



KANTON AARGAU

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

| AmtL | GP | KVG | ÖeG | VS | R | Träger |
|------|--------------------------|----------------|-----|-----|------|---------|
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| DG | | | | | | |
| QC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| EM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | AG Chem |
| Lst | VA | NCD | MT | BGM | Chem | Str |

20. Okt. 2017

A-Post Plus
Bundesamt für Gesundheit
Postfach
3003 Bern

18. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Gelegenheit zur Vernehmlassung über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und nehmen wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Bemerkungen

Die Vorlage beruht auf einem dreistufigen Konzept. Die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer sollen verbessert werden durch erhöhte Anforderungen an die Zulassung sowie durch die Kompetenzerteilung an den Bundesrat, die Zulassung sämtlicher ambulanter Leistungserbringer zu regeln und insbesondere Auflagen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Schliesslich erhalten die Kantone die Kompetenz, die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken.

Generell ist festzustellen, dass der Vollzug dieser KVG-Teilrevision mit einem riesigen zusätzlichen administrativen Aufwand, insbesondere auch für die Kantone im Bereich der Zulassungssteuerung, verbunden ist. Es wird im Kanton Aargau mit einem zusätzlichen Stellenbedarf von 200 % gerechnet, wobei das Ziel der Steuerung der Zulassung, nämlich die Kostendämpfung, nicht erwiesen ist. Die langjährige Erfahrung mit dem Instrument des Zulassungsstopps hat gezeigt, dass die Kosten im ambulanten Bereich weiterhin stark gestiegen sind. Zudem werden an die künftigen Ärztinnen und Ärzte widersprüchliche Signale ausgesendet. Einerseits wird zu Recht und zunehmend darauf hingewiesen, dass sich der Grundversorgermangel verschärfen wird, so dass die Ausbildungskapazitäten für Ärztinnen und Ärzte erhöht werden und der Bund 100 Millionen Franken in die Erhöhung dieser Kapazitäten investiert. Andererseits sollen mittels Höchstzahlen die Zulassungen beschränkt werden. Dieses Vorgehen ist widersprüchlich und sendet Signale gegenüber dem Ärztenachwuchs aus, die nicht verstanden werden. Im Weiteren ist ausserdem davon auszugehen, dass sich der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in einigen Jahren nicht nur in der Grundversorgung, sondern auch in anderen Fachgebieten bemerkbar machen wird.

Vollzugsuntauglich ist die Vorstellung, den ambulanten Spitalbereich einer Zulassungssteuerung zu unterziehen. Im Kanton Aargau verfügen die Spitalärztinnen und Spitalärzte über keine Berufsausübungsbewilligung, sodass keine Verknüpfung der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung mit der Zulassung möglich ist. Ärztinnen und Ärzte ohne Facharzt Diplom können zudem gar keine Berufsausübungsbewilligung erhalten, und in den Spitälern stellt diese Ärztekategorie einen sehr grossen

Anteil dar. Spitalärztinnen und Spitalärzte sind zudem meist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich tätig; eine scharfe Trennung ist nicht möglich.

Zusammengefasst erscheint die Vorlage in Bezug auf die Interventionsebenen zwei und drei nicht vollzugstauglich und mit viel zu hohem Aufwand für die Kantone verbunden. Sie ist grundlegend zu überarbeiten und darf in den Kantonen keinesfalls zu einem höheren Aufwand und zu einer Verkomplizierung des Vollzugs führen.

2. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 36 Abs. 3 und 3^{bis}

Eine Wartefrist von zwei Jahren für die Erteilung der Zulassung ist nicht angemessen. Sie bewirkt bei den Ärztinnen und Ärzten, dass diese zwangsläufig länger in den Spitälern verweilen und der Grundversorgermangel noch akzentuiert wird. Zum Zweck der Qualitätssicherung ist die heutige Regelung für die Ärzteschaft, nämlich das Erfordernis der dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Ausbildungsstätte, deutlich zweckmässiger und zielführender. Zudem genügt ein Sprachniveau B2 nicht für eine medizinische Tätigkeit; es müsste ein höheres Niveau angestrebt werden. Bei den Apothekerinnen und Apothekern ist die zweijährige Wartefrist nach Erhalt des Weiterbildungstitels in fachlicher Hinsicht unnötig und führt zu einer Verknappung von Apothekerinnen und Apothekern sowohl in den öffentlichen als auch in den Spitalapotheken.

Wir beantragen daher, die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung für Ärztinnen und Ärzte beizubehalten, die eine Tätigkeit von mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Art. 36 Abs. 4

Der Bundesrat erhält umfassende Kompetenzen zum Erlass von Auflagen zur Qualität, Wirtschaftlichkeit und zur Lieferung von Daten. Diese Kompetenz, die ohne Einschränkung gegeben wird, geht zu weit. Der Artikel ist zu streichen, allenfalls einschränkender zu formulieren. Insbesondere im Bereich der Datenlieferung sind im Gesetz genauere Bestimmungen zu formulieren, damit eine zu weitgehende Datenerfassung verhindert wird.

Art. 36 Abs. 5

Nebst den Kantonen, welche die Bewilligungen erteilen, wird eine weitere Aufsichtsinstanz geschaffen, welche die Zulassungen erteilt. Diese Instanz wird von den Versicherern bezeichnet. Die Leistungserbringer sind nicht in die Zulassungsinstanz eingebunden, was unerlässlich wäre. Die Schaffung einer weiteren Aufsichtsebene neben den Kantonen ist im Übrigen aufwendig und mit administrativen Mehrbelastungen verbunden.

Art. 36 Abs. 6

Vgl. Bemerkung zu Art. 36 Abs. 3^{bis}. Der Artikel kann gestrichen werden.

Art. 55a Abs. 1

Der Einbezug der Spitalärztinnen und Spitalärzte ist praktisch nicht vollziehbar. Die meisten Spitalärztinnen und Spitalärzte sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig. Eine Berufsausübungsbewilligung benötigen die Kaderärztinnen und Kaderärzte im Kanton Aargau nicht, und die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ohne Facharztstitel können gar keine Berufsausübungsbewilligung erhalten. Der Einbezug der Spitalärztinnen und Spitalärzte in die Zulassungssteuerung ist somit, falls überhaupt, nur mit einem kaum zu bewältigenden administrativen Aufwand verbunden.

Art. 55a Abs. 2

Die Beschäftigungsgrade aller in einem Kanton tätigen Ärztinnen und Ärzte (im Spital und in freier Praxis) müssten regelmässig erhoben werden, sicher in jährlichen Abständen. Auch eine solche Massnahme wäre für die Kantone mit einem unverhältnismässigen Vollzugsaufwand verbunden.

Art. 55a Abs. 3

Es wird auch hier auf den zusätzlich für die Kantone anfallenden Verwaltungsaufwand verwiesen.

Art. 55a Abs. 4

Es ist nicht davon auszugehen, dass die Verbände über repräsentative Daten zu den Beschäftigungsgraden der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und noch viel weniger der Spitalärztinnen und Spitalärzte verfügen. Eine umfassende und regelmässige Erhebung wäre mit sehr grossem administrativem Aufwand verbunden.

Übergangsbestimmungen

Eine Anpassung der kantonalen gesetzlichen Bestimmung innerhalb von zwei Jahren unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Erhebung des Beschäftigungsgrades, Anhörung der Betroffenen, Koordination mit den anderen Kantonen) ist ohne Schaffung zusätzlicher Ressourcen nicht umsetzbar. Die Frist ist zu kurz.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Stephan Altiger
Landammann



Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Kopie

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 24
Telefax +41 71 788 93 39
michaela.inauen@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Eidg. Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Appenzell, 4. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) zukommen lassen. Wir lassen Ihnen nachstehend - in Anlehnung an die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren - unsere Anträge und Bemerkungen zukommen.

1. Grundsätzliches

Die Standeskommission unterstützt das Vorhaben des Bundesrats, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen. Der Entwurf entspricht weitgehend auch dem Wunsch unseres Kantons, die Regelung der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Bedarf in eigener Kompetenz regeln zu können und hierbei ein Instrument zur Hand zu haben, welches eine effektive Steuerung bewirkt und in der Umsetzung möglichst einfach und technisch nicht zu anspruchsvoll, also nicht detailsteuernd, ist.

Die Vernehmlassungsvorlage verfolgt aus unserer Sicht grundsätzlich einen gangbaren und realistischen Weg. Das vorgeschlagene Steuerungsinstrumentarium ist unseres Erachtens jedoch noch in einigen entscheidenden Punkten zu vereinfachen. Es sollten nicht gesetzliche Vorgaben gemacht werden, welche in der Umsetzung zu komplex sind oder welche die Verfügbarkeit von Daten voraussetzen, die zurzeit nicht gegeben ist.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 36

Abs. 1 und 2

Die Standeskommission begrüsst die gesetzliche Grundlage, die Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 lit. a bis g, lit. m und n an Voraussetzungen knüpfen zu können, welche sich auf die Aus- und Weiterbildung sowie die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen beziehen.

Abs. 3

Wir halten die geltende Regelung in Art. 55a KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für eine zweckmässigere Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Mediziner und Medizinerinnen, die hier ausgebildet werden, nicht behindernd auf den Berufseinstieg auswirkt oder gar dazu führt, dass sie dem Beruf den Rücken kehren.

Antrag

Wir beantragen, anstelle der neuen Karenzregelung die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Abs. 5 bis 7

Die Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Es soll neu ein formelles Verfahren für die Zulassung als Leistungserbringer zur OKP eingeführt werden. Bisher erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu wird es eine Verfügung mit Rechtsmittelzug etc. geben (vgl. Erläuterungen S. 12, 2. Absatz). Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind:

Wir befürchten, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden kann. Die Versicherer(verbände) haben sich in der bisherigen Diskussion nicht durch grosse Einigkeit ausgezeichnet.

Es geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sich nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Die Voraussetzungen haben sich unseres Erachtens auf die Vorgaben zu beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2 bis 4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser „Organisation“ würden auch zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt.

Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch die Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung (Kanton) vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Antrag

Abs. 5 muss präzisiert werden: „... Organisation, welche die administrative Prüfung der Voraussetzungen gemäss Abs. 2 bis 4 vornimmt und über die Zulassung von Leistungserbringern nach Abs. 1 entscheidet.“

Grundsätzlich zu Art. 36:

Wir beantragen, die mit der Kontrolle der Zulassungsanforderungen vorgesehene Instanz und das Verfahren noch einmal zu überprüfen und im Sinne unserer Überlegungen zu vereinfachen. Sollten sich diese Bestimmungen als Hindernis für die ganze Vorlage erweisen, ist auf die neue Bestimmung im Bundesratsentwurf zu verzichten.

Art. 55a

Art. 55a beinhaltet das Kernanliegen der Kantone: Die Möglichkeit, die Anzahl Ärzte und Ärztinnen auf eine Höchstzahl zu beschränken. Die vorliegende Regelung ist griffiger als die bisherige, welche eine Zulassungssteuerung für Personen ausschloss, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Abs. 1

Die Standeskommission begrüsst diese Bestimmung im Grundsatz ausdrücklich. Wir beantragen jedoch, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete beziehen kann, sondern auch auf bestimmte Regionen eines Kantons. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen können, was eine Zulassung rechtfertigt.

Antrag

Abs. 1 (ergänzen): „Zu diesem Zweck kann er vorsehen, dass folgende Personen nur mit einer Bewilligung im ambulanten Bereich eines oder mehrerer medizinischer Fachgebiete Leistungen erbringen oder in bestimmten Gemeinden tätig sein dürfen: ...“.

Eventualiter:

Abs. 1^{bis} (neu): „Der Kanton kann weitere Kriterien für die Zulassung bestimmen“.

Zudem beantragen wir, die Terminologie selbstständig/unselbstständig in Abs. 1 lit. a entweder an das revidierte MedBG anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht) oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbstständigkeit oder um die fachliche Verantwortlichkeit geht.

Abs. 2

Den Kantonen sind heute die Beschäftigungsgrade der Ärzte und Ärztinnen in selbständiger Tätigkeit nicht bekannt. Die Grundlagen dafür werden bestenfalls mit der Umsetzung von MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé des BFS) und den entsprechenden Strukturdaten vorliegen. Die in Abs. 2 festgehaltene Vorschrift erschwerte oder verunmöglichte eine zeitgerechte Umsetzung. Zudem wird ein Kanton bei der Festlegung der Höchstzahlen auch die durchschnittliche Ärztedichte in der Schweiz in die Erwägungen einbeziehen. Diese dürfte derselben (sinkenden) Entwicklung des Beschäftigungsgrads unterliegen wie in einem einzelnen Kanton. Insofern ist die Entwicklung des Beschäftigungsgrads in einem einzelnen Kanton von geringer Relevanz für den Referenzrahmen zur Bestimmung der Höchstzahl.

Wir erachten es nicht als notwendig, zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festzulegen.

Antrag:

Abs. 2, erster Satz (ändern): „Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Rechnung.“ ~~den Beschäftigungsgraden sämtlicher Ärztinnen und Ärzten nach Absatz 1 Rechnung.~~

Zweiter Satz (streichen): ~~Der Bundesrat kann weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen.~~

Abs. 3

Erster Satz: Anhörung der Verbände
Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Zweiter Satz: Koordination mit anderen Kantonen

Bei allem Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Versorgungsbetrachtung in einem grösseren regionalen Zusammenhang besteht aber zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht einerseits und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander andererseits, ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag.

Die Anforderungen an die „Koordination mit den anderen Kantonen“ sind deshalb möglichst einfach zu halten. Sonst besteht die Gefahr, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern.

Antrag

Abs. 1, zweiter Satz (ändern): „Er hört bei der Bestimmung der Höchstzahlen die angrenzenden Kantone an und bezieht deren ambulantes Angebot in seine Gesamtbetrachtung ein.“ ~~Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.~~

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme, bitten um Berücksichtigung unserer Anliegen und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:


Markus Dörig

Zur Kenntnis an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Ivo Bischofberger, Ackerweg 4, 9413 Oberegg
- Nationalrat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell



Regierungsrat, 9102 Herisau

Eidg. Departement des Innern
3003 Bern

Dr. iur. Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. +41 71 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 29. September 2017

Eidg. Vernehmlassung; Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Vernehmlassung zur geplanten Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) bezüglich der Zulassung von Leistungserbringern eröffnet.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Der Regierungsrat unterstützt die Stellungnahme der GDK vom 24. August 2017 zur Teilrevision des KVG bezüglich der Zulassung von Leistungserbringern.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber

Postgasse 68
3000 Bern 8
www.rr.be.ch
info.regierungsrat@sta.be.ch

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail (als docx- und pdf-Datei) an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

25. Oktober 2017

RRB-Nr.: 1098/2017
Direktion Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Unser Zeichen 2017.GEF.741
Ihr Zeichen
Klassifizierung Nicht klassifiziert



Vernehmlassung des Bundes: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern). Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Der Regierungsrat stimmt der Vorlage zu unter dem Vorbehalt der Berücksichtigung der nachfolgenden Anliegen, welche auch von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in ihrer Stellungnahme vom 24. August 2017 vorgebracht wurden:

1 Grundsätzliches

Der Regierungsrat unterstützt das Vorhaben des Bundesrates, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen. Der Entwurf entspricht weitgehend auch dem Wunsch der Kantone, die Regelung der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Bedarf in eigener Kompetenz regeln zu können. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Neuregelung mit drei Interventionsebenen unterstützt der Regierungsrat grundsätzlich, bringt jedoch gegenüber der Vernehmlassungsvorlage Vorbehalte und Änderungsvorschläge an.

Bei der Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage geht der Regierungsrat von der Prämisse aus, dass mit der neuen Regelung den Kantonen bezüglich Bedarfsbestimmung und Einfüh-

rung die tragende Rolle zukommen soll. Zudem soll das Instrument eine effektive Steuerung bewirken können und in der Umsetzung möglichst einfach und technisch nicht zu anspruchsvoll, also nicht detailsteuernd, sein. Schliesslich steht für den Regierungsrat im Vordergrund, dass keine Zeit verloren geht mit Vorschlägen, bei welchen schon heute absehbar ist, dass sie im Parlament oder in einer allfälligen Volksabstimmung nicht mehrheitsfähig sind. Ein Auslaufen der bestehenden Lösung ohne nahtlosen Ersatz würde zu einer weiteren unkontrollierten Angebotsausweitung und einem damit verbundenen Kostenschub führen. Aufgrund dieser Eckwerte teilt der Regierungsrat die Ansicht des Bundesrates, dass eine Infragestellung des Kontrahierungszwangs nicht mehrheitsfähig ist. Eine andere in die Diskussion eingebrachte Lösung – differenzierte Preise je nach Über- oder Unterangebot – fällt aus Gründen der Wirksamkeit ausser Betracht. Alle Expertenmeinungen gehen davon aus, dass die Taxpunktwertdifferenzen für eine effektive Steuerungswirkung derart gross sein müssten, dass sie unter dem Aspekt der für das KVG geltenden Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht mehr zu rechtfertigen wären. Insofern verfolgt die Vernehmlassungsvorlage einen gangbaren und realistischen Weg. Hingegen ist das vorgeschlagene Steuerungsinstrumentarium noch in einigen entscheidenden Punkten zu vereinfachen. Es sollten nicht gesetzliche Vorgaben gemacht werden, welche in der Umsetzung zu komplex sind oder welche die Verfügbarkeit von Daten voraussetzen, die zurzeit nicht gegeben ist.

2 Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

2.1 Artikel 36

2.1.1 Artikel 36 Absätze 1 und 2

Der Regierungsrat begrüsst die gesetzliche Grundlage, die Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a - g, m und n an Voraussetzungen knüpfen zu können, welche sich auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen beziehen.

2.1.2 Artikel 36 Absatz 3

Der Regierungsrat erachtet die geltende Regelung in Art. 55a KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für eine zweckmässigere Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht behindernd auf den Berufseinstieg auswirkt oder gar dazu führt, dass sie dem Beruf den Rücken zukehren.

Der Regierungsrat beantragt daher, anstelle der neuen Karenzregelung die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

2.1.3 Artikel 36 Absätze 3^{bis} und 4

Keine Bemerkungen.

2.1.4 Artikel 36 Absätze 5 - 7

Die Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Es soll neu ein formelles Verfahren für die Zulassung als Leistungserbringer zur OKP eingeführt werden. Bis-

her erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu wird es eine Verfügung mit Rechtsmittelzug geben. Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind.

Der Regierungsrat befürchtet, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden kann. Die Versicherer und deren Verbände haben sich in der bisherigen Diskussion nicht durch grosse Einigkeit ausgezeichnet. Es geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sich nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Die Voraussetzungen haben sich nach Ansicht des Regierungsrats auf die Vorgaben zu beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2 - 4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser Organisation würden auch zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt. Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch die Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Der Regierungsrat beantragt daher folgende Präzisierung von Art. 36 Abs. 5:

„⁵ Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, welche die administrative Prüfung der Voraussetzungen gemäss den Absätzen 2 - 4 vornimmt und über die Zulassung von Leistungserbringern nach Absatz 1 entscheidet.“

Zudem beantragt der Regierungsrat, die mit der Kontrolle der Zulassungsanforderungen vorgesehene Instanz und das Verfahren noch einmal zu überprüfen und zu vereinfachen. Sollten sich diese Bestimmungen als Hindernis für die ganze Vorlage erweisen, ist auf die neue Bestimmung zu verzichten.

2.2 Artikel 55a

Dieser Artikel beinhaltet das Kernanliegen der Kantone: Die Möglichkeit, die Anzahl Ärzte und Ärztinnen auf eine Höchstzahl zu beschränken. Die vorliegende Regelung ist griffiger als die bisherige, welche eine Zulassungssteuerung für Personen ausschloss, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

2.2.1 Artikel 55a Absatz 1

Der Regierungsrat begrüsst diese Bestimmung im Grundsatz ausdrücklich. Allerdings beantragt er, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete beziehen kann, sondern auch auf bestimmte Regionen eines Kantons. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen können, was eine Zulassung rechtfertigt.

Der Regierungsrat beantragt daher, Art. 55a Abs. 1 wie folgt zu ergänzen:

„¹ ...Zu diesem Zweck kann er vorsehen, dass folgende Personen nur mit einer Bewilligung im ambulanten Bereich eines oder mehrerer medizinischer Fachgebiete Leistungen erbringen oder in bestimmten Gemeinden tätig sein dürfen: ...“

Eventualiter ist ein neuer Absatz aufzunehmen:

„^{1bis} Der Kanton kann weitere Kriterien für die Zulassung bestimmen.“

Zudem beantragt der Regierungsrat, die Terminologie selbstständig bzw. unselbstständig in Art. 55a Abs. 1 Bst. a entweder an das revidierte MedBG anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht) oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbständigkeit oder um die fachliche Verantwortlichkeit geht.

2.2.2 Artikel 55a Absatz 2

Den Kantonen sind die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte in selbständiger Tätigkeit nicht bekannt. Die Grundlagen dafür werden bestenfalls mit der Umsetzung von MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé des BFS) und den entsprechenden Strukturdaten vorliegen. Die in Absatz 2 festgehaltene Vorschrift wird eine zeitgerechte Umsetzung erschweren oder verunmöglichen. Zudem wird ein Kanton bei der Festlegung der Höchstzahlen auch die durchschnittliche Ärztedichte in der Schweiz in die Erwägungen einbeziehen. Diese dürfte derselben (sinkenden) Entwicklung des Beschäftigungsgrades unterliegen wie in einem einzelnen Kanton. Insofern ist die Entwicklung des Beschäftigungsgrades in einem einzelnen Kanton von geringer Relevanz für den Referenzrahmen zur Bestimmung der Höchstzahl. Es ist nicht notwendig, zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festzulegen.

Der Regierungsrat beantragt daher, den ersten Satz in Absatz 2 zu ändern und den zweiten Satz zu streichen:

„² Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Rechnung.“

2.2.3 Artikel 55a Absatz 3

Bei allem Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Versorgungsbetrachtung in einem grösseren regionalen Zusammenhang besteht zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht einerseits und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander andererseits, ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag. Die Anforderungen an die Koordination mit den anderen Kantonen sind deshalb möglichst einfach zu halten. Sonst besteht die Gefahr, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern.

Der Regierungsrat beantragt den zweiten Satz von Art. 55a Abs.3 wie folgt zu ändern:

„³ ... Er hört bei der Bestimmung der Höchstzahlen die angrenzenden Kantone an und bezieht deren ambulantes Angebot in seine Gesamtbetrachtung ein.“

2.2.4 Artikel 55a Absätze 4 - 6

Keine Bemerkungen.

2.3 Artikel 59

Keine Bemerkungen.

2.4 Übergangsbestimmungen

Keine Bemerkungen

Der Regierungsrat dankt Ihnen für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident



Bernhard Pulver

Der Staatsschreiber



Christoph Auer

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
CH - 3003 Bern

Liestal, 24. Oktober 2017

Teilrevision KVG: Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kanton Basel-Landschaft hat die Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates vom 5. Juli 2017 zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) erhalten und dankt Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Wir können Ihnen mitteilen, dass wir uns der Stellungnahme des Vorstandes der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 24. August 2017, anschliessen¹.

Wir bitten Sie um Ihre geschätzte Kenntnisnahme. Ausserdem steht Ihnen Herr Matthias Nigg, Abteilungsleiter Spitäler und Therapieeinrichtungen (matthias.nigg@bl.ch, 061 552 91 78), für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Hochachtungsvoll



Dr. Sabine Pegoraro
Regierungspräsidentin



Dr. Peter Vetter
Landschreiber

¹ Link zur Stellungnahme der GDK:
http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/sn_gdk_zulassunggle_def_20170824_d.pdf



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 85 62
Fax: +41 61 267 85 72
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit

Per Email

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Basel, 18. Oktober 2017

**Regierungsratsbeschluss vom 17. Oktober 2017
Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern): Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) zukommen lassen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und lassen Ihnen nachstehend unsere Anträge und Bemerkungen zukommen.

1. Grundsätzliche Einschätzung

Das Vorhaben des Bundes, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen, wird seitens des Kantons Basel-Stadt als Ganzes grundsätzlich begrüsst. Der Entwurf entspricht weitgehend auch dem Wunsch der Kantone, die Regelung der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Bedarf in eigener Kompetenz regeln zu können.

Zum einen erhöht die Vorlage die Anforderungen an die Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der OKP in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit. Zum anderen wird sichergestellt, dass die Kantone bei Bedarf weiterhin die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zu Lasten der OKP steuern können (Art. 55a KVG). Ansonsten würde nach Auslaufen der Zulassungseinschränkung eine unkontrollierte Angebotsausweitung vor allem bei den Spezialärzten/innen und ein damit verbundener Kostenschub drohen.

Wir möchten Ihnen nachfolgend aber dennoch gerne einige Änderungsvorschläge und Vorbehalte unterbreiten.

2. Anträge zu den einzelnen Änderungsvorschlägen

2.1 Vorbemerkung

Im erläuternden Bericht wird an diversen Stellen festgehalten, dass die „zentralen Akteure des ambulanten Bereichs“ vor der detaillierten Ausgestaltung noch angehört werden. Es wird davon

ausgegangen, dass damit ebenfalls die Kantone gemeint sind. Sollte dies nicht der Fall sein, sind die Kantone ebenfalls anzuhören.

2.2 Artikel 36 Abs. 3 und 3^{bis}KVG

Antrag:

Wir beantragen, anstelle der neuen Karenzregelung die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Begründung:

Wir halten die geltende Regelung in Art. 55a KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für eine zweckmässigere Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht behindernd auf den Berufseinstieg auswirkt oder gar dazu führt, dass sie dem Beruf den Rücken kehren.

2.3 Artikel 36 Abs.5 KVG

Antrag:

Wir beantragen folgende Neuformulierung von Absatz 5:

⁵ *Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, **welche die administrative Prüfung der Voraussetzungen gemäss Abs. 2-4 vornimmt und über die Zulassung von Leistungserbringern nach Absatz 1 entscheidet.** Können sich die Versicherer nicht einigen, so bezeichnet der Bundesrat die Organisation.*

Überdies sollte die mit der Kontrolle der Zulassungsanforderungen vorgesehene Instanz und das Verfahren noch einmal überprüft und im Sinne unserer nachfolgenden Überlegungen vereinfacht werden. Sollten sich diese Bestimmungen als Hindernis für die ganze Vorlage erweisen, ist unseres Erachtens auf die neue Bestimmung im Bundesratsentwurf zu verzichten.

Begründung:

Die Bildung einer Organisation der Versicherer gemäss Art. 36 Abs. 5 KVG, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Es soll neu ein formelles Verfahren für die Zulassung als Leistungserbringer zur OKP eingeführt werden. Bisher erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu wird es eine Verfügung mit Rechtsmittelzug etc. geben (vgl. Erläuterungen S. 12, 2. Absatz). Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind:

- Wir haben die Befürchtung, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden kann. Die Versicherer(verbände) haben sich in der bisherigen Diskussion nicht durch grosse Einigkeit ausgezeichnet;
- Es geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn sich die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Die Voraussetzungen haben sich unseres Erachtens auf die Vorgaben zu beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2-4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser «Organisation» würden auch zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt;

- Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch die Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung (Kanton) vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

2.4 Artikel 55a Abs. 1 KVG

Antrag:

Wir beantragen folgende Ergänzung:

*Abs. 1 (ergänzen): Zu diesem Zweck kann er vorsehen, dass folgende Personen nur mit einer Bewilligung im ambulanten Bereich eines oder mehrerer medizinischen Fachgebiete Leistungen erbringen **oder in bestimmten Gemeinden tätig sein** dürfen:*

Eventualiter:

Abs. 1^{bis} (neu): Der Kanton kann weitere Kriterien für die Zulassung bestimmen.

Begründung:

Der neue Art. 55a KVG wird seitens des Kantons Basel-Stadt ausdrücklich begrüsst. Wir erachten es jedoch als sinnvoll, wenn die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete beziehen kann. Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen soll es den Kantonen möglich sein, weitere kantonsspezifische Kriterien zu erarbeiten. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen.

2.5 Artikel 55a Abs. 1 KVG

Antrag:

Es sollte inskünftig die neue Terminologie des revidierten Medizinalberufegesetzes (MedBG) verwendet werden. Privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung anstelle von selbstständiger Tätigkeit.

Begründung:

Verwendung der neuen Terminologie.

2.6 Art. 55a Abs. 2 KVG

Die im Rahmen der Zulassungssteuerung vorgesehene Berücksichtigung des Beschäftigungsgrads von Ärztinnen und Ärzten wird angesichts der steigenden Anzahl von Teilzeitarbeit als wichtige Neuerung erachtet. Bislang wird bei den Höchstzahlen nur die Anzahl Bewilligungen je Fachgebiet berücksichtigt. Die Neuerung führt daher zu einer Differenzierung.

Es stellt sich unter anderem jedoch die Frage, wie die Kantone die aktuellen Angaben zu den Arbeitspensen der betreffenden Ärztinnen und Ärzten erhalten können (Art. 55a Abs. 3 KVG). So scheint es fraglich, ob die Verbände immer über die hierfür erforderlichen aktuellen Zahlen verfügen.

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen steht Ihnen das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Frau lic. iur. Dorothee Frei Hasler (Generalsekretärin; dorothee.frei@bs.ch) gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Document PDF et Word à :
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Fribourg, le 31 octobre 2017

Consultation relative à la révision partielle de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 5 juillet 2017 de Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset.

Le Conseil d'Etat vous remercie pour l'élaboration du présent projet. Il salue la volonté du DFI d'introduire une solution de durée indéterminée en remplacement de la limitation de l'admission qui arrivera à échéance le 30 juin 2019. Le Conseil d'Etat relève également positivement le gain de flexibilité en faveur des cantons qui pourrait résulter de ce projet.

En substance, nous nous rallions à la prise de position du Comité de la CDS du 24 août 2017. Subsidiairement, les propositions développées dans la prise de position du 25 septembre 2017 de la CLASS constitueraient une alternative à laquelle le canton pourrait aussi se rallier. Cette remarque prévaut en particulier pour les propositions relatives à l'art. 55a, al. 2 et 3 LAMal.

En vous remerciant de prendre bonne note de ce qui précède, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Maurice Ropraz
Président



Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat



Genève, le 11 octobre 2017

Le Conseil d'Etat

4769-2017

EINGEGANGEN

12. Okt. 2017

Registratur GS EDI

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Monsieur Alain Berset
Conseiller fédéral
Inselgasse 1
3003 Berne

| AmtL | GP | KOV | DeG | VS | R | IT+GÈVE |
|---------------|--------------------------|----------------|-----|------|------|---------|
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| GP | 12. Okt. 2017 | | | | | |
| CL | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GS | | | | | | |
| Lst | VA | NCD | MT | BioM | Chem | Str |

Concerne : **Consultation fédérale relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (admission des fournisseurs de prestations)**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Notre Conseil a pris connaissance avec intérêt de votre courrier du 5 juillet 2017 concernant l'objet cité sous rubrique et vous en remercie.

De façon générale, nous approuvons les dispositions légales proposées. Comme notre Canton vous l'a déjà exposé à de nombreuses reprises, la maîtrise des coûts de la santé autant que l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale passent impérativement par la possibilité de limiter le nombre de prestataires de soins ambulatoires. Agir dans ce domaine revêt un caractère extrêmement urgent.

