories de médecins de premiers recours, tout en régulant l'arrivée de médecins praticiens étrangers	GE
Mangels Alternativen befürworten wir die befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung von Spezialärztinnen und -ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern. Insbesondere begrüßen wir, dass die Inhaberinnen und Inhaber eines Eidgenössischen Weiterbildungstitels in allgemeiner Medizin, die praktischen Ärztinnen und Ärzte sowie die Kinder- und Jugendmedizin von der vorgeschlagenen Massnahme nicht betroffen sind.	NW
Der Regierungsrat des Kantons Schwyz stimmt der vorgeschlagenen Bestimmung in Absatz 2 zu, wonach ärztliche Grundversorger von den geplanten Einschränkungen ausgenommen werden.	SZ
[C]hiediamo che nell'ordinanza di applicazione il Consiglio federale preveda a livello federale la moratoria per tutti i medici specialisti, lasciando poi ai Cantoni la possibilità di eventualmente derogare a tale regola.	TI
Entscheidend für unsere Zustimmung [zur vorübergehenden Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung] ist, dass die ärztlichen Grundversorger (Fachärztinnen und -ärzte allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt/Ärztin sowie Kinder- und Jugendmedizin) von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind.	UR
lit. a: en cas de pénurie de médecin de premier recours, il n'est pas judicieux d'exclure les médecins d'un titre de médecine interne générale lorsqu'ils disposent d'un autre titre postgrade. Sous réserve de l'accomplissement de la formation continue en médecine générale, ces médecins devraient pouvoir pratiquer en qualité de médecin de premier recours.	VD
Grundversorger und Kinder- und Jugendmediziner von der Zulassungsbeschränkung auszunehmen sowie die angestellten Ärztinnen und Ärzte, die in ambulanten Einrichtungen tätig sind, unter die Beschränkung zu stellen, scheint sinnvoll.	ZG
1. Die Regelung ist so zu gestalten, dass eine Diskriminierung schweizerischer Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen ist. Begründung: Ausländische Ärztinnen und Ärzte, die im Ausland nebst einem Titel Allgemeine Innere Medizin oder Praktische Ärztin bzw. Praktischer Arzt über einen weiteren Facharzttitel verfügen, fallen wenn sie in der Schweiz nur den Ersteren anerkennen lassen, unter die Ausnahmeregelung, was sie gegenüber schweizerischen Ärztinnen und Ärzten mit derselben eidgenössischen Titelkombination letztlich besser stellt. 2. Kein Bedürfnisnachweis sollte auf für Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten. Begründung: In diesem Bereich besteht bereits heute eine Unterversorgung.	ZH
Die Grünen unterstützen die Beschränkung des Zulassungsstoppes auf Spezialärzt/innen.	Grüne
Die vorgesehene Liste lässt ausser Acht, dass die Schweiz auch in anderen Fächern vor einem erheblichen Mangel steht, insbesondere in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Chirurgie und Gynäkologie (siehe oben). Eine Zulassungsregelung muss die Tätigkeit regeln, sie darf nicht auf den Titel abstellen. Es darf nicht sein, dass im Bildungsland Schweiz Ärztinnen und Ärzte in Zukunft wieder dafür bestraft werden, dass sie sich breit weitergebildet haben. Eine zusätzliche Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin, in Allergologie, in Infektiologie, in Tropenmedizin, in Rheumatologie, etc. stärkt die Quali-	FMH

<p>fikation auch als Grundversorger. Solche Ärztinnen und Ärzte mit einer weitergehenden wissenschaftlichen Bildung sind besonders gut gerüstet, um die Vorteile gewisser spezifischer Diagnosen (und komplexer Behandlungen) zu beurteilen. Sie bringen ein besonders umfassendes Verständnis der ganzen Situation des Patienten mit und können die Werkzeuge des Spezialisten kritischer reflektieren. Diese Elemente helfen zusätzlich, eine kosteneffektive Medizin zu betreiben. Viele Doppeltitelträger sind denn auch wesentlich als Grundversorger tätig und notabene auch in den meisten Hausarztmodellen als Gatekeeper akzeptiert.</p> <p>Zudem haben nicht wenige Hausärzte, die durch den Zulassungsstopp blockiert waren, eine zusätzliche Weiterbildung absolviert und sind in dieser Zeit zum Doppeltitelträger geworden. Es darf nicht sein, dass sie wegen der zusätzlichen Weiterbildung nun keine Hausarztpraxis eröffnen dürfen.</p> <p>Die Nichtzulassung der Doppeltitelträger führt schliesslich auch zu einer Inländerdiskriminierung, weil der ausländische Doppeltitelträger sich darauf beschränken kann, nur den Grundversorgertitel vom BAG anerkennen zu lassen – dass er auch noch als Spezialist qualifiziert wäre und deshalb keine Grundversorgerpraxis führen dürfte, wird dann im Unterschied zum in der Schweiz weitergebildeten Arzt nicht erkennbar. Es ist ohne weiteres möglich, einem Doppeltitelträger die Zulassung primär oder ausschliesslich für die Grundversorgung in der Krankenversicherung zu erteilen und beispielsweise analog den Kodierrevisionen im Spital durch professionelle neutrale Dritte anhand der Rechnungen zu prüfen, ob die Vorgabe eingehalten wird.</p>	
<p>Als klar positiv beurteilen wir die Tatsache, dass der BR an der im Absatz 2 festgehaltenen Ausnahme von der Zulassungsbeschränkung für Ärzte mit Weiterbildungstitel in allgemeiner innerer Medizin und Kinder- und Jugendmedizin festhalten will, damit Fehler der Vergangenheit nicht wiederholt werden.</p>	Hausärzte Schweiz
<p>Wir bedauern im selben Sinn, dass der Gesetzesentwurf den Kantonen keine Möglichkeit bietet, auch bei den Hausärzten eine regionale Steuerungsmöglichkeit vorzusehen.</p>	pharmaSuisse
<p>Les médecins praticiens devraient également être soumis à la clause du besoin. En effet, leur exclusion ne mettrait pas fin à l'afflux de médecins étrangers et aux problèmes d'intégration et de méconnaissance du système de santé suisse. En outre, des risques d'abus existent (médecins spécialistes étrangers qui utiliseraient cette porte d'entrée pour s'installer en Suisse). Du point de vue de la SVM, ces médecins doivent, non seulement, être soumis à la clause du besoin, mais devraient également être astreints à un certain nombre d'années de pratique en milieu hospitalier en Suisse, avant d'être autorisés à s'installer. Les médecins praticiens devraient eux aussi être soumis au contrôle de la formation continue.</p>	SVM
<p>Wir erachten es ebenfalls als sachgerecht, die Tätigkeit in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt sowie Kinder- und Jugendmedizin von der Zulassungsbeschränkung auszuklammern</p>	VLSS
<p>Sollte der Bundesrat an der Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung festhalten, beantragen wir im Absatz 2 von Art. 55a wenigstens folgende Ergänzung:</p> <p><i>d. Ärztinnen und Ärzte, die 5 Jahre an einer SIWF anerkannten Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.</i></p> <p>Mit dieser Ausnahme könnte der Attraktivitätsverlust des Berufes teilweise vermindert werden, indem spätestens nach einer gewissen Zeit eine Tätigkeit ausserhalb des Spitals ermöglicht wird. Die Regelung würde zudem der Qualitätssicherung dienen und sie sollte europakompatibel sein, da sie sich erstens auch an Schweizerinnen und Schweizer richtet, und es sich zweitens nicht um eine</p>	VSAO

Voraussetzung für die Zulassung handelt.	
Die Nichtanwendbarkeit der Zulassungsbeschränkung auf Ärzte, die ausschliesslich in der Grundversorgung tätig sind, erachten wir aufgrund der aktuellen Situation als angemessen.	ASK
Der Zulassungsstopp soll ausschliesslich auf Spezialärztinnen und -ärzte beschränkt sein. Insofern sind auch die Allgemeinmediziner im Ausnahmekatalog (wieder) aufzuführen.	santésuisse
<p>Mit einer, gegenüber der aktuellen Vorlage leicht angepassten Regelung können [die beiden Anliegen der Kosteneindämmung und die Förderung der Grundversorgung] verbunden werden, ohne de[n] Hauptzweck des Zulassungsstopps, die Kosten einzudämmen, zu gefährden.</p> <p>Wenn die neue Regelung Ärztenetzwerke, welche die Integrierte Versorgung umsetzen, vom Zulassungsstopp ausnimmt, könnten alle drei Ziele (Zulassungsstopp zur Erarbeitung einer nachhaltigen Lösung, Förderung der Grundversorgung, Förderung der Integrierten Versorgung) gleichzeitig erreicht werden. Dadurch entsteht ein Anreiz, sich in der Grundversorgung zu engagieren, sowohl als Allgemeinpraktiker als auch als Spezialarzt. Es wird verhindert, dass sich zu viele Spezialärzte in eigenen Praxen niederlassen, der potentielle Handel mit ZSR-Nrn. wird unterbunden und der eingeschlagene Weg hin zur qualitativ hochstehenden, aber kostengünstigeren Integrierten medizinischen Grundversorgung wird weiter gefördert.</p> <p>Diese Ziele sind von derart übergeordneter Wichtigkeit, dass sie nicht der Umsetzung durch Kantone überlassen werden, sondern auf Bundesebene vorgesehen werden sollten. Hierfür wäre in Art. 55a Abs. 2 KVG lediglich vorzusehen, dass Ärztinnen und Ärzte von integrierten Versorgungsnetzwerken und ambulante Institutionen nach Art. 36a KVG, welche Integrierte Versorgung praktizieren, vom Bedürfnisnachweis ausgenommen sind.</p>	SWICA
<p>En ce qui concerne les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, nous constatons un manque important de relève, qui se traduit par un déplacement de la répartition démographique de nos membres, dont l'âge moyen se situe aujourd'hui entre 55 et 60 ans. Les études statistiques de la rémunération moyenne par spécialités place les psychiatres psychothérapeutes d'adultes bien en dessous des médecins de premier recours, le niveau de rémunération le plus faible étant atteint par les psychiatres psychothérapeutes d'enfants. La réintroduction d'un moratoire sur les nouvelles installations de médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie est envisagée au moment où l'OFSP veut ouvrir l'accès au remboursement par 'AOS des traitements prodigués par les psychologues psychothérapeutes. Quelles sont les mesures envisagées par le Conseil fédéral pour gérer le nombre des installations de psychothérapeutes non-médecins en pratique indépendante? La SSPP craint de voir s'aggraver la désaffection des jeunes médecins diplômés pour une formation devenue moins attractive que les autres spécialités médicales, en raison de la surcharge administrative et de sa rémunération moins élevée.</p>	SGPP

### Artikel 55a Absatz 3 KVG / Art. 55a Al. 3 LAMal

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
[D]er Bedürfnisnachweis [kann] in der Praxis nicht erbracht werden [...], weil es keine tauglichen Kriterien gibt, welche den Entscheid über eine Zulassung bzw. Nicht-Zulassung rechtfertigen können. Der Entscheid, ob ein Bedarf an Spezial-	AR

<p>ärztinnen und -ärzten besteht oder nicht, kann nur willkürlich gefällt werden und ist somit in keinsten Weise mit den rechtsstaatlichen Prinzipien und Grundrechten vereinbar.</p> <p>Der Bedarf an Spezialärztinnen und -ärzten liesse sich nur über die Kantons- grenzen hinweg und unter Einbezug aller Spezialistinnen und Spezialisten (inkl. der Spezialärztinnen und -ärzte) klären. Die hierfür erforderlichen Daten liegen heute in den seltensten Fällen vor. Mit der Abschaffung des Zulassungsstopps wurde die Kontrolle über die Anzahl Spezialärztinnen und -ärzte aufgehoben.</p>	
<p>Dispositions d'application: Lors de la première introduction de la clause de besoin, le nombre de médecins ainsi que les taux de densité médicale fixés par les annexes à l'ordonnance d'exécution fédérale étaient souvent assez loin de la réalité. Il est dès lors primordial que ces données puissent être établies de manière plus fiable ; dans cette perspective, il s'agira notamment de distinguer les médecins pratiquant effectivement à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) de ceux et celles qui, tout en ayant un numéro RCC, n'ont jamais facturé dans ce cadre-là.</p>	FR
<p>Gemäss Absatz 3 soll der Bundesrat beauftragt werden, Bestimmungen über den Vollzug zu erlassen. Wir erwarten diesbezüglich, dass den Kantonen ein ausreichender Spielraum gewährt wird, um eine auf ihre jeweiligen Verhältnisse angepasste Umsetzung zu gestalten. Bei der Festlegung der Kriterien, welche für den Bedürfnisnachweis massgebend sind, ist nicht auf die aktuelle Versorgung des jeweiligen Kantons in den einzelnen ärztlichen Fachbereichen abzustützen. Es ist vielmehr der Bedarf für eine ausreichende Versorgung zu berücksichtigen.</p>	SZ
<p>[L]a question des critères permettant d'établir la preuve du besoin est cruciale. Les chiffres sur lesquels le Conseil fédéral se basera devraient émaner les différents partenaires (cantons, associations professionnelles et assureurs). Une application souple de chiffres représentant des bornes et non pas des chiffres absolus devrait pouvoir être laissée aux cantons afin de tenir compte des particularités de chaque région ou de chaque spécialité.</p>	VD
<p>Hinweise fehlen, auf welche Kriterien sich der Bundesrat abstützen will. Es ist sicherzustellen, dass den Kantonen genügend Zeit für die Stellungnahme bleibt.</p>	ZG
<p>Die Grünen unterstützen die flexible Anwendung des Zulassungsstopps durch Gewährleistung der Versorgungssicherheit durch die nationale und kantonale Festlegung der Versorgungsdichte für die einzelnen medizinischen Facharzttitel mit Verpflichtung der Kantone, bei der Versorgungsdichte auch Nachbarkantone und Grossregionen zu berücksichtigen.</p> <p>Die Grünen fordern nicht nur eine quantitative Versorgungssicherheit, sondern auch Indikatoren für die Qualitätsentwicklung</p>	Grüne
<p>Der Bundesrat «legt die Kriterien fest, die für den Bedürfnisnachweis massgeblich sind.»</p> <p>Der Bundesrat hat nie Kriterien festgelegt, wie es das Gesetz verlangt hätte, sondern Höchstzahlen definiert. Letztere spiegelten allein die Vergangenheit wieder und hatten mit einer Bedarfsbeurteilung nichts zu tun (Der Bundesrat hatte im März 2000 anlässlich der Beratung des KVG 55a ausgeführt «Les critères, eux, ne nous ont jamais posé le moindre problème.» (Amtl. Bull SR 15.3.00, S. 4 von 6.) Schon im Sommer 2000 war dann zum ersten Verordnungsentwurf zu lesen: «Im Hinblick auf allfällig bereits vorhandene Richtwerte bezüglich Versorgungsdichte auf internationaler Ebene haben die Abklärungen ergeben, dass keine aussagekräftigen Kriterien bzw. Richtwerte in Bezug auf Versorgungsdichten vorliegen» (Erl., S. 6). Und dabei ist es geblieben).</p> <p>Nach Auffassung der FMH sollten die Kantone unter Einbezug der Betroffenen</p>	FMH

<p>diesen Entscheid treffen können – wie in der Spitalplanung ist auch für die Versorgung in der ambulanten Medizin die konkrete Situation vor Ort entscheidend. Dabei müssen auch die Patientenströme über die Kantons Grenzen hinaus berücksichtigt werden.</p>	
<p>Art. 55a E-KVG dahingehend zu ergänzen ist, dass die kantonalen Leistungserbringer- und Berufsorganisationen bei bestehender oder drohender Über- oder Unterversorgung durch ambulante Leistungserbringer nach Art. 36, 36a, 37 und 39 KVG vor der Vorbereitung und Umsetzung allfälliger Steuerungsmassnahmen angehört werden.</p> <p>Ihnen soll insbesondere die Möglichkeit eingeräumt werden, die von ihnen gesammelten Daten zu übermitteln, damit die jeweils aktuelle Versorgungslage verlässlich eingeschätzt werden kann. Auch soll es den Leistungserbringern ermöglicht werden, bei der Sicherstellung der Versorgungssicherheit mitzureden, indem der Bundesrat bzw. die Kantone sie anhören und konkrete Empfehlungen hinsichtlich der erforderlichen Kapazitäten zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit entgegennehmen und diese bei der Entscheidungsfindung über allenfalls zu ergreifende Massnahmen miteinfließen lassen. Generell sind wir der Meinung, dass die ärztlichen Berufsverbände nicht nur angehört werden sollen, sondern dass ihnen bei der Vorbereitung und Umsetzung der Massnahmen insbesondere auch auf kantonaler Ebene echte Mitwirkungsrechte einzuräumen sind. Die Vorlage ist daher entsprechend zu ergänzen. In Absatz 3 ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kriterien, welche für den Bedürfnisnachweis massgeblich sind, festlegt und dabei vorgängig die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer anhört. Im erläuternden Bericht wird zu Absatz 3 erklärt, dass der Bundesrat auch bevor er die Zulassung der Leistungserbringer gemäss Absatz 1 von einem Bedürfnis abhängig macht, eine Anhörung durchführt. Damit geht der erläuternde Bericht weit über den Gesetzeswortlaut hinaus. Die Bestimmung von Absatz 3 — oder allenfalls von Absatz 1 — ist entsprechend zu ergänzen.</p> <p>Zudem sind auch beim Entscheid über die Einführung einer bedarfsabhängigen Zulassung sowie bei der Festlegung der Kriterien, die für den Bedürfnisnachweis massgeblich sind, die Daten der Ärzte zu berücksichtigen.</p>	KKA
<p>Il est absolument nécessaire de mettre en place des conditions permettant en réalité une co-régulation entre les autorités cantonales et les sociétés cantonales de médecine. Dans ce contexte, la SVM, et d'une manière générale les sociétés cantonales, se trouve dans une position centrale du fait de l'appartenance de ses 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 lui donner une vision large et complète de ces questions pour déboucher sur des consensus. Une régulation ne peut donc se faire qu'avec le concours de la profession, via les sociétés cantonales.</p> <p>Dans ce domaine, les chiffres seront au cœur du dispositif, en particulier s'il y a une reprise des dispositions précédentes. Au cours de l'application de la clause du besoin ces dernières années, la SVM a pu constater que ces données n'étaient pas fiables. Dans le canton de Vaud, une plateforme novatrice et commune au Service de la santé publique (SSP) et à la SVM a été mise en place pour gérer la clause du besoin. Des études communes de démographie médicale ont ainsi pu être menées en commun entre le SSP et la SVM et aboutir à une vision objective de l'offre médicale. Pour la délivrance des droits de pratique, les bases démographiques doivent en effet être incontestables. Par conséquent, doivent faire référence les chiffres de la profession ou ceux issus d'études communes menées au niveau cantonal entre la société médicale et le service de la santé publique. Par ailleurs, les chiffres ne sont rien si l'on ne sait pas</p>	SVM

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 de taux d'activité tout en apportant une vision prospective.	
Der Bundesrat muss nach dem Gesagten die Kriterien, welche für den Bedürfnisnachweis gelten sollen, relativ weitgehend selber festlegen, damit auf kantonaler Ebene keine zu grossen Unterschiede in der Handhabung der Zulassungsbeschränkung begünstigt werden. Es ist richtig, den Kantonen und den Verbänden der Leistungserbringer in diesem Zusammenhang das rechtliche Gehör zu gewähren. Dies reicht indessen nicht aus. Es braucht einen relativ weitgehenden Konsens. Ein solcher kann nicht im Rahmen von Vernehmlassungsverfahren erarbeitet werden.	VLSS
Einverstanden.	ASK
Die Mitbestimmung der Versicherer als Treuhänder der Prämienzahler ist sicherzustellen.	santésuisse

#### Artikel 55a Absatz 4 KVG / Art. 55a Al. 4 LAMal

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
Absatz 4 ist gesetzestechnisch verunglückt und unklar. Können die Kantone die Leistungserbringer bestimmen, die von der Regelung betroffen sind, oder diejenigen, die davon ausgenommen werden? Muss eine kantonale Einführungsverordnung erlassen werden oder ist das Bundesrecht direkt umsetzbar? Zu fordern ist eine Formulierung, welche es den Kantonen einerseits erlaubt, Ausnahmeregelungen generell-abstrakt (in einer Verordnung) zu statuieren, andererseits aber den Erlass von kantonalen Ausführungsbestimmungen nicht zwingend notwendig macht.	BL
Speziell begrüssen wir, dass die Kantone bestimmen, welches die Leistungserbringer nach Absatz 1 sind. Damit erhalten die Kantone die Möglichkeit, einen teilweisen Zulassungsstopp zu beschliessen, wenn es in einer bestimmten Region oder in einer Fachrichtung ein Überangebot gibt. Auch kann die Zulassung zum Beispiel an die Bedingung geknüpft werden, dass der Leistungserbringer an einem bestimmten Ort tätig sein muss. Positiv ist, dass damit die Versorgung auch in den Randregionen sichergestellt werden kann.	NW
[L]a marge de manoeuvre des cantons devrait être clairement précisée. Pourraient-ils par exemple exclure certaines spécialités médicales ou des médecins exerçant dans le domaine ambulatoire d'hôpitaux?	VD
Die Verknüpfung der Zulassung an Bedingungen, wie sie der Bundesrat vorschlägt, lässt sich kaum mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbaren und wird zu langjährigen Rechtsstreitigkeiten führen.	ZG
Die Grünen fordern günstige Rahmenbedingungen zur Förderung der integrierten Versorgung	Grüne
S'agissant du texte de l'article 55a, alinéa 4, nous considérons qu'il est ambigu et mérite une clarification. Nous proposons de biffer les mots "et les médecins". En effet l'exécution par les cantons de la loi fédérale ne doit pas conduire à un contrôle de l'ensemble des fournisseurs de soins mais bien, le cas échéant, de	CP

celui des seuls fournisseurs de soins visés à l'alinéa 1 de l'article 55a.	
Auf S. 5 in Ziff. 1.4. und S. 8 in Ziff. 3.2. [des erläuternden Berichts] wird ausgeführt, dass die Kantone unter anderem die Bedingungen stellen können, damit Ärzte in Netzwerke gehen. Nach der klaren Ablehnung der Managed Care-Vorlage am 17. Juni 2012 missachtet die Idee eines solchen Obligatoriums den Volkswillen.	FMH
Auch bei den Ärzten, die Tätigkeiten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen, lassen sich vermehrt Entwicklungen hin zu Beschäftigungen mit Teilzeitpensen feststellen. Art. 55 Abs. 4 E-KVG sollte diese Entwicklungen berücksichtigen, indem den Kantonen aufgetragen wird, bei Massnahmen zur Verhinderung oder Beseitigung einer Überversorgung, Zulassungen auch für beschränkte Tätigkeitspensen zu erteilen, um die Ressourcen möglichst effizient auszunutzen. Die Kantone sind zusätzlich dazu zu ermächtigen, bei bestehender oder drohender Unterversorgung — was insbesondere in ländlichen oder abgeschiedenen Regionen der Fall sein dürfte — die Zulassungen nicht nur an bestimmte Bedingungen und Auflagen zu knüpfen, sondern die Leistungserbringer auch durch die Schaffung von Anreizen aktiv zu unterstützen.	KKA
Wir haben festgestellt, dass die Umsetzung des Zulassungsstopps durch die Kantone die gewünschte Wirkung im Falle der öffentlichen Apotheken bisher nicht erreicht hat. Insbesondere kam er für Apotheker gerade dort zur Anwendung, wo die Versorgung durch Apotheken schlecht ist. Man findet Neueröffnungen allenfalls in Ballungszentren. Dies vor allem da nur Rentabilitätsüberlegungen und kein Versorgungsauftrag bei der Standortwahl zu berücksichtigen sind. Wir wünschen uns deshalb, dass diese Gesetzesrevision als zielgerichtetes Instrument eingesetzt wird, welches eine bessere Planung aufgrund der Bedürfnisse ermöglicht. Wir schlagen vor, dass im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes eine bessere Steuerungsmöglichkeit für Bund und Kantone verankert wird. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel eine regionalisierte Anwendung des Zulassungsstopps (z.B. nur für Apotheken oder Ärzte in städtischen Gebieten). Im Rahmen der Umsetzung dieses Entwurfs könnte eine Regionalisierung des Zulassungsstopps eine Lösung zur Vermeidung von Versorgungslücken bringen.	pharmaSuisse
À titre informatif, voici les critères qui étaient utilisés dans le canton de Vaud pour délivrer les droits de pratique sous l'empire de la clause du besoin: - la densité médicale cantonale et par district; - l'évolution de la démographie vaudoise et par district; - les besoins en termes de santé publique; - le cursus du médecin et d'éventuelles ("sous-spécialité") qui pourraient manquer ou d'activités médicales dans des secteurs de niche; - le projet professionnel du médecin et les possibilités d'interaction de son projet avec les structures existantes dans la région ; - la filière de formation. Au vu des résultats de la votation populaire du 17 juin dernier, il ne saurait être question de conditionner l'autorisation de pratique à l'appartenance à un réseau de soins.	SVM
S'agissant du texte de l'article 55a, alinéa 4, nous considérons qu'il est ambigu et mérite une clarification. Nous proposons de biffer les mots "et les médecins". En effet l'exécution par les cantons de la loi fédérale ne doit pas conduire à un contrôle de l'ensemble des fournisseurs de soins mais bien, le cas échéant, de celui des seuls fournisseurs de soins visés à l'alinéa 1 de l'article 55a.	Vaud cliniques
sind wir auch für die Kompetenz zur Durchführung auf Stufe der Kantone. Wir fordern aber eine Verpflichtung der Kantone zur Anhörung der Verbände der Leistungserbringer, wenn im Rahmen der kantonalen Umsetzung eine Zulas-	VLSS

<p>sungsbeschränkung verordnet werden soll. Auf Verordnungsstufe muss festgehalten werden, dass bei allen Fragen immer sowohl die Verbände der praktizierenden Ärzte (FMH bzw. kantonale Ärztesgesellschaften) als auch die Verbände der Spitalärzte (VLSS und VSAO bzw. deren kantonale Sektionen) angehört werden müssen. Der Begriff „Anhörung“ ist zu präzisieren. Konferenzielle Anhörungen lehnen wir, ausser in absoluten Notlagen, kategorisch ab.</p>	
<p>Satz 1: Einverstanden Satz 2: Diese Bestimmung aus dem bisherigen Zulassungsstopp darf nicht übernommen werden. Die Definition der Zulassungskriterien zur Abrechnung zu Lasten des <i>Bundesgesetzes</i> über die Krankenversicherung muss zwingend beim Bund verbleiben. Eine Delegation dieser Kompetenz an die Kantone begründet hingegen den Planungsanspruch der Kantone für ambulante Leistungen im Rahmen der OKP. Die Bestimmung weist da mit eine hohe ordnungspolitische Relevanz auf. Im Sinne einer absolut auf das Notwendige beschränkten Dringlichkeitsregelung ist auf diese Delegation zu verzichten.</p>	ASK
<p>Die Integrierte Versorgung hat jedoch nur dann Wirkung, wenn ein funktionierendes Netzwerk aus Allgemeinmedizinern und Spezialisten konstruktiv und integral zusammenarbeitet. Die Erläuterungen zum Zulassungsstopp erwähnen deshalb zu Recht, dass den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden soll, solche Ärztenetzwerke zuzulassen (Erläuterungen S. 5, Ziff. 1.4; S. 7, Kommentar zu Art. 55a Abs. 4).</p>	SWICA

#### Artikel 55a Absatz 5 KVG / Art. 55a Al. 5 LAMal

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions	Verfasser Auteurs
Il conviendra, dans les dispositions d'application, de bien définir les conditions mentionnées dans l'article 55a, al. 5.	NE
[Wir] regen an, bei der Ausarbeitung der Verordnung die Frist gemäss Art. 55a Abs. 5 nKVG auf maximal sechs Monate festzulegen.	SO
Il nous paraît également important que la Confédération instaure, à tout le moins dans l'ordonnance d'application, une obligation pour les assureurs de communiquer aux cantons les noms des médecins n'ayant pas fait usage de leur RCC dans les délais convenus. En effet, expérience faite, les cantons n'ont aucun moyen de savoir si les médecins ont ou non pratiqué à charge de l'AOS en l'absence d'une communication systématique des assureurs. A défaut d'une base légale allant dans ce sens, cet alinéa risque de rester lettre morte.	VD
Der Bundesrat ist zu ermächtigen, den Begriff "Gebrauch machen" zu konkretisieren, damit die Bestimmung ihre Wirkung entfalten kann. Begründung: Diese Regelung bestand in ähnlicher Form in der aufgehobenen Verordnung über die Zulassungsbeschränkung. Es zeigte sich, dass diese Einschränkung leicht umgangen werden konnte. Ärztinnen und Ärzte beantragten eine Berufsausübungsbewilligung und waren in kleinem Umfang zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig, indem sie z.B. Rezepte ausstellten und für einzelne Konsultationen in Arztpraxen tätig waren. Hier könnte z.B. die Bestimmung eines Mindestumsatzes während eines Jahres zur Bekämpfung des Missbrauchs beitragen.	ZG
Die Regelung, dass eine einmal erteilte Zulassung verfällt, wenn nicht in einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wird, erachten wir als falsch. Damit	SVP

<p>zwingt man die Ärzte regelrecht dazu, ihre Tätigkeit rasch auf- und Behandlungen vorzunehmen, selbst wenn kein Bedarf besteht. Das wiederum ist insbesondere deshalb möglich, weil der bereits erwähnte Vertragszwang dem Arzt die Vergütung seiner Leistung garantiert. Die vorsorglichen Gesuchstellungen für eine Zulassung, die hier bekämpft werden sollen, entstehen aber nur deshalb, weil durch staatliche Planwirtschaft faktisch ein Ausschluss von der Berufsausübung droht.</p>	
<p>Bisher war in der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) vorgesehen, dass die Zulassung verfällt, wenn der Leistungserbringer nicht innert sechs Monaten nach ihrer Erteilung von ihr Gebrauch macht, indem er zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig wird. Diese Frist konnte von den Kantonen um höchstens sechs Monate sowie im Einzelfall und aus wichtigen Gründen auf Antrag verlängert werden. Die Frist von sechs Monaten bis zum Verfall der Zulassung hat sich in der Praxis als zu kurz herausgestellt, weil die Vorarbeiten bis zur Inbetriebnahme einer Arztpraxis erfahrungsgemäss mehrere Monate dauern und für viele Planungsschritte bereits die Erteilung einer Praxisbewilligung bzw. Zulassung als Leistungserbringer KVG vorausgesetzt wird. In der Folge haben dann auch viele Kantone von der Kompetenz Gebrauch gemacht, die Frist um 6 Monate auf insgesamt 12 Monate zu verlängern. Wie auch die Ausnahmefälle, welche früher ebenfalls erst in der Verordnung genannt waren, ist auch die einjährige Mindestfrist, während welcher die Zulassung gelten soll und welche beim Vorliegen wichtiger Gründe im Einzelfall auf Antrag verlängert werden kann, im Gesetzestext aufzunehmen.</p>	KKA
<p>Nicht zu beanstanden ist schliesslich die Auflage, dass von der Zulassung Gebrauch gemacht werden muss, ansonsten diese innert einer bestimmten Frist entfällt.</p>	VLSS
<p>Durch die Streichung des 2. Satzes in Absatz 4 drängt sich auch eine Anpassung von Absatz 5 auf. Für die Zulassungsbeschränkung nach OKP erachten wir das Führen einer Liste der abrechnungsberechtigten Leistungserbringer durch die Kantone als einfachste Lösung. Der Bundesrat soll dabei weiterhin die vorgesehenen Ausnahmeregelungen und deren Fristen regeln.</p>	ASK

## II Übergangsbestimmung / Disposition transitoire

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser Auteurs</b>
<p>Angesichts der hohen Fluktuation der wirtschaftlich unselbständig tätigen Ärztinnen und Ärzte sollte die Bestimmung sowohl bei der Beschäftigung in der Praxis eines selbstständig Tätigen als auch bei der Beschäftigung in ambulanten ärztlichen Institutionen so angepasst werden, dass die am Stichtag beschäftigte Anzahl Personen weiterbeschäftigt werden darf auch wenn allfällige neue Angestellte bisher noch nicht zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig waren. Eine entsprechende Klarstellung könnte in der Übergangsbestimmung zur geplanten Änderung eingefügt werden. Was den ambulanten Bereich von Spitälern betrifft, erfolgt im Kanton Aargau seit vielen Jahren keine ressourcenbezogene Spitalsteuerung. Der Zulassungsstopp im ambulanten Bereich stünde somit im Gegensatz zu den im stationären Bereich geltenden Steue-</p>	AG

<p>rungsmechanismen beziehungsweise der mit der neuen Spitalfinanzierung eingeführten Leistungsorientierung. Dies wäre umso problematischer, als es keine Ärztinnen und Ärzte gibt die ausschliesslich im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Eine Überprüfung der Angaben der Spitäler bezüglich des auf den ambulanten Bereich entfallenden Pensums der Ärztinnen und Ärzte durch den Kanton ist nicht möglich.</p>	
<p>Le rapport explicatif se limite à dire que le seul fait d'être au bénéficiaire d'un numéro RCC ne suffit pas pour établir la preuve d'avoir exercé à charge de l'AOS. Afin de garantir d'application uniforme du régime transitoire dans toute la Suisse, concernant un point crucial de ce projet de loi, il importe que les exigences (par exemple nombre de factures, taux de travail, etc.) liées à cette preuve soient réglées de manière détaillée au niveau fédéral, soit directement dans la loi, soit par voie de délégation de compétence au Conseil fédéral.</p>	FR
<p>Alla lettera a) è preferibile escludere dalla moratoria i medici che al momento dell'entrata in vigore del nuovo articolo 55a <b>sono in possesso di un numero RCC</b>. La formulazione proposta genererebbe infatti importanti litigi e ricorsi a sapere se un fornitore di prestazioni ha o non ha già esercitato a carico della LAMal.</p> <p>Per quanto riguarda i <b>medici attivi ambulatorialmente in ospedale</b> sottolineiamo che praticamente nessun ospedale o clinica rileva oggi con precisione e riferimento a tempi e gradi d'impiego l'attività ambulatoriale dei propri medici ospedalieri, <b>che vengono impiegati nel settore stazionario o ambulatoriale non in modo fisso ma a seconda dei bisogni e delle contingenze</b>. Le prestazioni ambulatoriali vengono evidentemente fatturate dall'ospedale in base al TARMED, ma questo dato non permette di regola di risalire a unità di personale e grado d'impiego delle stesse ripartite su attività stazionaria e ambulatoriale, poiché nell'articolo 3 dell'allegato 8 alla convenzione tra H+ e Tarifsuisse <b>è stato convenuto che il nome del medico assistente che ha effettivamente prestato il servizio a titolo ambulatoriale non figura nemmeno sulla fattura</b>, che riporta invece solo il nome del primario del reparto. A differenza di quanto avviene per i medici indipendenti, gli assicuratori malattie non potranno pertanto verificare immediatamente se la prestazione fornita debba essere rimborsata o meno.</p> <p>Se l'inclusione dei medici ospedalieri attivi ambulatorialmente nella moratoria può quindi apparire come logica nel concetto e impostazione della moratoria LAMal, la sua attuazione pratica così come impostata dalla proposta di legge è praticamente impossibile.</p> <p><b>Si propone pertanto di limitare l'attività ambulatoriale in ospedale al numero complessivo di unità di medici attivi ambulatorialmente nel medesimo ospedale al momento dell'entrata in vigore della nuova moratoria</b>, senza alcun riferimento ad un elenco nominativo di medici. Segnaliamo che nel nostro Cantone il rispetto di tale tetto è stato verificato anche mediante il confronto tra i volumi di prestazioni fatturati nei vari periodi.</p> <p>Per quanto riguarda la norma transitoria lettera b) escludere dalla moratoria i <b>medici</b> ospedalieri ambulatoriali che hanno esercitato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel settore ambulatoriale dello stesso ospedale ai sensi dell'articolo 39 prima dell'entrata in vigore della nuova moratoria non è quindi nemmeno uno strumento attuabile. I medici che fatturano ambulatorialmente sul numero RCC dell'ospedale sono soprattutto gli assistenti che hanno una vita professionale nello stesso ospedale relativamente breve. <b>Vincolare a loro e in modo nominativo la moratoria significherebbe ridurre gradualmente e in maniera casuale l'attività ambulatoriale degli ospedali.</b></p>	TI
<p>Der Bundesrat ist zu ermächtigen, den Begriff "tätig zu sein" zu konkretisieren, damit die Bestimmungen ihre Wirkung entfalten kann.</p>	ZG