A titre d'exemple, au premier trimestre 2017 à Genève, les coûts de la médecine de ville à charge des primes ont encore augmenté de 8,3% par rapport au premier trimestre 2016, selon l'Office fédéral de la santé publique. Cette hausse dramatique sera intégralement répercutée sur les primes d'assurance des Genevois. Elle ne correspond à aucun besoin. Pire, en multipliant des prestations évitables, cette hausse est une menace directe sur la qualité et l'efficacité du réseau de soins. Les codes créanciers actifs dans la médecine de ville étaient au nombre de 2005 en 2009, ils sont passés à 2849 en 2016, avec une nouvelle accélération sur la seule année 2016 qui a vu 113 nouveaux codes créanciers facturer des prestations à l'assurance obligatoire des soins. Les cantons doivent impérativement pouvoir intervenir pour assumer leurs responsabilités dans la maîtrise des coûts de la santé.

Nous saluons l'action prévue sur trois niveaux distincts en matière d'admission des fournisseurs de prestations : par la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, par des admissions à valider par les assureurs et par la possibilité laissée aux cantons de réguler l'offre ambulatoire. Nous serons toutefois attentifs à ce que le deuxième volet ne soit pas une porte ouverte à la liberté pour les assureurs de refuser des prestataires pour des raisons uniquement économiques ou administratives. En ce qui concerne la possibilité de plafonner le nombre de prestataires pour les cantons, nous saluons son ancrage pérenne dans la loi fédérale. Nous demandons toutefois à ce que les cantons puissent fixer des critères pour différencier les admissions en fonction des besoins des réalités locales (par exemple favoriser la médecine de premier recours en réseau).

De façon générale, notre Conseil souhaite donner la priorité absolue à la régulation de la médecine. Votre projet inclut un grand nombre de prestataires de soins ambulatoires. Nous émettons des doutes sur la nécessité de soumettre d'autres prestataires que les médecins - par exemple les pharmaciens - à des conditions supplémentaires contrôlées par les caisses avant de pouvoir être remboursés.

Enfin, notre Conseil souhaite que la loi précise davantage la possibilité d'une entrée en vigueur rapide de ces mesures qui revêtent un caractère urgent.

L'annexe ci-jointe détaille nos questionnements et nos remarques ainsi que nos propositions d'améliorations.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ces lignes, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de notre parfaite considération.

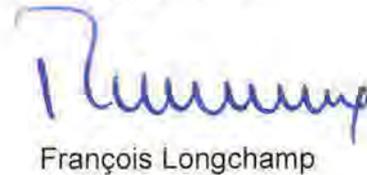
AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Anja Wyden Guelpa

Le président :



François Longchamp

Annexe mentionnée

Copie à : par e-mail : abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Consultation fédérale relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Article 36

Alinéa 1: Cet article concerne tous les fournisseurs de prestations désignés à l'article 35 al. 2, lit. a à g, m et n LAMal. La liste comprend, outre les médecins, des pharmaciens et des sages-femmes, pour n'en citer que quelques-uns.

Le canton de Genève salue la règle selon laquelle les fournisseurs de soins concernés ne peuvent facturer à charge de l'assurance obligatoire que s'ils sont admis, sous réserve de ce qui suit.

Alinéas 2 à 3bis: Il faut déduire de ces deux alinéas que le Conseil fédéral peut fixer des limites à l'admission d'un grand nombre de fournisseurs de soins. Or, il nous semble que la priorité devrait être de fixer des règles pour les médecins (art. 35 al. 2 lit. a) et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 lit. n).

La limitation des autres fournisseurs de soins ne nous apparaît pas nécessaire en l'état et risque de compliquer la mise en œuvre de la loi et de surcharger les entités habilitées à effectuer les contrôles nécessaires. Le risque d'imposer des chicaneries administratives de la part des assurances à certains prestataires, par exemple les pharmaciens, doit être évité.

Par ailleurs, le délai de carence prévu aux alinéas 3 et 3bis de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade nous paraît être moins clair que la clause actuelle. En effet, il n'indique notamment pas que la formation en question doit être dispensée dans une institution suisse de formation reconnue.

Nous proposons ainsi un alinéa 3 qui serait libellé ainsi: "*Le Conseil fédéral peut prévoir pour les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 un délai d'attente de deux ans avant l'admission et la preuve d'une expérience d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade*".

Alinéas 4 et 5: De nombreuses questions mériteraient d'être clarifiées sur ces deux alinéas qui devront être modifiés pour être acceptables selon nous. En l'état il n'est pas possible de saisir quels types de tâches l'organisme concerné devra accomplir. Il est en outre difficile d'imaginer un examen de la qualité et de l'économicité des prestations en amont d'une autorisation de pratiquer. Dès lors, il conviendra de limiter le pouvoir d'examen de l'autorité désignée par les assureurs à un contrôle administratif, tel que la participation du fournisseur de soins à un programme en matière de qualité ou la fourniture d'indicateurs.

Il convient d'éviter un pilotage de la part de l'organisme désigné par les assureurs sur des points qui devraient rester de la compétence des cantons. Le projet ne doit ni être une levée déguisée de l'obligation de contracter, ni instaurer un examen redondant avec la délivrance des autorisations de police sanitaire qui relèvent des compétences constitutionnelles cantonales. Nous souhaitons ainsi que les cantons soient explicitement associés à l'élaboration des exigences et critères qui seront fixés par le Conseil fédéral selon l'alinéa 4.

Alinéa 6: Le canton souhaite participer au choix de l'organisation qui serait, le cas échéant, désignée par le Conseil fédéral pour contrôler les connaissances des candidats par le biais d'un examen.

Article 55a

Alinéa 1: Notre canton soutient pleinement cette disposition. Nous souhaiterions cependant que les cantons puissent également édicter certains critères pour l'admission de fournisseurs de prestations, indépendamment des quotas et des conditions administratives pour exercer à charge de l'assurance obligatoire des soins. La fixation en soit d'un plafond ne suffit pas. Les cantons doivent pouvoir fixer des critères génériques d'économicité et de qualité afin d'orienter les pratiques du système de soins dont ils sont responsables.

Nous proposons ainsi l'ajout d'un alinéa en ce sens: "*al. 1bis: Les cantons peuvent définir d'autres critères pour l'admission*".

Alinéa 2: Cette disposition est absolument inapplicable car les cantons ne connaissent pas actuellement le taux d'occupation des médecins indépendants et ces données seront difficiles à obtenir. Il faut impérativement modifier cet alinéa.

Nous proposons de libeller l'alinéa 2 comme suit: "*Lorsqu'il détermine les plafonds visés à l'alinéa 1, le canton tient compte de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse*".

Alinéa 3: Il est à notre sens difficile de concilier la liberté laissée aux cantons de fixer ou non un plafond pour l'admission des fournisseurs de soins à charge de l'assurance obligatoire et en parallèle d'exiger qu'ils se coordonnent entre eux à cette fin. L'on pourrait cependant prévoir que le canton désirant faire usage de la possibilité qui lui est laissée de fixer un quota, tienne compte de l'offre qui existe dans les cantons limitrophes.

Nous proposons dès lors la formulation suivante (al. 3, 2^e phrase): "*Il consulte les cantons limitrophes et tient compte de leur offre ambulatoire pour édicter ses quotas*".

Alinéa 6: nous approuvons cet alinéa.

Article 59: pas de remarque particulière.

Disposition transitoire: Les cantons ont un délai de deux ans pour adapter leur législation, depuis l'entrée en vigueur de la modification. La question de savoir si un canton qui ne ferait pas immédiatement usage de son droit d'instaurer un plafond pourrait changer d'avis et vouloir le mettre en place après ce délai de deux ans n'est pas claire. Elle semble exclue.

A notre sens, chaque canton devrait en tout temps pouvoir faire usage de cette possibilité, comme il devrait pouvoir modifier les plafonds fixés en fonction des besoins ou de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse.

En outre, nous devons pouvoir appliquer les nouvelles règles dès leur entrée en vigueur. Cela doit être précisé dans le texte de loi car ces mesures revêtent un caractère urgent.

Nous proposons un alinéa 3: "*Les cantons ayant fait usage de la limitation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire avant l'entrée en vigueur de la modification peuvent faire usage des droits qui leur sont conférés par l'article 55a dès son entrée en vigueur*".

Glarus, 26. September 2017
Unsere Ref: 2017-123

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Hochgeachteter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

1. Grundsätzliches

Der Kanton Glarus befürwortet das Vorhaben des Bundesrates, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen. Der Entwurf entspricht weitgehend auch unserem Wunsch, die Regelung der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Bedarf in eigener Kompetenz regeln zu können.

In den Einzelheiten der Revision unterstützt der Kanton vollumfänglich die detaillierte Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 24. August 2017 und verzichtet hier auf eine Wiederholung derselben.

Betonen möchten wir die Wichtigkeit eines pragmatischen Steuerungsinstrumentariums. Es sollten nicht gesetzliche Vorgaben gemacht werden, welche in der Umsetzung zu komplex sind oder welche die Verfügbarkeit von zusätzlichen Daten voraussetzen bzw. entweder die Kantone oder die Leistungserbringer mit administrativen Auflagen noch weiter belasten.

2. Zu den Artikeln im Einzelnen

Der Kanton Glarus unterstützt die detaillierten Anträge der GDK zu den einzelnen Paragraphen und verzichtet hier auf eine Wiederholung. Deshalb vermerken wir unten nur die ergänzenden Bemerkungen.

Artikel 36 Absatz 4 KVG

Mit den neuen Massnahmen zur Beweis der Wirtschaftlichkeit und Qualität muss seitens Bund sichergestellt werden, dass die administrative Belastung der Leistungserbringer nicht weiter anwächst und die verlangten Daten tatsächlich bereits vorhanden sind sondern auf

eine pragmatischen Grösse reduziert wird. Die diesbezügliche Belastung wirkt sich bereits negativ auf die freipraktizierenden Leistungserbringer aus.

Artikel 36 Absatz 5–7 KVG

Die Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Wir sind eindeutig gegen diesen Paradigmenwechsel, da sie faktisch einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs gleichzusetzen ist. Versicherer können eine Beurteilung in finanzieller Hinsicht aber nicht in qualitativer Hinsicht abgeben. Das Instrumentarium zur Kostenkontrolle aber ist bereits in den WZW-Verfahren gegeben. Gleichzeitig wird den Versicherern die Kompetenz jedoch nicht die Verantwortung zugesprochen, die Steuerung der Versorgung zu gestalten. Dies jedoch ist in der Kompetenz der Kantone.

Der Kanton Glarus unterstützt hierbei den Grundsatzantrag der GDK, das geplante Verfahren zu überprüfen und entsprechend anzupassen und zu vereinfachen.

3. Kontaktperson

Bei Fragen steht Ihnen Frau Orsolya Ebert, Hauptabteilungsleiterin Gesundheit (Telefon: 055 646 61 08 oder E-Mail: orsolya.ebert@gl.ch), gerne zur Verfügung.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat



Rolf Widmer
Landammann

Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF- und Word-Version):
- abteilung-leistungen@bag.admin.ch

versandt am: **27. Sep. 2017**



Sitzung vom

16. Oktober 2017

Mitgeteilt den

17. Oktober 2017

Protokoll Nr.

858

per E-Mail (PDF und Word-Version) senden an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Sehr geehrte Damen und Herren

Zu dem uns mit Schreiben vom 5. Juli 2017 zugestellten Entwurf für eine Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Allgemeines

Wir lehnen die in der Vernehmlassungsvorlage neu vorgeschlagene Regelung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine von den Versicherern bezeichnete Organisation ab. Für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sollen weiterhin die Kantone zuständig sein.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 36

Abs. 1 und 2

Wir begrüssen die Absicht, die Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-g, m und n an Voraussetzungen zu knüpfen, welche sich auf die Aus- und Weiterbildung sowie die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen beziehen.

Im Interesse der Rechtssicherheit sind diese Voraussetzungen unbedingt auf Gesetzesstufe festzuschreiben. Eine Delegation der Regelungsbefugnis an den Bundesrat lehnen wir ab, da auf diesem Weg eine indirekte Zulassungssteuerung eingeführt werden kann.

Abs. 3

Wir halten die geltende Regelung in Art. 55a Abs. 2 KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für die zweckmässigere Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht hindernd auf den Berufseinstieg auswirkt.

Wir beantragen entsprechend, anstelle der neuen Karenzregelung die geltende Regelung in Art. 55a Abs. 2 KVG als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten.

Abs. 5

Die Einsetzung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu befinden hat, würde einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren bedeuten. Aktuell erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu soll ein formelles Verfahren für die Zulassung durch eine von den Versicherern bezeichnete Organisation eingeführt werden. Lehnt die Organisation ein Zulassungsgesuch ab, kann der Antragsteller Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erheben (vgl. Erläuterungen S. 12, 2. Absatz). Die neu vorgesehene Regelung wirft verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind. So geht weder aus Abs. 5 noch aus dem Be-

richt hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt und in-
nert welcher Frist die Organisation ihren Entscheid zu treffen hat. Die vorgesehenen
offen formulierten Kompetenzen könnten in Verbindung mit bewussten Verfahrens-
verzögerungen, wenn die Prüfungsbefugnis der Vorgaben in Bezug auf die Wirt-
schaftlichkeit und Qualität nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt
wird (beispielsweise Teilnahme/Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Quali-
tätsprogramm) und nicht enge zeitliche Vorgaben für den Entscheid über die Zulas-
sung gesetzt werden, von den Versicherern sehr leicht zu einer faktischen Aufhe-
bung des Kontrahierungszwangs benutzt werden. Die Prüfungsbefugnis ist, sofern
entgegen unserem Antrag an der vorgesehenen Regelung festgehalten wird, durch
eine entsprechende Formulierung der Bestimmung auf die vom Bund gemäss Art. 36
Abs. 2 – 4 erlassenen Vorgaben zu beschränken. Darüber hinausgehende Kompe-
tenzen dieser Organisation würden zu einer faktischen Übertragung der verfas-
sungsmässig den Kantonen obliegenden Aufgabe der Sicherstellung der medizini-
schen Versorgung an die Organisation führen. Dies könnte je nach Wahrnehmung
des der Organisation zustehenden Ermessens zu einer medizinischen Unterversor-
gung von Kantonen oder Teilen davon führen.

Entgegen dem Vernehmlassungsentwurf sprechen wir uns gestützt auf die vorste-
henden Erwägungen dafür aus, dass die Überprüfung der Zulassungsvoraussetzun-
gen in einem einfachen und raschen Verfahren durch die vom Kanton bezeichnete
Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung vorge-
nommen werden sollte. Wie vorstehend ausgeführt sind die Kantone für die Sicher-
stellung der medizinischen Versorgung ihrer Bevölkerung zuständig. Folglich müssen
sie auch für die Beurteilung zuständig sein, welche Anzahl Leistungserbringer not-
wendig ist, um die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. Diese
Regelung hat zudem den Vorteil, dass die gesundheitspolizeiliche und die kranken-
versicherungsrechtliche Prüfung in einem einzigen Verfahren abgewickelt werden
können.

Wir stellen entsprechend folgende **Anträge**:

- Die Zuständigkeit der mit der Kontrolle der Zulassungsanforderungen beauftrag-
ten Instanz ist der Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Be-
rufsausübung zu übertragen.

- Für die Prüfung wie auch für das Rechtsmittelverfahren ist ein einfaches und rasches Verfahren vorzusehen.

Abs. 6

Die Formulierung dieses Absatzes sieht vor, dass der Bundesrat die Durchführung des Verfahrens zur Prüfung der notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems nach Abs. 3bis einer anderen als der von den Versicherern für den Entscheid über die Zulassung von Leistungserbringern bezeichneten Organisation überträgt. Entsprechend werden einerseits Doppelspurigkeiten im Verfahren nicht zu vermeiden sein, andererseits stellt sich die Frage nach einem Rechtsmittel gegen einen negativen Prüfungsbescheid der Organisation. Gemäss den Ausführungen im erläuternden Bericht auf S. 12 kann nur gegen ein von der Organisation gemäss Abs. 5 abgelehntes Zulassungsgesuch Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Der erläuternde Bericht enthält keine Ausführungen zum Umfang der geforderten Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems. Auch hier plädieren wir für eine verbindliche Formulierung auf Gesetzesstufe, um einer allfälligen versteckten Zulassungssteuerung entgegenzuwirken.

Art. 55a

Wir begrüssen die Regelung, wonach die Kantone die Zulassung selber regulieren können. Dadurch werden die Kantone in die Lage versetzt, die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung bedarfsgerecht sicherzustellen.

Der Kanton Graubünden – geographisch in der Peripherie positioniert und mit einem Mangel an Hausärzten konfrontiert – beabsichtigt, die Zulassung der Leistungserbringer, insbesondere im Bereich der Grundversorgung, nicht zu beschränken.

Abs. 1

Grundsätzlich begrüssen wir diese Bestimmung. Wir beantragen jedoch, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete beziehen kann, sondern auch auf eine bestimmte Region eines Kantons. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), hingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen, zu deren Abdeckung eine gezielte Zulassung erforderlich ist.

Wir beantragen entsprechend Abs. 1 wie folgt zu ergänzen:

Zu diesem Zweck kann er vorsehen, dass folgende Personen nur mit einer Bewilligung im ambulanten Bereich eines oder mehrerer medizinischer Fachgebiete Leistungen erbringen **oder in bestimmten Regionen oder Gemeinden tätig sein** dürfen.

Abs. 2

Den Kantonen sind heute die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte in selbständiger Tätigkeit nicht bekannt. Die Grundlagen dafür werden bestenfalls mit der Umsetzung des Projekts MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) des Bundesamts für Statistik (BFS) und den entsprechenden Strukturdaten vorliegen. Die in Abs. 2 festgehaltene Vorschrift erschwert oder verunmöglicht eine zeitgerechte Umsetzung. Zudem wird ein Kanton bei der Festlegung der Höchstzahlen auch die durchschnittliche Ärztedichte in der Schweiz in die Erwägungen einbeziehen. Diese dürfte derselben (sinkenden) Entwicklung des Beschäftigungsgrades unterliegen wie in einem einzelnen Kanton. Insofern ist die Entwicklung des Beschäftigungsgrades in einem einzelnen Kanton von geringer Relevanz für den Referenzrahmen zur Bestimmung der Höchstzahl. Wir erachten es zudem nicht als notwendig, zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festzulegen.

Wir beantragen entsprechend folgende Formulierung von Abs. 2:

Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er **der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz** Rechnung.

Abs. 3

Bei allem Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Versorgungsbetrachtung in einem grösseren regionalen Zusammenhang besteht zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht, und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag.

Die Anforderungen an die «Koordination mit den anderen Kantonen» sind deshalb möglichst einfach zu halten. Sonst besteht die Gefahr, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zu-

lassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern.

Wir beantragen entsprechend folgende Formulierung des zweiten Satzes von Abs. 3:

Er hört bei der Bestimmung der Höchstzahlen die angrenzenden Kantone an und bezieht deren ambulantes Angebot in seine Gesamtbetrachtung ein.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.



Namens der Regierung

Die Präsidentin:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "B. Janom Steiner".

B. Janom Steiner

Der Kanzleidirektor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Daniel Spadin".

Daniel Spadin

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Département fédéral de l'intérieur
M. le Conseiller fédéral Alain Berset
3003 Berne
Par courriel :
Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Delémont, le 3 octobre 2017

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Le Gouvernement de la République et Canton du Jura a pris connaissance avec intérêt de la proposition de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Il l'a examinée et souhaite émettre les observations suivantes :

La hausse constante des coûts liés à la santé depuis une décennie constitue un problème à plusieurs niveaux : individuel, collectif et organisationnel. Parmi les outils proposés, la limitation des fournisseurs prend une place prépondérante afin de trouver une solution adéquate. Cependant cette voie ne doit pas être implémentée de façon isolée mais doit s'inscrire au sein d'une démarche coordonnée avec d'autres pistes de réflexion : formation et amélioration de la qualité des prestataires actuels, utilisation des nouvelles technologies, coordination des programmes intercantonaux, etc.

La clause du besoin a certes fait ses preuves par le passé, du moins dans les cantons avec une forte densité médicale, néanmoins une difficulté majeure n'a pas permis l'utilisation de cette clause de manière simple : la loi sur le marché intérieur qui exige qu'un professionnel ayant une autorisation dans un canton ne doit pas se voir refuser une autorisation de pratique dans un autre canton. Une autre difficulté réside dans l'estimation des besoins pour une ou plusieurs spécialités. Le Gouvernement salue ainsi le fait que dans la nouvelle révision, certains de ces aspects ont été pris en compte et que cela va lui permettre de mieux planifier l'offre de soins ambulatoires au niveau cantonal.

Le Gouvernement partage l'idée que les actions doivent être menées à plusieurs niveaux et estime ainsi que les trois niveaux d'action proposés dans la révision de la loi sont en principe cohérents. Cependant, il émet des réserves quant à l'application et l'implication des divers acteurs concernant les deuxième et troisième niveaux. La validation des prestataires par les assureurs risque de devenir une forme d'obligation de contracter déguisée et de ce fait une porte ouverte aux assureurs pour refuser des prestataires pour des raisons uniquement économiques ou administratives. Le troisième volet quant à lui occupe déjà aujourd'hui les réflexions du canton du Jura, sans pour autant encore avoir abouti. Nous envisageons de collaborer avec le canton du Valais via l'Observatoire valaisan

de la santé, pour cette estimation. Néanmoins, estimer les besoins pour une population reste une tâche éminemment complexe. Qui détermine le « juste besoin » : les prestataires, les assureurs, les assurés, l'administration (cantonale, fédérale) ? Le calcul n'est pas simple. Confier la possibilité aux cantons d'être acteurs indépendants sans leur donner les outils pour mettre en place ce troisième volet risque de ne pas faire évoluer les choses et de déboucher sur un statut quo peu productif. Enfin, la question de l'estimation du taux d'activité des médecins reste une gageure qu'il faudra appréhender avec précautions, cela d'autant que cette variable est appelée à évoluer dans le temps.

Le Gouvernement émet également des réserves quant aux types d'offres ambulatoires. Le fait de soumettre d'autres professions du domaine ambulatoire à des contrôles par les caisses-maladie (par exemple les pharmacies) risque d'alourdir le système et ne lui semble pas nécessaire à ce stade.

Le Gouvernement vous fait également part ci-dessous de ses commentaires relatifs aux modifications dans le texte de loi :

Article 36

Alinéa 2 : la limitation des fournisseurs (hormis les médecins et les centres de soins ambulatoires dirigés par les médecins) risque d'alourdir la tâche des autorités en charge des contrôles.

Alinéa 3 : il faudrait préciser si les fournisseurs en attente de deux ans doivent être au bénéfice d'une expérience de trois ans dans un établissement de formation reconnu ou si après les deux ans ils en sont exemptés.

Alinéa 4 et 5 : il n'est pas possible en l'état de saisir quels types de tâches l'organisme concerné devra accomplir. Il est en outre difficile pour ne pas dire impossible de pouvoir imposer un examen de la qualité et de l'économicité des prestations en amont d'une autorisation de pratiquer. Dès lors, il conviendrait de limiter le pouvoir d'examen de l'autorité désignée par les assureurs à un contrôle administratif, tel que la participation du fournisseur de soins à un programme en matière de qualité ou la remise d'indicateurs. Cela permettrait en outre d'éviter un pilotage de la part de l'organisme désigné par les assureurs sur des points qui devraient rester de la compétence des cantons. Le projet ne doit pas être une levée déguisée de l'obligation de contracter.

Alinéa 6 : la preuve des connaissances du système de santé suisse semble primordiale. Il reste à définir comment ces connaissances seront évaluées et dans quel délai. Le Gouvernement souhaite ainsi être explicitement associé à l'élaboration des exigences et critères qui seront fixés par le Conseil fédéral.

Article 55a

Alinéa 2 : cette exigence semble disproportionnée. Ces informations sont assez compliquées à déterminer et sont également variables (changements de pratique et taux d'occupation).

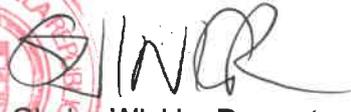
Alinéa 3 : deux points semblent importants : le premier se réfère au rôle des assureurs (déjà évoqué à l'art. 36 al. 4 et 5) ; le deuxième est l'obligation de coordination avec les autres cantons. Cet aspect semble contradictoire avec la liberté pour les cantons d'estimer leurs propres plafonds. Comment coordonner les besoins avec un canton voisin si ce dernier décide de ne pas appliquer de plafonds ni d'estimer ses besoins ou que son estimation diffère fortement du canton voisin ?

Nous proposons : « *avant de déterminer des plafonds, le canton peut entendre les fédérations de prestations, des assureurs et des patients. Il peut se coordonner avec les autres cantons pour déterminer les plafonds.* »

Alinéa 4 : préciser que cette possibilité de communiquer des données s'applique aussi aux médecins déjà installés avant l'entrée en vigueur de cette modification.

Le Gouvernement vous remercie de l'intérêt avec lequel vous lirez sa prise de position et vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de sa haute considération.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA



Nathalie Barthoulot
Présidente

Gladys Winkler Docourt
Chancelière d'Etat



Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
Telefax 041 228 60 97
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

Per E-Mail

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Luzern, 26. September 2017

Protokoll-Nr.: 1065

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen und Auftrag des Regierungsrates nehmen wir zu den Vernehmlassungsunterlagen zum obgenannten Geschäft wie folgt Stellung:

1. Grundsätzliches

Wir unterstützen das Vorhaben, die auf Ende Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung nahtlos durch eine unbefristete Lösung zu ersetzen. Die Regelung muss aber weiterhin den Kantonen einen grossen Handlungsspielraum belassen, weil die Verhältnisse und Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind. Und die neue Regelung muss weiterhin praktikabel und einfach umsetzbar sein. Das ist die vorgeschlagene Änderung in verschiedener Hinsicht nicht.

Im Übrigen begrüssen wir, dass die beiden Varianten - Aufhebung des Kontrahierungszwangs und differenzierte Preise je nach Über- oder Unterangebot - für diese Vorlage nicht weiterverfolgt wurden. Bei beiden Varianten sind noch sehr viele Fragen offen und es fände sich dafür auch keine Mehrheit.

2. Zu den Artikeln im Einzelnen

2.1. Artikel 36

Wir lehnen die in **Abs. 3** vorgesehene Möglichkeit, nach der Aus- und Weiterbildung eine Wartefrist von 2 Jahren einzuführen, aus verschiedenen Gründen ab. Insbesondere wird damit das Leistungsvolumen nicht verringert. Es würde wohl bloss zu einer ungewollten Ausweitung der spitalambulanten Behandlungen führen. Zudem würde die Lösung viele neue Probleme mit sich bringen, z.B. bei der Frage, wie das bei Personen aus dem Ausland gehandhabt werden soll. Wir beantragen deshalb, die bewährte bisherige Lösung in Art. 55a KVG beizubehalten, welche eine Tätigkeit an einer

anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt.

Die in **Abs. 5** vorgesehene Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Bisher erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu wird es eine anfechtbare Verfügung geben. Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind.

Insbesondere geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der neu zu schaffenden Organisation bei der Zulassung zukommen soll. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn sich die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Das wäre sicher falsch. Die Voraussetzungen müssten sich per Gesetz auf jene Vorgaben beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2 bis 4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser neu zu schaffenden Organisation würden zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt.

Abs. 5 müsste also mindestens dahingehend ergänzt werden, dass die Organisation nur die administrative Prüfung der Voraussetzungen gemäss Abs. 2 – 4 vornimmt. Weil aber noch sehr viele andere Fragen offen sind, sollte das vorgeschlagene Verfahren noch einmal überprüft und nach Vereinfachungen gesucht werden. Ist dies nicht möglich, soll auf eine neue Regelung verzichtet werden.

2.2. Artikel 55a

Artikel 55a sollte eigentlich das Kernanliegen der Kantone berücksichtigen. Das Verfahren ist aber derart praxisfremd und kompliziert, dass die allermeisten Kantone wohl auf eine Zulassungssteuerung verzichten müssten!

Die bisherige Lösung war relativ einfach zu handhaben: Die Kantone konnten die Zulassung von einem Bedürfnis abhängig machen. Die Methode war nicht vorgegeben. Im Kanton Luzern haben wir jeweils die Ärztesgesellschaft gefragt wenn ein Gesuch zu beurteilen war, ob in der Region XY ein Bedarf für einen zusätzlichen Arzt mit der Fachrichtung XY bestehe. Das hat gut funktioniert. Die betroffenen Ärzte schätzen die Situation im konkreten Einzelfall ein. Sie haben weder ein Interesse an einer Unterversorgung noch an einer Überversorgung. Im Zweifelsfall haben wir zusätzlich nach den Wartezeiten gefragt oder weitere Abklärungen getroffen. Das war aber nur sehr selten notwendig. Offenbar haben das viele andere Kantone ebenfalls so oder ähnlich gehandhabt. Es ist uns hingegen kein Kanton bekannt, der jemals die jetzt vorgeschlagene Methodik angewandt hat.

Neu müsste nach dem Gesetzestext jeder Kanton für alle Fachbereiche zum Vornherein Höchstzahlen festlegen. Die Methodik wäre also klar vorgegeben. Offenbar geht man davon aus, man könne genau sagen, wie viele Ärzte es von jeder Fachrichtung pro Region braucht. Tatsache ist aber, dass die Ärztedichte in den Kantonen extrem unterschiedlich ist. Luzern hat z.B. insgesamt etwa doppelt so viele ambulant tätige Ärzte pro 100'000 Einwohner wie Uri aber fast dreimal weniger als Basel Stadt. Und jetzt sollte man das Bedürfnis auch noch pro Region und Fachrichtung vorgeben! Dies ist praxisfremd.

Oft ist es auch so, dass Spezialisten viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandeln und deshalb eine kantonale Planung nur mit extrem viel Aufwand überhaupt möglich wäre. Zudem müsste Buch geführt werden über die jeweiligen Beschäftigungs-

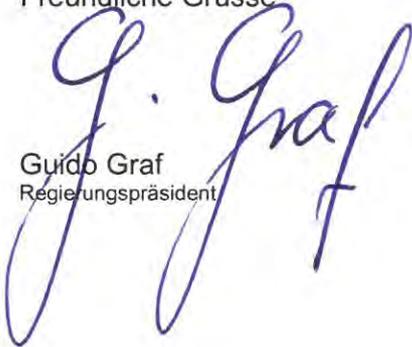
grade der Ärztinnen und Ärzte, wann sie ambulant arbeiten und die Daten müssten laufend angepasst werden. Und mit den Verbänden müssten die Höchstzahlen auch noch abgesprochen werden. Dies alles ist ein immenser administrativer Aufwand um am Schluss eine Scheingenauigkeit zu erzielen, die aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht der Realität entspricht.

Wir beantragen deshalb, dass die Kantone wie bisher die Möglichkeit haben, die Zulassung von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Welche Methode sie dabei anwenden, soll weiterhin in ihrem Ermessen stehen. Ebenfalls sollen keine zwingenden Vorschriften gemacht werden bezüglich Beschäftigungsgrad oder der Koordinationspflicht mit den Leistungserbringern, andern Kantonen oder Verbänden. Selbstverständlich sollen die Kantone aber auch die Möglichkeit haben, nach der vorgeschlagenen Methode mit Höchstzahlen zu arbeiten, wenn ein Kanton das will. Aber es soll und darf nicht die einzige zulässige Methode sein.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und bitten Sie, unsere Anliegen angemessen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungspräsident





LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Par courrier électronique
Département fédéral
de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

Prise de position relative à la consultation portant sur la révision partielle de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations

Monsieur le conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous avoir associé à la consultation susmentionnée.

De manière générale, nous nous réjouissons de la volonté du Conseil fédéral de trouver une solution de remplacement pérenne au régime provisoire actuel de la limitation de l'admission des médecins à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins et insistons sur l'absolue nécessité d'un tel régime.

Nous soutenons sur ses principes le dispositif à trois niveaux proposé par le Conseil fédéral qui doit permettre de renforcer la qualité et l'économicité des prestations en augmentant les exigences envers les fournisseurs de prestations, et de donner aux cantons un instrument de maîtrise de l'offre en soins ambulatoires. Nous exprimons toutefois plusieurs réserves relatives aux modalités retenues.

Concernant le contrôle des conditions d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (niveau 2), nous préconisons que cette tâche soit confiée aux cantons plutôt qu'aux assureurs-maladie ou à tout le moins que les cantons soient associés à l'organe prévu. En effet, les conditions y relatives se recoupent en grande partie avec celles appliquées par les cantons et figurant dans la LPMéd pour l'octroi des autorisations d'exercer des professions médicales universitaires. Le contrôle du respect des autres conditions, notamment celle du délai d'attente de deux ans, peut être mieux appréciée par les cantons que par les assureurs.

Cela dit, si le 2^e niveau, soit le contrôle du respect des conditions d'admission par les assureurs-maladie, devait être maintenu et bénéficier d'un ancrage légal plus fort dans la LAMal comme cela est proposé, il conviendrait d'éviter à tout prix, en le précisant explicitement, que ce contrôle par les assureurs ne conduise pas à la fin de l'obligation de contracter.

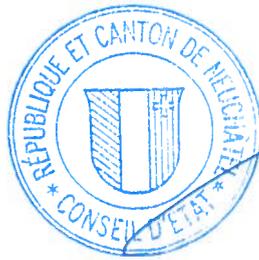
À cet égard, il nous paraît important d'associer étroitement les cantons à la définition des conditions d'admission (niveau 1) et de veiller à ce que ces dernières soient objectives et non redondantes avec celles déjà existantes dans les cantons pour l'octroi des autorisations de pratiquer.

Concernant la possibilité donnée aux cantons de plafonner le nombre de prestataires (3^e niveau), nous saluons son ancrage dans la LAMal. Cela étant, pour que les cantons puissent faire usage de cette faculté, il est important qu'ils disposent d'un accès facilité aux données des assureurs-maladie et de l'Office fédéral de la santé (OFSP). Par ailleurs, pour garantir l'efficacité des systèmes de santé dont ils ont la responsabilité, il nous paraît capital que les cantons soient davantage incités à collaborer au plan régional et qu'ils disposent d'une marge de manœuvre pour fixer des critères dans le but de différencier les admissions en fonction des réalités et besoins cantonaux (par exemple, pour les médecins spécialistes).

Vous trouverez dans l'annexe ci-jointe nos commentaires et questionnements concernant le projet soumis et nos propositions d'amélioration.

En vous remerciant de l'attention que vous réserverez à notre prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 25 octobre 2017



Au nom du Conseil d'État :

Le président,
L. FAVRE

La chancelière,
S. DESPLAND

Annexe : ment.

Consultation fédérale relative à la révision partielle de la LAMal (admissions des fournisseurs de prestations)

Position et commentaires article par article (annexe)

| | |
|--|--|
| <p>Art.36 al. 1</p> <p>Avis favorable</p> | <p>Cet article mentionne tous les fournisseurs de prestations désignées à l’art. 35, al. 2, let. a à g, m et n LAMal. La liste comprend outre les médecins, notamment les pharmacies, les physiothérapeutes et les sages-femmes. Nous saluons la règle selon laquelle les fournisseurs concernés ne peuvent facturer à charge de l’assurance obligatoire des soins que s’ils sont admis.</p> |
| <p>Art. 36 al. 2</p> <p>Avis favorable avec réserve</p> | <p>Cette disposition a un caractère contraignant pour le Conseil fédéral et trouve à s’appliquer à tous les fournisseurs de prestations selon sa lettre. Or, nous sommes d’avis que la priorité devrait être mise en l’état par le Conseil fédéral sur les médecins (art. 35, al. 2, let a) et les institutions de soins ambulatoires dispensés par les médecins (art. 35, al. 2, let n LAMal), considérant les coûts toujours plus importants qu’ils génèrent à charge du système, mais aussi leur rôle de pilier et de prescripteur dans le système de santé.</p> <p>Nous proposons en outre d’amender cet alinéa comme suit : « le Conseil fédéral règle, <u>après avoir consulté les cantons</u>, les conditions que....</p> |
| <p>Art. 36 al. 3</p> <p>Et 3 bis</p> <p>Avis défavorable</p> | <p>Concernant le délai de carence de 2 ans dont fait état le projet, nous sommes réservés quant à son opportunité. Il risque de décourager l’installation de jeunes médecins suisses notamment en faveur de celles de médecins étrangers qui auraient déjà réalisé 2 ans d’activité au terme de leur formation de base et postgrade dans leur pays d’origine. En outre, le délai de carence prévu aux alinéas 3 et 3bis de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade nous paraît être moins clair que la clause actuelle. En effet, il n’indique notamment pas que la formation en question doit être dispensée dans une institution suisse de formation reconnue.</p> <p>Nous proposons un alinéa 3 qui serait libellé ainsi: "Le Conseil fédéral peut prévoir pour les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 un délai d'attente de deux ans avant l'admission et en plus pour les prestataires visés à l’art 35, al. 2 , let a la preuve d'une activité d'au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ".</p> |
| <p>Art. 36 al. 3 bis</p> <p>Avis favorable</p> | <p>Un tel examen sur le plan national permettra de garantir l’application de conditions uniformes sur le plan suisse, ce qui est une bonne chose, notamment avec la LMI qui permet la libre circulation des professionnels de la santé dans les cantons.</p> |
| <p>Art. 36 al. 4</p> <p>Avis favorable</p> | |
| <p>Art. 36 al. 5</p> | <p>Il devrait revenir aux cantons de statuer sur les demandes d’admission des médecins plutôt qu’aux assureurs-maladie, considérant que ces conditions, notamment pour les professions médicales universitaires, et tout particulièrement celles de médecins, se recoupent avec celles sur</p> |

| | |
|--|---|
| Avis défavorable | lesquelles les cantons se basent pour l'octroi de l'autorisation de pratiquer figurant dans la LPMéd. On ne voit donc pas la plus-value qu'apporterait une telle organisation. À tout le moins, les cantons devraient être associés à un tel organe s'il était décidé de le confirmer. En outre, il convient d'éviter explicitement que les compétences confiées le cas échéant à cet organe permettent une levée, même modeste de l'obligation de contracter. |
| Art. 36 al. 6 Avis favorable | Il serait opportun que cantons soient associés au choix de l'organisation qui devra contrôler les connaissances des candidats. Le fait que cette organisation, de prime abord active à l'échelle nationale, soit choisie par le Conseil fédéral, devrait permettre une uniformité dans l'appréciation des connaissances des candidats dans toute la Suisse, ce qui est une bonne chose. |
| Art. 36 al. 7 Avis favorable | Favorable à la perception d'un émolument qui devra permettre de couvrir la totalité des charges nouvelles découlant de la réalisation de ces tâches. |
| Art. 55a al. 1 Avis favorable | S'il devait être fait usage de cette disposition, la détermination de ces plafonds, pour respecter les exigences de l'alinéa 2, occasionnera un travail non négligeable pour les autorités sanitaires cantonales impliquant le recours à des ressources spécialisées. Pour le reste, nous souhaiterions que les cantons aient également dans ce cadre la faculté d'édicter certains critères pour l'admission des fournisseurs de prestations, indépendamment des quotas et des conditions formelles et personnelles pour exercer à charge de l'assurance-maladie, notamment des critères génériques d'économicité et de qualité afin d'orienter les pratiques des systèmes de soins dont ils sont responsables. |
| Art. 55a al. 2 Première phrase Avis défavorable Deuxième phrase Avis favorable | La 1 ^{ère} phrase nous paraît inapplicable. La détermination du taux d'occupation de médecins libres praticiens est par définition impossible à définir s'agissant d'une profession libérale. C'est une donnée dont ne dispose pas l'OFS. Son établissement serait très difficile et devrait être calculée au cas par cas, en croisant d'autres données. Elle impliquerait que le canton ait accès à un plus large cercle de données qu'actuellement. |
| Art. 55a al. 3 Avis favorable sous réserve | Il est à notre sens difficile de concilier la liberté laissée aux cantons de fixer ou non un plafond pour l'admission des fournisseurs de soins à charge de l'assurance obligatoire et en parallèle d'exiger qu'ils se coordonnent entre eux à cette fin. Il serait plus pertinent de prévoir que les cantons s'organisent régionalement pour piloter l'installation des médecins, en Suisse romande par exemple. Un tel pilotage régional permettrait aussi d'assurer que les cantons qui financent la formation de médecins en Suisse puissent profiter en retour de l'investissement. L'attraction du marché suisse pour les médecins européens s'en trouverait aussi amoindrie et la répartition médicale serait ainsi mieux harmonisée. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer des outils légaux qui donnent des compétences véritables pour le pilotage de la médecine ambulatoire avec des possibilités concrètes pour renforcer les zones périphériques et diminuer |

| | |
|--|--|
| | <p>les installations dans les centres urbains sur-dotés. Proposition : les cantons instituent des commissions intercantionales (pour la Suisse romande : nommée par la CLASS) chargées d'établir des quotas de médecins par spécialités et par canton. Les cantons déterminent la répartition régionale des médecins au sein du territoire cantonal en fonction des quotas qui leur sont attribués. La commission intercantionale et les cantons peuvent consulter les associations médicales pour déterminer ces quotas (cantonaux et intercantonaux).</p> |
| <p>Art. 55a al. 4</p> <p>Avis favorable</p> | <p>Il s'agira de clarifier ce qu'il faut entendre par données nécessaires à la détermination des plafonds. Il nous paraît qu'il faudrait au moins que les cantons puissent obtenir des données relatives aux chiffres d'affaires et au nombre de consultations par prestataire pour pouvoir envisager de déterminer objectivement ces plafonds.</p> |
| <p>Art. 55a al. 6</p> <p>Avis favorable</p> | <p>Cette disposition très importante doit pouvoir être appliquée aussi dans les cantons qui n'ont pas choisi de plafonner, elle doit être indépendante des alinéas précédents, ce qui n'est clair ni dans le projet, ni dans les explications. En choisissant de n'appliquer que cette disposition, les cantons ont déjà un outil efficace pour la détection d'éventuels abus.</p> |
| <p>Art. 59 al. 1, 1^{er} phrase et 3, let. g</p> <p>Avis favorable</p> | <p>L'expérience démontre toutefois que les assureurs-maladie ne font guère usage de cette disposition dans le cadre légal actuel. Sa portée légale est donc limitée.</p> <p>Les cantons sont parfois en mesure de détecter des abus et doivent aussi pouvoir dénoncer des cas au tribunal arbitral. Nous proposons d'ajouter les cantons à l'art. 59, al. 2.</p> |
| <p>Dispositions transitoires al. 1</p> <p>Avis défavorable</p> | <p>Notre opposition est liée au fait que nous préconisons à l'art. 36, al. 5 que ce soient les cantons qui contrôlent le respect des conditions d'admission et non les assureurs-maladie.</p> |
| <p>Dispositions transitoires al. 2</p> <p>Avis favorable sous réserve d'un délai de 2 ans trop court</p> | <p>Le délai de 2 ans nous paraît être trop court pour permettre la réalisation d'un travail sérieux de détermination des plafonds cantonaux et développer une coordination intercantonale efficace. Nous proposons un délai de 3 ans.</p> |



CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

Eidg. Departement des Innern EDI
Herr Bundesrat Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 17. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern). Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 unterbreiteten Sie uns den Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)(Zulassung von Leistungserbringern) mit der Bitte, bis zum 25. Oktober 2017 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt:

Der Regierungsrat des Kantons Nidwalden begrüsst die Stossrichtung der vorliegenden Gesetzesrevision und ist mit den vorgeschlagenen Anpassungen teilweise einverstanden. Er verlangt jedoch, dass bei der Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen darauf geachtet wird, dass die Umsetzung für die Kantone möglichst einfach und technisch nicht anspruchsvoll wird.

Wir schliessen uns grundsätzlich der Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) an.

Ergänzend haben wir folgende Bemerkungen:

ad Artikel 36 Abs. 3:

Eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung eröffnet den Ärztinnen und Ärzten verschiedene Möglichkeiten: Sie arbeiten im stationären Spitalbereich, sie gehen ins Ausland, sie beginnen eine weitere Aus- und Weiterbildung oder sie wechseln die Branche. Damit besteht grundsätzlich die Gefahr, dass gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte schlussendlich nicht mehr in der Schweiz tätig werden und die Schweiz als Arbeitsplatz im medizinischen Bereich unattraktiver wird.

ad Artikel 36 Abs. 1 bis 7:

Bereits heute sind Nachfolgeregelungen für gewisse Spezialärztinnen und –ärzte in peripheren Regionen schwierig. Die Aufsplittung der Zuständigkeit von Zulassung und Bewilligung auf zwei verschiedene Instanzen können Nachfolgeregelungen bedeutend erschweren. Wenn zusätzlich von jeder Instanz dafür Gebühren erhoben werden, müsste zumindest sichergestellt werden, dass diese nur bei einer positiven Entscheidung in Rechnung gestellt werden dürfen.

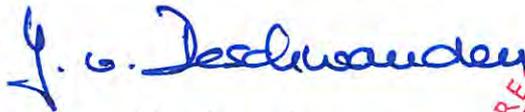
ad Artikel 55a:

Die Bestimmung von Höchstzahlen im Spezialärzteebereich ist für kleinere Kantone wie Nidwalden sensibel. Bereits kleinere personelle Veränderungen könnten eine Zulassung positiv oder negativ beeinflussen.

Wenn ein Kanton Höchstzahlen festlegt, würde das implizieren, dass auch Teilzulassungen (z.B. 60%) möglich sind. Der Entwurf lässt aber offen, wie man mit solchen Teilzulassungen umgehen würde.

Herzlichen Dank für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES



Yvonne von Deschwanden
Landammann





lic. iur. Hugo Murer
Landschreiber

Geht an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Eidg. Departement des Innern

Per Mail:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen: OWSTK.2929
Unser Zeichen: cb

Sarnen, 29. September 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zur vorgeschlagenen Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung nehmen zu können.

Der Regierungsrat des Kantons Obwalden begrüsst das Vorhaben des Bundesrats, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen. Hingegen ist das vorgeschlagene Steuerungsinstrumentarium in Absprache mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wie folgt anzupassen:

Artikel 36

Abs. 1 und 2

Der Regierungsrat begrüsst die gesetzliche Grundlage, die Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-g, m und n an Voraussetzungen knüpfen zu können, welche sich auf die Aus- und Weiterbildung sowie die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen beziehen.

Abs. 3

Der Regierungsrat hält die geltende Regelung in Art. 55a KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für eine zweckmässigere Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht behindernd auf den Berufseinstieg auswirkt oder gar dazu führt, dass sie dem Beruf den Rücken kehren.

Antrag:

Der Regierungsrat beantragt, anstelle der neuen Karenzregelung die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Abs. 5–7

Die Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Es soll neu ein formelles Verfahren für die Zulassung als Leistungserbringer zur OKP eingeführt werden. Bisher erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu wird es eine Verfügung mit Rechtsmittelzug etc. geben. Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind:

Der Regierungsrat hat die Befürchtung, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden kann. Die Versicherer(verbände) haben sich in der bisherigen Diskussion nicht durch grosse Einigkeit ausgezeichnet.

Zudem erachtet es der Regierungsrat als problematisch, wenn neben der kantonalen Bewilligungsinstanz auch die Versicherungen neu zur Bewilligungsinstanz werden sollen. Im schlechtesten Fall lässt die eine Instanz eine Fachperson als Leistungserbringer zur OKP zu und die andere lehnt sie ab. Die Entscheidungshoheit muss weiterhin bei einer Instanz liegen, Vorzugsweise beim Kanton. Allenfalls können die Versicherer nach klar definierten Kriterien Empfehlungen in den Entscheidungsprozess einbringen.

Es geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sich nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Die Voraussetzungen haben sich auf die Vorgaben zu beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2-4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser "Organisation" würden auch zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt. Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch die Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung (Kanton) vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Antrag:

Abs. 5 muss präzisiert werden: ".....Organisation, welche die administrative Prüfung der Voraussetzungen gemäss Abs. 2–4 vornimmt und über die Zulassung von Leistungserbringern nach Abs. 1 entscheidet."

Grundsätzlich zu Art. 36:

Der Regierungsrat beantragt, die Entscheidungshoheit klar bei den Kantonen zu verorten. Die noch zu präzisierende administrative Prüfung durch die Versicherer soll nur Empfehlungscharakter haben.

Artikel 55a

Artikel 55a beinhaltet das Kernanliegen der Kantone: Die Möglichkeit, die Anzahl Ärzte und Ärztinnen auf eine Höchstzahl zu beschränken. Die vorliegende Regelung ist griffiger als die bisherige, welche eine Zulassungssteuerung für Personen ausschloss, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Abs. 1

Der Regierungsrat begrüsst diese Bestimmung im Grundsatz ausdrücklich. Er beantragt jedoch, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete beziehen kann, sondern auch auf bestimmte Regionen eines Kantons. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen können, was eine Zulassung rechtfertigt.

Antrag:

Abs. 1 (ergänzen): Zu diesem Zweck kann er vorsehen, dass folgende Personen nur mit einer Bewilligung im ambulanten Bereich eines oder mehrerer medizinischer Fachgebiete Leistungen erbringen oder in bestimmten Gemeinden tätig sein dürfen.

Eventualiter:

Abs. 1 bis (neu): Der Kanton kann weitere Kriterien für die Zulassung bestimmen.

Zudem beantragt der Regierungsrat, die Terminologie selbstständig/unselbstständig in Abs. 1 Bst. a entweder an das revidierte MedBG anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht) oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbständigkeit oder um die fachliche Verantwortlichkeit geht.

Abs. 2

Den Kantonen sind heute die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte in selbstständiger Tätigkeit nicht bekannt. Die Grundlagen dafür werden bestenfalls mit der Umsetzung von MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé des BFS) und den entsprechenden Strukturdaten vorliegen. Die in Abs. 2 festgehaltene Vorschrift erschwerte oder verunmöglichte eine zeitgerechte Umsetzung. Zudem wird ein Kanton bei der Festlegung der Höchstzahlen auch die durchschnittliche Ärztedichte in der Schweiz in die Erwägungen einbeziehen. Diese dürfte derselben (sinkenden) Entwicklung des Beschäftigungsgrades unterliegen wie in einem einzelnen Kanton. Insofern ist die Entwicklung des Beschäftigungsgrades in einem einzelnen Kanton von geringer Relevanz für den Referenzrahmen zur Bestimmung der Höchstzahl. Der Regierungsrat erachtet es nicht als notwendig, zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festzulegen.

Antrag:

Abs. 2, erster Satz (ändern): Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Rechnung den Beschäftigungsgraden sämtlicher Ärztinnen und Ärzten nach Absatz 1 Rechnung.

Zweiter Satz (streichen): ~~Der Bundesrat kann weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen.~~

Abs. 3

Erster Satz: Anhörung der Verbände

Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Zweiter Satz: Koordination mit anderen Kantonen

Bei allem Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Versorgungsbetrachtung in einem grösseren regionalen Zusammenhang besteht aber zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht einerseits und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander andererseits, ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag.

Die Anforderungen an die „Koordination mit den anderen Kantonen“ sind deshalb möglichst einfach zu halten. Sonst besteht die Gefahr, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern.

Antrag:

Abs. 1 Satz 2 ändern:

Er hört bei der Bestimmung der Höchstzahlen die angrenzenden Kantone an und bezieht deren ambulantes Angebot in seine Gesamtbetrachtung ein. Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.

Wir danken Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren, für die Berücksichtigung unserer Standpunkte bei der Weiterbearbeitung der Vorlage.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats


Maya Büchi-Kaiser
Landammann


Dr. Stefan Hossli
Landschreiber



Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesgasse 3
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 32 60
F +41 58 229 38 96

St.Gallen, 24. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 laden Sie uns zur Vernehmlassung zum Entwurf der Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern ein. Für die ausführliche Dokumentation und die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir Ihnen.

Wir begrüßen die Bestrebungen des Bundes, nach Jahren der provisorischen Lösungen eine dauerhafte Regelung der Zulassung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu schaffen und unterstützen grundsätzlich die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ebenfalls positiv beurteilen wir die Einführung von relevanten Qualitätskriterien wie z.B. der Sprachkenntnis.

Zu den einzelnen Artikeln nehmen wir wie folgt Stellung:

Wichtig zu unterstreichen ist, dass im Gegensatz zu heute die neue Regelung sowohl die inländische als auch die zugewanderte Ärzteschaft betrifft. Zudem erhalten die Kantone die Möglichkeit, die Aktivitäten der Spitäler und Kliniken im ambulanten Bereich über die Ärztezahlen zu beeinflussen.

Art. 36 KVG

Gemäss Abs. 3 muss eine Ärztin oder ein Arzt nach Erlangen des Facharzttitels weitere 2 Jahre als Angestellte oder Angestellter tätig sein, bevor sie oder er ihre oder seine selbständige Praxistätigkeit ohne Prüfung aufnehmen kann. Da gemäss Abs. 3^{bis} die zwei Jahre im beantragten Tätigkeitsbereich absolviert werden müssen, kann sich die Zeit bis zum Beginn der Praxistätigkeit verlängern, wenn keine Stelle im gewünschten Fachbereich gefunden werden kann. Die Zweijahrespause kann unterschiedlich genutzt werden. Es besteht die Möglichkeit, beispielsweise einer nichtärztlichen Tätigkeit nachzugehen. In diesem Fall kann es sein, dass diese Person zwar die vorgeschriebene Prüfung besteht, ihre ärztlich-fachlichen Kompetenzen jedoch in zwei Jahren erhebliche Einbussen erleiden. Zudem besteht die Gefahr, dass junge Medizinerinnen und Mediziner anderweitige



berufliche Möglichkeiten finden und für die Praxistätigkeit kein Interesse mehr haben. Das Ziel dieser Neuregelung ist sachlich nicht klar und bringt keinerlei Vorteile gegenüber der heute bestehenden Regelung, die den Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit an einer Weiterbildungsinstitution in der Schweiz als Voraussetzung für die Zulassung als OKP-Leistungserbringer vorsieht.

Aus diesem Grund ist die heute gültige Regelung mit Nachweis einer 3-jährigen Tätigkeit an einer Weiterbildungsinstitution in der Schweiz beizubehalten.

Die in den Abs. 5 bis 7 vorgesehene Organisation der Versicherer ist ein unnötiges Novum mit der Kompetenz der Zulassung von Leistungserbringern zur OKP, was im Endeffekt zur Steuerung der Versorgung führen könnte. Diese Aufgabe kommt jedoch verfassungsmässig den Kantonen zu.

Die vorgeschlagenen Abs. 5-7 des Art. 36 sollen daher ersatzlos gestrichen werden.

Art. 55a KVG

Die in Abs. 2 verankerte Berücksichtigung des Beschäftigungsgrads der Ärzteschaft bei der Festlegung der Höchstzahlen ist sinnvoll und trägt der zunehmenden Teilzeittätigkeit Rechnung. In der konkreten Umsetzung muss darauf geachtet werden, dass diese Trends auf nationaler Ebene mit einer bestimmten Regelmässigkeit gemessen und publiziert werden. Es ist hier auf die Unterschiede in den einzelnen Fachrichtungen zu achten, die erheblich sein können.

Wir schlagen vor, die Trends in den Beschäftigungsgraden der einzelnen Fachgebiete regelmässig zu erheben und zu veröffentlichen.

Im zweiten Satz von Abs. 2 soll der Bund die Option erhalten, bei Bedarf weitere Kriterien für die Bestimmung von Höchstzahlen festlegen zu können.

Wir schlagen vor, diesen Satz zu streichen.

Die in Abs. 6 verankerte Variante des totalen Zulassungsstopps in einem bestimmten Fachgebiet ist eigentlich eine logische Folge der Höchstzahlfestlegung und sollte nicht auf eine rein ökonomische Begründung gestützt werden, sondern beispielsweise versorgungsrelevante und qualitative Aspekte berücksichtigen.

Wir schlagen vor, Abs. 6 aus diesen Gründen zu streichen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Im Namen der Regierung

Freddy Fässler
Präsident

Canisius Braun
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Telefon +41 (0)52 632 71 11
Fax +41 (0)52 632 72 00
staatskanzlei@ktsh.ch

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

per Email
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Schaffhausen, 24. Oktober 2017

Stellungnahme zur Teilrevision KVG: Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, im Rahmen der mit Schreiben vom 5. Juli 2017 eröffneten Vernehmlassung zur geplanten Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen.

1. Grundsätzliches

Wir unterstützen das Vorhaben des Bundesrates, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen.

Wir orientieren uns bei der Beurteilung der Vorlage an den von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Sommer 2016 formulierten Eckwerten für eine Nachfolgeregelung zur bisherigen befristeten Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte. Demnach soll den Kantonen mit der neuen Regelung bezüglich Bedarfsbestimmung und Einführung die tragende Rolle zukommen. Zudem soll das Instrument eine effektive Steuerung bewirken können und ohne Verzögerung möglichst einfach umsetzbar sein.

Mit einem gewissen Bedauern nehmen wir zur Kenntnis, dass die Zusammenhänge zwischen der Ärztedichte und den von den Krankenversicherern vergüteten Tarifen in der Vorlage nur sehr summarisch und ohne angemessene Langzeit-Perspektive behandelt werden. Ein Blick auf

die landesweiten Disparitäten zeigt schnell und eindrücklich, dass die Gefahr einer ärztlichen Überversorgung vordringlich in den Kantonen mit hohem Tarifniveau besteht, während es auf der anderen Seite vor allem Kantone mit tiefem Tarifniveau sind, die von einem wachsenden Unterversorgungsrisiko bedroht sind. Angesichts dieses offensichtlichen Zusammenhangs wäre es durchaus angebracht, tiefer über die Beseitigung der bisherigen diesbezüglichen Fehlanreize nachzudenken.

Die Ausklammerung dieser Problematik aus der aktuellen Vorlage ist aus pragmatischen Gründen nachvollziehbar. In einer mittelfristigen Perspektive verdient das Thema aber gleichwohl Beachtung. Insbesondere wäre in Erwägung zu ziehen, die Versorgungslage als zusätzliches Element, das bei der Tarifgestaltung in den (allenfalls auch kantonsübergreifenden) Tarifregionen zu beachten ist, gesetzlich zu verankern und damit der heute bestehenden systematischen Tarif-Diskriminierung der Leistungsanbieter in peripheren, von Unterversorgung bedrohten Regionen entgegenzutreten.

2. Anmerkungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

Art. 36 Abs. 1 - 4 und 6

In Art. 36 wird ein tiefgreifender Paradigmenwechsel vorgeschlagen, indem für alle Gesundheitsberufe neben der sanitätspolizeilichen Zulassung durch die Kantone noch ein zweites, versicherungsrechtliches Verfahren für die Zulassung zur Krankenversicherung etabliert werden soll.

Im Grundsatz stimmen wir den in den Absätzen 1 - 4 und 6 vorgeschlagenen Regelungen zu. Lediglich in Bezug auf die in Abs. 3 und Abs. 3^{bis} genannten Frist regen wir eine abweichende Festsetzung an:

Neben der auf zwei Jahre befristeten Karenzregelung, die bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen einer bewährten und sinnvollen Praxis entspricht, beantragen wir, für Ärztinnen und Ärzte die bisherige Regelung beizubehalten, wonach für eine Zulassung die Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte vorausgesetzt wird.

Die Bestimmung hat sich als zweckmässig erwiesen, stellt eine weitere Qualifizierung sicher und wirkt sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht hindernd auf den Berufseinstieg aus.

Art. 36 Abs. 5 und 7

Grosse Vorbehalte melden wir gegenüber der Absicht an, den Entscheid über die Zulassung zur Krankenversicherung landesweit zu zentralisieren und einer Organisation der Versicherer zu überlassen.

Wir beantragen, auf die die Schaffung einer solchen Instanz zu verzichten und die Aufgabe stattdessen - im Rahmen von klaren bundesrechtlichen Vorgaben - den Kantonen zu übertragen.

Aufgrund des Medizinalberufegesetzes und des Psychologieberufegesetzes sowie der interkantonalen Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen sind die kantonalen Gesundheitsdirektionen derzeit daran, für alle zur Krankenversicherung zugelassenen Gesundheitsberufe landesweit abrufbare Register aufzubauen (MedReg, NaReg und PsyReg). Die Erstfassungen sowie die laufende Aktualisierung und Pflege der Register sind mit grossem Aufwand verbunden. Insbesondere hat es sich gezeigt, dass die Zahl der Mutationen in diesen Bereichen in den letzten Jahren markant zugenommen hat (örtlicher Wechsel der Praxistätigkeit, Tätigkeit an mehreren Standorten, Wechsel zwischen selbständiger Tätigkeit und Tätigkeit im Anstellungsverhältnis, wechselnde Teilzeitpensen etc.).

In den drei genannten Registern werden alle Personen erfasst, die nach dem neu vorgeschlagenen Art. 36 noch eine separate Zulassung zur Krankenversicherung erwerben müssen. Wir gehen davon aus, dass die Abklärungen zur sanitätspolizeilichen Zulassung und zur erstmaligen Zulassung zur Krankenversicherung am effizientesten aus einer Hand bei den Kantonen erfolgen können. Auch die anschliessend nötige laufende Aktualisierung der Daten muss für beide Registrierungsebenen einheitlich mit landesweit koordinierten Datenflüssen erfolgen. Eine getrennte Bearbeitung von zwei separaten Register-Ebenen für die sanitätspolizeiliche und die versicherungsrechtliche Zulassung würde einen übermässigen Administrativ-Aufwand verursachen und wäre überdies mit erheblichen Fehlerrisiken behaftet.

Einen zusätzlichen Mangel sehen wir darin, dass unklar bleibt, welches Ermessen der vorgeschlagenen Organisation bei der Zulassung zukommen soll. Die offen formulierten Kompetenzen könnten leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sich nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Umfassendere Kompetenzen dieser Organisation würden zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt.

Art. 55a

Artikel 55a beinhaltet das Kernanliegen der Kantone, die Möglichkeit, die Anzahl Ärzte und Ärztinnen auf eine Höchstzahl zu beschränken. Die vorliegende Regelung ist griffiger als die bisherige. Die vorgeschlagenen Regelungen sind in den Grundsätzen sinnvoll und werden unterstützt.

Abschliessend bedanken wir uns für die eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme und bitten Sie um die Berücksichtigung unserer Anträge und Bemerkungen.



Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rosmarie Widmer Gysel".

Rosmarie Widmer Gysel

Der Staatsschreiber:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Stefan Bilger".