<p>Begründung: Diese Regelung bestand in ähnlicher Form in der aufgehobenen Verordnung über die Zulassungsbeschränkung. Es zeigte sich, dass diese Einschränkung leicht umgangen werden konnte. Ärztinnen und Ärzte beantragten eine Berufsausübungsbewilligung und waren in kleinem Umfang zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig, indem sie z.B. Rezepte ausstellten und für einzelne Konsultationen in Arztpraxen tätig waren. Hier könnte z.B. die Bestimmung eines Mindestumsatzes während eines Jahres zur Bekämpfung des Missbrauchs beitragen.</p>	
<p>1. Anpassung der Bestimmung sowohl bei der Beschäftigung in der Praxis eines selbständig Tätigen als auch in ambulanten ärztlichen Institutionen, so dass die am Stichtag beschäftigte Anzahl Personen weiterbeschäftigt werden darf, auch wenn allfällige neue Angestellte noch nicht zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig waren. Eine entsprechende Klarstellung könnte bzw. müsste in den Übergangsbestimmungen eingefügt werden.</p> <p>Begründung: Hohe Fluktuation der unselbständig Tätigen. Ausbluten beispielsweise der HMO kann nicht im öffentlichen Interesse sein. Ambulanter Spitalbereich: Der Kanton Zürich steuert Spitäler schon seit Jahren nicht mehr ressourcenbezogen. Ein Zulassungsstopp im ambulanten Bereich stünde in eklatantem Gegensatz zu den im stationären Bereich geltenden Steuerungsmechanismen bzw. der mit der neuen Spitalfinanzierung eingeführten Leistungsorientierung. Dies wäre umso problematischer, als es keine Ärztinnen und Ärzte gibt, die ausschliesslich im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Ein Überprüfung der Angaben der Spitäler bezüglich des auf den ambulanten Bereich entfallenden Pensums der Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone ist nicht möglich.</p>	ZH
<p>Der Vorstand der GDK sieht nach Ankündigung der geplanten Massnahmen des Bundes die Gefahr einer erheblichen Zunahme der Zulassungsgesuche in den nächsten Monaten. Er begrüsst die im Gesetz zur Vermeidung dieser Gefahr vorgesehene Übergangsbestimmung, wonach die Regelung nur auf diejenigen Leistungserbringer keine Anwendung findet, welche beim Inkrafttreten der Änderung bereits zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren, d.h. – gemäss Kommentar – Leistungen auch tatsächlich abgerechnet haben. Trotz dieser Übergangsbestimmung ist es aus Sicht der GDK notwendig, die Änderung möglichst rasch der parlamentarischen Beratung zuzuführen und anschliessend in Kraft zu setzen.</p>	GDK
<p>Chefärzte und leitende Ärzte, generell Spitalärzte mit Praxistätigkeit und in HMO und anderen Gesundheitszentren müssen bei Ausscheiden aus der Institution ihre Tätigkeit weiterführen. Dies ist nötig, damit sie ihre Patientinnen und Patienten weiterhin betreuen können, und damit die Berufsausübungsmöglichkeit nicht an den Arbeitgeber gekettet ist.</p>	FMH
<p><b>Die Übergangsbestimmung benachteiligt unseres Erachtens am Spital tätige Kaderärzte und ist deshalb für uns nicht akzeptabel.</b> Eine vor der Geltung des Zulassungsstopps oder nach Ablauf des Zulassungsstopps erteilte Zulassung muss für den betreffenden Kanton weiterhin ohne Einschränkung gelten. Dies heisst mit anderen Worten, dass der Inhaber oder die Inhaberin den Ort der Tätigkeit in einer Arztpraxis, in einer Einrichtung oder an einem Spital innerhalb des betreffenden Kantons im Sinne des Besitzstandes weiterhin frei wählen kann. Dies gilt nur dann nicht, wenn Berufsausübungsbewilligung und die Zulassung bereits vor Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung aus einem anderen Grund kantonal eingeschränkt waren. Die an den Spitälern tätigen Kaderärzte würden ansonsten gemäss lit b. Übergangsbestimmung besitzstandsmässig bis zum Ende ihrer Tätigkeit an das betreffende Spital „gekettet“, an welchem sie aktuell tätig sind. Sie könnten also beispielsweise das Spital nicht mehr verlassen und</p>	VLSS

eine Praxis eröffnen. Entsprechend ist die Übergangsbestimmung wie folgt zu präzisieren und zu vereinfachen: <b>„Art. 55a KVG findet keine Anwendung auf Leistungserbringer gemäss Art. 55a Abs. 1 KVG, welche bereits vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... im betreffenden Kanton zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren.“</b>	
Ausgenommen und demzufolge nicht vom Zulassungsstopp erfasst werden sollen diejenigen Spezialärztinnen und -ärzte, die nachweislich in Netzwerken im Sinne der integrierten Versorgung arbeiten, oder sich in Randregionen niederlassen, wo der Versorgungsbedarf durch Spezialistinnen und Spezialisten nicht gedeckt ist.	santésuisse

### III (Generelle Bemerkungen / Remarques générales)

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
Die Regelung kann höchstens als Übergangslösung dienen. Es soll möglichst rasch eine definitive Lösung erarbeitet werden (siehe auch Stellungnahme GDK).	BL
Le rétablissement de la réglementation appliquée jusqu'à fin 2011 ne doit constituer qu'une solution transitoire, qu'il convient de remplacer dès que possible par un pilotage de l'admission à long terme, qui laisse les cantons moduler sa mise en application en fonction de la situation, tel que proposé par FMH et la CDS.	GE
Es darf sich bei der Wiederaufnahme der bis Ende 2015 geltenden Regelung nur um eine Übergangslösung handeln, welche so rasch wie möglich durch eine langfristige, differenzierte Lösung der Zulassungssteuerung - für welche der Vorschlag FMH/GDK die Grundlage bieten soll - abgelöst werden muss. Denkbar wäre für uns auch ein Vorschlag von Bundesrat und Gesundheitsminister Alain Berset, der das Angebot über die Tarife lenken möchte. Gibt es beispielsweise ein Überangebot an Augenärzten, erhalten diese weniger Geld für Ihre Behandlungen. Das Fachgebiet wird weniger attraktiv. Folglich werden weniger Praxen eröffnet. Allerdings dürfte ein leicht tieferer Tarif die Zunahme von Praxen kaum eindämme[...]. Insbesondere für Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland bliebe die Schweiz sowieso attraktiv, da sie im Heimatland meist deutlich tiefere Einkommen erzielen. Aus diesem Grunde müsste der bundesrätliche Vorschlag so ausgestaltet werden, dass gewisse Spezialistinnen und Spezialisten spürbar tiefere Tarife erhalten als früher. Ob dies politisch durchsetzbar ist, bleibe dahingestellt.	NW
[I] Cantone Ticino segnala la sua adesione alla reintroduzione della moratoria, per un periodo massimo di tre anni, auspicando poi un passaggio ad un sistema di pilotaggio.	TI
Die vorgeschlagene Übergangslösung soll durch eine langfristige, differenzierte Lösung der Zulassungssteuerung abgelöst werden. Als Grundlage hierfür dient der gemeinsame Vorschlag der GDK und der FMH, der am 11. September 2012 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.	UR
Für den Vorstand der GDK ist es zentral, dass es sich bei der Wiederaufnahme der bis Ende 2011 geltenden Regelung um eine Übergangslösung handelt, welche so rasch wie möglich durch eine langfristige, differenziertere Lösung der Zulassungssteuerung – für welche der Vorschlag von FMH und GDK die Grundlage bieten soll – abzulösen ist. Es ist uns ein grosses Anliegen, dass die Aus-	GDK

gestaltung der Nachfolgeregelung nach Inkrafttreten der Übergangsbestimmung möglichst rasch unter massgeblichem Einbezug der Kantone und der Leistungserbringer erfolgt.	
--	--

### III (Inkraftsetzung / Entrée en vigueur)

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser Auteurs</b>
Il partage les préoccupations de la CDS sur le risque d'une augmentation massive des demandes durant les mois suivants l'annonce des mesures prévues par la Confédération et demande une entrée en vigueur du projet de loi aussi rapide que possible. Il est favorable à sa réintroduction au 1 <sup>er</sup> janvier et non au 1 <sup>er</sup> avril 2013.	GE
Wir sehen die Gefahr einer erheblichen Zunahme der Gesuche in den nächsten Monaten und regen daher eine möglichst rasche Inkraftsetzung der Vorlage an.	NW
Ersucht um eine möglichst frühzeitige Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen.	SZ
Es ist zu befürchten, dass in einzelnen Kantonen nach der Ankündigung der geplanten Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung viele Gesuche eingereicht werden. Deshalb fordern wir eine möglichst rasche Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen.	UR
Aus Sicht der GDK ist es notwendig, die Änderung möglichst rasch der parlamentarischen Beratung zuzuführen und anschliessend in Kraft zu setzen.	GDK

### III (Geltungsdauer / Durée d'application)

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser Auteurs</b>
Es ist vorgesehen, dass die Zulassungsbeschränkung bis zum 30. März 2016 gelten soll. Dies begrüssen wir.	UR
[I] Cantone Ticino segnala la sua adesione alla reintroduzione della moratoria, per un periodo massimo di tre anni, auspicando poi un passaggio ad un sistema di pilotaggio.	TI
Wir misstrauen der vorgeschlagenen zeitlichen Befristung auf drei Jahre. Wenn es während der Geltungsdauer des letzten Zulassungsstopps nicht gelungen ist, zweckmässige Alternativen zu erarbeiten, dürfte dies auch bei der Wiedereinführung sehr schwierig werden. Die Befürworter planwirtschaftlicher Eingriffe werden nach der Wiedereinführung des Zulassungsstopps kaum speziell motiviert sein, sich konstruktiv an der Erarbeitung von Alternativen zu beteiligen. Aus unserer Sicht ist es zweckmässiger, sich umgehend mit zweckmässigeren Lösungsansätzen auseinander zu setzen.	sgv (Gewerbe)
Die vorgesehene Befristung auf 3 Jahre ist unbedingt einzuhalten.	ASK
Der Zulassungsstopp soll höchstens für 2 Jahre gelten. Seit dem Inkrafttreten des ersten Zulassungsstopps am 4. Juli 2002 wurde dieser nunmehr 3 Mal verlängert, ohne dass eine sinnvolle und langfristige Lösung zur nachhaltigen Kosteneindämmung erarbeitet werden konnte.	santésuisse

## Zusätzliche Bestimmungen

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b>
<i>Kostenlose Leistungs- und Kostendaten der Versicherer</i> Weil mit der bedarfsgerechten Zulassung grundsätzlich die Entwicklung der Gesundheitskosten beeinflusst werden soll, ersuchen wir Sie, die Gesetzesänderung um eine Bestimmung zu ergänzen, wonach die Versicherer zu verpflichten sind, den Kantonen die zur Steuerung der Zulassung erforderlichen Leistungs- und Kostendaten kostenlos zur Verfügung zu stellen	SZ

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)  
Befristete Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung**

**Konferenzielle Vernehmlassung vom 5. November 2012 in Bern (12:00 bis 14:00 Uhr)**

**Protokoll**

**Teilnehmer siehe Anhang 3**

**Bundesrat Alain Berset, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI**

Mesdames et Messieurs, permettez-moi d'ouvrir cette conférence, j'aimerais vous remercier d'y participer.

Bienvenue à cette conférence qui porte consultation sur un projet que le Conseil fédéral a adopté il y a quelques jours concernant la réintroduction pour une durée limitée à trois ans de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Je ne vais pas détailler de nouveau l'ensemble de ce projet, je crois vous avez pu en prendre connaissance. L'essentiel, que j'aimerais rappeler, sont les points suivants:

La première chose c'est que, suite au rejet du Managed Care en juin dernier, le Conseil fédéral a estimé qu'il n'y avait plus de régulation possible avec les bases existantes dans le domaine ambulatoire et a souhaité se donner les moyens d'une réflexion approfondie pour le pilotage du domaine ambulatoire à long terme. Le Conseil fédéral est conscient qu'une telle discussion prend du temps, qu'il s'agit d'une discussion assez complexe et que beaucoup d'acteurs sont concernés. Le Conseil fédéral souhaite que nous puissions avoir du temps pour mener cette discussion de manière approfondie.

En sachant que cela prendra du temps, il fallait aussi pouvoir clarifier aussi vite que possible la situation actuelle. Raison pour laquelle je vais vous demander de vous exprimer aujourd'hui uniquement sur cette première étape, c'est le sujet qui est en consultation. Dans cette première étape, le Conseil fédéral a souhaité réintroduire rapidement pour une durée limitée à trois ans, une limitation aux admissions de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, qui reprenne exactement la dernière version en vigueur.

Il ne s'agit pas de dire si cette version était la bonne ou pas. Il s'agit par contre de confronter les acteurs d'une part à une clarification aussi rapide que possible de la situation actuelle, de manière à se donner les moyens de réfléchir ensemble à la deuxième étape, et d'autre part de le faire avec une situation que tout le monde connaît.

Ce que le Conseil fédéral vous propose de remettre en vigueur avec le Parlement, c'est un projet qui est connu, qui a été pratiqué et sur lequel subsistent relativement peu de doutes sur la manière dont cela peut fonctionner, sur les avantages et aussi sur les inconvénients. Il a le mérite d'avoir existé, d'avoir été pratiqué et d'être largement connu.

Aujourd'hui 18 organisations, partis politiques, associations se sont inscrits pour participer à cette conférence. J'aimerais vous prier, dans ce cadre-là, d'exprimer votre point de vue de manière aussi concise que possible. Vous avez aussi la possibilité de déposer par écrit toutes les considérations que vous souhaitez. Il a été possible de le faire jusqu'à aujourd'hui par écrit de manière anticipée. Ces prises de position seront entièrement prises en compte.

Mais j'aimerais vous inviter, si vous le souhaitez, à déposer encore des éléments complémentaires par écrit.

J'aimerais vous prier également de bien vouloir vous prononcer sur quatre points particuliers de ce projet qui est mis maintenant à consultation. Le premier point particulier porte sur les personnes qui sont concernées par le projet; la limitation et la délimitation des personnes concernées. Le deuxième point concerne les titres qui sont soumis ou pas à la preuve du besoin. Le troisième élément se rapporte à la période de trois ans sur laquelle le Conseil fédéral souhaite remettre en vigueur ce projet. Et le quatrième point a trait à la disposition transitoire.

Vous pouvez naturellement prendre position de manière absolument libre sur l'ensemble du projet mais ces quatre points font partie des questions que nous nous posons et sur lesquelles nous souhaiterions avoir une position de la part des organisations, partis, associations, qui soit claire et comparable et qui nous permette de prendre en compte les avis avant de poursuivre avec ce projet.

Je crois que je vais vous épargner tout le reste des réflexions qui ont incité le Conseil fédéral à agir dans cette direction. L'occasion sera encore donnée - cela a été détaillé déjà dans le projet de message que vous avez pu voir et cela le sera encore plus tard si le Conseil fédéral poursuit dans le message. J'aimerais juste encore insister sur un point qui me paraît important: le Conseil fédéral propose une procédure en deux étapes. C'est vraiment très important: une étape, dont nous parlons aujourd'hui, consiste en la reprise pour une durée de trois ans d'un projet qui était en vigueur jusqu'à la fin de 2011. Et puis il y aura ensuite - mais ce n'est pas soumis à la consultation d'aujourd'hui - une deuxième étape pour laquelle j'ai d'ailleurs déjà entendu beaucoup d'idées intéressantes. Beaucoup de choses ont été dites, qui vont certainement être le cœur de la réflexion pour le plus long-terme, pour l'avenir. Mais cela interviendra dans la deuxième étape. Cette deuxième étape suivra tout le processus habituel, depuis l'élaboration d'un projet, évidemment aussi avec consultation, et la possibilité pour toutes les organisations, les partis et les associations concernés d'exprimer leur point de vue. Pour l'instant nous ne parlons pas de cette deuxième étape. Il s'agit d'un projet. Mais je crois qu'il était important que je puisse vous rappeler que l'idée du Conseil fédéral est de procéder avec ces deux étapes et que celle qui est soumise à consultation aujourd'hui, c'est la première et uniquement la première.

Est-ce qu'il y a des questions sur la procédure? Si ce n'est pas le cas, je vous propose de commencer avec les prises de position. Je vous rappelle qu'il ne s'agit pas d'un débat, donc je ne m'exprimerai pas. Nous sommes là pour vous écouter, comme c'est dans le cas d'une procédure de consultation. Pour commencer, je vais passer la parole à la FMH, par le biais de son président, Monsieur de Haller.

#### **Dr. med. Jacques de Haller, président FMH**

Merci beaucoup, Monsieur le Conseiller fédéral, merci aussi pour l'invitation à cette conférence de consultation, qui permet au moins que nous puissions nous exprimer dans le cadre de cette procédure législative. Le projet que vous nous soumettez est en fait la reprise d'un projet que nous connaissons bien et la motivation première de reprendre ce projet et de reprendre, de réchauffer cette réglementation, c'est le nombre de demandes de numéros de concordat, de numéros de facturations. Hors l'augmentation de nombres de concordat est exactement la conséquence perverse de cette même mesure en place pendant neuf ans. Cela nous semble relativement paradoxal de vouloir compenser les effets pervers d'une mesure en réintroduisant la même mesure. Je pense que les étudiants et les assistants en médecine ont quand-même perdu confiance dans la politique dans ce domaine-là, actuellement. C'est la quatrième fois qu'on introduit cette clause du besoin, chaque fois pour une durée limitée, chaque fois pour seulement trois ans, et j'imagine qu'une bonne partie de l'augmentation de demandes de numéros de concordat est liée à cette perte de confiance. Et

puis, il faudrait aussi probablement voir si les numéros de concordat demandés correspondent à un besoin ou pas. Souvent, après dix ans, il existe un besoin de rattrapage, et puis il y a les besoins futurs du pays, j'y reviendrai.

Un des gros problèmes que nous voyons avec la mesure proposée, c'est celui de renforcer la pénurie. La pénurie, vous me direz, concerne les médecins de premier recours, ils sont exemptés, très bien, bravo. En réalité, il y a la médecine de premier recours, la psychiatrie, la gynécologie, la chirurgie. Ce sont des domaines dans lesquelles la pénurie se dessine très nettement aussi. Or, en bloquant ces gens en milieu hospitalier, non seulement on ne les laisse pas reprendre des cabinets, en tout cas pas en ouvrir indépendamment d'un qui ferme, mais en plus ils restent à l'hôpital, ils bloquent les places d'assistants et de chefs de clinique, et ils freinent la relève en bloquant simplement en milieu hospitalier les places qui seraient disponibles. Ça n'est pas non plus un effet souhaitable, c'est le moins qu'on puisse dire.

Un problème précis sur lequel nous reviendrons dans notre prise de position écrite, nous vous enverrons ça encore aujourd'hui par mail, c'est le fait que les services ambulatoires hospitaliers doivent clairement être aussi bien surveillés que les cabinets, sinon c'est simplement déséquilibré et on finit par contourner la mesure.

Donc, la pénurie: Je pense, avant de trouver qu'il y a trop de demandes de numéros de concordat, qu'il faut se demander si ces numéros de concordat sont nécessaires et s'il ne faut pas ouvrir des perspectives d'avenir pour les médecins dont on aura besoin dans trois, cinq ou dix ans.

Trois points sur le texte lui-même: il est dit que le Conseil fédéral décide de la mise en œuvre de cette mesure et détermine les critères. Et puis il est dit aussi, notamment dans le texte explicatif, que les cantons vont pouvoir décider s'ils entrent en matière ou pas. Il y a là un manque de clarté qui nous paraît dérangeant. Selon nous, il faudrait vraiment que le texte de loi dise clairement que les cantons peuvent introduire ou ne pas introduire ces mesures en fonction de la situation locale. Cela nous paraît difficile d'introduire une mesure au plan suisse générale avec des critères fixés par le Conseil fédéral et qu'ensuite les cantons puissent, d'une façon ou d'une autre, s'y soustraire. Il y a là quelque chose qui n'est pas complètement clair.

Il est donc dit que le Conseil fédéral fixe les critères. En réalité, jusqu'à présent, il ne les a jamais fixés. Pendant neuf ans, la seule chose qu'on a eue, ce sont des nombres maximaux, mais des critères il n'y en a jamais eu à proprement parler. Des critères, c'est plus qu'un nombre maximal, et en réalité, utiliser un nombre maximal comme critère, c'est vraiment regarder le passé, regardez où on en est, et ne pas du tout regarder en avant. Cela n'a pas grande chose à faire avec l'évaluation des besoins et la réponse à ces besoins.

Concernant les titres de spécialisation, c'est une de vos questions précises: le fait de répartir aussi abruptement entre médecin de premier recours et spécialiste, ne tient pas compte, je l'ai déjà dit, du fait qu'il y a d'autres disciplines médicales dans lesquelles la pénurie se dessine et dont il faudra, d'une façon ou d'une autre, tenir compte. Et puis, le droit de pratique doit se régler sur l'activité concrète des médecins dans leur cabinet ou dans leur polyclinique. On ne peut pas simplement se fier à un titre, et surtout pas en le limitant à un seul titre. Cela pose deux problèmes: l'un c'est qu'il y a des spécialistes dans une activité importante de médecine générale. Un cardiologue peut suivre tout un quartier pour les petites affections et puis être cardiologue. Il y a toute une série de médecins qui, ces neuf dernières années, ont été bloqués en milieu hospitalier et ont passé leur temps à se spécialiser. Ils ont fait un titre fédéral en médecine interne, et puis là-dessus ils sont restés encore trois ou quatre ans à l'hôpital parce qu'ils ne pouvaient pas s'installer, et ils ont fait un titre en cardiologie, ou en gastroentérologie, alors ils ont deux titres. Et ils sont maintenant, avec ce projet, bloqués, parce qu'ils sont exclus de l'exemption, si j'ose dire. Donc au niveau des titres, il y a quelque chose qu'il faudrait certainement revoir, à la fois parce qu'il y a des disciplines qui doivent aussi être soutenues et pour lesquelles on doit ouvrir les portes, et puis le seul titre

de médecine interne générale est beaucoup trop restrictif pour les gens qui se sont formés et qui feront d'excellent généralistes. Un généraliste encore mieux formé, n'est pas un plus mauvais généraliste. Je crois qu'il ne faut pas entrer dans le concept, «ils vont en profiter, il faut les bloquer». Je pense qu'il faut vraiment voir de manière constructive de quelle population médicale le pays aura besoin dans les cinq ou dix ans qui viennent.