Dr. Stefan Bilger

| AmtL | GP | KIV | OeG | VS | R | 7-GEF |
|------|--------------------------|-----|-----|------|------|---------|
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| DG | | | | | | |
| CC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | 511.0001.100/4 | | | | | AS Chem |
| Lst | VA | NCD | MT | BioM | Chem | Str |

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Un-
fallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

23. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme betreffend Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) und nehmen dazu gerne wie folgt Stellung:

Wir begrüssen die geplanten Massnahmen zur Erhöhung der Anforderungen an die Leistungserbringer für das Tätigwerden zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Insbesondere erweisen sich die Einführung eines formellen Zulassungs- sowie allenfalls eines Prüfverfahrens als geeignete Instrumente für die Optimierung der Qualität im ambulanten Bereich.

Gemäss unserer Auffassung sollten die wesentlichen Voraussetzungen, welche die Leistungserbringer für die Zulassung zu Lasten der OKP zu erfüllen haben, aus Gründen der Transparenz bereits im Gesetz – und nicht erst auf Stufe Verordnung – geregelt werden. Des Weiteren lässt der Gesetzestext offen, für welche Leistungserbringer auf Verordnungsebene eine Wartezeit von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorgesehen werden soll.

Die Kantone müssen selber entscheiden können, ob sie die Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf eine Höchstzahl beschränken möchten. Jeglichen Zwang zur Intervention und den damit einhergehenden administrativen Aufwand würden wir ablehnen. Den Kantonen sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte nicht nur für bestimmte medizinische Fachgebiete, sondern zusätzlich auch für gewisse Regionen im Kanton (z.B. in bestimmten Gemeinden oder Bezirken) vorzusehen. Damit könnte den regionalen Unterschieden angemessen Rechnung getragen werden. Des Weiteren verfügen die Kantone nicht über Daten betreffend die effektiven Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte. Im Interesse einer praktikablen und zeitnahen Umsetzung der vorgeschlagenen Gesetzesänderungen könnte lediglich die allgemeine Entwicklung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte Rechnung berücksichtigt werden. Zudem sind wir der Auffassung, dass eine weitere Präzisierung der Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen auf Verordnungsebene nicht zwingend notwendig ist. In Nachachtung der Autonomie der Kantone wären entsprechende Konkretisierungen, sollten diese effektiv als erforderlich erachtet werden, durch die Kantone selber – und nicht durch den Bundesrat – vorzunehmen.

Zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander besteht ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag. Die Anforderungen an die Koordination mit den anderen Kantonen sollten möglichst einfach sein, weil sonst die Gefahr besteht, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern. Es ist daher ausreichend, wenn ein Kanton die benachbarten Kantone bei der Bestimmung der Höchstzahlen jeweils vorgängig anhört und deren Angebote im ambulanten Bereich bei seiner Entscheidung angemessen Rechnung trägt.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES



Dr. Remo Ankli
Landammann



Andreas Eng
Staatschreiber

Regierungsrat des Kantons Schwyz



6431 Schwyz, Postfach 1260

An das
Eidgenössische Departement
des Innern EDI

per Mail an abteilung-leistungen@bag.admin.ch
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 26. September 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)
Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 unterbreiten Sie uns den Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern zur Vernehmlassung. Dieser basiert auf einem dreistufigen Konzept. So sollen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch Erhöhung der Anforderungen an die Leistungserbringer gesteigert werden. Ausserdem soll den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebotes bereitgestellt werden.

Der Regierungsrat des Kantons Schwyz begrüsst grundsätzlich sowohl die Massnahmen zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung wie auch die Massnahmen zur Steuerung des Angebotes durch den Kanton (Beeinflussung der Kostenentwicklung), welcher Mitfinanzierer (Prämienverbilligung) ist.

Wir begrüssen insbesondere folgende Aspekte der Teilrevision:

- Dem Bundesrat wird die Kompetenz erteilt, zusätzliche Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung im ambulanten Bereich zu erlassen.
- Damit die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung verbessert werden kann, werden die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer zur kostenlosen Datenlieferung verpflichtet.

Wir erlauben uns aber auch, auf folgende Aspekte hinzuweisen, die uns kritisch erscheinen:

- Mit dem Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (SR 811.11, MedBG) und mit dem zwar verabschiedeten aber noch nicht in Kraft getretenen Gesundheitsberufegesetz (BBI 2015 8715, GesBG) gelten für die Berufe der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) schweizweit einheitliche Regelungen betreffend Ausbildung, Bewilligungsvoraussetzungen, Berufspflichten, Sanktionen etc. Damit sind die Qualitätsbestimmungen des KVG und der Verordnung über die

Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102, KVV) für den ambulanten Bereich (v.a. Art. 38 ff. KVV) in den Hintergrund getreten. In den Zweckartikeln des MedBG und des GesBG (je Art. 1) ist festgehalten, dass mit dem jeweiligen Gesetz im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Berufsausübung gefördert werden soll.

- Die Vorlage sieht vor, wesentliche ergänzende Qualitätsbestimmungen in die KVV aufzunehmen. Während das MedBG und das GesBG alle Fachpersonen, welche in eigener fachlicher Selbstständigkeit tätig sind, erfasst, berühren das KVG und die KVV nur jene Fachpersonen, welche Leistungen zulasten der OKP erbringen. Beispielsweise Zahnärztinnen und Zahnärzte (welche nicht nur unsere Aufsichtsbehörde erheblich beschäftigen) können praktizieren, ohne über eine Zulassung zu verfügen. Sie werden von den Qualitätsbestimmungen gemäss Vorlage nicht erfasst.
- Die Vorlage sieht vor, dass eine von den Versicherern bestimmte Organisation über die Zulassung entscheidet. Dies führt dazu, dass einerseits wie bisher die Aufsichtsorgane der Kantone Aufgaben betreffend Qualität wahrnehmen müssen (Überprüfung der Bewilligungsvoraussetzungen, Überprüfung der Einhaltung der Berufspflichten [z.B. Sorgfaltspflicht, Weiterbildung]) und andererseits die Organisation der Versicherer Aufgaben der Qualitätssicherung erfüllen muss. Dies bringt einen erheblichen organisatorischen und finanziellen Mehraufwand mit sich.
- Während Art. 55a KVG (Einschränkung der Anzahl) nur die Ärztinnen und Ärzte betrifft, gelten die vorgeschlagenen Qualitätsbestimmungen gemäss Art. 36 KVG für alle „ambulanten“ Leistungserbringer. Dies führt zu einem erheblichen Aufwand bei der vorgeschlagenen Organisation der Versicherer und entsprechend zu Gebühren bei den Leistungserbringern. Zusätzliche Hürden betreffend Zulassung, wie eine allfällige Wartefrist nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung (Art. 36 Abs. 3 KVG), stehen im Widerspruch zu Massnahmen zur Förderung der Tätigkeit in schwach versorgten Bereichen (z.B. Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie), sofern sie für alle Leistungserbringer gelten.
- Art. 55a KVG Abs. 1 sieht vor, dass die Einschränkung der Bewilligung für Ärztinnen und Ärzte sich auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete bezieht. Es gilt jedoch zu beachten, dass regionale und überregionale Gebiete eines Kantons deutliche Unterschiede in der Versorgungsdichte aufweisen können. So kann es sein, dass eine dicht besiedelte Region innerhalb eines Kantons überversorgt ist, wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen können. Dies würde eine Zulassung durchaus rechtfertigen.
- Art. 55a KVG sieht vor, dass bei der Bestimmung der Höchstzahlen die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen sind. Solche Zahlen liegen nicht vor. Beschäftigungsgrade können kurzfristig wechseln und müssten in kurzen Zeitintervallen aktualisiert werden, da Zahlen gemäss Selbstangaben nur beschränkt verlässlich sein können. Indem Art. 55a KVG grundsätzlich bezweckt, die Kosten zu beeinflussen, sind für die Festlegung der Höchstzahlen die abgerechneten Kosten zu berücksichtigen. Diese sind ohnehin den Kantonen zur Verfügung zu stellen, sofern Abs. 6 Bestand hat.

Die Umsetzung von Art. 55a KVG bedeutet für den Kanton Mehraufwand (infolge komplexer Festlegung der Höchstzahlen, Einbezug des ambulanten Bereiches der Spitäler sowie Anhörung und Koordination gemäss Abs. 3).

Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme des GDK-Vorstandes vom 24. August 2017.

Wir danken Ihnen für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen und grüssen Sie freundlich.

Im Namen des Regierungsrates:



Othmar Reichmuth, Landammann



Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches
Departement des Innern
Herr Alain Berset
Bundesrat
3003 Bern

Frauenfeld, 26. September 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die uns mit Schreiben vom 5. Juli 2017 eingeräumte Möglichkeit zur Vernehmlassung in obgenannter Sache, wovon wir wie folgt Gebrauch machen:

I. Allgemeine Bemerkungen

Wir unterstützen das Vorhaben, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen.

Hingegen lehnen wir Doppelspurigkeiten im Zulassungsverfahren, wie sie insbesondere mit der Neufassung von Artikel 36 KVG vorgesehen sind, entschieden ab. Wir verweisen auf die entsprechenden Ausführungen im nachfolgenden Kapitel.

Gleichzeitig verweisen wir auf die grundsätzliche Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage durch die GDK in ihrer Vernehmlassung vom 24. August 2017. Die GDK hält fest, dass mit der neuen Regelung den Kantonen bezüglich Bedarfsbestimmung und Einführung die tragende Rolle zukommen soll. Zudem soll das Instrument eine effektive Steuerung bewirken können und in der Umsetzung möglichst einfach und technisch nicht zu anspruchsvoll, also nicht detailsteuernd sein. Es dürfe keine Zeit verloren gehen mit Vorschlägen, bei welchen schon heute absehbar ist, dass sie im Parlament oder in einer allfälligen Volksabstimmung nicht mehrheitsfähig sind.

Wir teilen diese Einschätzung. In diesem Sinn ist es unabdingbar, das vorgeschlagene Steuerungsinstrumentarium noch in einigen entscheidenden Punkten zu vereinfachen.

2/6

Demgemäss ist auf gesetzliche Vorgaben zu verzichten, welche in der Umsetzung einerseits zu komplex sind und andererseits Daten voraussetzt, die zurzeit nicht vorliegen.

II. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 36

Abs. 2

Gegen die Festlegung der einzelnen Zulassungsvoraussetzungen auf Verordnungsstufe, wie das bereits heute bei den Leistungserbringern nach geltendem Art. 38 KVG der Fall ist, haben wir nichts einzuwenden. Die Anforderungen an Qualität und Struktur der Leistungserbringung sollten aber klar definiert sein (z. B. Teilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Andernfalls könnte dies als Aufweichung des Kontrahierungszwanges verstanden werden, was die ganze Vorlage in Gefahr bringen würde.

Um Doppelspurigkeiten zum gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren zu vermeiden, dürfen keine Zulassungsvoraussetzungen festgelegt werden, welche bereits im gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren auf Kantonsebene überprüft werden (z. B. bezüglich Aus- und Weiterbildung); vielmehr ist direkt auf das Vorhandensein der Berufsausübungsbewilligung abzustützen. Nur im Hinblick auf eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung erforderliche zusätzliche Kriterien, sollten festgelegt werden.

Speziell bei den Apothekerinnen und den Apothekern ist zu beachten, dass an die persönliche Zulassung als Leistungserbringer keine zusätzlichen Anforderungen gestellt werden, welche bereits im Zusammenhang mit der Erteilung der Betriebs- und der Detailhandelsbewilligung an die Apotheke durch den Kanton gestützt auf das Heilmittelgesetz des Bundes vom 15. Dezember 2000 (HMG; SR 812.21) und die kantonale Gesundheitsgesetzgebung nachgewiesen werden müssen. Anforderungen an die Qualität und Struktur ergeben sich bei Apotheken bereits aus dem Heilmittelrecht.

Abs. 3

Wir halten die geltende Regelung in Art. 55a KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für eine zweckmässiger Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht hindernd auf den Berufseinstieg auswirkt oder gar dazu führt, dass sie dem Beruf den Rücken kehren.

3/6

Antrag

Wir beantragen, anstelle der im neuen Absatz 3 vorgesehenen Karenzregelung die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Abs. 4

Wir begrüssen diese Bestimmung grundsätzlich. Allerdings ist zu beachten, dass damit keine Redundanz zu den bereits in Art. 32 und 56 ff. KVG vorgesehenen Anforderungen betreffend Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung geschaffen wird. Die Auflagen sollten zudem klar definiert werden.

Abs. 5 bis 7

Die Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Es soll neu *parallel zu den kantonalen Zulassungsverfahren* ein formelles Verfahren für die Zulassung als Leistungserbringer zur OKP eingeführt werden. Bisher erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu soll es eine Verfügung mit Rechtsmittelzug etc. geben (vgl. Erläuterungen S. 12, 2. Absatz). Hier liegt eine klare wie auch unnötige Doppelspurigkeit vor. Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind:

Es geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als faktische Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sich nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme/Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Die Voraussetzungen haben sich unseres Erachtens auf die Vorgaben zu beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2-4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser «Organisation» würden auch zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt. Deren Infragestellung würde zwangsläufig zum Scheitern der Vorlage führen.

Die Überprüfung kann mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch die Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung (Kanton) vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Antrag

Wir beantragen, die Absätze 5 bis 7 ersatzlos zu streichen.

Art. 55a

Abs. 1

Sowohl in Abs. 1 als auch in der Überschrift führt die Verwendung des Begriffs Bewilligung zu Verwirrung bzw. kann zu Verwechslungen mit der von den Kantonen gestützt auf die Medizinalberufegesetzgebung erteilten gesundheitspolizeilichen Bewilligung führen. Wir regen deshalb an, die Überschrift von Art. 55a und den Einleitungssatz von Abs. 1 folgendermassen anzupassen:

„Art. 55a Einschränkung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

¹Ein Kanton kann die Anzahl folgender Personen, welche im ambulanten Bereich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen, für ein oder mehrere medizinische Fachgebiete einschränken: ...“

Zudem beantragen wir, die Terminologie selbständig/unselbständig in Abs. 1 Bst. a entweder an das revidierte MedBG anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht) oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbständigkeit oder um die fachliche Verantwortlichkeit geht.

Wir beantragen überdies, dass sich die Einschränkung der Bewilligung auch auf bestimmte Regionen eines Kantons beschränken kann. Dieser Punkt ist als Ergänzung von Absatz 1 aufzunehmen.

Abs. 2

Vielen Kantonen sind heute die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte in selbständiger Tätigkeit nicht bekannt. Zudem wird ein Kanton bei der Festlegung der Höchstzahlen auch die durchschnittliche Ärztedichte in der Schweiz in die Erwägungen einbeziehen. Diese dürfte derselben (sinkenden) Entwicklung des Beschäftigungsgrades unterliegen wie in einem einzelnen Kanton. Insofern ist die Entwicklung des Beschäftigungsgrades in einem einzelnen Kanton von geringer Relevanz für den Referenzrahmen zur Bestimmung der Höchstzahl.

Antrag

Wir beantragen den ersten Satz zu ändern und den zweiten Satz zu streichen. Änderung Abs. 2, erster Satz: Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Rechnung den Beschäftigungsgraden sämtlicher Ärztinnen und Ärzten nach Absatz 1 Rechnung.

5/6

Abs. 3

Erster Satz: Anhörung der Verbände:
Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Zweiter Satz: Koordination mit anderen Kantonen

Bei allem Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Versorgungsbetrachtung in einem grösseren regionalen Zusammenhang besteht aber einerseits zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander andererseits, ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag. Die Koordinationspflicht, wie sie für den stationären Bereich gilt (Art. 39 Abs. 2 KVG), knüpft an das Instrument der Spitalliste an, die wiederum auf einer strukturellen Planung fusst. Diese Planungsgrundsätze bestehen im ambulanten Bereich nicht, was eine rechtlich und inhaltlich bestimmbare Koordination verunmöglicht. Es bestünde die Gefahr, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern.

Antrag

Wir beantragen, Abs. 1 Satz 2 ersatzlos zu streichen.

Abs. 4

Die Bestimmung ist dahingehend zu ergänzen, dass die Kantone bestimmen können, welche Daten notwendig sind. Ebenfalls sollte vorgesehen werden, dass unvollständige und schlechte Datenlieferungen durch Versicherer und Leistungserbringer sanktioniert werden können.

Abs. 5

Entsprechend unseren Anmerkungen zu Abs. 1 sollte auch hier der Begriff „Bewilligung“ weggelassen werden. Wir beantragen folgende Formulierung: „Auch bei Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer nach Abs. 1 können folgende Ärztinnen und Ärzte weiter tätig sein: ...“. Auch bezüglich den Begriffen selbständig/unselbständig verweisen wir auf die Ausführungen zu Abs. 1.

Abs. 6

Diese Bestimmung, die den Kantonen im Fall eines starken Kostenanstiegs in einem bestimmten Fachgebiet unabhängig vom Bestehen von Höchstzahlen ein rasches Einschreiten ermöglicht, beurteilen wir als sinnvoll. Um die Bestimmung aber umsetzen zu können, müssten den Kantonen Informationen über die Kosten je versicherte Person pro Fachgebiet zur Verfügung stehen. Wie in Abs. 4 bezüglich der Bestimmung von

6/6

Höchstzahlen vorgesehen, müssten die Versicherer dafür zur notwendigen Datenbekanntgabe verpflichtet werden.

Art. 59

Es sollte auch die unvollständige oder qualitativ schlechte Datenlieferung durch die Leistungserbringer sanktioniert werden können (vgl. Bemerkungen zu Art. 55a Abs. 4 und 6). Die Bestimmung sollte entsprechend ergänzt werden.

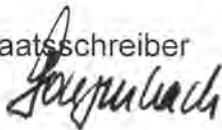
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin des Regierungsrates



Der Staatschreiber



Il Consiglio di Stato

Dipartimento federale dell'interno DFI
3003 Berna

*Invio per posta elettronica in formato
word e PDF a:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch*

Procedura di consultazione relativa alla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazione

Gentili signore ed egregi signori,
con scritto del 5 luglio 2017, ci avete sottoposto per avviso il progetto di revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazione. Nel ringraziarvi per averci associato alla consultazione, vi trasmettiamo di seguito le nostre osservazioni.

1. Premessa

Come noto la tematica sollevata riveste una grande importanza per il nostro Cantone di frontiera. Ormai oltre il 35% dei medici, farmacisti e veterinari in possesso dell'autorizzazione a esercitare a titolo indipendente è rappresentato da operatori sanitari di nazionalità straniera, in particolare italiana.

La recentissima comunicazione del nuovo aumento dei premi cassa malati per il 2018 ha ancora una volta confermato quanto sia importante poter regolare il mercato ambulatoriale e al riguardo ricordiamo che nei soli 18 mesi in cui non vigeva più alcuna limitazione dei fornitori di prestazione (dal 1. gennaio 2012 al 30 giugno 2013) il numero di medici autorizzati nel nostro Cantone è aumentato del 25%. È pertanto assolutamente necessario che una qualche forma di limitazione dei fornitori di prestazioni continui a esistere anche dopo il 30 giugno 2019 e possa essere confermata senza alcuna interruzione temporanea. Il controllo dei costi nel sistema sanitario così come una migliore qualità della presa a carico sanitaria richiedono necessariamente la possibilità di poter limitare il numero di fornitori di prestazioni ambulatoriali.

Per questi motivi il Cantone Ticino sostiene il progetto del Consiglio federale volto a sostituire l'attuale disciplinamento (articolo 55a LAMal), che giungerà a scadenza il 30 giugno 2019, con una soluzione a tempo indeterminato e più flessibile. Se il progetto tiene in larga misura pure conto del desiderio espresso dai Cantoni di poter disporre di un certo margine di manovra nel disciplinare l'offerta di cure mediche ambulatoriali sul proprio territorio, va però sottolineato già in entrata che la soluzione proposta contiene un mix di strumenti che difficilmente potrà raccogliere il necessario consenso per permettere una continuazione dell'attuale moratoria senza soluzione di continuità. Si tratta di un rischio concreto che non possiamo permetterci di correre poiché le conseguenze sarebbero pesanti.

La proposta del Consiglio federale deve pertanto essere scissa in due progetti chiaramente distinti (essendo il primo livello, vale a dire quello relativo alla modifica della legge federale sulle professioni mediche universitarie già stato attuato):

- una soluzione volta a permettere sin dal 2019 la continuità in modo pragmatico ed attuabile dell'attuale moratoria, conferendo ai Cantoni la possibilità di limitare il numero di fornitori di prestazioni;
- l'eventuale introduzione di un'autorizzazione formale a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria rilasciata dagli assicuratori malattie dopo la verifica di un certo numero di criteri di qualità.

Con riferimento a questo secondo ambito di revisione occorrerà tuttavia vegliare affinché le misure proposte non si trasformino nella libertà per gli assicuratori malattie di rifiutare dei fornitori di prestazioni o delle prestazioni per ragioni economiche o amministrative a loro convenienza (e ciò con particolare riferimento all'art. 36 cpv. 4 LAMal). I criteri applicati dagli assicuratori malattie dovranno rispondere a un interesse generale e limitarsi ad una verifica di tipo amministrativo, senza margini d'apprezzamento. Chiediamo pertanto che i Cantoni siano parimenti coinvolti al momento della definizione di questi criteri di qualità, che non dovranno del resto entrare in conflitto con le prerogative costituzionali dei Cantoni. Deve essere infatti chiaro che non verrà conferita agli assicuratori una competenza assimilabile a quella della libertà di contrarre, che lo stesso Consiglio federale ritiene priva del necessario sostegno (cfr. p. 15 del Rapporto esplicativo).

Per quanto riguarda l'emanazione di criteri di qualità atti a misurare il livello delle prestazioni erogate, si esprime un certo scetticismo quanto alla reale possibilità di concretizzazione. Da anni si assiste al tentativo da parte della Confederazione di organizzare e coordinare le attività portate avanti in modo sparso, sovrapposto e poco incisivo dalle varie associazioni attive sul territorio. Queste proposte sono tuttavia puntualmente rifiutate, modificate o sospese come l'ultima, concernente il rafforzamento della qualità e dell'economicità, oggetto del messaggio 15.083 del 4 dicembre 2015. Il nostro Cantone si attende quanto prima una messa in atto della strategia nazionale della qualità che contempli tutti gli ambiti del sistema sanitario, con interventi incisivi quale in particolare la creazione di una base legale nazionale per permettere lo sviluppo e il finanziamento in un quadro istituzionale della qualità delle cure.

Sempre con riferimento ai criteri per essere autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria, ci permettiamo di ricordare che già nel 2011, e quindi prima della caduta della moratoria, il nostro Cantone aveva interpellato il DFI circa la possibilità di introdurre requisiti legati alla conoscenza del sistema sanitario svizzero (cfr. allegati). Prendiamo atto con soddisfazione che a distanza di sei anni l'interpretazione dell'art. 55 della Direttiva europea 2005 /36/CE sembra ora essere più flessibile.

Per quanto concerne la possibilità da parte dei Cantoni di stabilire un numero massimo di fornitori di prestazioni salutiamo favorevolmente il passaggio da una soluzione a tempo determinato ad una soluzione duratura, ancorata nella legge federale. Chiediamo tuttavia che i Cantoni abbiano la possibilità di stabilire dei criteri per differenziare le autorizzazioni in funzione dei bisogni locali.

Riteniamo per contro che il progetto vada assolutamente semplificato, anche alla luce del fatto che ancora oggi i Cantoni non dispongono nel settore ambulatoriale delle informazioni statistiche necessarie per un efficace pilotaggio. Ciò vale ad esempio per i tassi di occupazione dei medici. Da questo punto di vista saranno fondamentali i dati raccolti nell'ambito dei diversi sottoprogetti MARS, di cui il terzo modulo, MARS3 (sugli studi medici privati), è stato lanciato con modalità ed effetti non veramente vincolanti solamente nel 2016. In particolare occorrerà permettere l'accesso a questi dati ai Cantoni, anziché obbligarli a organizzare rilevamenti di dati in doppio.

Chiediamo inoltre che i Cantoni vengano coinvolti nella fissazione dei criteri supplementari e dei principi metodologici di cui all'art. 55a cpv. 2 LAMal, nuovamente anche nell'ottica di una concretizzazione effettivamente praticabile dal profilo operativo. Se fosse stato possibile adottare parametri particolari allo scopo di definire un regime di gestione strategica puntualmente commisurato al fabbisogno reale, la relativa metodologia sarebbe verosimilmente già stata applicata anche in passato, in luogo del regime di moratoria fondato sul numero di medici autorizzati ad esercitare a carico dell'AOMS in un dato momento temporale.

Per quanto riguarda infine le disposizioni transitorie è assolutamente necessario che non si crei un periodo privo di limitazioni nell'autorizzazione ad esercitare a carico della LAMal tra la fine del regime attualmente in vigore (fine giugno 2019) e l'entrata in vigore delle nuove disposizioni. Al riguardo segnaliamo che il capoverso 2 delle disposizioni transitorie relative alla nuova modifica non è sufficientemente chiaro. Chiediamo che venga esplicitamente prevista la continuazione del regime previgente sino all'adeguamento dei disciplinamenti cantonali. Chiediamo parimenti che il termine venga portato dai due anni proposti a cinque anni, anche in virtù del fatto che almeno in alcuni Cantoni l'introduzione di questi adeguamenti implicherà anche l'adozione di basi legali formali e quindi il coinvolgimento del Parlamento.

2. Osservazioni in merito ai singoli articoli proposti

I: Autorizzazione rilasciata dagli assicuratori malattie

Art. 36 cpv. 1

Il Canton Ticino saluta favorevolmente l'introduzione di un'autorizzazione formale a esercitare a carico della LAMal.

Art. 36 cpv. 3

Invece del nuovo periodo di carenza proposto, applicabile a tutti i medici indipendentemente dal luogo di formazione e perfezionamento, chiediamo vengano mantenuti i requisiti attuali di ammissione, vale a dire un'attività di almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

Art. 36 cpvv. 4-5

Per i motivi di cui sopra riteniamo che i criteri proposti debbano essere formalmente proposti in una revisione distinta, ancorché semmai parallela, da quella sulla moratoria, pena il rischio di ritrovarsi a luglio 2019 senza alcuna possibilità di limitare il numero di fornitori di prestazioni.

La norma in questione dovrà inoltre contenere dei criteri chiaramente definiti, che non lascino margine di apprezzamento agli assicuratori, prevedendo anche, quale autorità decidente, un'organizzazione paritetica in cui non siano rappresentati i soli assicuratori.

La costituzione di un'organizzazione degli assicuratori incaricata di decidere in merito alle domande di autorizzazione dei fornitori di prestazione rappresenta un cambiamento di paradigma nella procedura di rilascio dell'autorizzazione ad esercitare a carico della LAMal. Una nuova procedura formale dovrà essere introdotta, in quanto sino ad oggi l'autorizzazione poggiava direttamente sull'art. 35 cpv. 1 LAMal. Le disposizioni in questione sollevano inoltre diversi quesiti che non vengono chiariti nel rapporto esplicativo. Temiamo che questa disposizione non potrà essere attuata nei tempi voluti poiché necessiterà di ulteriore regolamentazione.

Proponiamo pertanto che il cpv. 5 venga riformulato come segue:

5 Il Consiglio federale istituisce un'organizzazione paritetica incaricata di verificare dal profilo amministrativo il rispetto delle condizioni di cui ai capoversi 2 – 4 e di decidere in merito alle domande di autorizzazione dei fornitori di prestazioni di cui al cpv. 1».

Autorità di ricorso

Nel rapporto esplicativo si afferma a pagina 12 che contro la decisione di rifiuto di concedere l'autorizzazione da parte dell'organizzazione designata dagli assicuratori malattie il fornitore di prestazioni potrà presentare ricorso al Tribunale amministrativo federale. In assenza di una disposizione legale esplicita in questo senso riteniamo tuttavia che in virtù dell'art. 89 LAMal l'autorità di ricorso sarebbe rappresentata dal Tribunale arbitrale cantonale. Siamo parimenti dell'avviso che è preferibile affidare queste impugnative al Tribunale amministrativo federale, ma riteniamo necessario completare in questo senso il Titolo 5 della LAMal.

II: Limitazione dei fornitori di prestazione

Il nuovo art. 55a LAMal riprende una delle richieste fondamentali avanzate dai Cantoni: quella di poter in qualche modo limitare i costi della salute mediante la limitazione del numero di medici, che gestiscono direttamente o indirettamente. Se la soluzione proposta permette da una parte una maggiore gestione strategica della moratoria in atto dal 2013 al 2019, essa appare invece essere assai complessa e di difficile attuazione, soprattutto fintantoché non vi saranno dati statistici affidabili sul settore ambulatoriale (in particolare i dati MARS): si pensi anche solo al grado di attività dei medici.

Per evitare di mettere a rischio l'adozione di tutte le modifiche proposte, considerata anche la scadenza temporale incombente a giugno 2019, occorre inoltre separare in due proposte distinte quanto contenuto nel nuovo articolo 36 dall'articolo 55a LAMal.

Art. 55a cpv. 1

Salutiamo favorevolmente il fatto che i Cantoni abbiano anche in futuro la possibilità, ma non l'obbligo, di applicare una limitazione ai fornitori di prestazioni LAMal.

Se da un profilo concettuale è senz'altro condivisibile il voler subordinare a moratoria l'intero settore ambulatoriale, indipendentemente dal fatto che le prestazioni vengano offerte in un ambulatorio privato o ospedaliero, dall'altra la soluzione da sempre proposta risulta essere semplicemente inapplicabile. Nella realtà non appare infatti esservi un numero fisso di medici attivi nel settore ambulatoriale ospedaliero: gli stessi, nella misura in cui si tratta di medici assistenti, fatturano inoltre con il medesimo numero RCC in tutta la Svizzera, ciò che rende vano ogni tentativo di verifica del rispetto della moratoria.

Si chiede inoltre che sia possibile non solo limitare il numero di medici in base alla loro specializzazione, ma anche per regioni all'interno del Cantone. Nel nostro Cantone accade infatti di frequente che vi sia un esubero di medici nelle zone urbane quando nello stesso momento le regioni periferiche ne sono sprovvisti. Chiediamo pertanto che il cpv. 1 sia completato con l'indicazione che i Cantoni possono definire ulteriori criteri per il rilascio dell'autorizzazione.

Proponiamo pertanto che il cpv. 1 venga riformulato come segue:

1 seconda frase: A tale scopo può stabilire che le persone seguenti possano fornire prestazioni ambulatoriali in uno o più campi di specializzazione o in determinate regioni solo previa autorizzazione:

Eventualmente:

1^{bis} (nuovo): il Cantone può definire ulteriori criteri per il rilascio dell'autorizzazione.

Art. 55a cpv. 2

Come menzionato sopra, il capoverso 2 non è in realtà applicabile, mancando oggi del tutto dati affidabili per il settore ambulatoriale. Fintanto che MARS non fornirà dati completi ed affidabili il grado d'attività dei medici non è e non sarà noto. Di questa importantissima limitazione a livello statistico il Consiglio federale dovrà parimenti tener conto nella fissazione di eventuali ulteriori criteri supplementari, che il nostro Cantone non ritiene tuttavia necessari.

Proponiamo pertanto che il cpv. 2 venga riformulato come segue:

² *prima frase* Per determinare i numeri massimi di cui al capoverso 1, il Cantone tiene conto dell'evoluzione generale dei tassi di occupazione dei medici in Svizzera.

Va pure sottolineato con forza che per poter applicare il cpv. 2 i Cantoni devono poter aver accesso ai dati statistici raccolti nell'ambito del MARS. Ciò non è apparentemente previsto oggi (cfr. art. 30b cpv. 1 lett. b OAMal e Règlement de traitement - Données des fournisseurs de prestations selon l'art. 59a LAMal edito in data 20 marzo 2017 dall'UST). L'art. 30b cpv. 1 lett. b OAMal andrà pertanto completato in questo senso.

Art. 55a cpv. 3 secondo periodo

Pur comprendendo la fondatezza dell'intenzione di garantire un coordinamento intercantonale, va rilevato che la stessa appare di applicazione particolarmente difficile in questo contesto, in cui nemmeno tutti i Cantoni applicheranno la moratoria. Così come formulata la disposizione apre le porte ad eventuali ricorsi sul tema del coordinamento intercantonale, rendendo di fatto vano ogni tentativo di limitazione del numero di fornitori di prestazione. Per quanto riguarda in particolare il nostro Cantone va rilevato, alla luce della situazione topografica, che un coordinamento farebbe senso unicamente con il Grigioni italiano.

Proponiamo pertanto la seguente formulazione del cpv. 3, secondo periodo:

.... e dei pazienti. Consulta i Cantoni limitrofi prima di determinare i numeri massimi.

Art. 55a cpv. 4

Il capoverso 4 deve essere modificato, per permettere la trasmissione ai Cantoni dei dati raccolti dall'UST, indispensabili per allestire le analisi necessarie alla moratoria. Si tratta in particolare dei dati delle statistiche MARS2 (pazienti del settore ambulatoriale degli ospedali) e MARS3 (studi medici), già raccolti dall'Ufficio federale di statistica, e della futura MARS5 (pazienti degli studi medici). Infatti le statistiche MARS sono state introdotte grazie alla e per applicare la LAMal, ovvero fornire agli organi competenti i dati necessari.

L'articolo 30b OAMal, cpv. 1, lettera b deve pertanto essere ampliato, in modo da includere la trasmissione dei dati summenzionati allo scopo di applicare l'art. 55a, senza che i Cantoni debbano ancora interpellare al riguardo gli assicuratori e fornitori di prestazioni.

Art. 55a cpv. 5 lett. b)

Così come formulato, questo passaggio porterà inevitabilmente alla scomparsa degli istituti 36a LAMal (istituti ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. n) poiché i medici partenti non potranno essere sostituiti. Ciò accade già oggi con la formulazione in vigore. Proponiamo pertanto di congelare l'attività ambulatoriale negli ospedali e negli istituti di cui all'art. 35 cpv. 2 lett. n al numero di medici autorizzati a esercitare a carico della LAMal al momento dell'entrata in vigore della presente modifica.

Disposizione transitoria cpv. 2

Chiediamo che venga esplicitamente prevista la continuazione senza soluzione di continuità del regime previgente sino all'adeguamento dei disciplinamenti cantonali. Alla luce del rapporto esplicativo sembra del resto essere questa l'intenzione anche del Consiglio federale, ma le disposizioni legali proposte sono troppo poco precise per trarne una deduzione chiara.

Proponiamo pertanto di completare la disposizione transitoria con un ulteriore terzo capoverso del seguente tenore:

I Cantoni che hanno subordinato ad autorizzazione il numero di medici prima dell'entrata in vigore della presente modifica possono applicare le disposizioni di cui alla presente modifica dal momento della sua entrata in vigore indipendentemente da quanto previsto dal cpv. 2.

Come richiesto, vi segnaliamo infine quale persona di contatto per il Cantone Ticino il lic. jur. Stefano Radczuweit, Capo Ufficio di sanità (stefano.radczuweit@ti.ch; 091 814 30 45).

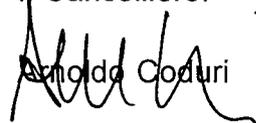
Vogliate gradire, gentili signore ed egregi signori, l'espressione della nostra stima

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:


Manuele Bertoli

Il Cancelliere:


Arnoldo Coduri

Allegati:

- Scambio di corrispondenza 2011 DSS - DFI

Copia per conoscenza a:

- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Ufficio di sanità (stefano.radczuweit@ti.ch)
- Ufficio del medico cantonale (dss-umc@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Pubblicazione in internet

prestazioni e fatturarle in seguito alle casse malati senza conoscere le regole e le leggi federali applicabili in materia. Ciò vale soprattutto per i medici, che fatturano una parte importantissima delle proprie prestazioni all'assicurazione malattie.

Considerato inoltre che, con la ratifica degli accordi bilaterali non è possibile discriminare i richiedenti stranieri, ci sembra quantomeno doveroso trovare una soluzione idonea a contrastare questo problema. Per ciò fare, riteniamo opportuno inserire tra i requisiti posti dall'art. 36 LAMal per il diritto di fatturazione a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria una "condizione" *sine qua non* - valida sia per i medici stranieri sia per quelli svizzeri. Come anticipato, questa condizione consisterebbe nel superamento di un esame in materia di assicurazioni sociali con riferimento particolare alle conoscenze sulla nostra Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal). Solo a seguito del superamento di questo esame, l'operatore sarà autorizzato a fatturare a carico della LAMal.

La stessa problematica si pone di per sé anche con riferimento al quadro legale della Legge federale sugli agenti terapeutici, della Legge federale sulle malattie trasmissibili, della Legge federale sugli stupefacenti, della Legge federale sulla procreazione medica assistita, ecc. Anche a questo riguardo la conoscenza delle relative basi legali è fondamentale per poter effettuare correttamente la propria attività: concetti come la dichiarazione obbligatoria di determinate malattie, il segreto medico, la differenza tra malattia e infortunio (concetto inesistente in Italia), il sistema vaccinale (in particolare l'assenza dell'obbligo di vaccinare) ecc. sono estremamente importanti. Invitiamo pertanto il suo Dipartimento a valutare in quale modo la conoscenza di questi fondamenti legali potrebbe essere verificata pur trovandoci in un contesto di libera circolazione a livello europeo. Se è vero che il mancato rispetto di questi principi può essere sanzionato a posteriori nell'ambito della violazione degli obblighi di diligenza, sarebbe comunque opportuno ed auspicabile poter verificare il possesso di queste conoscenze prima che un paziente ne abbia danno.

Si pone infine anche il problema delle conoscenze linguistiche, come anche segnalato dal Cantone Ticino nell'ambito della consultazione promossa dal suo Dipartimento sulla revisione della legge federale sulle professioni mediche universitarie. E' vero che in questa legge si pretende anche la conoscenza di una lingua nazionale. Ciò non è tuttavia spesso sufficiente poiché l'operatore sanitario in questione dovrebbe conoscere almeno la lingua della regione linguistica in cui opera. In Ticino anche ciò comunque non basta, poiché diversi documenti importanti per l'attività esistono solo in tedesco o in francese: si pensi alle direttive dell'Accademia Svizzera delle scienze mediche o alla farmacopea. Non va inoltre dimenticato che vi è una fetta importante di pazienti che non parla nemmeno l'italiano. Andrebbe quindi esatta la conoscenza della lingua della regione in cui l'operatore sanitario intende operare e una seconda lingua nazionale. Non va tuttavia nascosto che ciò potrebbe creare qualche problema anche agli operatori svizzeri, che si spostano anche in altre regioni del paese senza conoscere a sufficienza la lingua che vi si parla.

In attesa di ricevere un suo riscontro in merito, Le porgiamo, signor Consigliere federale, l'espressione della nostra alta stima.

Il Consigliere di Stato:


Paolo Beltraminelli



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Il capo del Dipartimento federale dell'Interno DFI

CH-3003 Berna
SG-DFI

Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Onorevole Consigliere di Stato
Paolo Beltraminelli
Residenza Governativa
6501 Bellinzona

| | |
|---|---|
| X ESP | |
| PA. x distribuzione SR | |
| Ricevuto il - 1 DIC. 2011 | |
| <input type="checkbox"/> Nota urgente | <input type="checkbox"/> Evoluzione diretta con cpc |
| <input type="checkbox"/> Per esame | <input type="checkbox"/> Progetto di risposta |
| <input type="checkbox"/> Per conoscenza | |

Berna, 28 novembre 2011

Moratoria LAMal - operatori sanitari

Onorevole Consigliere di Stato,

La ringrazio per la Sua lettera del 14 ottobre 2011, nella quale illustra le difficoltà cui andrà incontro il Cantone Ticino quando l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione malattie non sarà più limitata dalla clausola del bisogno ai sensi dell'articolo 55a della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). Comprendo le Sue preoccupazioni e sono consapevole che il termine della clausola del bisogno alla fine dell'anno potrebbe avere ripercussioni indesiderate in alcuni Cantoni. Riguardo alle Sue domande posso precisare quanto segue:

In base alla legge sulle professioni mediche (LPMed; RS 811.11) non è possibile introdurre un esame sulle conoscenze del sistema delle assicurazioni sociali in Svizzera. L'articolo 36 LPMed stabilisce in modo esaustivo i requisiti per l'ottenimento di un'autorizzazione al libero esercizio della professione a livello federale. Se essi sono soddisfatti, l'autorizzazione deve essere rilasciata. I Cantoni non possono fissare condizioni supplementari. Secondo gli articoli 15 capoverso 2 e 21 capoverso 2 LPMed, un diploma o un titolo di perfezionamento estero riconosciuto produce in Svizzera gli stessi effetti del corrispondente diploma o titolo di perfezionamento federale.

In base agli accordi bilaterali con l'UE e alla direttiva 2005/36/CE, qualora siano soddisfatte le condizioni di quest'ultima, ai diplomi e ai titoli di perfezionamento di medici, dentisti, farmacisti e veterinari è riconosciuta automaticamente l'equivalenza e non possono essere poste condizioni supplementari. Riguardo all'autorizzazione a fatturare le prestazioni fornite alle casse malati, l'articolo 55 della suddetta direttiva prevede addirittura che gli Stati membri dell'UE che, alle persone che hanno acquisito le qualifiche professionali sul loro territorio, chiedono condizioni supplementari per essere affiliati ad un regime di assicurazione contro le malattie, dispensino da quest'obbligo i titolari di qualifiche professionali di medico e di dentista acquisite in un altro Stato membro.

Per le condizioni di autorizzazione dei medici la legislazione federale sull'assicurazione malattie poggia conseguentemente sulla LPMed, cosicché anche qui il margine d'azione è ridotto.

L'unica possibilità consiste quindi nel fare appello all'autoresponsabilità. Ai medici provenienti dall'estero può essere raccomandata la partecipazione a determinati corsi per acquisire conoscenze specifiche, per esempio del sistema delle assicurazioni sociali in Svizzera. Tuttavia, perché non sia violato l'accordo sulla libera circolazione, tale partecipazione deve essere volontaria.

Va rammentato che in generale i fornitori di prestazioni, in applicazione dei principi di economicità, appropriatezza ed efficacia, devono limitarsi ad agire nell'interesse degli assicurati e secondo le necessità terapeutiche, e che gli assicuratori devono verificarne il rispetto nel quadro del controllo della fatturazione e dell'esame dell'economicità.

Per il resto, il parere del Canton Ticino sulle conoscenze linguistiche, espresso nell'ambito della revisione della LPMed, sarà esaminato nel quadro dell'analisi dei risultati della consultazione.

Gradisca, onorevole Consigliere di Stato, l'espressione della mia alta stima.



Didier Burkhalter
Consigliere federale



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
3003 Bern

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 unterbreitet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Kantonsregierungen die geplante Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend der Zulassung von Leistungserbringern zur Vernehmlassung.

Der Regierungsrat des Kantons Uri begrüsst die Stossrichtung der vorliegenden Gesetzesrevision und ist mit den vorgeschlagenen Anpassungen grundsätzlich einverstanden. Der Regierungsrat verlangt jedoch, dass bei der Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen darauf geachtet wird, dass die Umsetzung für die Kantone möglichst einfach und technisch nicht anspruchsvoll sein wird.

Zu den einzelnen Artikeln haben wir folgende Bemerkungen:

ad Artikel 36 Absatz 5 bis 7 KVG

Die Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens auf Bundesebene und die Übertragung der Durchführung an eine Organisation der Krankenversicherer ist grundsätzlich zu begrüessen. Dieser Schritt bedeutet aber auch einen eigentlichen Paradigmawechsel im schweizerischen Gesundheitssystem. Die sich aus diesem Systemwechsel ergebenden Konsequenzen sind im erläuternden Bericht nicht klar ersichtlich. Es darf nicht sein, dass mit dem vorgesehenen Verfahren die Steuerung der Ge-

sundheitsversorgung schlussendlich in die Kompetenz der Krankenversicherer fällt. Denn die Steuerung der Versorgung kommt verfassungsmässig den Kantonen zu.

Wir bitten Sie daher, das vorgesehene Zulassungsverfahren nochmals zu prüfen und die Formulierungen von Absatz 5 bis 7 allenfalls anzupassen.

ad Artikel 55a Absatz 1 KVG

Die Regelung soll dahingehend ergänzt werden, dass die Kantone die Möglichkeit haben, Höchstzahlen auch für bestimmte Regionen festzulegen - und nicht nur für das gesamte Kantonsgebiet.

ad Artikel 55a Absatz 2 KVG

Die Kantone werden bei der Berechnung der Höchstzahlen den Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte im eigenen Interesse in zweckmässiger Form berücksichtigen. Dies muss daher nicht explizit im KVG festgelegt werden. Es soll zudem generell in der Kompetenz der Kantone bleiben, welche Kriterien bei der Festlegung der Höchstzahlen angewendet werden. Der ganze Absatz 2 kann daher aus unserer Sicht ersatzlos gestrichen werden.

ad Artikel 55a Absatz 3 KVG

Die im zweiten Satz enthaltene gesetzliche Verpflichtung zur Koordination mit anderen Kantonen ist zu eng formuliert. Die praktische Umsetzung würde für die Kantone schwierig. Der zweite Satz soll daher gestrichen werden. Um trotzdem einen sinnvollen Einbezug der umliegenden Kantone zu gewährleisten, schlagen wir folgende Ergänzung des ersten Satzes vor: «... hört der Kanton die angrenzenden Kantone, die Verbände der Leistungserbringer, ...».

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Altdorf, 3. Oktober 2017



Im Namen des Regierungsrats

Der Landammann

Der Kanzleidirektor

Beat Jörg

Roman Balli



CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Chef du Département fédéral de l'intérieur
Inselgasse 1
3003 Berne

Réf. : CS/15022683

Lausanne, le 4 octobre 2017

Consultation fédérale portant sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Par lettre du 5 juillet 2017, vous avez consulté les gouvernements cantonaux sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie mentionnée en objet. Le Conseil d'Etat vaudois a pris connaissance avec intérêt de cette dernière et vous en remercie. Vous recevez par la présente et dans le délai imparti ses déterminations.

Sur le principe, nous accueillons favorablement le projet à trois niveaux présenté dont l'objectif est de réglementer de manière efficace et pérenne l'admission des fournisseurs de prestations à facturer à charge l'assurance obligatoire des soins visant ainsi à freiner la hausse des coûts des prestations.

A l'instar des positions exprimées par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), auxquelles il se rallie, le Conseil d'Etat estime néanmoins que le projet doit être simplifié sur certains points déterminants.

En particulier, il nous paraît inopportun de donner un rôle prépondérant dans les demandes d'admission des fournisseurs de prestations aux assureurs, qui risqueraient de les refuser pour des motifs étrangers à la LAMal, notamment purement administratifs. L'organisation chargée de statuer sur les demandes d'admission, si elle est maintenue dans le projet (cf. art. 36 al. 5 à 7), devrait donc être placée sous la responsabilité des cantons et se limiter purement à un rôle de contrôle strict du respect des exigences fixées par la LAMal. Les cantons doivent conserver leur marge de manœuvre dans ce domaine.

En outre, nous nous interrogeons sur la possibilité de prévoir un délai d'attente de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade (art. 36 al. 3). Nous estimons préférable de maintenir comme condition d'admission la réglementation actuelle, qui fixe comme condition une activité dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans.

En ce qui concerne la possibilité de plafonner le nombre de médecins (art. 55a du projet), nous saluons cet ancrage pérenne dans la LAMal. Cependant, il nous semble peu opportun de faire mention du taux d'occupation. En effet, cette donnée est en l'état inconnue des cantons et devrait être disponible au mieux via le projet MARS mené par l'Office fédéral de la statistique. En outre, il est important que les cantons conservent une certaine marge de manœuvre afin de pouvoir fixer des critères permettant de tenir compte de leurs besoins pour différencier les admissions. Ainsi, il serait opportun d'abandonner ce critère.

Afin de compléter notre prise de position, nous joignons à la présente une annexe qui reprend article par article nos commentaires ainsi que nos propositions d'amendements.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce qui précède, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Annexe mentionnée

Copies

- OFSP, par courriel : abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- OAE
- SSP

Annexe à la consultation fédérale portant sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Article 36 alinéa 1 LAMal

Nous saluons la règle selon laquelle les fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 LAMal ne peuvent facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) que s'ils sont admis, sous réserve de ce qui suit.

Article 36 alinéa 2 LAMal

Nous comprenons que le Conseil fédéral entend traiter tous les fournisseurs de prestations visés à l'article 35 alinéa 2 LAMal sur pied d'égalité. Cependant, il nous paraît important de réguler prioritairement les fournisseurs de prestations tels que les médecins et les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques où le canton de Vaud constate une demande accrue d'autorisation à facturer à charge de l'AOS. Par contre, la limitation des autres fournisseurs de prestations ne nous apparaît pas nécessaire en l'état et risque de compliquer la mise en œuvre de la loi et surcharger les entités habilitées à effectuer les contrôles nécessaires. Le risque d'imposer des chicaneries administratives de la part des assurances à certains fournisseurs de prestations doit être évité.

Article 36 alinéa 3 LAMal

Ce délai de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade paraît être moins clair que la clause actuellement en vigueur. Aucune mention n'est faite quant à la formation de trois ans dans une institution de formation reconnue ISFM.

Dès lors, nous proposons une nouvelle formulation de l'alinéa 3 : **«Le Conseil fédéral peut prévoir pour les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 un délai d'attente de deux ans avant l'admission et la preuve d'une expérience d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade et pour autant que la spécialité ne soit pas plafonnée».**

Article 36 alinéa 3bis LAMal

Nous proposons une nouvelle formulation : **«...Les fournisseurs de prestations qui fournissent la preuve d'une expérience pratique d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade sont dispensés de l'examen».**

Article 36 alinéa 4 LAMal

Nous ne nous opposons pas forcément à la mise sur pied de charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Cependant, ces charges ne sont pas encore définies et le rapport explicatif ne nous en apprend pas plus. Il serait opportun dès lors de les connaître à ce stade. De plus, de quelle manière, les autorités

de délivrance pourront examiner ces charges de qualité et d'économicité avant toute délivrance d'autorisation de facturer à charge de l'AOS ? Il est important d'éviter d'imposer aux fournisseurs de prestations des nouvelles tracasseries administratives.

Article 36 alinéa 5 LAMal

Bien qu'il soit nécessaire qu'une procédure formelle d'admission unifiée dans tous les cantons soit instaurée, la tâche de constituer une organisation adéquate ne doit pas, selon nous, être confiée aux assureurs. L'organisation doit être placée sous la responsabilité des cantons, lesquels peuvent éventuellement déléguer cette tâche.

Le législateur doit préciser la composition de cette organisation. Les cantons doivent y être représentés obligatoirement à poids égal avec d'autres membres. Le dispositif pluripartite en place dans de nombreux cantons (selon le droit actuel) a fait ses preuves et rencontre l'adhésion des parties concernées. Ce transfert de tâches aux assureurs n'est pas justifié, car il n'apporte pas de plus-value.

Article 36 alinéa 6 LAMal

En tant qu'autorité de surveillance, nous souhaiterions être associés à la sélection de l'organisation qui serait, le cas échéant, désignée par le Conseil fédéral pour contrôler les connaissances du système de santé suisse des fournisseurs de prestations.

Article 36 alinéa 7 LAMal

RAS

Article 55a alinéa 1 LAMal

Nous approuvons ce libellé. Il convient de préciser que le plafonnement peut se faire également par district par rapport à une spécialité donnée.

Ainsi, nous proposons d'ajouter la phrase suivante à cet alinéa : «**Le canton peut définir d'autres critères pour l'admission des médecins par spécialité, tels que le district**».

Article 55a alinéa 2 LAMal

Cette disposition, en tant que telle, est inapplicable pour le canton de Vaud. En effet, à ce jour, nous ne disposons pas encore du taux d'occupation des médecins par spécialité. Nous dépendons grandement des résultats de l'enquête MARS qui ne seront disponibles qu'à partir de 2019. Il faut, dès lors, prévoir également une période transitoire. D'ici là, notre pratique doit être conservée.

Nous proposons de reformuler cet alinéa de la manière suivante : «**Lorsqu'il détermine les plafonds visés à l'al. 1, le canton tient compte des taux d'occupation des médecins en Suisse**».

Article 55a alinéa 3 LAMal

Bien que comprenant la volonté du Conseil fédéral, cette disposition risque de bloquer toute action dans le domaine de la limitation à l'admission. Certains cantons appliqueront avec plus ou moins d'engouement la possibilité de limiter. Ainsi, si un canton souhaite fixer des plafonds, il pourra tenir compte de l'offre existante dans les cantons limitrophes.

Nous proposons de reformuler cet alinéa de la manière suivante : «*Avant de déterminer des plafonds, le canton entend les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des patients. Il **consulte à cet effet les cantons limitrophes en vue d'établir sa propre offre de soins***».

Article 55a alinéa 4 LAMal

Nous saluons l'introduction de cet alinéa qui rend la communication des données par tous les fournisseurs de prestations obligatoire, et ceci gratuitement. Il aura un effet positif aussi pour la collecte des données pour le projet MARS et pour les observatoires cantonaux.

Article 55a alinéa 5 LAMal

RAS

Article 55a alinéa 6 LAMal

Nous saluons l'admission des médecins par spécialité ainsi que la possibilité, en cas de hausse massive des coûts dans une spécialité donnée, de pouvoir bloquer l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations dans cette spécialité.

Là aussi, il est important de relever que le critère du découpage par district doit être pris en compte (cf. art. 55a alinéa 1 LAMal).

Article 59 LAMal

RAS

Dispositions transitoires

Elles prévoient que les cantons doivent adapter dans un délai de deux ans leur réglementation en matière de limitation à pratiquer à charge de l'AOS. A ce stade, il est important de savoir s'il est toujours possible pour un canton de plafonner le nombre de médecins passé ce délai. Il est indispensable que le canton conserve une certaine marge de manœuvre pouvant s'adapter en fonction des besoins et de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse.



Conseil d'Etat
Staatsrat

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS



2017.03747

Monsieur Alain Berset
Conseiller fédéral
Chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Inselgasse 13003 Berne

Date

18 OCT. 2017

Procédure de consultation – Révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral,

En réponse à votre invitation du 5 juillet 2017 concernant l'objet cité en référence, nous vous faisons part de la position du Gouvernement valaisan.

A titre liminaire, le Conseil d'Etat accueille de façon générale favorablement les nouvelles dispositions légales proposées. En effet, la maîtrise des coûts de la santé et l'amélioration de la qualité des soins passent impérativement par la pérennisation de la clause du besoin avec la possibilité pour les cantons de limiter le nombre de prestataires de soins ambulatoires, ainsi que par le contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations. Le projet de révision partielle de la LAMal répond notamment au large souhait des cantons de pouvoir fixer de leur propre compétence un plafonnement des médecins fournissant des prestations ambulatoires.

Tout en se ralliant aux positions exprimées par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et par la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS), qui sont favorables au projet, le Conseil d'Etat estime néanmoins que ce dernier doit être nuancé sur les points ci-dessous.

S'agissant du deuxième niveau d'intervention, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il revient exclusivement aux cantons d'examiner les exigences qualitatives (connaissances, exigences concernant la formation, connaissances linguistiques) concernant l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire de soins (AOS). Il ne semble en effet pas judicieux de donner aux assureurs un rôle de premier plan dans les demandes d'admission, car cela risquerait de voir des demandes refusées pour des motifs étrangers à la LAMal (p. ex. pour des raisons uniquement économiques ou administratives). De même, cela risquerait d'entraîner des lourdeurs administratives supplémentaires dans une procédure déjà longue.

S'agissant de la possibilité de plafonner le nombre de médecins (art. 55a projet), le canton du Valais salue cet ancrage définitif dans la LAMal. Cependant, il semble peu adéquat de faire mention du taux d'occupation des médecins (art. 55a al. 2 projet). En effet, cette donnée n'est généralement pas connue des cantons. Il serait plus judicieux, pour simplifier, de reprendre la proposition de la CDS de tenir compte de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse. L'art. 55a al. 2 du projet devrait aussi prévoir la possibilité pour les cantons de fixer d'autres critères (p. ex. le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin). Il est en effet important que les cantons conservent une marge de manœuvre pour pouvoir fixer des critères qui tiennent compte de leurs besoins spécifiques comme de leurs particularités géographiques et

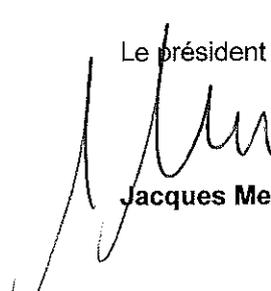


démographiques. Il y a lieu d'éviter absolument que des régions urbaines se trouvent en situation de pléthore alors que les campagnes resteraient des déserts médicaux.

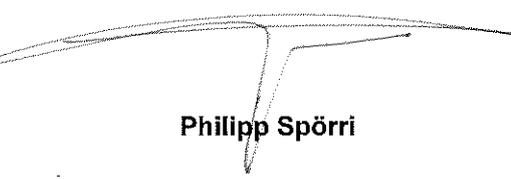
Quant au troisième niveau d'intervention, le Gouvernement valaisan est convaincu qu'il doit s'appliquer à tous les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 let. *a* à *g*, *m* et *n* LAMal. Il est en effet impératif que les cantons puissent réguler et fixer des plafonds pour tous ces fournisseurs quant à l'admission de pratiquer à charge de l'AOS.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre très haute considération.

Au nom du Conseil d'Etat

Le président

Jacques Melly



Le chancelier

Philipp Spörri

Par courriel : abteilung-leistungen@bag.admin.ch



Regierungsrat, Postfach 156, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zug, 3. Oktober 2017 hs

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 lud das Eidgenössische Departement des Innern die Kantone ein, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns zu dieser Vorlage.

Wir begrüssen die vorgeschlagenen Änderungen im Grundsatz, da das Ende der bisherigen, bis zum 30. Juni 2019 befristeten Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte eine nahtlose Anschlussregelung erforderlich macht. Ein Auslaufen der Zulassungsbeschränkung wie Ende 2011 und ein neuerlicher, ungebremster Anstieg der Ärztezahls muss vermieden werden.

Aus Sicht des Kantons Zug handelt es sich beim vorliegenden Vorschlag jedoch nicht um eine abschliessende Lösung. Wie im Bericht des Bundesrates vom 3. März 2017 festgehalten wurde, sind namentlich hinsichtlich einer möglichen Lockerung des Vertragszwangs noch weitere Diskussionen unter den Akteuren erforderlich, um eine langfristige Einigung zu erzielen («Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten», Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016, S. 2). Diese Diskussionen müssen ungeachtet der nun vorgeschlagenen Anschlusslösung weitergeführt werden.

1. Anträge

1.1 Ungenügende Fokussierung auf einen umsetzbaren Vollzug

Der Entwurf ist mit dem Ziel einer einfacheren Umsetzung zu überarbeiten; die Erläuterungen sind entsprechend zu ergänzen.

1.2 Artikel 36 Absatz 3

Bei Ärztinnen und Ärzten ist an der bisherigen Dreijahresfrist festzuhalten. Für die übrigen Leistungserbringer sind nicht bloss Wartefristen vorzusehen, sondern es ist eine praktische Tätigkeit im entsprechenden Beruf zu verlangen.

1.3 Artikel 36 Absätze 5–7

Auf die Schaffung einer besonderen Organisation der Versicherer ist zu verzichten.

1.4 Artikel 55a – grundsätzliche Bemerkungen

Der Bericht ist zu präzisieren. Für den Zulassungsentscheid sollen weiterhin die Kantone zuständig sein.

1.5 Artikel 55a Absatz 1

Beim Zulassungsentscheid soll es möglich sein, die regionale Verteilung der Leistungserbringer zu berücksichtigen und die Bewilligung mit Einschränkungen zu verbinden. In Bezug auf den Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» ist die Terminologie zu überprüfen.

1.6 Artikel 55a Absatz 2 Satz 1

Streichung.

Eventualiter: Jährliche Erhebung der durchschnittlichen Beschäftigungsgrade je Fachgebiet durch den Bund.

1.7 Artikel 55a Absatz 2 Satz 2

Streichung.

1.8 Artikel 55a Absatz 3 Satz 2

Streichung.

1.9 Artikel 55a Absatz 5

Buchstabe a ist wie folgt zu ergänzen:

- a. *Ärzte und Ärztinnen, die in diesem Kanton vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassen wurden und ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausgeübt haben.*

1.10 Artikel 55a Absatz 6

Es ist zu präzisieren, dass die Kantone generell-abstrakte Regeln schaffen dürfen.

1.11 Übergangsbestimmungen

Für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte ist vorzusehen, dass diese nur in Kantonen, in denen sie bereits zugelassen sind, keine Bewilligung benötigen.

2. Ungenügende Fokussierung auf einen umsetzbaren Vollzug

Der vorliegende Entwurf bedarf in Bezug auf die praktische Umsetzung im Vollzug einer umfassenden Überarbeitung. Die Schaffung zusätzlicher Verwaltungsstrukturen, neuer Koordinationspflichten unter den Kantonen, das Voraussetzen nicht vorhandener Datengrundlagen sowie das unklare Verhältnis zwischen der Zulassung nach Artikel 36 Absatz 1 und der Bewilligung nach Artikel 55a Absatz 1 machen die Vorlage zu komplex und für die zuständigen Behörden impraktikabel.

Im Rahmen der Überarbeitung des Erlassentwurfs sind auch die Erläuterungen zu ergänzen. Es sollten darin verstärkt für den Vollzug zentrale Themen angesprochen werden. Es fehlen namentlich Ausführungen zum Verhältnis zwischen der Zulassungssteuerung und dem Binnenmarktgesetz sowie zur Frage der 90-Tage-Dienstleister. Zudem sollte zumindest in den Erläuterungen ausdrücklich festgehalten werden, dass Artikel 55a – wie die bisherige Regelung – auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt.

3. Zu den einzelnen Bestimmungen

3.1 Artikel 36 Absatz 3

Es ist fraglich, ob eine blossе Wartefrist von zwei Jahren ein geeignetes Mittel ist, um die Qualität der Leistungserbringung zu verbessern. So würde etwa auch eine Person, die nach ihrer Ausbildung zwei Jahre arbeitslos oder nicht im Gesundheitswesen tätig war, dieses Kriterium erfüllen. Stattdessen ist, wo angemessen, eine praktische Tätigkeit im entsprechenden Beruf zu verlangen.

Bei Ärztinnen und Ärzten hingegen ist an der bisherigen Regelung festzuhalten, wonach grundsätzlich eine dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz vorausgesetzt wird. Die Einführung einer reinen Wartefrist von zwei Jahren würde hier eine erhebliche Senkung der geltenden Zulassungsanforderungen bedeuten.