Dernier point de détail: il est dit au chiffre 1.4, sauf erreur, à la page 5 de l'explication, que les cantons, dans le cadre des conditions qu'ils peuvent poser à l'établissement de nouveaux cabinets, peuvent poser l'obligation d'appartenir à un réseau de médecins. C'est une position que nous permettrons de contester après la votation du 17 juin. Je ne suis pas sûr que la population ait très envie que les gens soient forcés d'entrer dans des réseaux de médecins actuellement. Ce point de détail nous paraît devoir être repris.

Concernant les personnes concernées et les titres, je pense que j'ai répondu. Les trois ans: j'ai déjà eu l'occasion de le dire une ou deux fois dans les médias, je trouve ça très long. On vous a proposé un paquet bien ficelé, qui ne demande pas forcément trois ans. Il y a d'autres solutions, on peut discuter les détails, mais trois ans c'est vraiment très long. Et cela rappelle tristement ce qu'on a déjà vécu trois fois. Donc je plaiderais pour que ce soit, si déjà il le faut, et c'est vraiment une proposition subsidiaire à ce moment là, moins que trois ans. Les dispositions transitoires, elles demanderont d'être précisées, parce qu'il n'est pas dit combien de factures comptent pour facturer vraiment. Est-ce que ce sont trois factures parce qu'on a une fois fait un remplacement d'une semaine dans un cabinet, ou est-ce que c'est un volume de factures supérieur? Cela devrait être précisé. Le fait de pouvoir rester dans l'établissement où l'on est, c'est très bien. Mais ma fibre syndicale devrait dire que si on a des problèmes avec son supérieur, si on doit changer de service parce que ça ne marche pas avec le professeur, c'est une pénalisation qui n'a pas lieu d'être, donc il y a là aussi quelque chose à revoir pour rester juste.

Nous avons proposé un projet dont il n'est pas question aujourd'hui. Donc je relèverai seulement très rapidement qu'il y aurait un certain nombre d'avantages qu'on peut vraiment essayer de reprendre là-dedans. C'est celui de ne concerner que les cantons et les régions où le problème se pose vraiment. C'est celui de pouvoir poser des incitatives et pas seulement tirer les freins. C'est de concerner toutes les disciplines médicales et pas seulement la division un peu sommaire entre généraliste et spécialiste. Et puis, ce projet que nous avons déposé avec la CDS, a l'avantage de prendre en compte l'expérience qu'on a fait pendant neuf ans et de ne pas réintroduire une mesure par laquelle franchement personne n'était très emballé, c'est le moins qu'on puisse dire.

Je vous remercie.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup, Monsieur de Haller, pour la position de la FMH. Je vous propose de passer à la position de le VSAO, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/innen, Rosmarie Glauser.

### **Rosmarie Glauser, VSAO Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen**

Merci bien. Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Wie nicht anders zu erwarten war, lehnt der VSAO die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung ab. Wir beantragen, es sei von dieser Massnahme abzusehen.

Zur Begründung: Ein Punkt, den Jacques de Haller an sich schon erwähnt hat, ist die mangelhafte Analyse. Wir wissen eigentlich nur, dass die Gesuche um eine Zahlstellennummer überproportional gestiegen sind in diesem Jahr. Wir wissen nicht, ob mit diesen Nummern auch tatsächlich abgerechnet wird. Und wenn damit abgerechnet wird, wissen wir nicht, mit

welchem Pensum. Die Tatsache, dass eben immer mehr Ärztinnen und Ärzte teilzeitlich in einer Praxis arbeiten, wird überhaupt nicht diskutiert. Dann wurde während zehn Jahren Zulassungsstopp nie der Nutzen dieser Massnahme untersucht. Es gibt überhaupt keinen Beleg dafür, dass die Massnahme etwas bringt. Die Gesundheitskosten sind so oder so gestiegen.

Es gibt eine Studie des Instituts für Unternehmensforschung der Universität St. Gallen aus dem Jahr 2004, die klar belegt, dass zwischen der Zunahme der Ärztedichte und der Zunahme der Kosten kein signifikanter Zusammenhang besteht. Wir werden das in der schriftlichen Vernehmlassungsantwort näher ausführen. Auch finden sich weitere interessante Aussagen in der Studie. Es wird immer wieder gesagt, dass jede neue Arztpraxis Kosten von ungefähr einer halben Million generiere. Diese Aussage ist in dieser plakativen Form unhaltbar. Es gibt zahlreiche andere Faktoren, die zum Anstieg der Gesundheitskosten beitragen, sei hier erwähnt: neue Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, teurere Medikamente, die Demographie, steigende Ansprüche und so weiter und so fort. Die steigende Ärztezahl ist die Folge einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung und eine Begrenzung dieser Zahl verkennt diese Tatsache und wird deshalb das Ziel nicht erreichen.

Was wir besonders schlimm finden: Es wurde in diesen zehn Jahren nie der Zusammenhang zwischen der Zulassungsbeschränkung und dem Ärztemangel untersucht. Dieser ist für uns offensichtlich. Dass wir einen Ärztemangel haben ist offensichtlich, gerade in den Spitälern und in gewissen Disziplinen. Auch das Obsan ortet einen Mangel, und zwar nicht nur bei den Grundversorgern, sondern auch bei den Spezialisten. Der VSAO macht seit Jahren darauf aufmerksam, dass zwischen der Zulassungsbeschränkung und dem Ärztemangel ein Zusammenhang besteht. Einerseits verhindert diese Beschränkung die Gründung innovativer Praxisprojekte. Junge Ärztinnen und Ärzte wollen häufig zusammen eine Praxis übernehmen oder eröffnen und dabei ist vielleicht nur ein Partner im klassischen Sinn Grundversorger. Die anderen möchten diese Grundversorger-Praxis zum Beispiel mit 30 Prozent Gynäkologie und 50 Prozent Rheumatologie ideal ergänzen. Das wertet eine Grundversorger-Praxis auf. Und genau diese Projekte werden erschwert oder gar verunmöglicht, weil eben nur der Grundversorger im klassischen Sinn eine Zulassung bekommt.

Zusätzlich fällt ins Gewicht: Mit dem Zulassungsstopp oder der Zulassungsbeschränkung werden die Ärztinnen und Ärzte quasi zwangsweise in den Spitälern festgehalten. Und die Arbeitsbedingungen in den Spitälern sind einfach immer noch miserabel. Die wenigsten Spitäler bieten familienverträgliche Arbeitsbedingungen an. Die jungen Ärztinnen und Ärzte, und vor allem die Frauen – heutzutage eine Mehrheit der Ärzteschaft – sind darauf angewiesen, familienverträgliche Arbeitsbedingungen zu haben. Hier ist die freie Praxis eben häufig der einzige Ausweg. Wenn der versperrt wird, wird der Arztberuf noch unattraktiver.

Zudem lehnen wir den Zulassungsstopp ab, weil er sehr einseitig die jungen Ärztinnen und Ärzte trifft. Das ist eine unzulässige Diskriminierung und sicher nicht im Interesse des Gesundheitswesens. Die jungen Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur sehr gut weitergebildet, sondern sie bringen auch Innovation und sie sind effizientes und kostenbewusstes Arbeiten gewöhnt. Weiter werden mit dieser Massnahme falsche Anreize gesetzt. Die Zulassungsbeschränkung berücksichtigt die Qualität der Leistungserbringer in keiner Weise, und das müsste eigentlich das Hauptkriterium sein. Die zugelassenen Leistungserbringer unterliegen keiner Kontrolle. Sie werden belohnt, indem sie die Zulassung behalten und jetzt auch noch ihre Praxen teuer verkaufen können. Diese Entwicklung haben wir in letzten zehn Jahren sehr deutlich festgestellt. Abgesehen davon, dass sich das nur noch Ärztinnen und Ärzte mit entsprechendem finanziellem Hintergrund leisten können, fehlt künftig das Geld für die Modernisierung der Praxen.

Die Zulassungsbeschränkung ist für uns keine adäquate Lösung. Mit der Beschränkung wollte man bereits 2002 eine übermässige Zuwanderung aus Europa verhindern. Auch heute wünschen einige Kantone diese Beschränkung genau aus diesem Grund. Das Problem ist,

dass diese Massnahme alle jungen Ärztinnen und Ärzte trifft. Und das hat eben Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung.

Wir lehnen also die Wiedereinführung von Artikel 55a ab. Dies wäre ein Schnellschuss mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheitsversorgung. Anstatt junge Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufswahl zu hindern und damit einen weiteren Ärztemangel in Kauf zu nehmen, müsste die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in den Spitälern und in Fachrichtungen, die heute untervertreten sind, gesteigert werden. So könnte man beide Probleme, den Ärztemangel einerseits und den Drang in die Praxis andererseits, sinnvoll angehen.

Nun zu den Ausnahmen: Hier kann ich den Standpunkt der FMH teilen. Die Bestimmung mit dem einzigen Titel ist wahrscheinlich nicht unbedingt sinnvoll. Denn möglicherweise ist jemand, der sich im Spital noch weitergebildet hat und dazu auch noch eine Ahnung von Gastroenterologie hat, ein besserer Grundversorger – das weiss man nicht. Auf jeden Fall finden wir diese Beschränkung mit dem einzigen Titel nicht sinnvoll.

Wenn es nun zu einem Zulassungsstopp kommt, den wir ja ausdrücklich nicht wollen, dann beantragen wir weitere Ausnahmen, quasi einen Buchstaben d). Und zwar für Ärztinnen und Ärzte, die fünf Jahren an einer SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Das würde die Möglichkeit eröffnen, irgendwann das Spital verlassen zu können. Die Regelung dient auch der Qualitätssicherung und sie ist europakompatibel. Sie richtet sich übrigens auch an Schweizerinnen und Schweizer. Diese Regelung ist nicht eine Voraussetzung für die Zulassung, sondern sie ermöglicht den Wechsel in die Praxis.

Ich beschränke mich auf diese Punkte. Den Rest erhalten Sie schriftlich.

#### **Alain Berset**

Merci beaucoup, Madame Glauser. Je passe maintenant la parole à Monsieur Wegmüller pour H+.

#### **Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor H+ Die Spitäler der Schweiz**

Danke Herr Bundesrat, dass wir von H+ aus Stellung nehmen können. H+ lehnt die Zulassungsbeschränkung für die Spital- und Klinikambulatorien ab. Ich beschränke mich an dieser Stelle auf Spital- und Klinikambulatorien, wobei die Spitäler in der Regel am meisten betroffen sind. Grundsätzlich widerspricht die Zulassungsbeschränkung unserer Politik. Sie läuft ordnungspolitisch genau in die gegensätzliche Richtung zur KVG-Revision «Spitalfinanzierung», mit welcher man in dem Sinne mehr Wettbewerb einführen wollte. Hier will man wieder mehr Planung und Beschränkungen einführen. Die vier Hauptgründe möchte ich hier kurz erläutern. Die übrigen Punkte erhalten Sie dann in unserer schriftlichen Stellungnahme.

Punkt 1: Die Medizin entwickelt sich heute sehr stark weg vom stationären Bereich hin zum ambulanten Bereich. Es gibt viele Behandlungen, bei welchen man ein starkes Zusammenspiel zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich hat. Dort ist es schlicht nicht denkbar, dass man im einen Bereich eine Einschränkung macht und im anderen Bereich weiterhin behandeln kann. In Deutschland war es im Gegenteil so, dass man gerade mit der Einführung der Fallpauschale den Spitälern mehr Freiheiten gegeben hat, auch im ambulanten Bereich tätig sein zu können. Dies, weil es eben für Vorabklärungen und für Nachbehandlungen wichtig ist, dass man auch ambulant tätig sein kann. Aus unserer Sicht ist es aus Qualitätsgründen wichtig, dass man Patientinnen und Patienten, die stationär versorgt wurden, ambulant nachbegleiten kann, so dass diejenigen, welche die Leute behandelt haben, auch danach ambulant schauen können, wie sich die Patientin oder der Patient entwickelt. Ich denke, die Kosten waren auch ein Grund, weshalb die Politik immer den ambulanten Bereich in den Spitälern gefördert hat. Der ambulante Bereich ist günstiger. Dass wir

bezüglich der Finanzierung ein Problem haben, da, denke ich, sind wir uns alle seit Jahren einig.

Punkt 2 wurde von Jacques de Haller bereits erwähnt. Hier geht es um die Ausbildung. Die Spitäler stellen einen grossen Teil der Ausbildungsstätte für angehende Ärztinnen und Ärzte dar. Wenn im Spital der ambulante Bereich blockiert wird, dann stehen den jungen Assistenzärzten und Assistenzärztinnen keine Möglichkeiten mehr zur Verfügung, im ambulanten Bereich ihre Ausbildung zu absolvieren. Bei sehr vielen Facharzttiteln ist es wichtig, dass man nicht nur stationäre, sondern auch ambulante Leistungen zu erbringen lernt.

Punkt 3, Aufnahmepflicht und Notfalldienste: Ich denke, gerade mit der Knappheit von Praxen im ambulanten Bereich ist es so, dass die Spitäler für Notfallbehandlungen immer wichtiger werden. Es gibt viele gute Zusammenarbeiten zwischen Hausarztpraxen und Spitälern, in welchen die Spitäler im Notfallbereich für ambulante Patientinnen und Patienten eine wesentliche Rolle übernehmen. Die Spitäler sind eben genau die, die verpflichtet sind, den Patientinnen und Patienten auch zu familienunfreundlichen Arbeitszeiten – etwa in der Nacht oder am Wochenende – einen Zugang zu einer Behandlung zu gewähren. Irgendjemand muss dies tun, auch wenn es für diejenigen, die zu diesen Zeiten arbeiten müssen, nicht unbedingt familienfreundlich ist.

Punkt 4, die Frage der Evidenz: Wir wissen, dass die Zahlstellenregister-Nummern (ZSR-Nummern) zugenommen haben, aber wir haben keine Ahnung, ob das wirklich zu mehr Leistungen und zu mehr Abrechnungen führt. Das System der ZSR-Nummern ist für die Leistungserbringer sehr intransparent. Wir haben keine Ahnung, was das eigentlich genau bedeutet. Wie viele Ärzte haben möglicherweise in verschiedenen Kantonen eine ZSR-Nummer beantragt, was dann zu zehn zusätzlichen Nummern geführt hat, auch wenn nur ein Arzt dahinter stand? Ganz wichtig wäre bei dieser Analyse eine klare Transparenz für alle Beteiligten. Nur so können wir nachvollziehen, was effektiv passiert.

Vielen Dank. Die weiteren Ausführungen erhalten Sie schriftlich.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup, Monsieur Wegmüller. Je passe maintenant la parole à la Gesundheitsdirektorenkonferenz, Monsieur Leutwyler.

### **Stefan Leutwyler, GDK Gesundheitsdirektorenkonferenz, Stv. Zentralsekretär**

Vielen Dank. Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Es konnten sich noch nicht alle Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Kantone zu dieser Frage gemeinsam äussern. Deshalb nehme ich hier Stellung für den Vorstand der GDK. Sie werden heute auch noch einzelne Kantone separat hören.

Der Vorstand der GDK stimmt dieser Vorlage zu. Wie bereits Jacques de Haller gesagt hat, hat auch die GDK zusammen mit der FMH in diesem Zusammenhang einen Vorschlag präsentiert. Der Vorstand der GDK sieht diese Vorlage, die jetzt auf dem Tisch liegt, als Zwischenschritt für eine langfristige, nachhaltige Lösung, die tatsächlich ihre Zeit braucht, um solid diskutiert werden zu können. Wir glauben, dass es diesen Zwischenschritt braucht. Es gibt insbesondere in bestimmten Regionen einen dringenden Handlungsbedarf. Natürlich verfügen auch wir nicht über die Zahlen, die diesen Beweis explizit darlegen, aber auf Grund der zum Teil sehr massiven Zunahmen in den einzelnen Regionen, insbesondere grenznahen Gebieten, erscheint uns, respektive dem Vorstand der GDK, eine kurzfristige Intervention notwendig. Und wenn es zu einer kurzfristigen Intervention kommt, scheint es sinnvoll, auf eine Regelung zurückzugreifen, die bekannt ist und sehr schnell eingeführt werden kann und bei der auch in der parlamentarischen Diskussion klar ist, worum es geht.

In diesem Zusammenhang auch die Bemerkung zur Übergangsregelung. Aus Sicht des Vorstandes der GDK besteht die Gefahr, dass mit der Eröffnung der Diskussion über eine Nachfolgeregelung ein Drängen in die Praxis geradezu forciert wird und dass sich die Gesuche um Zulassungsbewilligungen massiv erhöhen könnten. Deshalb stimmt der Vorstand der GDK dieser Übergangsregelung zu. Dies aber mit der Bitte noch zu präzisieren, was «tätig sein» genau heisst. Im Kommentar ist von «Abrechnung» die Rede. Es sollte klar definiert sein, ab wann das genau gilt.

Es ist sicher so, dass auch die langfristige Lösung, welche die GDK mit der FMH vorschlägt, den Kantonen eine gewisse Flexibilität geben will, um effektiv den Bedarf in den einzelnen Regionen, Kantonen zusammen mit der Ärzteschaft ausloten zu können. Unser Vorschlag geht punkto Flexibilität weiter als der vorliegende Vorschlag, aber auch der vorliegende Vorschlag gibt den Kantonen eine gewisse Flexibilität, diese Regelung anzuwenden oder nicht. Man kann nicht sagen, dass es hier um einen generellen Zulassungsstopp geht. Es ist eigentlich eine Zulassungsregulierung. Die Kantone haben durchaus Kompetenzen, davon Gebrauch zu machen oder nicht. Dies ein weiteres Kriterium, weshalb der Vorstand der GDK dieser Regelung zustimmt.

Zu den Titeln und betroffenen Personen habe ich keine weiteren Bemerkungen. Wir stimmen der Übergangsfrist von drei Jahren zu. Dies ist aus Sicht der GDK sicher eine relativ lange Frist. Aber wir haben Verständnis dafür, dass es eine gewisse Zeit braucht, um eine solide, nachhaltige Lösung zu entwickeln. Deshalb unsere Zustimmung zu den drei Jahren, verbunden mit der Bitte, diese Nachfolgeregelung sehr rasch an die Hand zu nehmen und die Kantone hier auch eng einzubinden. Das Gleiche gilt für die Ausarbeitung der Verordnungsbestimmungen, die es brauchen wird, wenn diese Regelung in Kraft tritt, mit dieser Festlegung der Höchstgrenzen - ich gehe davon aus, dass es dort noch Diskussionsbedarf gibt. Auch da würden die Kantone sehr gerne eng einbezogen werden. Vielen Dank, so weit unsere Stellungnahme.

### **Alain Berset**

Merci Monsieur Leutwyler pour votre intervention. Je passe maintenant la parole à Monsieur Dietrich, canton Zurich, Gesundheitsdirektion.

### **Walter Dietrich, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Stv. Generalsekretär**

Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Der Kanton Zürich nimmt diesbezüglich eine abweichende Haltung von der GDK ein. Viele der Gründe, die uns zu dieser Haltung bewegen, wurden bereits von der FMH, vom VSAO und auch von H+ erwähnt. Ich halte mich hier deshalb kurz.

Einerseits finden wir, dass es eines Rechtsstaates nicht sehr würdig ist, über zwölf Jahre hinweg mit Notrecht zu operieren. Wir sind insbesondere auch der Ansicht, dass nicht genügend belegt werden konnte, dass der Zulassungsstopp tatsächlich die erhofften Auswirkungen erzielt hat, speziell, was den Kostenbereich anbelangt. In diesem Zusammenhang dünkt uns die neuste Auswertung vom Obsan sehr interessant, welche die Entwicklung der fakturierenden Ärzte zeigt. Zu Ende des Zulassungsstopps ist die Zahl der effektiv fakturierenden Ärzte auf rund 17'000 nochmals sehr stark angestiegen. Dann in den ersten zwei, drei Monaten ist die Zahl nur noch geringfügig angestiegen, danach sogar auf rund 16'700 gefallen und jetzt im Verlauf des Sommers wieder auf 17'000 angestiegen, die Zahl, die man eigentlich bereits zum Zeitpunkt der Aufhebung des Zulassungsstopps hatte. Wir begreifen nicht, weshalb man jetzt diese Lösung, mit der eigentlich niemand so richtig glücklich war, wieder einführen will. Die massgebende Zahl ist wirklich nicht die Entwicklung der ZSR-Nummern, die auch bei uns im Kanton Zürich stark zugenommen hat, sondern entscheidend ist doch letztlich die Zahl der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte. Und gerade in diesem Zusammenhang

dünkt uns der Vorschlag, der jetzt gemacht wird, letztlich sogar kontraproduktiv. Wir befürchten - dies wurde auch schon von meinen Vorrednern gesagt -, dass man viele dieser Ärztinnen und Ärzte, die jetzt um auf der sicheren Seite zu sein eine Zahlstellennummer beantragt haben, geradezu in die private Praxis drängt. Dies verstärkt die Malaise in den Spitälern nochmals. Wir finden es schade, dass man überhaupt jemals mit dieser Diskussion angefangen hat, zumal wir denken, dass Alternativen zur Verfügung stehen würden, insbesondere im tarifarischen Bereich. Diese müsste man eben angehen.

Dann noch folgende Bemerkungen: Im Kanton Zürich hat die Zahl derjenigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die immer wieder zur Begründung dieser Massnahme vorgeschoben werden, nicht zugenommen. Zumindest die Zahl derjenigen, die direkt aus dem Ausland gekommen sind und im Kanton Zürich neu eine Praxis eröffnet haben, ist mehr oder weniger gleich hoch wie im Jahr 2011. Da hat sich in dem Sinn kein Dammbbruch ereignet. Worüber man sich auch bewusst sein muss, wenn man jetzt den Zulassungsstopp wieder einführt: Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass die sehr hohen Preise, die für eine Zahlstellennummer geboten werden, sich insbesondere ausländische Ärzte leisten können, die bereits viele Jahre praxistätig gewesen sind, so auch zu Vermögen gekommen sind und sich jetzt in der Schweiz eine Praxisbewilligung kaufen. Etwas, das sich gerade die jungen Schweizer Ärzte nicht leisten können. Es gibt also viele Aspekte, die gerade die ausländischen Ärzte, die man ein bisschen in Schach halten will, sogar noch begünstigen.

Den Zulassungsstopp als solches lehnen wir ab. Aber wenn man ihn einführen würde, dann wären wir klar der Ansicht, dass zumindest die Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls ausgenommen werden müsste. In diesem Bereich besteht auch schon ein sehr starker Mangel. Andererseits dünken uns die drei Jahre sehr lang. Da müsste man schneller zu einer anderen Lösung kommen.

Eine Detailbemerkung noch zu der bereits von der FMH angesprochenen Problematik der beiden Titel: Auch da gibt es einen Aspekt, der letztlich ausländische Ärztinnen und Ärzte begünstigt. Wenn ein ausländischer Arzt zwei Titel hat, dann hat er es in der Hand, ob er beide oder nur einen anerkennen lässt. Er wird sich natürlich hüten, beide anerkennen zu lassen, weil er dann nämlich unter die Ausnahmestimmungen fällt. Diese Möglichkeit haben die Schweizer Ärzte nicht. Die haben dann einfach zwei Titel und können nicht einen davon abgeben. Viele Aspekte dieser Neuerung sind sicher gut gemeint, aber letztlich kontraproduktiv. Aus all diesen Gründen lehnen wir die Wiedereinführung des Zulassungsstopps ab.

### **Alain Berset**

Merci, Monsieur Dietrich, Je passe la parole à Monsieur Adrien Bron, canton de Genève.

### **Adrien Bron, canton de Genève, Direction générale de la santé**

Monsieur le Conseiller fédéral, Monsieur le Directeur, merci de nous donner l'occasion de nous exprimer. Alors en gros effectivement le canton de Genève soutient votre proposition et rejoint tout à fait la position de la CDS. Nous sommes favorables à la proposition qui est sur la table et nous sommes favorables à l'entrée en vigueur la plus rapide possible puisque Genève, je vais le décrire, est quand même dans une situation, je dirais, d'urgence. Nous déplorons le fait que cette proposition se limite dans le fond aux spécialistes puisqu'on a réussi à démontrer à Genève que pour nous la manière la plus efficace de promouvoir la médecine de premier recours était d'avoir une régulation cantonale qui permettait justement d'avoir des libérations de droit de pratique tout à fait mesurées et ciblées sur les médecins de premiers recours. A moyen terme, nous sommes également tout à fait favorables à la proposition CDS et FMH, qui vise à ancrer de façon plus durable dans la législation fédérale la possibilité pour les cantons d'avoir une régulation de la population médicale.

J'ai entendu ici ou là des hypothèses, des craintes, des mauvais signaux, des interrogations. Malheureusement à Genève on est en mesure de vous donner quelques chiffres et quelques faits, et c'est sur ces faits que nous prenons position en faveur de cette proposition. Nous avons dû admettre 349 médecins de plus jusqu'à la fin du mois de septembre, c'est-à-dire, en neuf mois, d'avantage que durant les sept ans de l'application de la clause du besoin pure et dure. Pour nous, c'est absolument catastrophique, parce qu'on constate qu'il y a des catégories dont on doute véritablement de l'opportunité et de leur apport par rapport à la bonne couverture des soins. Typiquement on a, dans la catégorie des médecins de premier recours, une surreprésentation extrêmement importante des médecins praticiens. Depuis le début de l'année, 25 se sont installés à Genève, contre trois autres médecins de premiers recours non praticiens. La plupart sont effectivement de nationalité étrangère, porteurs de titre étranger, parfois ne sont pas domiciliés en Suisse, pas domiciliés à Genève non plus. On a un peu de peine à ne pas voir une espèce de pillage de l'assurance sociale suisse de la part de médecins étrangers dans ces pratiques-là.

Par ailleurs, voici quelques chiffres: on a enregistré le nombre de 74 nouveaux psychiatres à Genève depuis le début de l'année. On bat tous les records de couvertures en médecine psychiatrique à Genève. La moyenne de l'OCDE est de 12 médecins psychiatres pour 100'000 habitants. La moyenne suisse 42, et à Genève on est au-delà de 100. Est-ce que cela correspond à un besoin? Tout cela est à la charge de l'assurance sociale. La question est posée. Pour nous, je dirais qu'il est important de pouvoir mettre notre nez dedans. On nous avait dit: «Rassurez-vous, il y aura effectivement une vague par rapport à toutes ces années qui ont passé sous le régime de la clause du besoin. Et puis une fois passée cette vague, on arrivera à un étiage et dans le fond il n'y aura pas d'afflux massif de nouvelle demande de droit de pratique.» Malheureusement, ce n'est pas le cas. Il y a effectivement eu la vague et depuis elle continue à augmenter. On en est à un droit de pratique de plus par jour qu'on délivre. Il n'y a donc absolument pas eu d'effet de calme après une première vague.

On nous dit que ce n'est pas forcément à chaque fois un cabinet qui s'ouvre. Malheureusement si. A chaque fois, avec un petit délai de quelques mois. Je peux donner des précisions par rapport à des interrogations que j'ai entendues ici ou là. A terme, chaque nouveau droit de pratique arrive à un nouveau cabinet qui s'ouvre, avec un petit délai effectivement de quelques mois. Le cabinet ne s'ouvre pas immédiatement, forcément, mais il y a bel et bien des prestations qui sont facturées derrière. On nous a également dit que la corrélation avec les coûts n'est pas évidente. Malheureusement notre expérience est différente. Pendant l'application de la clause du besoin la plus stricte, les coûts de la médecine de ville, coûts bruts, à la charge de l'assurance obligatoire, ont augmenté de 1.3% de 2005 à 2009, donc en gros en cinq ans. Et maintenant, en trois ans, depuis la levée de la clause du besoin, de 2009 à 2012, ils ont augmenté de 7%. Il y a véritablement un effet direct sur les coûts à la charge, donc sur les primes que doivent payer les assurés.

On projette, simplement avec les installations, rien qu'à la fin du mois d'octobre, une augmentation de 8 à 10% non pas des coûts de la médecine de ville mais l'entier des coûts bruts à la charge de l'AOS l'année prochaine. Il s'agit d'une situation qui, pour nous, est catastrophique.

Je suis un peu surpris de voir cette clause du besoin assez caricaturée, puisque pour nous cela reste quand même une liberté de plus pour les cantons. Personne n'est obligé de l'utiliser. Il y a des cantons qui en ont envie, et dont les contextes ou la nécessité fait qu'il faut agir. Ceux qui ne souhaitent rien faire, qu'ils ne fassent rien. La plupart ne s'en sont pas plus mal porté, semble-t-il, durant les années de la clause du besoin. Mais pour nous c'est vraiment une liberté de plus, plutôt qu'une contrainte obligatoire.

Je suis un peu surpris aussi qu'on décrive la situation actuelle comme étant une conséquence de la clause du besoin, puisque dans le fond, la plupart des cantons n'en ont pas vraiment fait usage. Je crois que la situation actuelle est simplement liée au message, donné au-delà des frontières et dans la population médicale, que les cantons sont désarmés et

qu'on peut s'installer directement sans avoir besoin de justifier quoi que ce soit. Et là, il y a effectivement une pompe qui est amorcée et qui est dangereuse.

On souhaite quand même relever que pour nous il s'agissait du meilleur moyen de favoriser la médecine de premier recours. Avoir une régulation cantonale a permis de libérer des droits de pratique surreprésentés pour les médecins généralistes, pour les pédopsychiatres. Pour nous la meilleure manière de promouvoir la médecine de premier recours est de soumettre également ces catégories professionnelles à la clause du besoin, ce qui permet d'avoir quelque chose de très ciblé en leur faveur, et d'éviter d'être obligé d'admettre des médecins praticiens qui viennent des pays voisins ou plus loin.

Pour nous, il s'agit également d'une mesure tout à fait adéquate, comme je l'ai dit, pour la maîtrise des coûts. On a fait un monitoring qui a pu démontrer cette corrélation entre la densité médicale et l'augmentation des coûts. On peut effectivement discuter du chiffre de 500'000 par cabinet, ce ne sont pas des choses qu'on peut effectivement étayer, mais on a quand même pu démontrer très concrètement qu'il y avait une corrélation entre l'évolution de la population médicale et l'évolution des prestations à la charge de l'assurance sociale. Cela se comprend très aisément: si on a des médecins qui ont le temps dans leur agenda et bien simplement ils prennent le temps de faire leur métier au plus près de leur conscience. Mais ce qui amène en général à des prestations plus nombreuses que s'il y a des réflexions plus serrées sur le meilleur usage de son agenda.

Pour nous, il s'agit également d'une mesure qui permet de lutter contre la pénurie professionnelle de santé. Ce qui permettrait enfin de pouvoir réfléchir à plusieurs cantons sur la meilleure répartition territoriale de la population médicale, et de pas voir s'accumuler dans les cantons universitaires une charge excessive, et non seulement une charge de l'assurance sociale, mais également par rapport à l'offre médicale quasiment pléthorique, alors que d'autres régions en souffrent. Pour nous, c'est une bonne manière de réfléchir à la pénurie et à une meilleure répartition géographique.

Je me permettrai de relever qu'il s'agit d'une solution qui, pour nous, est tout à fait conforme à la LAMal. Elle permet d'éviter d'avoir des interventions plus massives sur les principes de la loi fédérale sur l'assurance maladie, puisqu'elle donne aux cantons la possibilité d'être le pilote de la population médicale dans un domaine où a priori il est difficile d'avoir un pilote dans l'avion s'il n'y a pas ces éléments-là. Pour nous, c'est véritablement quelque chose qu'on appelle de nos vœux.

Je rappelle quand même qu'on a géré cela d'une façon extrêmement consensuelle à Genève, malgré peut-être les avis qui peuvent s'exprimer ici, puisque dans le fond nous avons autour de la table une commission qui, depuis 2005, réunissait les hôpitaux universitaires, les médecins assistants et l'association des médecins du canton de Genève. C'est donc sur les préavis notamment de l'association des médecins du canton de Genève que nous délivrions - ou pas - les droits de pratique. Nous ne sommes jamais allés contre l'avis des professionnels de la santé. C'était donc quelque chose qui satisfaisait l'ensemble des prestataires et l'ensemble des acteurs autour de la table tout en préservant la qualité des prestations et la qualité des conditions de travail des médecins.

Voilà, je vous remercie beaucoup, Monsieur le Conseiller fédéral.

## **Alain Berset**

Merci Monsieur Bron. Je passe maintenant la parole au SPO, Patientenschutz, à Madame Kessler.

## **Margrit Kessler, SPO Patientenschutz, Stiftungsratspräsidentin**

Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Ich finde es schön, dass wir eingeladen worden sind. Eigentlich geht es heute um die Patienten. Wir sind auch der Meinung, dass wir nicht um eine Ärzterege lung herum kommen können. Wir sind aber enttäuscht, dass in den letzten Jahren überhaupt nichts gemacht wurde. Man hat keine Kriterien gesucht, wie dieses Problem dezimiert werden könnte. In den letzten Jahren sind tatsächlich weniger Praxen eröffnet worden. Aber die Ambulatorien sind in den Spitälern eröffnet worden, das heisst, man hat die Ärzte zusammen mit den Patienten einfach dorthin befördert. Wir brauchen Kriterien, damit die Ausländer nicht so in unser Land strömen. Es ist völlig klar: Wenn es uns so gut geht, dann kommen sie auch.

Wir haben zum Beispiel angedacht, dass man ein halbes Jahr zu einem Hausarzt gehen müsste, bevor man eine Praxis eröffnen kann. Dies sollte für alle gelten, auch für die Spezialisten. So würden alle Assistenten ein halbes Jahr Praktikum bei einem Hausarzt machen, damit sie später sicher auch eine Praxis eröffnen könnten.

Die drei Jahre obligatorische Arbeit im öffentlichen Spital finden wir auch eine Möglichkeit. Aber wir sind auch der Meinung, dass der Tarmed angepasst werden muss, vor allem für die Hausärzte. Wir möchten mehr Schweizer Ärzte haben. Der Numerus Clausus sollte aufgehoben werden. Wir haben in der Schweiz 40 Prozent ausländische Ärzte. Da sind diejenigen nicht dazugezählt, die nicht Schweizerdeutsch sprechen. Da stimmt doch etwas nicht. Wir sind aber auch nicht bereit, eine Milliarde mehr Kosten zu bezahlen, wenn so viele Ärzte in der nächsten Zeit eine Praxis eröffnen. Es kommen ja vorwiegend Spezialisten und leider keine Hausärzte, die wir dringendst brauchen. Dass es einen Kostenschub geben wird, zeigt das Beispiel unseres Nachbarlands Liechtenstein. Als der EWR wirksam wurden, hatten sie innert kürzester Zeit 100 Prozent mehr Ärzte und dementsprechend sind auch die Krankenkassenprämien angestiegen. Dies aus Sicht von Patientinnen und Patienten.

## **Alain Berset**

Merci beaucoup, Madame Kessler. Maintenant la CVP, Madame Humbel.

## **Ruth Humbel, Nationalrätin, Christlichdemokratische Volkspartei CVP**

Herr Bundesrat, geschätzte Anwesende. Auch ich möchte mich bedanken für die Einladung und möchte zuerst drei Vorbemerkungen machen. Es wurde gesagt, die Zulassungssteuerung und der so genannte Ärztemangel seien ein Widerspruch. Ich erachte das nicht als Widerspruch, denn ich glaube nicht, dass wir einen Ärztemangel haben. Im Vergleich: Wir haben auf 10'000 Einwohner 41 Ärzte, während es in Deutschland 36 sind. Wir haben eine falsche Verteilung, was die Spezialisierung und die Regionen angeht. In der Westschweiz haben wir 50 Prozent mehr Ärzte als in der Zentralschweiz und es gibt keine Studie, die belegt, dass wir in der Ostschweiz oder in der Zentralschweiz eine Unterversorgung hätten. Das sind Voraussetzungen, die zeigen, dass wir eine Zulassungssteuerung in irgendeiner Form brauchen.

Zu den Bemerkungen über familienfreundliche Arbeitsbedingungen in den Spitälern: Das ist keine Frage der Gesundheitspolitik, sondern eine unternehmerische Angelegenheit, in welcher sich die Spitäler im Markt auch profilieren könnten. Anstatt über Ärztemangel zu reklamieren, sollten sie entsprechende Modelle anbieten. Dann hätten sie genügend Ärzte. Ich kann Ihnen Beispiele aus dem Kanton Aargau geben, wo diese Situation erkannt wurde. Es wurde auch gesagt, das Vertrauen in die Politik fehlt. Wir sind in einer direkten Demokratie. Das Volk bestimmt immer. Auch gegen eine solche Vorlage kann das Referendum ergriffen werden.

Drittens bin ich der festen Überzeugung, dass Tarmed umgebaut werden muss. Der Bundesrat verfügt ab 2013 über die Kompetenz, die technischen Leistungen zu senken, auch zu Gunsten der intellektuellen ärztlichen Leistungen. Ich erachte es als Armutszeugnis der Tarifpartner, wenn sie die Vertragsautonomie nicht nutzen und die eidgenössische Finanzkontrolle einen dicken Bericht schreiben muss, um festzuhalten, worüber wir seit Jahren reklamieren: Nämlich die Schiefelage dieses Tarmed und die falsche Verteilung. Dies als Vorbe-merkung.

Zur Vorlage: Von Seiten der CVP würden wir ganz klar eine Lockerung des Vertragszwangs favorisieren, wie sie in der Vorlage des Bundesrates aus dem Jahr 2004 vorgelegt wurde. Die Kantone definieren gewisse Rahmenbedingungen und die Versicherer können mit den Ärzten Verträge abschliessen. Wir haben am Tag nach Managed Care gehört, dass das Referendum kommt, wenn wir eine solche Lösung beschliessen würden. Folglich gibt es nur eine Lösung, nämlich die, dass der Regulator eingreift. Wir brauchen wieder eine Regulierung. Wir müssen dem Regulator mehr Kompetenzen geben, um einzugreifen, wenn es nötig ist. Wenn ich die Vorlage oder die vergangenen Jahre ansehe: Die Kantone können davon Gebrauch machen. Diejenigen, die Handlungsbedarf sehen und diejenigen, die auch handeln wollen, können das machen. Wir haben in der letzten Zeit gesehen, dass das nicht alle Kantone gleichermassen getan haben. Wir können Kantone nicht sanktionieren, die es nicht tun. Aber ich erachte es als notwendig, dass wir für diejenigen Kantone, die Handlungsbedarf sehen und handeln wollen, eine Lösung finden. Nun zu den vier Fragen.