3.2 Artikel 36 Absätze 5–7

Das heutige System, wonach jene kantonale Behörde, die über die Berufsausübungsbewilligung entscheidet, auch über die Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP befindet, ist zu bevorzugen. Die Überprüfung der jeweiligen Voraussetzungen in einem einzigen Verfahren ist zweckmässiger und kann durch die kantonalen Aufsichtsbehörden besser abgewickelt werden. Auf die Schaffung einer besonderen Organisation der Versicherer ist daher zu verzichten.

3.3 Artikel 55a – grundsätzliche Bemerkungen

Es ergibt sich aus der Vorlage und den Erläuterungen nicht deutlich genug, wie sich die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a–g und m (Art. 36 KVG) zur Zulassungsbeschränkung bei Ärztinnen und Ärzten (Art. 55a KVG) verhält.

Gegenwärtig benötigen Ärztinnen und Ärzte einerseits eine Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des Arztberufs (Art. 34 MedBG) sowie in den meisten Kantonen eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 VEZL). Beide Entscheide werden von der Aufsichtsbehörde des Kantons ihrer Tätigkeit gefällt. Nach der Vernehmlassungsvorlage würden Ärztinnen und Ärzte künftig im Regelfall drei Bewilligungen von zwei verschiedenen Behörden benötigen: Wie bisher die Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des Arztberufs (Art. 34 MedBG), daneben jedoch auch die allgemeine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 36 Abs. 1 KVG) sowie eine spezielle Bewilligung zur Tätigkeit zulasten der OKP in jenen Kantonen, die Höchstzahlen festgelegt haben (Art. 55a Abs. 1 KVG; «Falls die Kantone sich dergestalt für eine Zulassungsbeschränkung entscheiden, müssen sie hierzu eine Bewilligungspraxis initialisieren.», S. 27 der Erläuterungen). Für den ersten und den dritten Entscheid wäre der Kanton zuständig, für den zweiten hingegen die neue Organisation der Versicherer. Die kantonalen Bewilligungen wären jeweils nur auf dem Gebiet des ausstellenden Kantons gültig, während der Entscheid der Organisation der Versicherer schweizweit gelten würde. Bei Ärztinnen und Ärzten mit einer Tätigkeit in mehreren Kantonen würde die Lage entsprechend komplexer. So würde eine Ärztin aus dem Kanton Zug, die an zwei Tagen pro Woche in Luzern praktizieren möchte, bereits fünf Bewilligungen von drei Behörden benötigen.

Es wäre daher sinnvoller, dass jene kantonale Behörde, die bereits die Berufsausübungsbewilligung sowie die besondere Bewilligung nach Artikel 55a ausstellt, auch über die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP befinden könnte. Die Schaffung einer besonderen Zulassungsorganisation der Versicherer wäre so nicht notwendig.

3.4 Artikel 55a Absatz 1

In vielen Kantonen bestehen grosse regionale Unterschiede in Bezug auf die Versorgungsdichte. So kann die Versorgung in einem Fachgebiet in den städtischen Zentren überdurchschnittlich sein, während sie in ländlichen Regionen nicht mehr sichergestellt ist. In diesem Fall ist die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte nur dann sinnvoll, wenn diese ihre Tätigkeit nicht in einem bereits überversorgten Kantonsteil aufnehmen. Zusätzlich zur Festlegung von Höchstzahlen sollte es den Kantonen daher möglich sein, bei ihrem Zulassungsentscheid die regionale Verteilung der Leistungserbringer zu berücksichtigen und die Bewilligung mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art verbinden zu können.

Der in Artikel 55a Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 5 Buchstabe a verwendete Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» ist insofern unklar, als daraus nicht erkenntlich wird, ob damit die fachliche oder die wirtschaftliche Selbstständigkeit gemeint ist. Da per 1. Januar 2018, nach jahrelanger Kritik in der Literatur, im Medizinalberufegesetz der Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» mit der Wendung «privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird, ist zu prüfen, ob eine einheitliche Terminologie gefunden werden kann. Auch in den Erläuterungen sollte auf diese Problematik eingegangen werden.

3.5 Artikel 55a Absatz 2 Satz 1

Die Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden, wie in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagen, ist für die Kantone impraktikabel. Beschäftigungsgrade sind ständigen Änderungen unterworfen und es wäre nahezu unmöglich, selbst auf einen Stichtag hin die Beschäftigungsgrade sämtlicher in einem Kanton tätigen Ärztinnen und Ärzte korrekt zu erfassen. Zudem kann sich insbesondere in kleinen Kantonen, in denen nicht selten nur eine Ärztin oder ein Arzt in einem bestimmten Fachgebiet tätig ist (z. B. Pneumologie, Medizinische Onkologie), der durchschnittliche Beschäftigungsgrad in einem Fachgebiet von einem Tag auf den andern verdoppeln oder verdreifachen.

Abgesehen von dieser Problematik ist auch unklar, welche Arbeitsleistung überhaupt als Vollzeitpensum anzusehen wäre. Je nach Fachbereich, Tätigkeit und hierarchischer Stellung in einem Klinikbetrieb unterscheiden sich die Vorstellungen, was einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, stark (42, 50 oder mehr Arbeitsstunden pro Woche). In manchen Fällen wird sich zudem bei Ärztinnen und Ärzten mit mehr als einem Facharztstitel auch die Frage stellen, wie sich dieser Umstand auf die Berechnung des Beschäftigungsgrades auswirkt. Auch würde etwa die Festlegung einer kantonsweiten Höchstgrenze von beispielsweise 100 Prozent Beschäftigungsgrad im Fachbereich Neurologie faktisch nicht verhindern, dass zwei bisher an drei beziehungsweise an zwei Wochentagen tätige Neurologinnen ihr Pensum auf je fünf Wochentage erhöhen und die Höchstgrenze ohne Weiteres umgehen könnten.

Es ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass gegenüber den Aufsichtsbehörden regelmässig argumentiert wird, der Inhaber einer bestehenden Zulassung würde eine bestimmte Prozentzahl seiner bisherigen Tätigkeit an eine neue Praxispartnerin oder eine Nachfolgerin abtreten (sog. «Splitting» von Zulassungen). In solchen Fällen ist jedoch nicht sichergestellt, dass der bisherige Zulassungsinhaber sein Pensum tatsächlich reduziert, was mancherorts zu einem schwunghaften Handel mit Zulassungen führte. Würde die Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden nun im Bundesrecht vorgeschrieben, würde diese Argumentationsweise noch befördert.

Wie sich an diesen nicht abschliessenden Beispielen zeigt, mag die Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden in der Theorie einleuchtend erscheinen, in der Praxis führt sie jedoch bloss zu zahlreichen Umgehungsmöglichkeiten und massiven Problemen im Vollzug. Daher sollte für die Bestimmung der Höchstzahlen wie bisher an der Anzahl Ärztinnen und Ärzte und nicht an Beschäftigungsgraden angeknüpft werden.

Sollte dennoch an der Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden festgehalten werden, wäre eine Lösung zu bevorzugen, wonach der Bund für jedes Fachgebiet jährlich einen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad erhebt (z. B. 75 Prozent in der Psychiatrie, 95 Prozent in der Neurochirurgie etc.) und die Kantone ihren Berechnungen diese Durchschnittswerte zugrunde legen können.

3.6 Artikel 55a Absatz 2 Satz 2

Die Grundidee der vorgeschlagenen Lösung ist, dass künftig statt des Bundesrats die Kantone zur Festlegung der Höchstzahlen kompetent sein sollen. Dieser Grundsatz wird durch Artikel 55a Absatz 2 Satz 2 jedoch stark relativiert. Wenn nun neu die Kantone zuständig sein sollen, Höchstzahlen festzulegen, sollte ihnen auch frei stehen, wie sie diese Höchstzahlen bestimmen.

So sollte sich die Bestimmung der Höchstzahl in stark überversorgten Kantonen nicht nach denselben Kriterien richten müssen wie in Kantonen mit nur punktueller Überversorgung. Starre Vorschriften des Bundesrates könnten passendere, auf die Situation im jeweiligen Kanton zugeschnittene Lösungen verhindern. Die Kompetenz des Bundesrates, den Kantonen Kriterien und Methoden zur Bestimmung der Höchstzahlen vorzuschreiben, ist daher zu streichen.

3.7 Artikel 55a Absatz 3 Satz 2

Mit der Koordinationspflicht nach Artikel 55a Absatz 3 Satz 2 soll die Mobilität der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Diese Bestimmung ist aus mehreren Gründen abzulehnen.

Will ein Kanton die Anliegen eines Nachbarkantons bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen, wird er auch ohne entsprechende Vorschrift dessen Meinung einholen. Ist er hingegen entschlossen, die Höchstzahlen eigenständig festzulegen, dürfte die vorgeschlagene Koordinationspflicht kaum eine Wirkung entfalten.

Weiter fehlen den Kantonen die für eine faktenbasierte Koordination notwendigen Daten. Es ist unklar, wie und auf welcher gesetzlichen Grundlage eine regelmässige Erhebung der Patientenströme zur Erfüllung der Koordinationspflicht zu erfolgen hätte; in jedem Fall wäre dies mit sehr hohem Aufwand verbunden.

Zudem ist fraglich, ob die Berücksichtigung interkantonaler Patientenströme überhaupt wünschbar ist, da letztere in vielen Fällen einseitig sein dürften. So ist beispielsweise anzunehmen, dass die Patientenströme zwischen den Kantonen Jura und Basel-Stadt nicht ausgeglichen sind und sich deutlich mehr Patienten aus dem Kanton Jura in Basel-Stadt behandeln lassen als umgekehrt. Die Berücksichtigung solcher einseitiger Patientenströme zwischen städtisch und ländlich geprägten Kantonen würde dazu führen, dass im vorgenannten Beispiel Basel-Stadt höhere und Jura niedrigere Höchstzahlen festlegen müsste. Diese zusätzliche Erhöhung der Kapazitäten in den wirtschaftlichen Zentren ist aber gerade nicht wünschenswert. Da die Berücksichtigung der kantonsübergreifenden Patientenströme zu unerwünschten Ergebnissen führen dürfte, ist sie abzulehnen und Artikel 55a Absatz 3 Satz 2 zu streichen.

3.8 Artikel 55a Absatz 5

Die Bestimmung sollte so ausgestaltet werden, dass lediglich eine Besitzstandswahrung sichergestellt wird. Wer vor dem Inkrafttreten in einem Kanton zugelassen wurde, soll weiterhin in diesem Kanton weiterarbeiten dürfen. Wer heute aber keine Zulassung eines Kantons mit Zulassungsbeschränkung erhalten kann, soll nach der Revision nicht automatisch einen Anspruch auf eine solche haben.

Nach der vorgeschlagenen Formulierung in Artikel 55a Absatz 5 Buchstabe a könnte argumentiert werden, dass eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der bisher nur in einem Kanton ohne Zulassungsbeschränkung eine Zulassung erhalten konnte, ab Inkrafttreten der Änderung auch in jedem anderen zugelassen werden müsste. Dies ginge über eine Besitzstandswahrung weit hinaus (dieses Problem wiederholt sich in den Übergangsbestimmungen). Artikel 55a Absatz 5 Buchstabe a ist daher wie folgt zu ergänzen:

- a. *Ärzte und Ärztinnen, die in diesem Kanton vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassen wurden und ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausgeübt haben.*

Durch diese Ergänzung würden die Ärztinnen und Ärzte in der freien Praxis zudem weniger stark gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich von Spitälern und in HMO-Praxen bevorzugt, welche gemäss Buchstabe b nur solange keine Bewilligung benötigen, als sie ihre Tätigkeit im bisherigen Betrieb weiter ausüben.

3.9 Artikel 55a Absatz 6

Es sollte präzisiert werden, dass die Kantone zu dieser Bestimmung generell-abstrakte Regeln schaffen dürfen, also etwa in einer Verordnung bestimmen können, dass die Zulassungsbeschränkung beim Eintritt der genannten Bedingungen automatisch in Kraft tritt.

3.10 Übergangsbestimmungen

Für Ärztinnen und Ärzte ist ein Vorbehalt im Sinne der Ausführungen zu Artikel 55a Absatz 5 einzufügen. Für jene von ihnen, die heute der Zulassungsbeschränkung unterliegen, soll diese nicht per Übergangsbestimmungen aufgehoben werden. Sie sollen in Kantonen, welche die Zulassungsbeschränkung nahtlos weiterführen und in denen sie bisher nicht zugelassen waren, der Beschränkung weiterhin unterliegen.

Seite 8/8

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Zug, 3. Oktober 2017

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug



Manuela Weichelt-Picard
Frau Landammann



Tobias Moser
Landschreiber

Kopie per E-Mail an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch (PDF- und Word-Format)
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion, info.gd@zg.ch
- Amt für Gesundheit, gesund@zg.ch



Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

| AmtL | GP | KOV | OeG | VS | R | T+SE/EP |
|---------------|--------------------------|-----|-----|------|------|-----------------|
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| DD | | | | | | |
| CC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | |
| Lst | VA | NCD | MT | BioM | Chem | AS.Chem Str. |

04. Okt. 2017
SM.0009-100/4

27. September 2017 (RRB Nr. 896/2017)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Änderung
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 haben Sie uns den Entwurf der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Zulassung Leistungserbringer) zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir begrüssen die nahtlose Ablösung der befristeten Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte durch eine unbefristete Lösung, insbesondere auch die Verknüpfung der Zulassung von Leistungserbringern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit zusätzlichen Qualitätsanforderungen.

In Bezug auf die zweite Interventionsebene, die Einführung eines neuen formellen Verfahrens für die Zulassung von Leistungserbringern, bestehen aber Klärungsbedarf und Vorbehalte. Insbesondere ist zu befürchten, dass das neue Verfahren zu kompliziert sein wird oder zu Doppelspurigkeiten führen könnte. Im Weiteren verweisen wir auf die grundsätzliche Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage durch die Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die mit der unsrigen übereinstimmt. Ergänzend haben wir folgende Bemerkungen:

Art. 36

Abs. 1–3^{bis} und 5–7

Der Einführung eines neuen formellen Verfahrens für die Zulassung von Erbringern ambulanter Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine von den Versicherern oder subsidiär vom Bundesrat zu bezeichnende Organisation stehen wir skeptisch gegenüber. Wir befürchten, dass damit Doppelspurigkeiten zum kantonalen gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren geschaffen werden und dass die Bestimmung aufgrund des grossen Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden könnte.

Gegen die Festlegung der einzelnen Zulassungsvoraussetzungen auf Verordnungsstufe, wie das bereits heute bei den Leistungserbringern nach geltendem Art. 38 KVG der Fall ist, haben wir nichts einzuwenden. Die Anforderungen an Qualität und Struktur der Leistungserbringung sollten aber klar definiert sein (z. B. Teilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm), und damit sollte der Organisation, welche die Zulassungsvoraussetzungen zu prüfen hat, kein grosses Ermessen eingeräumt werden. Andernfalls könnte dies als Aufweichung des Kontrahierungszwanges verstanden werden, was die ganze Vorlage in Gefahr bringen würde.

Um Doppelspurigkeiten zum gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren zu vermeiden, sollten keine Zulassungsvoraussetzungen festgelegt werden, die bereits im gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren auf Kantonsebene überprüft werden (z. B. bezüglich Aus- und Weiterbildung), sondern direkt auf das Vorhandensein der Berufsausübungsbewilligung abgestützt werden. Nur zusätzliche, im Hinblick auf eine qualitative hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung erforderliche Kriterien sollten festgelegt werden.

Besonders bei den Apothekerinnen und den Apothekern ist zu beachten, dass an die persönliche Zulassung als Leistungserbringer keine zusätzlichen Anforderungen gestellt werden, die bereits im Zusammenhang mit der Erteilung der Betriebs- und der Detailhandelsbewilligung an die Apotheke durch den Kanton gestützt auf das Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 (HMG; SR 812.21) und die kantonale Gesundheitsgesetzgebung nachgewiesen werden müssen. Anforderungen an die Qualität und Struktur ergeben sich bei Apotheken bereits aus dem Heilmittelrecht.

Anstelle der in Abs. 3 vorgesehenen zweijährigen Wartefrist wäre es sinnvoller, es könnte eine Tätigkeit an einer Schweizerischen Weiterbildungsstätte verlangt werden. Allerdings sollte diese nicht nur nach Abschluss, sondern auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Dies hätte zum Beispiel bei Medizinerinnen und Medizinern zur Folge, dass sie sich in dieser Zeit weiter qualifizieren könnten, ohne dass in der Schweiz weitergebildete Ärztinnen und Ärzte am Einstieg in die eigene Praxis behindert würden. Damit würde sich auch Abs. 3^{bis} betreffend Nachweis über Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens erübrigen, da die dort vorgesehene Ausnahme zur Regel würde.

Abs. 4

Wir begrüssen diese Bestimmung grundsätzlich. Allerdings ist zu beachten, dass damit keine Redundanz zu den bereits in Art. 32 und 56 ff. KVG vorgesehenen Anforderungen betreffend Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung geschaffen wird. Die Auflagen sollten zudem klar definiert werden, damit den Versicherern kein zu grosser Ermessensspielraum eingeräumt wird.

Art. 55a

Wir begrüssen die Möglichkeit für die Kantone, bei Bedarf die ambulante ärztliche Versorgung selber steuern zu können. Es ist auch richtig, dass es durch die Kann-Formulierung weiterhin den Kantonen überlassen bleibt, ob sie von der Möglichkeit Gebrauch machen wollen. Wichtig ist, dass dieses Instrument in der Umsetzung möglichst einfach und technisch nicht zu anspruchsvoll ist.

Abs. 1

Sowohl in Abs. 1 als auch in der Überschrift führt die Verwendung des Begriffs Bewilligung zu Verwirrung bzw. kann zu Verwechslung mit der von den Kantonen gestützt auf die Medizinalberufegesetzgebung erteilten gesundheitspolizeilichen Bewilligung führen. Wir regen deshalb an, die Überschrift von Art. 55a und den Einleitungssatz von Abs. 1 folgendermassen anzupassen:

«Art. 55a Einschränkung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

¹ Ein Kanton kann die Anzahl folgender Personen, die im ambulanten Bereich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen, für ein oder mehrere medizinische Fachgebiete einschränken: ...»

Weiter sollte es möglich sein, die Einschränkung auf bestimmte Regionen innerhalb eines Kantons einzugrenzen. Zudem beantragen wir, die Terminologie selbstständig/unselbstständig entweder an das revidierte Medizinalberufegesetz anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht), oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbstständigkeit oder um die fachliche Eigenverantwortung geht.

Abs. 2

Den Beschäftigungsgrad von Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen, ist äusserst kompliziert. Spitalärztinnen und -ärzte können zum Beispiel sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig sein. Bei den frei Praktizierenden besteht keine Soll-Arbeitszeit, womit deren Beschäftigungsgrad nicht festgelegt werden kann. Auf jeden Fall sind den Kantonen heute diese Zahlen nicht bekannt. Die Bestimmung ist deshalb in dem Sinne anzupassen, dass der allgemeinen Entwicklung des Beschäftigungsgrades von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz Rechnung zu tragen ist.

Abs. 3

Mit dem ersten Satz sind wir einverstanden. Die Koordination mit den anderen Kantonen bei der Festlegung von Höchstzahlen ist jedoch schwierig, da die Koordinationspflicht mit der Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht, im Widerspruch steht. Eine Koordination ist auch mangels einheitlicher Planungsgrundsätze im ambulanten Bereich schwierig. Die diesbezüglichen Anforderungen sind deshalb gering zu halten.

Abs. 4

Die Bestimmung ist dahingehend zu ergänzen, dass die Kantone bestimmen können, welche Daten notwendig sind. Ebenfalls sollte vorgesehen werden, dass unvollständige und schlechte Datenlieferungen durch Versicherer und Leistungserbringer sanktioniert werden können.

Abs. 5

Entsprechend unseren Anmerkungen zu Abs. 1 sollte auch hier der Begriff «Bewilligung» weggelassen werden. Wir beantragen folgende Formulierung: «Auch bei Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer nach Abs. 1 können folgend Ärztinnen und Ärzte weiter tätig sein: ...». Auch bezüglich der Begriffe selbstständig/unselbstständig verweisen wir auf die Ausführungen zu Abs. 1.

Abs. 6

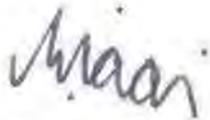
Diese Bestimmung, die den Kantonen im Fall eines starken Kostenanstiegs in einem bestimmten Fachgebiet unabhängig vom Bestehen von Höchstzahlen ein rasches Einschreiten ermöglicht, beurteilen wir als sinnvoll. Um die Bestimmung aber umsetzen zu können, müssten den Kantonen Informationen über die Kosten je versicherte Person pro Fachgebiet zur Verfügung stehen. Wie in Abs. 4 bezüglich der Bestimmung von Höchstzahlen vorgesehen, müssten die Versicherer dafür zur notwendigen Datenbekanntgabe verpflichtet werden.

Art. 59

Es sollte auch die unvollständige oder qualitativ schlechte Datenlieferung durch die Leistungserbringer sanktioniert werden können (vgl. Bemerkungen zu Art. 55a Abs. 4 und 6). Die Bestimmung sollte entsprechend ergänzt werden.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat,
die Versicherung unserer ausgezeichneten Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident:



Der stv. Staatsschreiber:





Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 24. August 2017

43.2231/MJ

Teilrevision KVG: Zulassung von Leistungserbringern; Stellungnahme des GDK-Vorstands

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates vom 5. Juli 2017 zur Zulassung von Leistungserbringern an seiner Sitzung vom 24. August 2017 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

1. Grundsätzliches

Die GDK unterstützt das Vorhaben des Bundesrates, die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a KVG) nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen. Der Entwurf entspricht weitgehend auch dem Wunsch der Kantone, die Regelung der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Bedarf in eigener Kompetenz regeln zu können.

Die Interventionsebenen auf drei Stufen sind nachvollziehbar:

1. Bundesrechtliche Regelung der Voraussetzungen zur Berufsausübung im Medizinalberufegesetz (MedBG) mit verstärkten Anforderungen an die Sprachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind (Inkrafttreten zweiter Teil rev. MedBG per 1.1.2018).
2. Qualitative Anforderungen an die Zulassung. Diesbezüglich werden wir allerdings gegenüber der Vernehmlassungsvorlage Vorbehalte und Änderungsvorschläge anbringen.
3. Bestimmungen, welche den Kantonen die Möglichkeit geben, das Versorgungsangebot selber nach ihrem Bedarf zu regulieren. Auch hier sind an der Vorlage unserer Ansicht nach noch Vereinfachungen bzw. Präzisierungen anzubringen.

Die GDK orientiert sich bei ihrer Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage an Eckwerten, welche der Vorstand bereits im Sommer 2016 als Kriterien zur Beurteilung einer Nachfolgeregelung zur Zulassungsbeschränkung festgelegt hat. Der Vorstand hielt damals fest, dass mit der neuen Regelung den Kantonen bezüglich Bedarfsbestimmung und Einführung die tragende



Rolle zukommen soll. Zudem soll das Instrument eine effektive Steuerung bewirken können und in der Umsetzung möglichst einfach und technisch nicht zu anspruchsvoll, also nicht detailsteuernd, sein. Schliesslich steht für die GDK im Vordergrund, dass keine Zeit verloren geht mit Vorschlägen, bei welchen schon heute absehbar ist, dass sie im Parlament oder in einer allfälligen Volksabstimmung nicht mehrheitsfähig sind. Ein Auslaufen der bestehenden Lösung ohne nahtlosen Ersatz würde zu einer weiteren unkontrollierten Angebotsausweitung und einem damit verbundenen Kostenschub führen.

Aufgrund dieser Eckwerte teilt die GDK die Ansicht des Bundesrates, dass eine Infragestellung des Kontrahierungszwangs – wie auch immer man dazu stehen mag – nicht mehrheitsfähig ist. Eine andere in die Diskussion eingebrachte Lösung – differenzierte Preise je nach Über- oder Unterangebot – fällt aus Gründen der Wirksamkeit ausser Betracht. Alle Expertenmeinungen gehen davon aus, dass die Taxpunktwertdifferenzen für eine effektive Steuerungswirkung derart gross sein müssten, dass sie unter dem Aspekt der für das KVG geltenden Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht mehr zu rechtfertigen wären. Insofern verfolgt die Vernehmlassungsvorlage einen gangbaren und realistischen Weg.

Hingegen ist das vorgeschlagene Steuerungsinstrumentarium noch in einigen entscheidenden Punkten zu vereinfachen. Es sollten nicht gesetzliche Vorgaben gemacht werden, welche in der Umsetzung zu komplex sind oder welche die Verfügbarkeit von Daten voraussetzen, die zurzeit nicht gegeben ist.

2. Zu den Artikeln im Einzelnen

2.1. Artikel 36

Abs. 1 und 2

Die GDK begrüsst die gesetzliche Grundlage, die Zulassung von Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-g, m und n an Voraussetzungen knüpfen zu können, welche sich auf die Aus- und Weiterbildung sowie die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen beziehen.

Abs. 3

Wir halten die geltende Regelung in Art. 55a KVG, welche eine Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte während mindestens dreier Jahre voraussetzt, für eine zweckmässigere Bestimmung, da sie zugleich eine weitere Qualifizierung zur Folge hat und sich für junge Medizinerinnen und Mediziner, die hier ausgebildet werden, nicht hindernd auf den Berufseinstieg auswirkt oder gar dazu führt, dass sie dem Beruf den Rücken kehren.

Antrag:

Wir beantragen, anstelle der neuen Karenzregelung die bisherige Regelung als Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Abs. 3bis

Keine Bemerkungen.

Abs. 4

Keine Bemerkungen.



Abs. 5 - 7

Die Bildung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hat, bedeutet einen Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren. Es soll neu ein formelles Verfahren für die Zulassung als Leistungserbringer zur OKP eingeführt werden. Bisher erfolgte die Zulassung automatisch gemäss Art. 35 Abs. 1 KVG. Neu wird es eine Verfügung mit Rechtsmittelzug etc. geben (vgl. Erläuterungen S. 12, 2. Absatz). Die Bestimmungen werfen zudem verschiedene Fragen auf, welche im erläuternden Bericht nicht geklärt sind:

Wir haben die Befürchtung, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden kann. Die Versicherer(verbände) haben sich in der bisherigen Diskussion nicht durch grosse Einigkeit ausgezeichnet.

Es geht aus dem Bericht nicht hervor, welches Ermessen der Organisation bei der Zulassung zukommt. Die vorgesehenen offen formulierten Kompetenzen könnten sehr leicht als umfassende Aufhebung des Kontrahierungszwangs verstanden werden, wenn die Prüfung der Vorgaben in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sich nicht auf eine rein administrative Überprüfung beschränkt (beispielsweise Teilnahme / Nichtteilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm). Die Voraussetzungen haben sich unseres Erachtens auf die Vorgaben zu beschränken, welche der Bund gemäss Art. 36 Abs. 2-4 erlässt. Umfassendere Kompetenzen dieser «Organisation» würden auch zu einer faktischen Steuerung der Versorgung führen, eine Aufgabe, welche verfassungsmässig den Kantonen zukommt.

Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch die Bewilligungsbehörde für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung (Kanton) vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Antrag:

Abs. 5 muss präzisiert werden: «.....Organisation, welche die administrative Prüfung der Voraussetzungen gemäss Abs. 2 – 4 vornimmt und über die Zulassung von Leistungserbringern nach Abs. 1 entscheidet.»

Grundsätzlich zu Art. 36:

Wir beantragen, die mit der Kontrolle der Zulassungsanforderungen vorgesehene Instanz und das Verfahren noch einmal zu überprüfen und im Sinne unserer Überlegungen zu vereinfachen. Sollten sich diese Bestimmungen als Hindernis für die ganze Vorlage erweisen, ist auf die neue Bestimmung im Bundesratsentwurf zu verzichten.

2.2. Artikel 55a

Artikel 55a beinhaltet das Kernanliegen der Kantone: Die Möglichkeit, die Anzahl Ärzte und Ärztinnen auf eine Höchstzahl zu beschränken. Die vorliegende Regelung ist griffiger als die bisherige, welche eine Zulassungssteuerung für Personen ausschloss, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Abs. 1

Die GDK begrüsst diese Bestimmung im Grundsatz ausdrücklich. Wir beantragen jedoch, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf eines oder mehrere medizinische Fachgebiete beziehen kann, sondern auch auf bestimmte Regionen eines Kantons. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen können, was eine Zulassung rechtfertigt.

**Antrag:**

Abs. 1 (ergänzen): Zu diesem Zweck kann er vorsehen, dass folgende Personen nur mit einer Bewilligung im ambulanten Bereich eines oder mehrerer medizinischer Fachgebiete Leistungen erbringen oder in bestimmten Gemeinden tätig sein dürfen:

Eventualiter:

Abs. 1 bis (neu): Der Kanton kann weitere Kriterien für die Zulassung bestimmen.

Zudem beantragen wir, die Terminologie selbstständig/unselbstständig in Abs. 1 Bst. a entweder an das revidierte MedBG anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht) oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbstständigkeit oder um die fachliche Verantwortlichkeit geht.

Abs. 2

Den Kantonen sind heute die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte in selbständiger Tätigkeit nicht bekannt. Die Grundlagen dafür werden bestenfalls mit der Umsetzung von MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé des BFS) und den entsprechenden Strukturdaten vorliegen. Die in Abs. 2 festgehaltene Vorschrift erschwerte oder verunmöglichte eine zeitgerechte Umsetzung. Zudem wird ein Kanton bei der Festlegung der Höchstzahlen auch die durchschnittliche Ärztedichte in der Schweiz in die Erwägungen einbeziehen. Diese dürfte derselben (sinkenden) Entwicklung des Beschäftigungsgrades unterliegen wie in einem einzelnen Kanton. Insofern ist die Entwicklung des Beschäftigungsgrades in einem einzelnen Kanton von geringer Relevanz für den Referenzrahmen zur Bestimmung der Höchstzahl.

Wir erachten es nicht als notwendig, zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festzulegen.

Antrag:

Abs. 2, erster Satz (ändern): Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er der generellen Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz Rechnung ~~den Beschäftigungsgraden sämtlicher Ärztinnen und Ärzte nach Absatz 1~~ Rechnung.

Zweiter Satz (streichen): ~~Der Bundesrat kann weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen.~~

Abs. 3

Erster Satz: Anhörung der Verbände

Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Zweiter Satz: Koordination mit anderen Kantonen

Bei allem Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Versorgungsbetrachtung in einem grösseren regionalen Zusammenhang besteht aber zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht einerseits und der Koordinationsverpflichtung der Kantone untereinander andererseits, ein Widerspruch, den der Gesetzesentwurf nicht aufzulösen vermag.

Die Anforderungen an die «Koordination mit den anderen Kantonen» sind deshalb möglichst einfach zu halten. Sonst besteht die Gefahr, dass im Beschwerdefall die Rechtsprechung Koordinationsanforderungen festlegt, welche in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton ungebührlich behindern oder das Verfahren verzögern.



Antrag:

Abs. 1 Satz 2 ändern:

Er hört bei der Bestimmung der Höchstzahlen die angrenzenden Kantone an und bezieht deren ambulantes Angebot in seine Gesamtbetrachtung ein. ~~Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.~~

Abs. 4

Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Abs. 5

Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Abs. 6

Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Art. 59 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 Bst. g

Zustimmung. Keine Bemerkungen.