Zum betroffenen Personenkreis: Wir sind grundsätzlich mit diesem Personenkreis einverstanden.

Zu den Spitalambulatorien: Von Spitalseite haben wir Einwände dagegen gehört. Hier stellt sich die Frage, wie das eigentlich umgesetzt werden kann. Wir müssen keine Regelung ins Gesetz aufnehmen, die dann nicht umgesetzt werden kann, weil wir hier natürlich diesen Grenzbereich der Assistenzärzte, der Oberärzte, der Chefärzte haben. Grundsätzlich kann es aber nicht angehen, dass Spitalambulatorien ausgenommen sind. Vielleicht ist ja das massive Kostenwachstum in den Spitalambulatorien gerade darauf zurückzuführen, dass die Zulassungssteuerung in den ersten Jahren in den Spitälern nicht zur Anwendung gekommen ist, sondern erst später. Wichtig ist, dass die Zulassungssteuerung auch für angestellte Ärzte gilt. Hierauf muss auch geachtet werden.

Die unterstellten Titel: Das können wir in dieser Form unterstützen. Wie die Allgemeinmedizin definiert ist, ist eine fachliche Frage. Die vorliegende Lösung haben wir bei der letzten Verlängerung des Zulassungsstopps so definiert.

Zur Frage der Dauer: Diese drei Jahre sind richtig. Sie geben einen gewissen Druck auf das Parlament, in dieser Zeit eine bessere Lösung zu finden, die in ein Definitivum überführt werden kann, in welchem meiner Meinung nach ganz klar Qualitätsaspekte ins Zentrum gerückt werden müssen. Qualitätsaspekte und eine bedürfnisorientiertere Steuerung. Eventuell kann dies auch über die Ausbildung geschehen. Es geht ja nicht nur um den Numerus Clausus. Es geht um die Frage der Ausbildungsplätze und ob allenfalls auch schon dort eine Steuerung in die Richtung eingeführt werden kann, in welcher wir mehr Ärzte brauchen. In dieser Zeit muss sicher auch die Tarmed-Korrektur umgesetzt werden. Drei Jahre sind ein relativ ehrgeiziger Zeitplan für dieses Projekt.

Zur Übergangsbestimmung möchten wir noch anregen, die Angelegenheit der gekauften Nummern anzugehen. Das geht ja fast ins Kapitel Bestechung oder Korruption, wenn gewisse Ärzte sehr viel Geld bezahlen, um in eine Praxis eintreten zu können. Es geht nicht um die Nummer, sondern um die Praxen, für die dann teilweise exorbitanten Preise bezahlt werden. Hier muss noch etwas Gedankenarbeit geleistet werden, damit sich eine solche Entwicklung nicht wiederholt.

Das ist das Wichtigste. Zusammengefasst: Wir von der CVP sind nicht wahnsinnig begeistert, aber wir sehen die Notwendigkeit einer Zulassungssteuerung für jene Kantone, die dies wollen. Deshalb unterstützen wir die Vorlage.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup, Madame Humbel. Je passe maintenant la parole à Monsieur Meier, santé-suisse.

### **Dr. Christoph Meier, Direktor santé-suisse**

Herr Bundesrat, sehr verehrte Damen und Herren. Herzlichen Dank für die Einladung. Zuerst eine ganz generelle Vorbemerkung. Die Überreglementierung von heute ist in aller Regel die Fehlplanung von morgen. Die Planwirtschaft in der Grundversicherung muss mit immer wieder neuen Eingriffen die eigenen Planungsfehler korrigieren. Wenn wir am Ende 26 verschiedene Zulassungsplanungen hätten, fänden wir das keine gute Lösung.

Eine generelle Bemerkung zum Zulassungsstopp: Dieser diskriminiert junge Ärzte. Er führt zu Wellenbewegungen, die dann wieder nach Korrekturen rufen. Für kurzfristige Korrekturen könnte der Bundesrat zum Beispiel Anreize mit differenzierten Taxpunktwerten nach Ärztedichte oder nach Qualität prüfen. Auch ein Vorschlag der Ärzte rückt die qualitativen Aspekte in den Vordergrund. Wir haben von Verweildauer im Spital oder von der Sprache gehört. Längerfristig meinen wir, sollten marktwirtschaftliche Anreize gestärkt werden. Das beste Mittel zur Korrektur der Engpässe und der Überversorgung sowie den damit verbundenen Kosten wäre eine flexiblere Gestaltung des Vertragszwangs. Wir haben es schon gehört. Dies ist im Moment halt nicht möglich. Sollte diese Notmassnahme vom Zulassungsstopp dennoch bejaht werden, dann haben wir vier Empfehlungen.

Die erste Empfehlung: Nur befristet, zum Beispiel für zwei Jahre. Die zweite Empfehlung ist schon erfüllt: Nach demselben Modell wie der vorangegangene Zulassungsstopp sollte unseres Erachtens nach die Kompetenz beim Bund bleiben. Die dritte Empfehlung: Die integrierte Versorgung und kreative Praxismodelle sollten vom Stopp ausgenommen werden. Zumindest wäre das zu prüfen. Und die vierte Empfehlung: Die Krankenversicherung als Vertreter der Prämienzahler sollten bei der Steuerung der Zulassung einbezogen werden. Soviel für den Moment. Der Rest folgt schriftlich.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup Monsieur Meier, je passe maintenant la parole à Monsieur Dietschi, Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK.

### **Reto Dietschi, Direktor Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Wir sehen die Wiedereinführung des Zulassungsstopps sehr kritisch. Unserer Meinung nach muss sich der Wert einer solchen Vorlage eigentlich an der beabsichtigten Wirkung messen lassen. Wir sind der Ansicht, dass diese Wirkung – falls überhaupt – sehr gering sein dürfte. Wir haben den Zulassungsstopp die letzten neun Jahre gehabt und unserer Meinung nach sind die gesteigerten Zulassungen, die wir dieses Jahr feststellen konnten, eine Auswirkung der Vergangenheit. All diejenigen Ärzte, die in der Vergangenheit keine Praxis eröffnen durften, haben ihre Gesuche jetzt nachgereicht und deshalb eine übermässige Steigerung der Praxisbewilligungen bewirkt. Wir haben den Stöpsel rausgenommen und nun sind diejenigen Ärzte, die nicht ins System gelassen wurden, im System drin. Wegen den Übergangsbestimmungen sind diese Ärzte natürlich zukünftig von dieser Bedürfnisklausel ausgeschlossen. Daher glauben

wir, dass wir diesen Fehler, diesen Überlauf, hier gar nicht rückgängig machen können. Unserer Meinung nach ist das eher ein gesundheitspolitisches Placebo, das wir hier verabreichen, und wir hoffen einfach, dass es nicht schlimmer wird. Ändern können wir das nicht mehr.

Wir sind aus ordnungspolitischen Überzeugungen der Meinung, dass hier eigentlich die kantonalen Kompetenzen beschränkt werden sollten. Es geht hier um die Zulassung zur Abrechnung der obligatorischen Grundversicherung und nicht um eine gesundheitspolizeiliche Zulassung, die normalerweise die Kantone regeln. Daher glauben wir, dass die Bundeskompetenz eigentlich beim Bund bleiben und – wenn überhaupt – nur zum Teil an die Kantone delegiert werden sollte.

Uns ist die definitive Lösung wichtig. Wir sind gerne bereit, hier mitzuarbeiten. Ich glaube es gibt intelligente und überzeugende Modelle, wie wir diese Zulassung für den ambulanten Bereich in der Zukunft auch nach Qualitätskriterien regeln können. Hier sind wir der Meinung, dass wir den Fokus und unsere Kräfte vor allem auf diese Zulassung fokussieren konzentrieren sollten. Wir glauben nicht, dass es das Richtige wäre, vergangene Fehler zu wiederholen. Alles weitere erhalten Sie von uns schriftlich. Vielen Dank.

### **Alain Berset**

Merci Monsieur Dietschi, je passe maintenant la parole à Monsieur Radczuweit, Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino.

### **Stefano Radczuweit, Vorsteher Gesundheitsamt Kanton Tessin**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, wir bedanken uns, dass wir zu diesem Entwurf noch einmal Stellung nehmen können.

Wir sind im Kanton Tessin auch der Ansicht, dass der Zulassungsstopp sicher nicht «das Ei des Kolumbus» ist. Es ist sicher keine Ideallösung. Die Gründe haben wir schon gehört. Trotzdem sind wir überzeugt, dass im Moment ein erneuter Zulassungsstopp nötig ist. Vielleicht nicht für die ganze Schweiz. Die Schweiz ist immer noch ein föderalistischer Staat mit extrem unterschiedlichen Realitäten. Jeder bringt das vor, was er gut kennt. Wir haben meinen Kollegen aus Genf gehört. Wir haben im Tessin ganz ähnliche Probleme. Bei den Konkordatsnummern haben wir gegenüber den Zahlen vom Vorjahr eine Zunahme von sage und schreibe 327 Prozent verzeichnet. Insgesamt haben wir im Tessin nach dem Ende des Zulassungsstopps fünfzehn Prozent mehr Ärzte, die bereits eine Konkordatsnummer haben, im Vergleich gegenüber Ende Dezember. Das ist vielleicht sicher zu erwarten gewesen. Wir hatten über 200 Ärzte auf der Warteliste, die schon eine gesundheitspolizeiliche Berufsausübungsbewilligung bekommen hatten. Was uns sehr grosse Sorgen macht, sind aber auch die neuen Gesuche nach Berufsausübungsbewilligung. Wir haben allein in den ersten neun Monaten bereits 130 neue Gesuche erhalten. Und wie Sie wissen, werden davon fast alle bewilligt, da es sich um gesundheitspolizeiliche Bewilligungen handelt. Werden die Anforderungen erfüllt, wird diese auch erteilt.

Im Tessin haben wir den Zulassungsstopp in den letzten neun Jahren sehr restriktiv angewendet und das auch im Einvernehmen mit der kantonalen Ärztesgesellschaft. Es gibt natürlich auch Probleme: Der Kauf der Arztpraxen, die bereits bestanden haben, ist ein Riesensproblem. Der Kanton Tessin wollte das damals eigentlich nicht, es wurde aber von der Ärztesgesellschaft verlangt. Das Argument war damals, dass die Praxis praktisch die zweite Säule für den Arzt sei und das dies möglich sein müsse. Das hat bei uns die Preise extrem in die Höhe getrieben.

Was die Titel angeht: Wir sind dafür, dass der Zulassungsstopp kurzfristig wieder eingeführt wird. Mittelfristig sind wir aber ebenso der Meinung, dass man eine andere Lösung finden

muss und dass man vor allem den Kantonen erlauben muss, das Angebot besser steuern zu können, auch geographisch. Wir haben im Tessin enorme Probleme in den Randgebieten und in den Tälern. Die Ärzte konzentrieren sich in den Städten. Von daher ist es schade, dass die Allgemeinärzte 2010 ausgenommen wurden. Wir haben im Tessin von Anfang an mit dem Zulassungsstopp Steuerung betrieben und das wurde auch vom Bundesversicherungsgericht gedeckt. Wir haben eine Beschwerde über die geographische Beschränkung gehabt. Die wurde abgewiesen.

Von daher finde ich, dass die Delegation der Kompetenz an die Kantone durchaus Sinn macht, eben weil Zürich, Genf und das Tessin nicht gleich sind. Uri hat absolut keine Probleme, Tessin hat enorm viele Probleme. Auch wenn nicht jede Praxis eine halbe Million kostet, aber 130 neue Praxen. Wenn wir dann noch die neuen dazu nehmen, die jetzt die Berufsausübungsbewilligung beantragt haben, wären wir bei fast 300 neuen Praxen. Da können Sie sich ausrechnen, was das in Bezug auf die Gesundheitskosten ausmacht. Die Kantone zahlen massiv an die Prämien. Im Tessin sind wir inzwischen so weit, dass die Prämien von vielen Leuten schlicht nicht mehr bezahlt werden können. Und von daher macht eine Delegation an die Kantone absolut Sinn.

Zum konkreten Vorschlag: Wir würden eigentlich wünschen, dass der Zulassungsstopp auf Bundesebene eingeführt wird, mit der Freiheit der Kantone, ihn eventuell nicht anzuwenden. Dies auch aus legislatorischen Gründen. Wir müssen bei uns zum Beispiel ins Parlament, um die kantonale Anwendung durchzusetzen. Das geht zum Teil ziemlich lange und wenn in dieser Zeit die Ärzte weiter einfließen könnten, wäre das auch keine Lösung.

Was die Ambulatorien in den Spitälern betrifft, ist vor allem von der Ärztesgesellschaft lange verlangt worden, dass dort auch ein Zulassungsstopp kommt. Vor allem, damit man gleich lange Spiesse hat. Wir haben auch im Tessin eine starke Zunahme von Ambulatorien in den Spitälern festgestellt. Dies ist sicher nicht nur wegen dem Zulassungsstopp. Aber die Ärzte, die gerne eine Praxis aufmachen würden und nicht können, erleben das schon irgendwie als eine Ungleichbehandlung. Bei den Zahlen zur Fakturierung ist es wahrscheinlich noch etwas zu früh, um wirklich Schlüsse ziehen zu können. Wenn wir berücksichtigen, wie lange es braucht, bis jemand das Geld bei der Bank kriegt und eine Praxis aufmacht, werden wir wahrscheinlich erst 2013 sehen können, wie sich das Ende des Zulassungsstopps wirklich ausgewirkt hat.

Was die drei Jahre anbelangt, auf die der neue Zulassungsstopp – hoffentlich zum letzten Mal – vorerst angesetzt ist, sind wir der Meinung, dass dies angemessen ist, vor allem wenn wir zurückschauen. Man sagt eigentlich seit 2002 in der Politik, dass man nach besseren Lösungen suche, dass man überlege. Aber man hat es in neun Jahren nicht geschafft. Man darf nicht vergessen, wenn man die Frist zu kurz ansetzt: Man muss jedes Mal wieder eine neue gesetzliche Grundlage schaffen. Das führt wieder zu Unsicherheiten. Daher können drei Jahre wahrscheinlich adäquat erscheinen. Wenn eine bessere Lösung vorher kommt, kann man das Gesetz immer noch ändern und Artikel 55a wieder aufheben.

Noch eine Bemerkung zu den Übergangsbestimmungen: Auf der einen Seite muss klar sein, was im KVG «tätig zu sein» bedeutet. Muss jemand fakturiert haben? Das hat uns schon vor Jahren Probleme gemacht. Im Tessin sind wir dann einfach auf den Besitz der Konkordatsnummer gegangen. Das ist aber sicher nicht die beste Lösung. Wenn man auf die Fakturierung abstellt, muss man auch vorsehen, dass uns santésuisse diese Daten liefern muss. Das ist leider immer wieder ein Problem. Santésuisse gibt einfach keine Daten heraus, solange die gesetzliche Lage nicht klar ist. Wir haben das auch im Medizinalberufegesetz (MedBG) wieder gesehen. Da wurde die Verordnung am Schluss noch dahingehend geändert, dass sogar die Kantone die Daten, die nur die Krankenversicherer besitzen, einfügen müssten.

Und schlussendlich zu den Spitalambulatorien: So wie es im Gesetz steht und auch vorher stand, ist es schlicht nicht umsetzbar. Zumindest nicht so, wie es im Tessin gehandhabt wird. Die Spitäler haben Ärzte, die grundsätzlich für den stationären Bereich zuständig sind und später zu den Ambulatorien berufen werden, wenn es nötig ist. Hinzu kommt, und das ist den

meisten wahrscheinlich nicht bekannt, dass in der Tarifvereinbarung, im Annex 8 der Vereinbarung zwischen H+ und santésuisse, ausdrücklich steht, dass die Assistenzärzte nicht namentlich in der Rechnung erscheinen. Sie kriegen eine sogenannte «Dummy-Nummer». Und das macht es schlicht unmöglich zu überprüfen, wer diese Leistungen erbracht hat. Von daher wäre es in den Spitälern sinnvoller, dass man einfach die Gesamtzahl der in der Praxis ambulant tätigen Ärzte festlegt. Wir haben das so gehandhabt. Dazu kommt, dass die Ärzte in den Spitälern sehr oft Stationen oder sogar das Spital wechseln. Würde man das an eine Namensliste binden, würde das grundsätzlich heissen, dass in den Spitälern die ambulant tätigen Ärzte mit den Jahren zurückgehen. Und das ist wahrscheinlich auch nicht im Sinne des Ganzen. Wir haben das bei uns pro Spital aufgrund der effektiv in dem Moment vorhandenen von den Spitälern gelieferten Zahlen begrenzt und als Kontrollzahl die Volumen, die fakturiert wurden, von Tarmed benutzt. Das hat relativ gut geklappt. Ich danke Ihnen.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup, je passe maintenant la parole à Monsieur Besmer, canton de Saint-Gall.

### **Urs Besmer, Leiter Rechtsdienst Staatskanzlei des Kantons St. Gallen**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrt Damen und Herren. Wir schliessen uns der Position des Vorstandes der GDK an. Auch wir erachten die vorgeschlagenen Massnahmen als Zwischenschritt. Es handelt sich um eine dringliche Massnahme, die vor dem Hintergrund der gescheiterten Managed-Care-Vorlage unseres Erachtens nach sowohl geeignet als auch erforderlich ist, um als Steuerungsinstrument im Bereich Leistungsangebot wirksam eingreifen zu können. Es handelt sich um eine vorläufige Rückkehr zu einem unseres Erachtens nach bewährten System. Im Kanton St. Gallen haben die bisherige Regelung, die altrechtlichen Bestimmungen zum Zulassungsstopp und insbesondere auch die entsprechenden Vollzugsbestimmungen des kantonalen Rechts gegriffen. Wir können sagen, dass die Praxis sich auch nach rechtstaatlichen Kriterien bewährt hat. Wir haben nie ein Anfechtungsverfahren vor Gericht verzeichnen müssen.

Die Frage, ob ein Zulassungsentscheid rechtstaatlich standhält oder nicht, zeigt sich letztlich im Rahmen eines konkreten Zulassungsverfahrens, das nach verwaltungsrechtlichen, beziehungsweise rechtstaatlichen Kriterien – Stichwort Begründungspflicht – vollzogen werden muss. Wir erachten die vorgeschlagenen Regelungen – eine dringliche Massnahme – insgesamt als berechtigt. Dies belegen auch die Zahlen im Kanton St. Gallen: Wir haben in der Vergleichsperiode bis und mit Ende Oktober letztes Jahr 39 Bewilligungen für Ärzte, die nach altem Recht dem Zulassungsstopp unterstanden sind, erteilt. Heute sind wir auf dem Stand von 90, wobei eine grosse Zahl von pendenten Gesuchen noch nicht abgearbeitet werden konnte. Es ist also keine Tendenz erkennbar, dass diese unseres Erachtens massive Zunahme von Gesuchen zurückgehen sollte. Wir verzeichnen aktuell also mehr als eine Verdoppelung.

Wir sind auch der Meinung, dass die Frage der Unterversorgung beziehungsweise des Bedarfs nach Fachärzten und Spezialisten durch die Kantone besser beurteilt werden kann. Wir werden Gelegenheit haben, uns auf Stufe der Vollzugsverordnung im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens einzubringen. Letztlich werden es die Kriterien sein, die dazumal der Bundesrat zu erlassen hat, welche unter dem Titel «Rechtsstaatlichkeit» zu überprüfen sind. Wichtig erscheint uns auch die Möglichkeit, dass die Kantone Bedingungen machen können, um die Entwicklung von Konzentrationen auf einzelne Städte zu verhindern und eine gleichmässigerer Verlagerung auf das ganze Kantonsgebiet zu ermöglichen.