Übergangsbestimmungen

Keine Bemerkungen

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND –DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi



Envoi par courriel

À l'Office fédéral de la santé publique

abteilung-leistungen@baq.admin.ch

Berne, le 24 août 2017

43.2231 / MJ/PB

Révision partielle LAMal: admission des fournisseurs de prestations; prise de position du Comité directeur de la CDS

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Le Comité directeur de la CDS a examiné lors de sa séance du 24 août 2017 le projet du Conseil fédéral sur l'admission des fournisseurs de prestations mis en consultation le 5 juillet 2017 et il prend position comme suit en la matière.

1. Principes

La CDS soutient le projet du Conseil fédéral de remplacer directement la limitation de l'admission prenant fin le 30 juin 2019 (art. 55a LAMal) par une solution non limitée dans le temps et plus maniable. Le projet répond aussi largement au souhait des cantons de pouvoir si nécessaire fixer de leur propre compétence la réglementation des soins médicaux ambulatoires.

Les interventions à trois niveaux sont pertinentes:

1. Réglementation fédérale des conditions requises pour exercer la profession dans la Loi sur les professions médicales (LPMéd), avec renforcement des exigences relatives aux connaissances linguistiques des médecins qui exercent sous leur propre responsabilité (entrée en vigueur deuxième partie LPMéd rév. au 1.1.2018).
2. Exigence qualitatives concernant l'admission. Nous formulerons toutefois à ce sujet des réserves et des propositions de modification par rapport au projet mis en consultation.
3. Dispositions qui donnent aux cantons la possibilité de réguler eux-mêmes l'offre de soins selon leurs besoins. Là également, des simplifications ou des précisions doivent à notre avis encore être apportées au projet.

Dans son évaluation du projet mis en consultation, la CDS se fonde sur les éléments-clés que le Comité directeur a définis déjà en été 2016 comme critères pour l'évaluation de la réglementation subséquente à la limitation de l'admission. Le Comité directeur avait alors estimé que le rôle phare doit revenir aux cantons en matière de détermination des besoins et d'introduction. L'instrument doit de plus permettre un pilotage effectif et être dans la mise en œuvre



aussi simple que possible et techniquement pas trop complexe, c'est-à-dire ne pas contrôler les détails. Enfin, la CDS juge primordial de ne pas perdre de temps avec des propositions pour lesquelles il est déjà aujourd'hui prévisible qu'elles ne sont pas à même de rallier une majorité au Parlement ou dans une éventuelle votation populaire. Une expiration de la solution existante sans remplacement immédiat entraînerait une nouvelle extension incontrôlée de l'offre et la croissance des coûts correspondante.

Sur la base de ces éléments-clés, la CDS partage l'avis du Conseil fédéral qu'une remise en question de l'obligation de contracter – quoi que l'on puisse en penser – n'est pas à même de rallier une majorité. Une autre solution avancée dans la discussion – prix différenciés selon que la couverture est excédentaire ou insuffisante – n'entre pas en ligne de compte pour des questions d'efficacité. Tous les experts considèrent que les différences de la valeur du point tarifaire devraient être si grandes pour obtenir un réel effet de pilotage qu'elles ne seraient plus justifiables sous l'aspect du caractère économique des prestations qu'exige la LAMal. Le projet mis en consultation suit à cet égard une voie praticable et réaliste.

L'instrument de pilotage proposé doit par contre être encore simplifié sur certains points déterminants. Il ne devrait pas y avoir de directives légales trop complexes dans la mise en œuvre ou qui supposent la disponibilité de données qui n'est aujourd'hui pas assurée.

2. Articles individuels

2.1. Article 36

Al. 1 et 2

La CDS salue la base légale permettant de lier l'admission des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, aux conditions qui portent sur la formation de base et la formation postgrade et sur les structures nécessaires pour assurer la qualité des prestations.

Abs. 3

Nous considérons la réglementation en vigueur dans l'article 55a LAMal qui fixe comme condition une activité dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans comme une disposition plus appropriée, car elle a en même temps pour conséquence une qualification supplémentaire et n'est pas pour les jeunes médecins qui sont formés ici un obstacle à l'entrée dans la profession ou ne les conduit pas à même tourner le dos à la profession.

Proposition

Nous proposons au lieu du nouveau délai de carence de maintenir comme condition d'admission la réglementation actuelle, qui fixe comme condition une activité dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans.

Al. 3bis

Pas de remarques.

Al. 4

Pas de remarques.



Al. 5 - 7

La constitution d'une organisation des assureurs qui se prononce sur le respect des obligations signifie un changement de paradigme dans la procédure d'admission. Une nouvelle procédure formelle pour l'admission comme fournisseur de prestations à la charge de l'AOS doit être introduite. L'admission intervenait jusqu'ici directement selon l'art. 35 al. 1 LAMal. Il y aura désormais une décision avec voie de recours, etc. (cf. explications p. 12, 2^e alinéa).

Les dispositions soulèvent en outre différentes questions qui ne sont pas clarifiées dans le rapport explicatif.

Nous craignons que cet article ne puisse pas être mis en œuvre en temps voulu en raison du besoin de réglementation. Les (associations d') assureurs ne sont pas caractérisés par une grande unité dans les discussions menées jusqu'ici.

Il ne ressort pas du rapport quelle appréciation revient à l'organisation dans l'admission. Les compétences prévues, formulées de manière ouvertes, pourraient très facilement s'entendre comme levée globale de l'obligation de contracter si l'examen des directives relatives au caractère économique et à la qualité ne se limite pas à un contrôle purement administratif (par exemple participation / non-participation à un programme en matière de qualité prescrit). Les conditions doivent à notre avis se limiter aux directives que la Confédération édicte selon l'art. 36 al. 2-4. Des compétences plus étendues de cette «organisation» conduiraient aussi à un pilotage de fait de la prise en charge, qui incombe constitutionnellement aux cantons.

Le contrôle pourrait être opéré de manière plus simple et ainsi plus appropriée par l'autorité octroyant l'autorisation d'exercer sous sa propre responsabilité (canton) en se déroulant dans une unique procédure d'examen.

Proposition

Il convient de préciser l'al. 5: «.....organisation chargée de procéder au contrôle administratif du respect des conditions selon al. 2 – 4 et de statuer sur les demandes d'admission des fournisseurs de prestations visés à l'al. 1. »

Art. 36 globalement:

Nous proposons d'examiner encore une fois la procédure et l'instance prévue pour le contrôle des exigences en matière d'admission et de les simplifier dans le sens de nos réflexions. Si ces dispositions devaient être un obstacle pour l'ensemble du projet, il conviendrait de renoncer à la nouvelle disposition dans le projet du Conseil fédéral.

2.2. Article 55a

L'article 55a comporte la requête essentielle des cantons: la possibilité de plafonner le nombre de médecins. La nouvelle réglementation est plus incisive que l'ancienne, qui excluait un pilotage de l'admission pour les personnes qui ont travaillé dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade pendant au moins trois ans.

Al. 1

La CDS soutient expressément le principe de cette disposition. Nous proposons toutefois que la limitation de l'autorisation puisse se rapporter non pas uniquement à un ou plusieurs domaines de spécialité, mais également à certaines régions d'un canton. Il peut en effet parfaitement arriver qu'au sein d'un canton une région abrite une offre excédentaire (ville, agglomération), tandis que des lacunes dans la prise en charge existent dans des régions rurales, ce qui justifie une admission.



Proposition

Al. 1 (complément): À cet effet, il peut prévoir que les personnes suivantes ne peuvent fournir des prestations ambulatoires, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines communes, que sur autorisation: ...

Éventuellement:

Al. 1 bis (nouveau): Le canton peut définir d'autres critères pour l'admission.

Nous proposons en outre soit d'adapter la terminologie dépendante/indépendante (al. 1 let. a) à la LPMéd révisée (sous sa propre responsabilité ou non), soit au moins de clarifier dans les explications s'il s'agit de l'indépendance du point de vue des assurances sociales ou de la responsabilité professionnelle.

Al. 2

Les cantons n'ont aujourd'hui pas connaissance des taux d'occupation des médecins qui exercent une activité indépendante. Les bases pour cela seront au mieux disponibles via l'introduction de MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé de l'OFS) et l'existence des données structurelles correspondantes. La prescription établie à l'a. 2 rend difficile ou impossible une mise en œuvre en temps voulu. De plus, un canton intégrera également la densité moyenne de médecins en Suisse dans ses considérations lors de la détermination du plafond. Celle-ci devrait être soumise à la même évolution (à la baisse) du taux d'occupation que dans un canton particulier. L'évolution du taux d'occupation dans un canton particulier est à cet égard peu pertinent pour le cadre de référence servant à déterminer le plafond.

Nous ne considérons pas comme nécessaire de définir des critères supplémentaires pour déterminer des plafonds.

Proposition

Al. 2, première phrase (modification): Lorsqu'il détermine les plafonds visés à l'al. 1, le canton tient compte de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse des taux d'occupation de tous les médecins visés à l'al. 1.

Deuxième phrase (biffer): ~~Le Conseil fédéral peut fixer des critères supplémentaires et des principes méthodologiques pour la détermination des plafonds visés à l'al. 1.~~

Al. 3

Première phrase: audition des fédérations

Approbation. Pas de remarques.

Deuxième phrase: coordination avec les autres cantons

Malgré toute la compréhension du bien-fondé de considérer la prise en charge dans un contexte régional plus grand, il existe néanmoins entre la compétence souveraine des cantons d'appliquer ou non l'art. 55a LAMal, d'une part, et l'obligation de coordination des cantons entre eux, d'autre part, une contradiction que le projet de loi n'est pas à même de résoudre.

Les exigences relatives à la coordination avec les autres cantons doivent donc demeurer aussi simples que possible. Sans quoi le danger existe qu'en cas de recours la jurisprudence fixe des exigences de coordination qui en pratique entravent indûment la limitation de l'admission dans un canton ou retardent la procédure.



Proposition

Modification de l'al. 1 phrase 2:

Il consulte les cantons limitrophes pour la détermination des plafonds et intègre leur offre ambulatoire dans son appréciation globale. ~~Il se coordonne avec les autres cantons pour déterminer les plafonds.~~

Al. 4

Approbation. Pas de remarques.

Al. 5

Approbation. Pas de remarques.

Al. 6

Approbation. Pas de remarques.

Art. 59 al. 1 première phrase et al. 3 let. g

Approbation. Pas de remarques.

Dispositions transitoires

Pas de remarques

Nous sommes à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi

Secrétariat

Par Institut de droit de la santé
Université de Neuchâtel
Av. du 1^{er}-Mars 26
CH – 2000 Neuchâtel

| | | | | | | |
|------|--------------------------|-----|-----|------|------|-------|
| AmtL | GP | KdV | OeG | VS | R | T-SEP |
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| JKH | 26. Sep. 2017 | | | | | |
| CC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | 4 |
| Lst | VA | NCD | MT | BioM | Chem | Str |

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Monsieur Alain Berset
Conseiller fédéral
Inselgasse 1
3003 Berne

Genève, le 25 septembre 2017

Consultation fédérale relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Les cantons membres de notre Conférence ont pris connaissance avec intérêt de votre courrier du 5 juillet 2017 concernant l'objet cité sous rubrique et vous en remercient.

De façon générale, notre Conférence salue les dispositions légales proposées qui permettent de pérenniser la « clause du besoin ». La maîtrise des coûts de la santé autant que l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale passent impérativement par la possibilité de limiter le nombre de prestataires de soins ambulatoires. Agir dans ce domaine revêt un caractère urgent, certains de nos cantons subissant une hausse dramatique du nombre de médecins actifs à charge de la LAMal entraînant une spirale incontrôlée des coûts pour les assurés.

Notre Conférence salue l'action sur trois niveaux distincts en matière d'admission des fournisseurs de prestations : par la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires, par des admissions à valider par les assureurs et par la possibilité laissée aux cantons de réguler l'offre ambulatoire. Nous serons toutefois très attentifs à ce que le deuxième volet ne soit pas une porte ouverte à la liberté pour les assureurs de refuser des prestataires pour des raisons économiques ou administratives du seul point de vue étroit de l'intérêt des assurances. Les critères que les assurances à même de valider doivent représenter un intérêt collectif, raison pour laquelle notre Conférence souhaite que les cantons soient associés à leur choix. Ces critères ne devront par ailleurs pas être redondants avec les prérogatives constitutionnelles des cantons en termes de police sanitaire.

En ce qui concerne la possibilité de plafonner le nombre de prestataires pour les cantons, nous saluons son ancrage pérenne dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Nous demandons toutefois à ce que les cantons puissent fixer des critères pour différencier les admissions en fonction des besoins des réalités locales (par exemple favoriser la médecine de premier recours en réseau). Ceci afin de leur permettre de garantir l'efficacité et la qualité des systèmes de soins dont ils ont la responsabilité.

De façon générale, notre Conférence souhaite donner la priorité absolue à la régulation de la médecine. Votre projet inclut tous les prestataires de soins ambulatoires. Nous émettons des doutes sur la nécessité de soumettre d'autres prestataires – par exemple les pharmacies – à des conditions supplémentaires contrôlées par les caisses-maladie avant de pouvoir être remboursés.

Enfin, notre Conférence souhaite que la loi précise davantage la possibilité d'une entrée en vigueur rapide de ces mesures, qui revêtent un caractère urgent.

L'annexe ci-jointe détaille nos questionnements et nos remarques, ainsi que nos propositions d'améliorations.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ces lignes, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de notre parfaite considération.

Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Poggia', written in a cursive style.

Mauro Poggia
Président

Annexe : mentionnée

Consultation fédérale relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Article 36

Alinéa 1 : Cet alinéa désigne tous les fournisseurs de prestations désignés à l'article 35 al. 2 lit. a à g, m et n LAMal. La liste comprend, outre les médecins, des pharmaciens et des sages-femmes, pour n'en citer que quelques-uns.

Les cantons membres de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales saluent la règle selon laquelle les fournisseurs de soins concernés ne peuvent facturer à charge de l'assurance obligatoire que s'ils sont admis, sous réserve de ce qui suit.

Alinéas 2 à 3bis : Il faut déduire de ces deux alinéas que le Conseil fédéral peut fixer des limites à l'admission d'un grand nombre de fournisseurs de soins. Or, il nous semble que la priorité devrait être de fixer des règles pour les médecins (art. 35 al. 2 lit. a) et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 lit. n).

La limitation des autres fournisseurs de soins ne nous apparaît pas nécessaire en l'état et risque de compliquer la mise en œuvre de la loi ainsi que de surcharger les entités habilitées à effectuer les contrôles nécessaires. Le risque d'imposer des chicaneries administratives de la part des caisses-maladie à certains prestataires, par exemple les pharmaciens, doit être évité.

Par ailleurs, le délai de carence prévu aux alinéas 3 et 3bis de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade nous paraît être moins clair que la clause actuelle. En effet, il n'indique notamment pas que la formation en question doit être dispensée dans une institution suisse de formation reconnue.

Nous proposons ainsi un alinéa 3 qui serait libellé ainsi: *"Le Conseil fédéral peut prévoir pour les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 un délai d'attente de deux ans avant l'admission et la preuve d'une expérience d'au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade"*.

Alinéas 4 et 5 : De nombreuses questions mériteraient d'être clarifiées sur ces deux alinéas, qui devront être modifiés pour être acceptables selon nous. En l'état il n'est pas possible de saisir quels types de tâches l'organisme concerné devra accomplir. Il est en outre difficile d'imaginer un examen de la qualité et de l'économicité des prestations en amont d'une autorisation de pratiquer. Dès lors, il conviendra de limiter le pouvoir d'examen de l'autorité désignée par les assureurs à un contrôle administratif, tel que la vérification de la participation du fournisseur de soins à un programme en matière de qualité ou la fourniture d'indicateurs.

Il convient d'éviter un pilotage de la part de l'organisme désigné par les assureurs sur des points qui devraient rester de la compétence des cantons. Le projet ne doit

ni être une levée déguisée de l'obligation de contracter, ni instaurer un examen redondant avec la délivrance des autorisations de police sanitaire qui relève des compétences constitutionnelles cantonales. Nous souhaitons ainsi que les cantons soient explicitement associés à l'élaboration des exigences et critères qui seront fixées par le Conseil fédéral selon l'alinéa 4.

Alinéa 6 : Les cantons membres de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales souhaitent participer au choix de l'organisation qui serait, le cas échéant, désignée par le Conseil fédéral pour contrôler les connaissances des candidats par le biais d'un examen.

Article 55a

Alinéa 1 : Les cantons membres de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales soutiennent pleinement cette disposition. Nous souhaiterions cependant que les cantons puissent également édicter certains critères pour l'admission de fournisseurs de prestations, indépendamment des quotas et des conditions administratives pour exercer à charge de l'assurance obligatoire des soins. La fixation en soit d'un plafond ne suffit pas. Les cantons doivent pouvoir fixer des critères génériques d'économicité et de qualité afin d'orienter les pratiques du système de soins dont ils sont responsables.

Nous proposons ainsi l'ajout d'un alinéa en ce sens : *"al. 1bis : Les cantons peuvent définir d'autres critères pour l'admission"*.

Alinéa 2 : Cette disposition est absolument inapplicable car les cantons ne connaissent pas actuellement le taux d'occupation des médecins indépendants et ces données seront difficiles à obtenir. Il faut impérativement modifier cet alinéa.

Nous proposons de libeller l'alinéa 2 comme suit : *"Lorsqu'il détermine les plafonds visés à l'alinéa 1, le canton tient compte de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse"*.

Alinéa 3 : Il est à notre sens difficile de concilier la liberté laissée aux cantons de fixer ou non un plafond pour l'admission des fournisseurs de soins à charge de l'assurance obligatoire et en parallèle d'exiger qu'ils se coordonnent entre eux à cette fin. L'on pourrait cependant prévoir que le canton désirant faire usage de la possibilité qui lui est laissée de fixer un quota puisse tenir compte de l'offre qui existe dans les cantons limitrophes.

Nous proposons dès lors la formulation suivante (al. 3, 2^e phrase) : *"Il consulte les cantons limitrophes et tient compte de leur offre ambulatoire pour édicter ses quotas"*.

Alinéa 6 : Nous approuvons cet alinéa.

Article 59 : pas de remarque particulière.

Disposition transitoire : Les cantons ont un délai de deux ans pour adapter leur législation, depuis l'entrée en vigueur de la modification. La question de savoir si un canton qui ne ferait pas immédiatement usage de son droit d'instaurer un plafond pourrait changer d'avis et vouloir le mettre en place après ce délai de deux ans n'est pas claire. Elle semble exclue.

A notre sens, chaque canton devrait en tout temps pouvoir faire usage de cette possibilité, comme il devrait pouvoir modifier les plafonds fixés en fonction des besoins ou de l'évolution générale du taux d'occupation des médecins en Suisse.

En outre, les cantons doivent pouvoir appliquer les nouvelles règles dès leur entrée en vigueur. Cela doit être précisé dans le texte de loi car ces mesures revêtent un caractère urgent.

Nous proposons un alinéa 3 : *"Les cantons ayant fait usage de la limitation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire avant l'entrée en vigueur de la modification peuvent faire usage des droits qui leur sont conférés par l'article 55a dès son entrée en vigueur"*.

Raron, 24. Oktober 2017
TE / E152 / I27

Bundesamt für Gesundheit

3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Stellungnahme der CSPO zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die CSPO bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerktetes Geschäft. Die CSPO vertritt die Interessen in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Die CSPO ist eine Partei im Berggebiet und vertritt politisch dessen Anliegen.

Der Bundesrat unterbreitet mit der Vernehmlassungsvorlage ein neues Modell zur Steuerung der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern. Das Modell beruht auf drei Stufen:

1. Erhöhte Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Ärzte;
2. Verschärfte Zulassungsbedingungen für ausländische Ärzte;
3. Einführung von Höchstzahlen auf kantonaler (statt eidgenössischer) Ebene.

Die Ausgangslage ist in vielen Bergregionen grundsätzlich anders als in den städtischen Gebieten. In den Berggebieten ist die medizinische Grundversorgung akut gefährdet. Es wird immer schwieriger, Hausärzte für die allgemeine medizinische Versorgung zu finden. Die Spitzenmedizin ist ohnehin in den grossen urbanen Zentren konzentriert. Der Umstand, dass immer weniger Hausärzte vorhanden sind, führt u.a. auch dazu, dass immer mehr spezialisierte Leistungen mit entsprechenden Kostenfolgen abgerufen werden.

Während in den urbanen Zentren ein Überangebot an Ärzten vorhanden ist, besteht in den ländlichen Räumen eine Unterversorgung, die sich in Zukunft weiter verschärfen wird. Aus Sicht der CSPO sind deshalb folgende Stossrichtungen wichtig

- Wegfall Numerus Clausus
- Reform des TarMed-Tarifs in Richtung Schaffen von finanziellen Anreizen für eine Niederlassung im ländlichen Raum
- Förderung von Gemeinschaftspraxen
- Stärkung der Hausarztmedizin in der medizinischen Ausbildung.

Die Berggebiete und ländlichen Räume haben kein Interesse an einer nationalen Kontingentierung der Ärzte. Wir können von daher die dritte Interventionsebene mit der Ablösung der nationalen Zulassungsbeschränkung durch eine kantonale Steuerung sehr unterstützen. Die Kantone können selber besser einschätzen, wie die Versorgungssituation in ihrem Gebiet aussieht. Den Kantonen soll die Möglichkeit haben eine kantonale Grundversorgungsstrategie zu erarbeiten. Diese muss sektorübergreifend sein und alle Grundversorgungsbereiche (nicht nur die medizinische Grundversorgung) umfassen. Die CSPO verweisen in diesem Zusammenhang explizit auf die Motion Egger 17.3660 welche Modellvorhaben der Grundversorgung vorschlägt. In derartigen Modellvorhaben könnten neue Modelle der Grundversorgung Sektor- und Gemeindeübergreifend erprobt werden. Denn im Zusammenspiel der verschiedenen Grundversorgungsfunktionen besteht ein erhebliches Synergiepotenzial. Die in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagen kantonale Steuerung der Zulassung geht somit in die richtige Richtung und wird von der CSPO unterstützt.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Christlichsoziale Volkspartei

Oberwallis (CSPO)

Der Präsident:

Schwestermann Alex

Per Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 20. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Die CVP will eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Sie will kranken Menschen einen schnellen Zugang zu wirksamen Therapien ermöglichen, dies aber zu einem bezahlbaren Preis. Die Gesundheitskosten und damit die Krankenversicherungsprämien haben sich seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 mehr als verdoppelt, während die Nominallöhne nur um gut 20 Prozent gestiegen sind. Eine Trendumkehr ist zurzeit nicht absehbar, im Gegenteil - jährlich steigen die Prämien um 4 bis 5 Prozent an. Am meisten belastet diese Entwicklung den Mittelstand, besonders für mittelständische Familien ist die Schmerzgrenze überschritten. Sie müssen immer höhere Einkommensanteile für die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufwenden und kommen dabei nicht in den Genuss von Prämienverbilligungen. Die Kostenspirale nach oben muss deshalb gebrochen werden.

Die Kosten für die Leistungen zu Lasten der OKP im ambulanten Bereich sind, seit dem Inkrafttreten des KVG, ständig und überproportional angestiegen und haben so massgeblich zur Zunahme der von den Versicherten bezahlten Prämien beigetragen. Die Zulassungssteuerung ist aus Sicht der CVP unumgänglich, die Partei setzt sich seit Jahren für eine wirksame Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich ein. Kriterien für eine Praxiseröffnung dienen der Qualität sowie der Patientensicherheit und verhindern einen noch stärkeren Anstieg der Gesundheitskosten und Prämien.

Nachdem FDP und SVP überraschend, und ohne Alternative, eine unbefristete Regelung in der Schlussabstimmung in der Wintersession 2015 gebodigt haben, ist eine Anschlusslösung dringend notwendig. Während der Ständerat die Vorlage damals mit klarer Mehrheit angenommen hatte, fehlte im Nationalrat eine einzige Stimme. Es wäre die denkbar schlechteste Lösung, wenn die derzeitige Einschränkung der Zulassung aufgehoben würde, ohne eine Anschlusslösung in der Hinterhand zu halten.

Einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs

Die unterbreitete Vorlage zur Zulassungssteuerung enthält gegenüber der vorherrschenden Beschränkung gewisse Verbesserungen. Weitergehenden Kompetenzen für die Kantone, wie sie unter anderem in dieser Vorlage vorgeschlagen werden, kann dann zugestimmt werden, wenn die Fehlanreize, aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Bereiche, endlich aufgehoben werden. Die Subkommission „Monismus“ der SGK-N arbeitet zurzeit an einem Modell, um die Bereiche ambulant/stationär einheitlich zu finanzieren. Die Kantone würden sich neu an

den Kosten der ambulanten Medizin beteiligen, dafür würde ihnen der Finanzierungsanteil bei der stationären Medizin gesenkt werden. Die Kantone betonen aber, dass sie den ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren wollen, wenn sie nicht über entsprechende Instrumente verfügen, um die Kosten auch steuern zu können, was verständlich ist. Die im Vernehmlassungsentwurf zur Zulassungssteuerung vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone könnten Teil eines solchen Steuerungsinstruments sein. Insofern erachten wir es als richtig, die vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone in die Vorlage der Subkommission „Monismus“ aufzunehmen, um der einheitlichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs endlich zum Durchbruch zu verhelfen, gleichzeitig aber auch den Kantonen mehr Steuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich zu geben. Mit dem Abbau von Fehlanreizen und stärkeren Anreizen für integrierte Versorgung wären bei der OKP Einsparungen von bis zu 3 Milliarden Franken möglich. Unter diesen Vorzeichen können wir einer befristeten Weiterführung des heutigen Zulassungsstopps (mit den erwähnten Verbesserungen) zustimmen, damit die Arbeit der Subkommission Monismus weitergeführt werden kann. Das Ziel wäre, die Themen „Einheitliche Finanzierung“ und „Zulassungssteuerung“ in einer Vorlage zu verbinden und inkraftzusetzen.

Änderung des KVG: Anforderungen an die Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Unter den einleitenden Prämissen unterstützt die CVP die neu vorgeschlagenen Regelungen im Grundsatz, die Interventionsebenen auf drei Stufen sind sinnvoll. Als föderalistische Partei ist es der CVP vor allem wichtig, dass die neuen Bestimmungen den Kantonen die Möglichkeit bieten, das Versorgungsangebot selbstständig nach ihrem Bedarf zu regulieren. Den Kantonen muss ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots zur Verfügung gestellt werden.

Artikel 36 Abs. 3 KVG

Die CVP beantragt, anstelle der neuen Karenzregelung, die bisherige Regelung als Qualitäts- und Zulassungsvoraussetzung beizubehalten, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt.

Artikel 36 Abs. 5-7 KVG

Die CVP ist skeptisch gegenüber der Schaffung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hätte. Die Bildung einer solchen Organisation verursacht mehr Bürokratie und allenfalls Kosten. Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch den Kanton vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Artikel 55a Abs. 1 KVG

Die CVP beantragt, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf ein oder mehrere medizinische Fachgebiete, sondern auch auf bestimmte Regionen eines Kantons beziehen kann. So kann es durchaus vorkommen, dass innerhalb eines Kantons eine Region überversorgt ist (Stadt, Agglomeration), wohingegen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken bestehen können, was eine Zulassung rechtfertigt.

Artikel 55a Abs. 3 KVG

Die CVP begrüsst die überkantonale Koordinationspflicht im Bereich der Zulassung von Leistungserbringern.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen.

CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ

Sig. Gerhard Pfister
Präsident der CVP Schweiz

Sig. Béatrice Wertli
Generalsekretärin CVP Schweiz

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Bern, 23. Oktober 2017 /cjr
VL_KVG_Leistungserbringer

Per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)
Vernehmlassungsantwort der FDP.Die Liberalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Vernehmlassung oben genannter Vorlage danken wir Ihnen. Gerne geben wir Ihnen im Folgenden von unserer Position Kenntnis.

Die FDP lehnt die unbefristete Weiterführung der Zulassungsbeschränkung ab. Der Zulassungsstopp für medizinische Leistungserbringer wurde 2002 als Notmassnahme eingeführt und war seither in verschiedenen Formen als Moratorium in Kraft. Grundsätzlich wäre eine Vertragsfreiheit für Ärzte und Versicherer oder zumindest eine Lockerung des Vertragszwanges die sinnvollere Alternative, um einerseits die Qualität zu stärken und andererseits Mengenausweitung und Überkonsum von medizinischen Leistungen zu verhindern. Dank besserer Qualität zu tieferen Kosten würde auch das Prämienwachstum gebremst. Konkret könnte der Gesetzgeber den Kantonen die Möglichkeit eröffnen, bei zu hoher Ärztedichte den Vertragszwang aufzuheben.

Die unterbreitete Vorlage zur Zulassungssteuerung enthält gegenüber der vorherrschenden Beschränkung gewisse Verbesserungen, welche ohne die Ablehnung der Vorlage in der Schlussabstimmung Ende 2015 kaum auf das politische Tapet gekommen wären. Dies gilt insbesondere für die Berücksichtigung des Beschäftigungsgrades. Auch richtig ist, dass der spitalambulante Bereich miteinbezogen wird. Wichtig ist dabei, dass der Zulassungsstopp nicht dazu benutzt wird, den spitalambulantem Bereich auf Kosten des ambulanten Bereichs auszubauen.

Zu kritisieren ist am Entwurf des Bundesrates unter anderem die Besitzstandswahrung für bestehende Ärzte. Diese benachteiligt klar jüngere Leistungserbringer, welche die gestellten Qualitätsanforderungen erfüllen. Auch stärkt die Vorlage tendenziell die Interessenskonflikte zwischen den Kantonen, anstatt diese zu lindern. Trotz Aufforderung droht ein wenig koordinierter Flickenteppich zwischen den Kantonen.

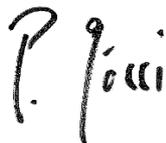
Auch wenn die oben erwähnten Verbesserungen an sich zu begrüßen sind, kann die FDP einem Ausbau der Zulassungsbeschränkung nicht zustimmen, weil sich die Kantone nicht an den Kosten des ambulanten Bereichs beteiligen. Würde das Prinzip „Wer zahlt, befiehlt“ angewendet, würde die Beurteilung der Zulassungsbeschränkung anders ausfallen. Weitergehenden Kompetenzen für die Kantone, wie sie unter anderem in dieser Vorlage vorgeschlagen werden, kann somit nur zugestimmt werden, wenn endlich die Fehlanreize aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Bereiche aufgehoben werden. Die Subkommission „Monismus“ der SGK-N arbeitet zurzeit an einem Modell, um die Bereiche ambulant/stationär einheitlich zu finanzieren. Die Kantone würden sich

neu an den Kosten der ambulanten Medizin beteiligen, dafür würde ihnen der Finanzierungsanteil bei der stationären Medizin gesenkt. Die Kantone betonen aber, dass sie den ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren wollen, wenn sie nicht über entsprechende Instrumente verfügen, um die Kosten auch steuern zu können. Dies ist verständlich. Die im Vernehmlassungsentwurf zur Zulassungssteuerung vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone könnten Teil eines solchen Steuerungsinstruments sein. Insofern fordern wir, dass die vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone in die Vorlage der Subkommission „Monismus“ aufgenommen werden, um dem Anliegen der einheitlichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs endlich zum Durchbruch zu verhelfen. Mit dem Abbau von Fehlanreizen und stärkeren Anreizen für integrierte Versorgung wären OKP Einsparungen von bis zu 3 Milliarden Franken möglich. Unter diesen Vorzeichen könnten wir einer befristeten Weiterführung des heutigen Zulassungsstopps zustimmen (mit den erwähnten Verbesserungen), damit die Arbeit der Subkommission Monismus weitergeführt werden kann. Das Ziel wäre, die Themen „Einheitliche Finanzierung“ und „Zulassungssteuerung“ in einer Vorlage zu verbinden und inkraftzusetzen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse

FDP.Die Liberalen
Die Präsidentin



Petra Gössi
Nationalrätin

Der Generalsekretär



Samuel Lanz



Grünliberale Partei Schweiz
Laupenstrasse 2, 3008 Bern

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

23. Oktober 2017

Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünliberalen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den Erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) und nehmen dazu wie folgt Stellung:

Allgemeine Beurteilung der Vorlage

Die Grünliberalen befürworten die Vorlage. Insbesondere der Fokus auf die Qualitätsvoraussetzungen und Ausbildungsnachweise ist begrüssenswert. Qualität besteht dabei aber nicht nur aus Aus- und Weiterbildung. Heute fehlen insbesondere im ambulanten Bereich Angaben zur Diagnose- und Therapiequalität der Leistungserbringer.