Bei den Übergangsbestimmungen haben wir noch ein paar Fragen oder Anliegen. Unseres Erachtens sollte insbesondere die Frage der Abrechnung vor Inkrafttreten der neuen Bestimmungen geklärt sein. Genügt eine einmalige Abrechnung zu Lasten der obligatorisch

Krankenpflegeversicherung oder was ist dort die Messlatte? Dort scheint uns dringend noch Klärungsbedarf zu sein.

Ein weiterer Punkt ist der Bereich der Einrichtungen nach Artikel 36a KVG. Was ist die Meinung dieser Übergangsbestimmung? Litera b): Dort sollen diese Einrichtungen auf dem bisherigen Kontingent bleiben, ungeachtet der Frage ob und wer von diesen angestellten Ärzten eine ZSR-Nummer besitzt oder was dort die Grundlage sein soll. Unseres Erachtens besteht dort noch Potenzial. Wenn Ärzte von diesen Einrichtungen abwandern sollten, muss Gewähr geboten werden, dass es dort keine Mengenausweitung gibt. Auch das Problem des Handels mit ZSR-Nummern ist uns nicht unbekannt. Wir können das aber nicht mit konkreten Nummern belegen. Es gibt einfach Gerüchte. Unseres Erachtens wäre es wünschenswert, dass auch diese Problematik dort angesprochen oder geregelt wird, wo es Sinn macht. Allenfalls auch auf Gesetzesstufe, im dem Sinne, dass bei einer Praxisübergabe der entsprechende Preis marktüblichen Referenzzahlen entsprechen sollte. Das wären unseres Erachtens die wesentlichen Punkte. Des Übrigen kann ich mich dem Kollegen aus dem Tessin anschliessen. Soweit habe ich geschlossen.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup Monsieur Besmer, je passe maintenant la parole à Monsieur Dennler Adrian, Privatkliniken Schweiz.

### **Adrian Dennler, Präsident PKS Privatkliniken Schweiz**

Sehr verehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Zuerst möchte ich mich ganz herzlich bedanken, dass wir das Wort erhalten in diesem Kreis der Gesundheitsfachleute. Wir machen nur 23 Prozent des Marktes in der Schweiz aus. Aber eben, es sind 23 Prozent und ich vertrete eine «zum Teil Randgruppe», da wir spezielle Systeme im Belegarztsystem haben.

Neben den Äusserungen meines Kollegen von H+ und vor allem auch meines Kollegen aus dem Kanton Zürich, möchte ich darauf hinweisen, dass wir mit dem Belegarztsystem ganz bestimmte Bedingungen haben eingehen müssen, um im neuen KVG überhaupt eine Anerkennung als Listenspital zu erreichen. Wir mussten da vor allem auch die ganze Leistungskompetenz, die Sicherung von gewissen Spezialisierungen erarbeiten – inklusive der Verschiebung dieser Arbeiten in den ambulanten Bereich –, um überhaupt einen Leistungsauftrag aus dem jeweiligen Kanton zu erhalten. Das heisst Verkürzung der Aufenthaltsdauer, vermehrte Betreuung im ambulanten Bereich. Wenn jetzt diese Einschränkung erneut in Kraft tritt, haben wir grössere Probleme mit unseren Belegärzten, das Ambulante überhaupt erbringen zu können. Das Prinzip des Belegarztes ist ja gerade, dass er in der eigenen Praxis ist, den Patienten voruntersucht, bei uns im Spital behandelt und dann wiederum die Nachbehandlung abschliesst. Wir haben bei uns in der «vor-KVG-Zeit» selbstverständlich ebenfalls viele Ärzte anstellen müssen wegen dem Mangel der möglichen Bewilligungen. Das hat bei uns zu massiven Risiken geführt, da wir sehr hohe Verpflichtungen eingehen mussten, um die Lohnzahlungen auch sicherstellen zu können. Für mich eigentlich eine ungesunde Abkehr des gesunden Belegarztsystems, wo der Arzt mit seiner Qualität und seiner ärztlichen Tätigkeit und eben seines guten Renomées seine Patienten bekommt oder eben nicht. Der Patient hat dadurch die freie Auswahl, zu welchem Arzt er gehen möchte.

Die kantonale Planung ist für uns eine Risikoangelegenheit. Wir haben selber erfahren, mit welcher Vehemenz die Kantone – zum Teil mit eigenen Spitalern – diese Planungen nicht ganz objektiv vertreten. Der berühmte Mehrfachhut der Kantone mit dem Betrieb eigener Unternehmungen gegenüber eines sogenannt Privaten, ohne klare Kriterien, ist für uns so weit gediehen, dass wir inzwischen bereits neun Mal vor Bundesverwaltungsgericht sind, um nur die Umsetzung des KVGs zu erkämpfen. Wir haben hier einen hohen Anspruch an klare

Kriterien und würden ebenfalls begrüßen, dass diese Kriterien durch den Bund festgelegt werden, da es für uns nahezu unmöglich ist, gegen Entscheide einzelner Kantone zugunsten ihrer Spitäler anzukämpfen.

Wir möchten abschliessend noch eine Idee für die Regelung einbringen: Ich bin auch überzeugt, dass die tariftechnische Regelung eine mögliche Lösung darstellen könnten. Es ist klar, dass die Westschweiz deutlich höhere Tarife hat als die Deutschschweiz. Wenn man schaut, wo die hohen Tarife bezahlt werden, sieht man auch, wo die hohe Konzentration der Ärzte ist. Ich bin überzeugt, dass man dies auch unter eventuellem Beizug des möglichen drei- bis fünfjährigen Praktikums im Spital mit einbeziehen könnte und diese ganze Angelegenheit basierend auf wirtschaftlichen Grundideen erledigen könnte.

Ich muss hier wirklich mit Vehemenz bitten, dass diese Regelung abgelehnt wird. Das wäre für uns als privates Belegarztspital längerfristig absolut kontraproduktiv. Auch wir werden noch eine schriftliche Eingabe machen und danken bestens.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup. Je passe la parole à Monsieur Rossini.

### **Stéphane Rossini, conseiller national, Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS**

Monsieur le Conseil fédéral, Mesdames et Messieurs, merci de nous permettre de nous exprimer sur cet objet pour le Parti socialiste suisse. J'aimerais préalablement dire que pour nous la problématique de la régulation de la démographie médicale devrait faire partie intégrante d'une véritable politique de santé publique. Et pour nous, une véritable gouvernance de la démographie médicale est importante. Elle doit être dynamique et constructive. En soutenant une démarche de régulation de la démographie médicale, nous voulons absolument éviter que cette régulation se fasse par d'autres biais notamment par la levée de l'obligation de contracter et par les assureurs, comme cela a été évoqué durant plusieurs années dans les débats politiques.

Nous sommes très réservés par rapport à la problématique d'une législation fédérale limitée dans le temps. Nous pensons que dans notre perspective d'une véritable politique de régulation de la démographie médicale, il faudrait une législation fédérale ordinaire, qui ne soit pas limitée dans le temps, parce que nous ne sortons pas de nulle part. Nous sortons d'une période 2002 à 2011 au cours de laquelle nous avons pu expérimenter notamment les effets pervers et négatifs de ce blocage, de ce gel des cabinets médicaux, de ces problématiques de moratoire. On sait très bien qu'entrer dans un moratoire c'est très facile, mais en sortir c'est beaucoup plus complexe. Et pour nous il paraît peu pensable d'envisager une nouvelle politique de stop and go comme on l'a connu au rythme de trois ans par trois ans. Une politique de ce type n'est pas une politique, c'est le contraire même d'une politique publique, qui est vouée, ou je dirais liée aux aléas des humeurs parlementaires. On l'a vu très clairement au cours de ces dix dernières années que tout projet parlementaire donnait une bonne occasion pour ne pas en faire trop ou ne plus rien faire du tout. Pour nous cette expérience est mauvaise.

Nous regrettons que la politique qui a été conduite dans ces domaines 2002 à 2011 n'ait pas fait l'objet d'une analyse rigoureuse synthétique menée de concert par la Confédération, les cantons et les différents acteurs concernés pour véritablement nous permettre de construire une vraie et une nouvelle politique publique dans ce domaine. Nous craignons cette limite de trois ans. La limite de trois ans peut être tout à fait adéquate si on est certain d'avoir une issue à la fin des trois ans. Mais elle peut aussi être très longue si après les trois ans on repart dans une prolongation. Et là on parvient à des espaces temps qui pour nous ne sont pas judicieux. Je pense que le risque de retomber dans les travers que nous avons vécu de 2002 à 2011 est au niveau politique assez réel.

Donc le Parti socialiste voudrait une véritable politique de démographie médicale dans une loi ordinaire. Si vraiment il n'y a pas d'autre alternative nous aimerions que des critères, des leviers à peut-être inventer, soient intégrés dans le projet final du Conseil fédéral pour que nous puissions véritablement poser avec cette démarche les bases d'une législation ordinaire.

Autre point qui pour nous est important en regard aussi de ce qui a été fait entre 2002 et 2011, c'est la marge de manœuvre des cantons, celle-ci doit pouvoir s'exprimer. Des cantons ont appliqué le moratoire, d'autres cantons ne l'ont pas appliqué, les situations sont extrêmement diverses. Et aujourd'hui les cantons doivent être des acteurs centraux de cette démarche mais en même temps c'est un élément qui nous paraît aussi important. Il doit y avoir une véritable gouvernance, une véritable coordination, un vrai pilotage de la part de la Confédération et pour ça je pense qu'on n'a pas su tirer les leçons du moratoire 2002-2011, notamment dans l'élaboration de vrais instruments d'analyse. Souvenez vous, en 2002 lorsque le moratoire a été lancé, la première question, le premier problème qui a explosé, c'était celui des données statistiques. Quasiment aucun canton n'était d'accord avec les statistiques qui figuraient dans l'annexe du message. On n'a pas tiré cette leçon. Nous pensons que si on veut mettre en place une politique de démographie médicale, il faut un registre national qui permette véritablement de savoir combien il y a de médecins, où ils travaillent, quelle est leur répartition du temps entre la pratique privée ambulatoire la pratique hospitalière, etc.. Il faut des instruments et je pense que, sur la constitution des instruments, on a perdu dix ans depuis 2002 parce que l'on n'a strictement rien fait.

Autres éléments qui nous paraissent importants, et je conclurai avec ces deux points : il faut absolument, mais je sais que ça se fait et que ça se discute dans d'autres espaces, augmenter le nombre de médecins formés en Suisse, parce que nous avons un vrai problème aujourd'hui avec le nombre de médecins formés dans notre pays.

Et, dernière remarque, pour nous il est clair que la discrimination à l'égard des jeunes médecins aujourd'hui ne doit pas être reproduite. On a fait cet exercice de 2002 jusqu'à fin 2011. Je crois que des critères doivent impérativement être établis pour éviter que ce soit la règle «de l'ancienneté» ou des privilèges, des médecins déjà installés, qui soit finalement le critère des jeunes médecins, qui discriminerait les jeunes médecins. On ne peut pas dans une politique de démographie médicale dire aux jeunes «vous n'avez pas de perspectives professionnelles après la formation», cela n'est pas cohérent avec la formation des médecins. Je crois que si on entre dans une dynamique de moratoire, tout comme si on veut véritablement faire le pas vers une politique de démographie médicale, il faut éviter les risques de discrimination des jeunes médecins et on devrait rapidement trouver des critères clairs pour les appliquer.

## **Alain Berset**

Merci Monsieur Rossini, je passe maintenant la parole à pharmaSuisse, Monsieur Mesnil.

## **Dr. Marcel Mesnil, Generalsekretär pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband**

Monsieur le Conseil fédéral, Mesdames et Messieurs merci de nous avoir invités pour prendre position sur ce sujet délicat. pharmaSuisse comprend l'urgence, dans certains cantons limitrophes notamment. Ils ont vraiment besoin d'une base légale fédérale pour pouvoir faire quelque chose, on ne veut pas les laisser simplement comme ça. Sur la question de l'approvisionnement, nous cherchons des mesures et soutenons les mesures qui touchent au sur-approvisionnement mais aussi qui résolvent en partie les problèmes de sous-approvisionnement. Cela a été dit tout à l'heure, on a un problème de répartition entre les divers fournisseurs de prestations et un problème de répartition régionale. Ces questions-là sont reconnues, donc il s'agit de trouver des solutions à ces problèmes.

pharmaSuisse est favorable à l'introduction de conditions-cadres définissant certaines clauses du besoin. Nous avons besoin de clauses du besoin durables dans certains secteurs, et notamment dans le domaine des pharmacies car les critères d'installation d'une nouvelle pharmacie aujourd'hui sont plutôt axés sur la rentabilité que sur les besoins d'approvisionnement. pharmaSuisse estime que la Confédération et les cantons doivent avoir un moyen de piloter d'une certaine façon ces critères et ces clauses du besoin car seule la Confédération et les cantons sont habilités à juger de l'intérêt public supérieur. Nous pensons chez pharmaSuisse que les pharmacies doivent être touchées par ces régulations mais dans ce cas-là, les pharmacies privées des médecins doivent aussi être prises en compte, ce qui n'a pas été le cas jusqu'ici. Il existe une base légale pour la clause du besoin des pharmacies privées des médecins, il s'agit de l'accessibilité à une pharmacie publique. Elle existe déjà dans la loi mais n'a jamais été appliquée. Nous pensons que le chapitre des définitions doit être complété, ce qui sera sûrement un exercice utile à terme. Et peut-être aussi d'associer aux divers fournisseurs de prestations une mission qui sera remplie ou non et qui aidera les cantons à juger si la clause du besoin s'applique.

Enfin, nous nous demandons si l'exception des médecins de premiers recours dans le projet actuel n'est pas finalement un mauvais service. Cela prive les cantons de la base légale qui leur permettrait justement de favoriser l'installation à la campagne ou des installations sans aucun contrôle donc probablement plutôt en ville.

Enfin, nous trouvons quand même positif dans ce projet qui nous est soumis que le Conseil fédéral fixe les critères de besoin. Que les cantons décident si oui ou non ils veulent l'appliquer, c'est une bonne chose aussi. On a vu que les avis ne sont pas unanimes, les situations ne sont pas les mêmes partout.

Enfin, la possibilité pour les cantons d'assortir l'autorisation de certaines conditions peut aussi être utilisé intelligemment, par exemple pour exiger un certain nombre de formations de qualité, de participations à un service de nuit, pourquoi pas, de travaux interdisciplinaires, comme des cercles de qualité qui ont fait leurs preuves dans le domaine des économies des médicaments.

Cela peut paraître étonnant que nous demandions que les pharmacies soient aussi touchées par cette clause, puisqu'elles ne peuvent pas augmenter les coûts à charge de la LAMal. Certes, les prestations et les médicaments ne sont remboursés que si un médecin les prescrit. Mais les pharmacies peuvent apporter des économies et peuvent apporter aussi une plus grande efficacité du système de soins notamment dans les soins primaires. Ceci est aussi un peu pour griffer l'attaque de santéSuisse sur la marge excessive des pharmacies. Il ne s'agit peut-être pas du meilleur endroit où il faut économiser, mais peut-être veiller à ce qu'il y ait un réseau de pharmacies complet aussi à la campagne plutôt que de supprimer un élément d'économie.

Enfin, finalement, nous soutenons l'élaboration de mesures durables et sommes heureux si nous pouvons participer aux débats. Nous considérons bien sûr ce projet comme une mesure d'urgence provisoire. Des solutions à long terme plus consensuelles doivent être élaborées qui atteignent les objectifs que nous venons de mentionner. Tout ceci se trouve dans notre prise de position déjà déposée et je vous remercie d'en tenir compte.

## **Alain Berset**

Merci beaucoup Monsieur Mesnil. Maintenant la parole est à la Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaften Monsieur Wiedersheim.

## **Dr. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften**

Herr Bundesrat, meine Damen und Herren. Ich bedanke mich recht herzlich, dass ich heute anwesend sein darf, auch wenn ich mir diese Einladung selber beschaffen musste. Die Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften versteht sich als Repräsentant der kantonalen Ärztegesellschaften. Sie versteht sich als ärztliches Pendant zur GdK und sie hat sehr gute Kenntnisse der kantonalen Situation. Daher fühlt sie sich prädestiniert für eine Stellungnahme zu diesem Gesetzesentwurf. Erlauben Sie mir auch die persönliche Bemerkung: Idealerweise sollte man Betroffene immer zu Beteiligten machen.

Die KKA ist keinesfalls sehr glücklich mit dem Zulassungsstopp und gerade der Vergleich mit den 500'000 Franken Heilungskosten pro praktizierendem Arzt verursacht immer den schalen Beigeschmack, ein Heilungskosten verursachendes Monster unseres Gesundheitswesens zu sein. Dabei erbringt man doch auch einen gewissen Nutzen.

Aus Sicht der kantonalen Ärztegesellschaften handelt sich um ein Problem betreffend des spitalambulanten Bereichs. Auch dieser sollte sicher miteinbezogen sein. Es ist nicht ganz einfach zu erklären, warum während des Zulassungsstopps im stationären Sektor über hundert Arztstellen mehr geschaffen wurden. Das sollte bei einer neuen Regelung umgangen werden. Wir sind der Meinung, dass die Ressourcensteuerung durchaus ein sinnvoller Beitrag in städtischen Ballungszentren und grenznahen Regionen ist und deshalb einer nationalen Steuerung eher eine regionale und kantonale vorzuziehen ist. Wichtig hierfür ist jedoch eine aussagekräftige Datengrundlage: Die Basierung auf den abgegebenen ZSR-Nummern der santésuisse ist untauglich und irreführend. Wir haben keine Aussagen zu Praxiseröffnung, Leistungserbringung, Klinik- und Teilzeittätigkeit. Ich erlaube mir den Hinweis, dass allein in der Ärztegesellschaft Zürich 44 Prozent der Neuzulassungen weniger als 60 Prozent arbeiten. Die effektiv zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen sind sowohl für eine Steuerung als auch für eine Versorgungsplanung von eminenter Bedeutung. Aber weder beim Bund noch bei den Kantonen oder der santésuisse verfügt man über die Angaben zur Anzahl teilzeitlich tätiger Bewilligungsinhaber sowie den Umfang der von diesen erbrachten Leistungen. Die Ärzteschaft hingegen hat die relevanten Daten und stellt diese den Kantonen gerne zur Verfügung.

Zum Absatz 1 hätten wir den Wunsch, dass die Anhörungen der Ärzteschaft vor der Vorbereitung und Umsetzung allfälliger Steuerungsmaßnahmen erfolgt, und dass auch ein Mitspracherecht bei der Sicherstellung der Versorgungssicherheit besteht – nicht nur eine Anhörung, sondern ein Mitwirkungsrecht für die Ärzteschaft. Wir bitten um eine entsprechende Ergänzung der Vorlage.

Zu Absatz 3: Der erläuternde Bericht geht weit über den Gesetzeswortlaut hinaus. Der Bundesrat führt eine Anhörung durch, bevor er die Zulassung der Leistungserbringer gemäss Absatz 1 von einem Bedürfnis abhängig macht. Wir bitten auch da um die entsprechende Anpassung: Berücksichtigung der ärztlichen Daten für den Entscheid zur Zulassungsregelung und Festlegung der Kriterien.

Zu Absatz 4: Zulassungen sollten auch für beschränkte Tätigkeitspensen vorgesehen werden, um die Ressourcen möglichst effizient auszunutzen. Die Kantone sollte ermächtigt werden, bei bestehender oder drohender Unterversorgung auch Unterstützung durch die Schaffung von Anreizen zu ermöglichen. Wir haben nicht nur eine Überversorgung, die Situation ist regional sehr unterschiedlich, wenn ich z.B. ans Toggenburg im Kanton St. Gallen denke.

Zu Absatz 5: Die Verlängerung der Frist bis zum Verfall der Zulassung sollte von sechs auf zwölf Monate gestreckt werden. Die Praxis von sechs Monaten führt zu oft zu Verlängerungsgesuchen. Die Vorbereitungen zu einer Praxiseröffnung dauern oft länger und bedürfen schon früh des Zulassungsnachweises.

Fazit: Die Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften begrüsst eine ressourcengesteuerte Sicherung der medizinischen Versorgung. Aber nur auf einer konkreten Datenbasis. Vor

der Abklärung der Frage, ob eine Über- oder Unterversorgung vorliegt ist eine Beurteilung der Leistungserbringer basierend auf ihren eigenen Daten einzuholen. Qualitätskriterien sollten bitte nicht vergessen werden für eine hochstehende medizinische Versorgung. Wir denken, es braucht die Prüfung der Zulassung in Abhängigkeit einer zeitlich definierten Tätigkeit in einer Patientenbehandlung im schweizerischen Gesundheitssystem. Sofern die Leistungserbringer von den Kantonen bei der Bedarfsabklärung nicht näher einbezogen werden, vertreten wir die Ansicht, dass ein Referendum ergriffen werden soll. Im Namen der kantonalen Ärztesellschaften bitte ich höflich, das Angebot der Ärzteschaft zur Verfügungstellung der eigenen Datensammlung und zur Mitwirkung für eine optimale Versorgungssicherheit anzunehmen und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

### **Alain Berset**

Merci Monsieur Wiedersheim, je suis très heureux que vous ayez pu nous rejoindre en vous signalant quand même qu'en général il appartient aussi aux organisations qui peuvent se sentir concernées par un projet de le mentionner et qu'elles sont naturellement très volontiers associées à ces discussions. Je suis très heureux que vous puissiez être là.

Pour la deuxième phase, j'ai pris note de la discussion sur le référendum. Je vous rappelle que l'on est juste encore à la consultation sur le potentiel projet du Conseil fédéral et que l'on aura encore tout le loisir et encore beaucoup plus tard de discuter de ces choses là.

Economiesuisse encore, Monsieur Marty. Il s'agit de la dernière organisation présente. Si par hasard j'avais oublié une organisation, un parti, une association, merci de me le signaler de manière à ce que je puisse encore vous passer la parole. Comme il y a eu des organisations qui ont participé presque spontanément à l'audition, sans s'être annoncées auparavant, il est possible qu'il manque un nom ou un autre, je vous en prie de nous en excuser. Je donnerai naturellement la parole à toutes celles et ceux qui le souhaitent encore.

### **Dr. Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik economiesuisse**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Anwesende. Vielen Dank, dass auch wir uns als nicht direkt beteiligte Organisation zu dieser Vorlage äussern können. Wir nehmen uns heraus, die ganze Sache aus der Vogelperspektive zu betrachten.

Wenn man diese Notlösung, die bereits mehrmals wiederholt wurde, beobachtet, dann sieht man in finanzpolitischer Hinsicht eigentlich keine grossen Effekte. Die Kosten sind eigentlich stetig gestiegen, sie haben nicht gross geschwankt und deshalb ist auch von dieser Seite der Nutzen relativ klein. Aber der Schaden ist sehr gross. Wir schauen das Gesundheitswesen vor allem aus ordnungspolitischer und wettbewerbspolitischer Sicht an. Aus ordnungspolitischer Sicht müssen wir sagen, dass die öffentliche Hand, der Bund, vor allem die Minimalplanung leisten sollte und nicht bei der Maximalplanung eingreifen sollte. Denn dort gibt es bessere Instrumente als Planungsinstrumente. Eine solche rigide Bedarfsplanung hat auch häufig unerwünschte Nebenwirkungen. Wir haben das von Herrn Dietrich aber auch von Frau Glauser und anderen gehört. Man muss aufpassen, dass man durch eine Regulierung nicht Sachen hervorruft, die dann wiederum zusätzliche Regulierungen nach sich ziehen. Wettbewerbspolitisch ist es sehr unerwünscht. Wir haben eine Dualität zwischen Zulassungsstopp und -verbot für die Ausübung des Arztberufes einerseits und dann eine sogenannte Carte Blanche für den Kontrahierungszwang. Und das zeigt genau, dass der Kontrahierungszwang, der ja auch eine Regulierung ist, auf anderen Seite wieder einen Stopp nach sich zieht. Das ist eine Dualität, die sehr unschön ist. Wir haben mit der Vertragsfreiheit ein gutes Modell, dies aufzulösen. Und ich glaube, wenn wir hier mit dieser Bedarfsplanung zuwarten, dann wird es tendenziell vielleicht zu viele Ärzte geben. Aber das wird die Akzeptanz für den Kontrahierungszwang wieder erhöhen, auch auf Seiten der Ärzte.

Junge Ärzte werden vom Markt ausgeschlossen. Das ist unschön und behindert auch andere innovative Systemveränderungen wie zum Beispiel e-Health. Es behindert auch das Unternehmertum in der Ärzteschaft. Die Jungen werden so «verbeamtet», kommen nicht früh ins Unternehmertum hinein. Das verändert auch die Ärzteschaft als Ganzes in eine negative Richtung.

Auch von der Versorgung her sehen wir Probleme. Wenn man solche Bedarfsplanungen macht ist die Chance gross, dass man Zyklen generiert, dass es nach einer Über- plötzlich eine Unterversorgung gibt. Das ist besonders im Gesundheitsbereich unschön. Das sieht man auch in anderen stark regulierten Bereichen, zum Beispiel in der Bildung mit dem Lehrermangel. Herr Dennler und auch Herr Wegmüller haben die Probleme der Spitalversorgung skizziert. Da möchte ich nicht weiter darauf eingehen. Nur eines: Diese Dichotomie von ambulanter und stationärer Behandlung ist sehr unschön. Und jetzt versucht man dem ambulanten Bereich den Deckel draufzutun, obwohl die ambulante Versorgung eigentlich die Zukunftsversorgung ist. Somit behindert man diesen Strukturwandel. Ich habe es angetönt: Es gibt bessere Lösungen. Zum einen die Vertragsfreiheit. Wenn man diese kurzfristig nicht realisieren will – wobei es auch mal wert wäre, das Volk hierzu direkt zu befragen –, gibt es zum anderen auch tarifäre Lösungen. Auch diese haben wir schon erwähnt. Aus diesen Gründen lehnt die Wirtschaft diese Gesetzesrevision ab. Wir werden Ihnen heute noch eine schriftliche Stellungnahme zukommen lassen. Vielen Dank.

### **Alain Berset**

Merci beaucoup Monsieur Marty. Je passe maintenant la parole au représentant du canton de Berne, Monsieur Schochat.

### **Dr. Thomas Schochat, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren. Zunächst einmal besten Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Aufgrund der knappen Frist war es leider nicht möglich eine Stellungnahme vom gesamten Regierungsrat des Kanton Bern zu erhalten, weshalb sich ausschliesslich die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zur Vorlage äussert. In diesem Sinne vertrete ich heute Herrn Regierungsrat Philipp Perrenoud.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern unterstützt vollumfänglich die Stellungnahme des Vorstands der GDK. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern befürwortet die Vorlage. Sie ist sich sehr wohl bewusst, dass die Wiedereinführung des Zulassungsstopps eine Notmassnahme ist, die mit mehreren Nachteilen verbunden ist. Diese sind heute schon mehrfach genannt worden. Aber aufgrund der massiven Zunahme ist diese Massnahme einfach notwendig.

Herr Radczuweit hat die Situation im Kanton Tessin ausführlich dargelegt. Für den Kanton Bern kann ich das praktisch 1:1 unterschreiben. Wir haben auch Berge und Täler und offenbar die gleichen Probleme. Wir haben nicht 300 Prozent Zunahme, sondern «nur» 100 Prozent Zunahme, aber prinzipiell die gleichen Schwierigkeiten. Andere Kantone haben andere Bedürfnisse. Wir haben das aus dem Kanton Zürich gehört und deshalb möchte ich betonen, was Herr Leutwyler von der GDK bereits gesagt hat: Der vorliegende Vorschlag lässt den Kantonen einen gewissen Spielraum. Es liegt an den Kantonen, diesen in ihren Ausführungsverordnungen auszugestalten.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist aber der Auffassung, dass der Zulassungsstopp nur eine Übergangslösung sein kann, die so rasch wie möglich durch eine langfristige, differenziertere Lösung der Zulassungssteuerung abgelöst werden muss. Unsere schriftliche Stellungnahme haben Sie meines Wissens bereits erhalten. Besten Dank.

**Alain Berset**

Très bien. Merci beaucoup, Monsieur Schochat. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui souhaite encore s'exprimer et qui n'aurait pas pu le faire dans le cadre de cette conférence? Cela ne semble pas être le cas. J'aimerais donc à ce stade vous remercier pour votre participation active, pour vos prises de position dans le cadre de cette consultation sous forme de conférence. Le procès verbal qui va être préparé suite à cette conférence va être envoyé à tous les participants. Les avis que vous avez exprimés aujourd'hui lors de la consultation seront accessibles au public. On doit avec ça aussi respecter des normes légales dans ce domaine. Je vous rappelle qu'il est possible de transmettre vos positions écrites jusqu'à aujourd'hui. C'est le dernier jour. Je prie donc celles et ceux qui auraient encore des positions écrites à transmettre de le faire jusqu'à aujourd'hui. La consultation sera ensuite consolidée avec les avis qui ont été exprimés par écrit et doivent permettre au Conseil fédéral de se pencher sur ce projet. Je vous remercie de votre participation aujourd'hui et je souhaite à toutes et à tous une très bonne suite de journée et une bonne semaine. Merci.

**Liste der Vernehmlassungsadressaten**  
**Liste des destinataires**  
**Elenco dei destinatari**

## 1. Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Kaspar Escher-Haus 8090 Zürich
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 3000 Bern 8
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern
Standeskanzlei des Kantons Uri	Postfach 6460 Altdorf
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Postfach 6431 Schwyz
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus 6060 Sarnen
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Rathaus 6370 Stans
Regierungskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus
Staatskanzlei des Kantons Zug	Postfach 156 6301 Zug
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus 4509 Solothurn
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Rathaus, Postfach 4001 Basel
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Rathausstrasse 2 4410 Liestal
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau

Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude 8510 Frauenfeld
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Residenza Governativa 6501 Bellinzona
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Château cantonal 1014 Lausanne
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Palais du Gouvernement 1950 Sion
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Château 2001 Neuchâtel
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 1211 Genève 3
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	Rue du 24-Septembre 2 2800 Delémont

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
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und - Direktorinnen (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

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
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Postfach 5835 3001 Bern
Christlich-soziale Partei Obwalden csp-ow	c/o Stefan Keiser Enetriederstrasse 28 6060 Sarnen
Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis	Geschäftsstelle CSPO Postfach 3980 Visp
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti évangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägeligasse 9 Postfach 3294 3000 Bern 7
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali	Sekretariat Fraktion und Politik Neuengasse 20 Postfach 6136 3001 Bern
Grüne Partei der Schweiz GPS Parti écologiste suisse PES	Waisenhausplatz 21 3011 Bern

Partito ecologista svizzero PES Grünes Bündnis GB (Mitglied GPS) Alliance Verte AVeS Alleanza Verde AVeS	
Grünliberale Partei glp Parti vert'libéral pvl	Postfach 367 3000 Bern 7
Lega dei Ticinesi (Lega)	Norman Gobbi casella postale 64 6776 Piotta
Mouvement Citoyens Romand (MCR)	c/o Mouvement Citoyens Genevois (MCG) CP 340 1211 Genève 17
Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Postfach 8252 3001 Bern
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS Parti socialiste suisse PSS Partito socialista svizzero PSS	Postfach 7876 3001 Bern

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

Schweizerischer Gemeindeverband	Postfach 3322 Urtenen-Schönbühl
Schweizerischer Städteverband	Monbijoustrasse 8 Postfach 8175 3001 Bern
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Postfach 7836 3001 Bern

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

economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	Postfach 8032 Zürich
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Postfach 3001 Bern
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Postfach 8032 Zürich
Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Haus der Schweizer Bauern Laurstrasse 10 5200 Brugg

Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB)	Postfach 4182 4002 Basel
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Postfach 3000 Bern 23
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
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern

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

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

Associazione Consumatrici 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 3000 Bern 23

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

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15
H+ Die Spitäler der Schweiz Les Hôpitaux de Suisse Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern
Kollegium für Hausarztmedizin College de médecine de premier recours Collegio di medicina di base	Geschäftsstelle Landhausweg 26 3007 Bern
Konferenz kantonale Krankenhaus Verbände	c/o VAKA Geschäftsstelle Laurenzenvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau

Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses	Worbstrasse 52 3074 Muri / Bern
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société Suisse des Pharmaciens	Stationsstrasse 12 3097 Bern – Liebefeld
Verband Schweizerischer Assistenz- und Ober�rzte/-innen Association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	Bahnhofplatz 10 A Postfach 8650 3001 Bern
Verein der Leitenden Spital�rzte der Schweiz VLSS Association des Médecins Dirig�ants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS	Sekretariat Bolligenstrasse 52 3006 Bern
Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK Alliance des assureurs de maladie suisse AAMS	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern
Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer	Haldenstrasse 25 6006 Luzern
santésuisse	R�merstrasse 20 4502 Solothurn
Schweizerischer Versicherungsverband Association Suisse d'Assurances Associazione Svizzera d'Assicurazioni	C.F. Meyer-Strasse 14 Postfach 4288 8022 Zürich
Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn
Association Suisse des Assurés Schweizerischer Verband der Versicherten Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 case postale 1911 1227 Carouge
Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération des patients	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich
SPO Patientenschutz OSP Organisation Suisse des Patients OSP Organizzazione Svizzera dei Pazienti	Geschäftsstelle H�ringstrasse 20 8001 Zürich

**Liste der TeilnehmerInnen an der konferenziellen Vernehmlassung vom  
5. November 2012**

***Kantone / Cantons / Cantoni***

Herr Dr. Thomas Schochat, Vertreter **Kanton Bern**

Monsieur Adrien Bron, représentant du **canton de Genève**

Herr Urs Besmer, Vertreter **Kanton St. Gallen**

Herr Stefano Radczuweit, Vertreter **Kanton Tessin**

Herr Walter Dietrich, Vertreter **Kanton Zürich**

Herr Domenic Dierauer, Vertreter **Kanton Zürich**

Herr Stefan Leutwyler, **GDK Gesundheitsdirektorenkonferenz**

***Politische Parteien / Partis politiques / Partiti politici***

Frau Ruth Humbel, Nationalrätin, **CVP**

Frau Barbara Christen, **CVP**

Monsieur Stéphane Rossini, Conseiller national, **Sozialdemokratische Partei SP**

***Sonstige Organisationen / Autres organisations / Altre organizzazioni***

Herr Dr. Fridolin Marty, **economiesuisse**

Herr Dr. med. Jacques de Haller, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**

Herr Dr. med. Jürg Schlup, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**

Herr Hanspeter Kuhn, **FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte**

Frau Rosmarie Glauser, **VSAO Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/-innen**

Herr Dr. Marcel Mesnil, **pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband**

Herr Dr. Bernhard Wegmüller, **H+ Die Spitäler der Schweiz**

Herr Adrian Dennler, **Privatkliniken Schweiz**

Herr Dr. med. Peter Wiedersheim, **KKA, Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften**

Herr Dr. Christoph Meier, **santésuisse**

Herr Reto Dietschi, **ASK Allianz Schweizer Krankenversicherer**  
Herr Beat Knuchel, **ASK Allianz Schweizer Krankenversicherer**  
Frau Margrit Kessler, Nationalrätin, **SPO Patientenschutz**

***Verwaltung / Administration / Amministrazione***

Monsieur Alain Berset, **Bundesrat**  
Herr Thomas Christen, **EDI**  
Frau Katharina Füglistler, **EDI**  
Herr Pascal Strupler, **BAG**  
Frau Sandra Schneider, **BAG**  
Frau Sandrine Bossy, **BAG**  
Herr Giovanni Cortesi, **BAG**  
Herr Jérémie Lecoultre, **BAG**  
Herr Christian Vogt, **BAG**  
Frau Katrin Holenstein, **BAG**  
Frau Corinne Bossard, **BAG (Support)**  
Frau Mirjana Jovanov, **BAG (Support)**

## Liste der Teilnehmer der schriftlichen Vernehmlassung / Abkürzungen / Statistik

### I. Vernehmlassungsadressaten

Nr. <sup>1</sup>	Abkürzung	Name
1	Travail.Suisse	Travail.Suisse
2	SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
3	UR	Kanton Uri
4	SO	Kanton Solothurn
5	OW	Kanton Obwalden
6	VSAO-ZH	Verband Schweizerischer Assistenz- und OberärztInnen, Sektion Zürich
7	TI	Kanton Tessin
8	SGV (Gemeinden)	Schweizerischer Gemeindeverband
9	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
10	VLSS	Verein Leitender Spitalärzte der Schweiz
11	GR	Kanton Graubünden
12	pharmaSuisse	pharmaSuisse
13	SZ	Kanton Schwyz
14	ASK	Allianz Schweizer Krankenversicherer
15	ZG	Kanton Zug
16	GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
17	LU	Kanton Luzern
18	AG	Kanton Aargau
19	PKS	Privatkliniken Schweiz
21	ZH	Kanton Zürich
22	GL	Kanton Glarus
23	TG	Kanton Thurgau
25	FDP	FDP.Die Liberalen
26	GE	Kanton Genf
27	BL	Kanton Basel-Landschaft
28	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
30	JU	Kanton Jura
31	SVP	Schweizerische Volkspartei
32	sgv (Gewerbe)	Schweizerischer Gewerbeverband
33	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
34	santésuisse	santésuisse
35	H+	H+ Die Spitäler der Schweiz
36	VD	Kanton Waadt
37	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
38	NE	Kanton Neuenburg

<sup>1</sup> Nummerierung gemäss Eingang der Stellungnahmen

39	FR	Kanton Freiburg
40	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
41	NW	Kanton Nidwalden
43	economiesuisse	economiesuisse
45	Grüne	Grüne Partei
53	AI	Kanton Appenzell Innerrhoden

## II. Nicht begrüßte Organisationen

20	SVM	Société Vaudoise de Médecine
24	KKA	KKA Konferenz der Kantonalen AerzteGesellschaften
29	Hausärzte Schweiz	Berufsverband der Haus-und Kinderärztinnen Schweiz
42	SWICA	SWICA Gesundheitsorganisation
44	comparis.ch	comparis.ch
46	medswiss.net	medswiss.net Schweizer Dachverband der Ärztenetze
47	Vaud cliniques	VAUD cliniques, Association vaudoise des cliniques privées
48	CP	CP Centre Patronal
49	SSPPEA	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie SGKJPP)
50	refdata	Stiftung Refdata Referenzdaten im schweizerischen Gesundheitswesen
51	SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
52	SGR	Schweizerische Gesellschaft für Radiologie

## III. Statistik

	Total Eingeladene	TeilnehmerInnen
Konferenzielle Vernehmlassung vom 5. November 2012	72	18

	Total Eingeladene	Stellungnahmen Begrüsste	Stellungnahmen nicht Begrüsste	Total Stellungnahmen
Schriftliche Stellungnahmen	72	41	12	53