Die Grünliberalen beantragen die Vorlage dahingehend zu ergänzen, dass die Qualität künftig auch unter Berücksichtigung der Diagnose- und Therapiequalität der Leistungserbringer beurteilt wird.

Die Massnahmen zur Regulierung von Zulassungen zum Zwecke der Eindämmung des Leistungskostenanstiegs durch die Kantone sind inkohärent. Sie könnten sich im heutigen System der dualen Finanzierung als unwirksam erweisen (zu den Einzelheiten siehe nachstehend bei Art. 55a KVG).

Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Art. 36 KVG

Es ist seit Langem fällig, dass Leistungserbringer, die ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) verrechnen können, bezüglich ihrer Aus- und Weiterbildungen und auch der notwendigen Infrastrukturen (erforderliches Personal, entsprechende Einrichtungen usw.) überprüft werden können. Die Grünliberalen begrüssen es deshalb, wenn der Automatismus zur Zulassung wegfällt und von einem formellen Zulassungsverfahren mit Qualitätsfokus abgelöst wird (Absätze 1 und 2). Durch eine zentrale Durchführung der Verfahren mittels einer professionellen Organisation wird der bürokratische Aufwand minimiert (Absatz 5). Noch wichtiger ist aber, dass die Antragstellenden allgemeinverbindlich für alle Krankenkassen nach gleichen Kriterien zugelassen und geprüft werden können, was ihnen für die Ausübung ihres Berufs Rechtssicherheit gibt.

Das neue formelle Zulassungsverfahren darf nicht zu administrativen Leerläufen bei den Antragstellenden führen. Es ist deshalb darauf zu achten, dass nur solche Auskünfte erhoben werden, die nicht schon für die Berufszulassung nach dem Medizinalberufegesetz und den anderen berufsbezogenen Gesetzen geliefert werden mussten. Dadurch sollen Doppelspurigkeiten verhindert werden.

Der Bundesrat schlägt als weitere Zulassungsvoraussetzung, die per Verordnung eingeführt werden könnte, eine zweijährige Wartezeit nach Beendigung der Aus- und Weiterbildungszeit vor (Absatz 3).

Die Grünliberalen lehnen Absatz 3 ab, da diese „Kann“-Bestimmung willkürlich ist und Ziel verfehlt, den Zustrom von Leistungserbringern auf den Krankenversicherungsmarkt zu regulieren und deren Qualifikation und Kenntnisse zu verbessern.

Wenn ein Antragsteller die Wartezeit mit einer anderen Tätigkeit ausfüllt, wird er durch das Warten nicht qualifizierter. Arbeitet er hingegen als Angestellter im Spital oder in einem sonstigen ambulanten Bereich, ist der Effekt der Regulierung nicht erreicht. Geht es dem Bundesrat um den Erwerb der notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems, dann ist dieser Erwerb mit einer unspezifisch formulierten „Wartefrist“ nicht gewährleistet.

Grundsätzlich ist eine Prüfung der Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitssystem jedoch begrüßenswert (Absatz 3^{bis}), wobei die genaue Definition, was damit genau gemeint ist, noch fehlt.

Eine gesetzliche Regelung, wie lange jemand in der Schweiz tätig gewesen sein muss, damit man davon ausgeht, dass er über die nötigen Kenntnisse verfügt, ist überflüssig. Jeder Antragsteller ist selbst dafür verantwortlich, dass er sich die notwendigen Kenntnisse für die Zulassung aneignet.

Es ist im Sinne der Patienten, dass die Tätigkeit der Leistungserbringer mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verbunden wird. Unabdingbar dafür ist die Lieferung der dazu notwendigen Daten durch die Leistungserbringer (Absatz 4). Ohne diesen Schritt zur Transparenz im ambulanten Bereich kann die dringend notwendige Verknüpfung von Qualitätsanforderungen mit der Zulassung im heutigen System nicht gelingen. Diese Regelung ist von besonderer Wichtigkeit, da die Lockerung des Vertragszwangs, mit der man die Qualitätsanforderungen hätte verknüpfen können, vom Bundesrat als Revisionspunkt leider verworfen wurde (Erläuternder Bericht, Ziffer 1.3, Seite 14 ff.).

Die Nichtlieferung der Daten muss mit einem Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP sanktioniert werden. Nur mit dieser konsequenten Haltung zur Einforderung von Transparenz werden die richtigen Anreize für eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung gesetzt.

Anzufügen ist aber, dass die Zulassungsaufgaben für alle Leistungserbringer gelten müssen, d.h. auch für diejenigen, die bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zu Lasten der OKP tätig waren. Denkbar ist hier eine geeignete Übergangsfrist.

In der Schweiz wurde auf die Sprachkompetenz der Ärzteschaft bisher zu wenig Augenmerk gerichtet. Die mangelhafte Verständigungsmöglichkeit mit dem behandelnden Arzt kann fatale Folgen haben. Heute hat bereits ein Drittel der in der Schweiz berufstätigen Ärzteschaft ein ausländisches Diplom, Tendenz steigend. Der Zuger glp-Kantonsrat Daniel Stadlin hat in seiner Interpellation an den Zuger Regierungsrat vom 14. August 2017 auf die Misere hingewiesen (<https://kr-geschaefte.zug.ch/gast/geschaefte/1762>).

Im Rahmen der Zulassungsvoraussetzungen sind klare Vorgaben an die Sprachkenntnisse der Leistungserbringer zu machen, soweit sich diese nicht aus dem Medizinalberufegesetz oder anderen berufsbezogenen Gesetzen ergeben.

Positiv ist seitens der Grünliberalen zu vermerken, dass die Zulassungsbedingungen (und die Höchstzahlenbegrenzung, siehe dazu nachstehend) für alle Leistungserbringer im ambulanten Bereich gelten sollen, also auch für Ärztinnen und Ärzte, die unselbständig arbeiten, in einem Spital angestellt sind oder einer anderen Einrichtung.

Art. 55a KVG

Die Kantone sind für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit zuständig und haben gemäss dem Erläuternden Bericht dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Deshalb sollen die Kantone die Zahl der Leistungserbringer in ihrem Kanton festlegen und Höchstzahlen regulieren. Die Verantwortung für die *Versorgungssicherheit* geht dabei aber nicht automatisch mit der Verantwortung für die *Kosten* einher (Stichwort: Finanzierung des ambulanten Bereichs). Die in Artikel 55a vorgeschlagene Zulassungsregulierung zur Eindämmung des Leistungskostenanstiegs durch die Kantone dürfte sich im heutigen System der dualen Finanzierung als unwirksam erweisen: Die Kantone finanzieren zu 55% die stationären Kosten, beteiligen sich aber nicht an den ambulanten Kosten, die alleine von den Prämienzahlern finanziert werden. Wenn die Kantone in Zukunft diese vertiefte Regulierungskompetenz im ambulanten Bereich verantwortlich ausüben sollen, dann müssen sie gleichzeitig auch an deren (Kosten-)Folgen beteiligt werden. Solange sie aber beispielsweise Mitbesitzer des ambulanten Bereichs der durch sie gebauten Spitäler sind und ausserdem weiterhin auf kantonaler Ebene die ambulanten Preise genehmigen bzw. festsetzen, ist zu bezweifeln, dass über die kantonale Zulassungsregulierung eine wirksame Kostenbremse erreicht wird, da diese rechnerisch gar nicht im Sinne der Kantone sein kann. Ähnlich ungünstig für das Gesamtsystem wirken aktuell die Bemühungen der Kantone, eigenständig Listen mit medizinische Leistungen zu generieren, die vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden sollen, um die (eigenen) Kosten zu senken.

Damit die erweiterte Kompetenz der Kantone die Ziele der Kostensteuerung im ambulanten Bereich tatsächlich erreichen kann, ist eine einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs zwingend notwendig.

Eine Höchstzahlregulierung kann nur erfolgen, wenn die Ärztedichte bekannt ist. Die Verknüpfung zum Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer (Absatz 2) ist deshalb notwendig und wird von den Grünliberalen ausdrücklich begrüsst.

Übergangsbestimmungen

Die Grünliberalen erachten es als unangebracht, dass alle ambulanten Leistungserbringer, die vor dem Inkrafttreten der geplanten Revision bereits zugelassen waren, die neuen Zulassungsvoraussetzungen für eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung nicht erfüllen müssen (Absatz 1 Satz 3). Diese „Besitzstandswahrung“ bedeutet eine Ungleichbehandlung und benachteiligt den Nachwuchs. Gleichzeitig verhindert sie eine Behebung der oben erwähnten aktuellen Probleme. Eine in naher Zukunft spürbare Wirkung Massnahmen der zweiten Interventionsebene (Stärkung der Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP) kann nur erreicht werden, wenn der Geltungsbereich der Revision für alle ambulanten Leistungserbringer gleich ist.

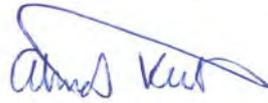
Absatz 1 Satz 3 der Übergangsbestimmungen ist zu streichen. Bereits zugelassenen Leistungserbringern ist genügend Zeit einzuräumen, um die notwendigen Anpassungen vorzunehmen.

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Kommissionsmitglied, Nationalrat Thomas Weibel, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Handwritten signature of Jürg Grossen in blue ink.

Jürg Grossen
Parteipräsident

Handwritten signature of Ahmet Kut in blue ink.

Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion



T +41 31 3266607
E gaelle.lapique@gruene.ch

Eidgenössisches Departement des
Innern
3003 Bern
Per E-Mail geschickt
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit der Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung haben Sie die Grüne Partei der Schweiz zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zur Vorlage zu äussern.

Für die Grünen ist der Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung ein zentraler Wert. Dazu gehört eine Stärkung der Grundversorgung durch die Hausärzte und Hausärztinnen.

Im Rahmen der Verschärfung der Zulassungsbedingungen für Leistungserbringer stehen die Grünen dem vorgeschlagenen Prüfungsverfahren skeptisch gegenüber. Sie unterstützen hingegen den Vorschlag der FMH im Bereich der Sprach- und Ausbildungserfordernisse.

Die Grünen unterstützen sonst grundsätzlich die vorgeschlagene Zulassungssteuerung durch die Kantone. Es ist sinnvoll, dass die Kompetenz zur Beschränkung der Anzahl Leistungserbringer bei den Kantonen liegt, unter Berücksichtigung der vom Bundesrat festgelegten Kriterien zur Bestimmung der Höchstzahl. Die Kantone sind zudem verpflichtet, vor der Festlegung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der PatientInnen anzuhören und sich bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen zu koordinieren. Die Grünen begrüssen diese drei Aspekte, da sie zur Versorgungssicherheit beitragen.

Der Bundesrat kann zudem gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf auf dem Verordnungsweg methodische Grundsätze und zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen. Die Grünen schlagen vor, die Kann-Formulierung in eine bestimmende umzuwandeln, um sicherzustellen, dass in allen Kantonen nach einheitlichen Grundsätzen und Kriterien die Höchstzahlen festgelegt werden.

Die Grünen sind auch der Meinung, dass die Möglichkeit eines Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, explizit im Gesetz verankert werden sollte.

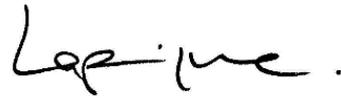
Nicht einverstanden sind die Grünen hingegen mit dem Vorschlag, den Kantonen die Kompetenz zu erteilen, aufgrund der Kostenentwicklung einen sofortigen Zulassungsstopp zu erteilen. Eine solche Regelung könnte den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung empfindlich tangieren (z.B. könnten lange Wartefristen für PatientInnen entstehen).

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und bitten Sie, die Vorlage entsprechend anzupassen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Balthasar Glättli
Fraktionspräsident



Gaëlle Lapique
Fachsekretärin



Office fédéral de la santé publique
Division Prestations
3003 Berne

Envoi par courriel : abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Berne, le 25 octobre 2017

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)
Procédure de consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) portant sur l'admission des fournisseurs de prestations et de nous avoir transmis les documents y afférents.

Appréciation générale

Depuis le début des années 2000, la politique est en quête d'une solution durable pour la gestion de l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Eu égard à la progression soutenue des primes de l'assurance-maladie durant toute cette période, il est désormais impératif d'aboutir à un projet qui soit susceptible de contenir l'augmentation des coûts dans le domaine ambulatoire de manière tangible. En effet, le Parti socialiste suisse (PS) se montre extrêmement préoccupé face à l'évolution des coûts de la santé ces dernières années. Entre 2005 et 2015, le domaine ambulatoire a contribué pour moitié environ à la hausse des coûts. Les taux de croissance de 7,5% respectivement 4,6% imputables aux domaines « hôpital ambulatoire » et « médecin ambulatoire » ont eu des effets majeurs sur les primes. Le seuil de douleur a été largement franchi pour de nombreux/euses payeurs/euses de primes. L'assurance obligatoire des soins (AOS) étant l'un des piliers les plus importants de la sécurité sociale en Suisse, le PS estime qu'il est du devoir de l'Etat d'y jouer un rôle prééminent afin de garantir à toutes et tous un accès à des prestations d'une qualité excellente et à un prix abordable. De ce fait, il incombe aux pouvoirs publics d'endosser une responsabilité forte au niveau la gestion de l'admission dans le domaine ambulatoire.

**Parti socialiste
Suisse**

Theaterplatz 4
Case postale · 3001 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch



Un nouvel échec n'est pas permis et nous en appelons à la raison de tous les acteurs impliqués. Le PS considère que des solutions extrêmes telles que la levée de l'obligation de contracter, promue par le milieu des assureurs, ou encore l'admission moyennant une tarification différenciée voulue par la droite dure conduiraient inmanquablement au naufrage de la présente révision. C'est pourquoi le PS n'est en aucun cas prêt à entrer en matière sur de telles mesures. Aussi condamne-t-il avec force toute tentative de déstabilisation du processus législatif en cours en vue d'imposer unilatéralement pareilles visions¹. En ce sens, nous estimons que la direction générale proposée dans l'avant-projet du Conseil fédéral est bonne et que ce dernier constitue une base intéressante pour la suite des débats. Nous émettons toutefois certaines réserves décrites plus bas.

Nous saluons tout particulièrement que les éléments relevant du renforcement de la qualité soient intégrés au projet (premier niveau d'intervention). De l'avis du PS, il apparaît inévitable de faire reposer l'admission sur certains critères de qualité dans l'optique d'un meilleur contrôle des coûts du domaine ambulatoire. De même, le troisième niveau d'intervention va dans le bon sens en ce qui concerne la régulation du nombre de médecins admis. Une gestion de l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire ne doit en aucun cas se réaliser au détriment de l'approvisionnement en soins médicaux de base. En revanche, le PS rejette fermement l'idée que les assureurs gèrent à eux seuls l'admission des fournisseurs de prestations (deuxième niveau d'intervention). Nous détaillerons nos remarques *infra*.

Pour ce qui est de la pénurie de médecins, le rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion 08.3608 de l'ancienne Conseillère nationale Jacqueline Fehr « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » relevait que d'ici 2030, 40% des consultations en médecine de premier recours pourraient ne plus être couvertes. Pour être en mesure de couvrir ces besoins, la Suisse devrait former entre 1'200 et 1'300 nouveaux médecins par an. Le PS tient à honorer ici les efforts mis en place par la Confédération en la matière, en particulier le programme incitatif spécial doté de 100 millions de francs visant à encourager les cantons à augmenter leurs capacités de formation en médecine humaine. Malgré tout, il est incontestable que la Suisse restera tributaire de médecins titulaires d'un diplôme étranger ; partant, il conviendra d'instaurer un système qui puisse garantir la qualité des prestations fournies par ces personnes. En outre, le PS considère encore et toujours que l'encouragement de la médecine de premier recours restera nécessaire dans le futur, non seulement pour respecter la volonté populaire et des cantons, qui avaient très clairement accepté l'inscription de l'article 117a sur les soins médicaux de base dans la Constitution, mais aussi en vue de garantir une qualité haute de la prise en charge tant d'un point de vue thérapeutique qu'en matière de coordination des soins. Le PS demeure en effet persuadé que les médecins généralistes devraient continuer à bénéficier d'un soutien spécifique, en particulier en cas de sous-approvisionnement dans une région. Une médecine de premier recours forte représente une contribution en vue de freiner la croissance des coûts.

¹ L'on citera plus particulièrement l'initiative parlementaire [17.442](#) déposée le 12 mai 2017 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national.



S'agissant des primes de l'assurance-maladie, le PS revendique l'instauration d'un système de financement plus social à long terme. Même si le présent avant-projet permettra vraisemblablement de mieux maîtriser l'augmentation des coûts de la santé, il ne changera rien au fait que, pour une grande partie des ménages en Suisse, le poids des primes est devenu insupportable si bien qu'il apparaît nécessaire de plafonner ce dernier à 10% du revenu disponible, à l'instar du canton de Vaud. En outre, il sied également d'instaurer dans les plus brefs délais un système de financement uniforme des domaines stationnaires et ambulatoires, ce qui permettrait d'alléger substantiellement la charge des primes puisque les cantons ne participent actuellement pas au financement du domaine ambulatoire. Au surplus, cela aurait le mérite d'asseoir davantage leur légitimité à assumer la responsabilité de régulateur.

Commentaires concernant les niveaux d'intervention

Sur la base des conclusions de son rapport du 3 mars 2017, dans lequel il dresse un état des lieux de la problématique et de la gestion de l'offre de soins en Suisse, le Conseil fédéral préconise une intervention à trois niveaux afin de renforcer les exigences en matière de qualité et d'économicité à l'égard des fournisseurs de prestations ainsi que de mettre à la disposition des cantons un instrument de pilotage de l'offre plus efficace.

Premier niveau d'intervention : renforcement des conditions de pratique professionnelle

Le premier niveau d'intervention se situe au niveau des lois fédérales existantes avec lesquelles le projet de révision établit un lien. En l'occurrence, la loi sur les professions médicales (LPMéd) – dont la 2^e partie de la révision du 20 mars 2015 entrera en vigueur en 2018 – et la loi sur les professions de la santé (LPSan) serviront de base pour fixer les conditions requises à l'exercice de ces professions. La LPMéd et la LPSan doivent garantir que les prestations sont fournies de manière économique et dans une haute qualité. En outre, elles fixent les exigences qui doivent être remplies concernant la formation professionnelle de base et postgrade, pour l'obtention des diplômes et la reconnaissance des diplômes étrangers. Aux yeux du PS, ces lois sont pertinentes pour attester la qualification des prestataires de santé.

Concernant la LPMéd, une première partie est déjà entrée en vigueur l'année dernière et vise un renforcement de la médecine de famille et des soins médicaux de base ainsi que de la médecine complémentaire. La seconde partie de la révision aurait trait à l'enregistrement obligatoire des diplômes et des connaissances linguistiques des personnes exerçant une profession médicale universitaire. Sur ce dernier point, le PS rejoint les revendications de la FMH et souhaite que les médecins soient tenus de démontrer leurs compétences linguistiques dans l'une des langues officielles de leur région d'activité par un examen de langue passé en Suisse. Le niveau B2 du Cadre européen commun de référence doit impérativement être atteint.

Le PS adhère par ailleurs à l'obligation, pour les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle, d'effectuer régulièrement une formation continue tout au long de leur vie professionnelle. Cela représenterait une claire amélioration de l'assurance qualité puisqu'aujourd'hui aucun justificatif de formation continue n'est exigé lors de l'admission. Les cantons devraient désigner une

autorité chargée de la surveillance des personnes admises et de prendre les mesures nécessaires pour faire respecter les devoirs professionnels, ce à quoi le PS souscrit sans réserve.



- Le PS soutient la mise en relation de l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire avec la LPMéd et la LPSan.
- Il revendique que les médecins étrangers soient tenus de passer un examen linguistique et d'atteindre le niveau B2 du Cadre européen commun de référence.
- En vue d'un renforcement de l'assurance qualité, il soutient l'obligation d'effectuer régulièrement une formation continue tout au long de leur carrière professionnelle pour les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle.

Deuxième niveau d'intervention : renforcement des conditions d'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

Le PS partage l'avis du Conseil fédéral, qui estime que les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire énumérés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n doivent pouvoir être soumis à des conditions supplémentaires d'admission en sus des exigences légales prescrites dans la LPMéd et la LPSan. A cet effet, il nous apparaît important que cela se fasse sur le plan national afin que tout le monde soit logé à la même enseigne. Le Conseil fédéral prévoit de relever les exigences de deux manières :

Premièrement, il propose de mettre sur pied une procédure d'admission formelle, principe auquel le PS est favorable. Tout d'abord, nous souscrivons à la disposition prévoyant que le Conseil fédéral règle les conditions permettant de garantir la fourniture de prestations adéquates et de haute qualité. Par ailleurs, il pourra disposer de la possibilité de fixer un délai d'attente de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade avant toute admission. Ledit délai pourra être appliqué à certaines catégories de prestataires. De surcroît, le Conseil fédéral aura la compétence de vérifier que les personnes disposent des connaissances requises du système de santé suisse au travers d'un examen à défaut de pouvoir faire valoir une expérience pratique de deux ans acquise en Suisse dans le domaine d'activité concerné, après la fin de la formation de base et postgrade. Le PS n'est pas fondamentalement contre l'idée d'instaurer un délai d'attente dans le but d'éviter l'afflux trop abondant de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS. En revanche, la proposition de la FMH nous apparaît plus judicieuse dans le sens où elle renforcerait la réglementation en vigueur : les médecins doivent avoir exercé une activité médicale d'au moins trois ans, à un taux d'activité d'au moins 80%, dans un établissement de formation postgrade reconnu dans la discipline demandée pour l'admission. Cette solution simple a le mérite de correspondre à la volonté du Conseil fédéral, à savoir l'acquisition de connaissances du système de santé suisse et de l'assurance-maladie, mais permet aussi d'instituer un certain garde-fou d'un point de vue de l'assurance qualité et de la sécurité des patient-e-s étant donné que les personnes auront acquis de l'expérience dans la discipline visée et appris à comprendre les spécificités régionales.



Nonobstant, le PS manifeste sa profonde opposition à l'idée de donner aux assureurs le pouvoir de décision concernant l'admission des nouveaux prestataires. Selon le projet du Conseil fédéral, les assureurs seraient chargés de désigner une organisation conjointe qui statuerait sur les demandes. Le PS perçoit ce mécanisme comme une formule légère de la liberté de contracter et le rejette de manière résolue. Tout d'abord, les assureurs ne se distinguent pas par une unité d'opinion en matière de politique de la santé. Ensuite, nous estimons que le risque que le pilotage du domaine ambulatoire ne se retrouve *de facto* entre les mains des assureurs privés et échappe au contrôle étatique démocratique est beaucoup trop élevé, ce qui est de notre point de vue intolérable pour une assurance sociale pesant quelque 30 milliards de francs par année. Cela ouvrirait la porte à des décisions trop arbitraires de la part des assureurs et ne garantirait pas une mise en œuvre homogène de la législation. La liberté de choix voulue par le souverain se verrait remarquablement affaiblie. En l'état, si la procédure d'admission est laissée à l'appréciation des assureurs, rien ne garantit que les critères de coûts ne prennent pas le dessus sur d'autres critères relevant du domaine de la qualité. Le PS suggère de revoir cette disposition et d'octroyer la procédure formelle d'admission auprès des cantons. Alternativement, il est imaginable de créer des commissions multipartites cantonales ou intercantionales regroupant des représentant-e-s des cantons, des fournisseurs de prestations, des patient-e-s et des assureurs qui seraient chargées de statuer sur les admissions.

En guise de deuxième condition supplémentaire, le Conseil fédéral obtiendra la compétence d'imposer des charges, notamment en matière de qualité et d'économicité, à tous les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'AOS. Le PS soutient avec insistance cette nouvelle disposition et recommande d'approfondir si et dans quelle mesure il serait opportun de faire un lien ici avec la base légale en cours d'élaboration dans le cadre de la loi sur le renforcement de la qualité et de l'économicité à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national ([15.083](#)).

- Le PS est en faveur de l'instauration d'une procédure formelle en vue de l'admission des fournisseurs de prestations.
- Il est fondamentalement opposé à ce que les assureurs statuent seuls sur les demandes d'admission et rejette toute institution même alléguée de la liberté de contracter – même sur la base de critères fixés par le Conseil fédéral. Il suggère l'attribution de la procédure formelle aux cantons ou, alternativement, à des commissions d'admission multipartites.
- En lieu et place d'un délai d'attente de deux ans avant une admission, le PS privilégie la proposition de la FMH prescrivant que les médecins doivent avoir exercé une activité médicale d'au moins trois ans, à un taux d'activité d'au moins 80%, dans un établissement de formation postgrade reconnu dans la discipline demandée.
- Le PS apporte son soutien à la possibilité pour le Conseil fédéral de fixer des charges supplémentaires relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Il suggère d'approfondir le cas échéant l'idée de mettre en lien cette disposition avec la future loi sur le renforcement de la qualité et de l'économicité.



Troisième niveau d'intervention : limitation de l'admission

Le nouvel article 55a donnerait aux cantons la compétence de réguler l'approvisionnement selon leurs besoins. Le PS apporte son plein soutien au principe. Ainsi, les cantons pourront, après audition des fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des patient-e-s, plafonner le nombre de médecins admis sur leurs territoires. Selon le projet soumis à consultation, cette limitation pourrait potentiellement concerner l'ensemble des médecins – indépendant-e-s et employé-e-s ou actifs/ves dans une institution de soins ambulatoires –, y compris dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. Ce dernier point est réjouissant eu égard aux taux de croissance observés dans ce domaine et que l'on a mis en lumière dans nos remarques introductives. Le PS suggère d'étudier la liberté de limiter l'autorisation à certaines régions d'un canton. La prise en compte du taux d'occupation des fournisseurs de prestations est également devenue une nécessité pour un pilotage moderne du domaine ambulatoire et pour mieux répondre aux besoins des acteurs/trices du système. Par ailleurs, le projet prévoit une obligation pour les cantons de se coordonner entre eux. Le PS soutient cette disposition sans réserve, jugeant qu'il est primordial d'éviter une trop forte fragmentation du système de pilotage afin de ne pas être confronté à 26 solutions d'admission différentes. Pour ces mêmes raisons liées à un souci d'homogénéité, le PS souscrit à la proposition de donner au Conseil fédéral une marge de manœuvre pour fixer des critères supplémentaires et des principes méthodologiques en vue de la détermination des plafonds. Une formulation contraignante plutôt que potestative serait à privilégier.

Nous considérons que tous ces axes forment un concept minimal visant à régler l'admission des médecins dans le domaine ambulatoire et que ledit concept ne doit pas être affaibli en renonçant à l'une ou l'autre disposition. Nonobstant, le PS estime qu'une planification dans le domaine ambulatoire ne peut s'avérer pleinement efficace que si les cantons procèdent à une analyse systématique (commune) de l'offre et/ou des besoins en soins. Il ressortait du rapport en réponse au postulat 16.3000 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats que seuls quatre cantons (LU, SZ, VD et VS) pratiquaient des formes d'analyse systématique. Cela est insuffisant en vue d'une gestion crédible des besoins. C'est pourquoi le PS propose d'inscrire dans la loi une disposition qui obligerait les cantons à effectuer une telle analyse.

Le PS exprime en revanche quelques réserves concernant le dernier instrument de pilotage proposé. Les cantons obtiendraient la compétence de stopper immédiatement toute nouvelle admission dans un domaine de spécialité médicale, quels que soient les plafonds fixés auparavant. Sur le fond, le PS peut imaginer entrer en matière sur un tel mécanisme ; sur la forme, il juge que les conditions d'activation de ce levier sont trop rudimentaires, voire imprécises. Selon le projet, les cantons pourraient stopper toute admission dans un domaine de spécialité si les coûts dudit domaine augmentaient plus fortement que la moyenne des coûts des autres domaines de spécialité dans le canton concerné ou si les coûts d'un domaine de spécialité dans le canton concerné augmentait plus fortement que la moyenne suisse des coûts de ce même domaine. Le Conseil fédéral part de l'hypothèse qu'une augmentation forte des coûts dans un domaine est le signe d'un sur-approvisionnement. Or, il sied de faire preuve de nuance : une forte augmentation des coûts dans une région, par exemple dans le secteur de la médecine généraliste, peut aussi être la conséquence de mesures d'encouragement de la médecine de premier recours dans ladite région. D'où



l'importance d'effectuer une analyse des besoins et de soumettre un gel immédiat des admissions à davantage de conditions (par ex. la densité médicale). Une telle procédure ne devrait jamais être activée au détriment de la sécurité de l'approvisionnement.

Enfin, le PS regrette que le Conseil fédéral ne mette aucun accent sur la problématique du sous-approvisionnement. Les autorités publiques devraient être tenues de soutenir par des mesures appropriées l'établissement de fournisseurs de prestations dans les régions sous-dotées, en particulier en ce qui concerne l'approvisionnement en soins médicaux de base. Des dispositions en ce sens devraient trouver place dans cette révision.

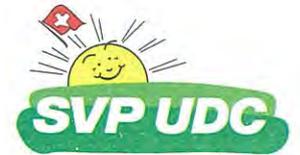
- Le PS soutient le principe visant à donner aux cantons la compétence de réguler l'approvisionnement selon leurs besoins et l'extension de la limitation à tous les médecins, y compris à ceux œuvrant dans le domaine ambulatoire hospitalier.
- Le PS adhère à l'obligation pour les cantons d'entendre les différentes parties prenantes, de se coordonner entre eux et de tenir compte du travail à temps partiel avant la fixation des plafonds.
- Il propose d'instaurer une obligation de procéder à une analyse des besoins systématique afin de déterminer les situations de sous- ou de sur-approvisionnement.
- En revanche le seul critère de l'évolution des coûts est jugé insuffisant pour permettre aux cantons de stopper immédiatement toute nouvelle admission dans un domaine de spécialité médicale. S'il devait être mis en place, ce levier devrait être assorti de conditions supplémentaires.
- En cas de sous-approvisionnement en soins médicaux de base, les autorités publiques devraient être tenues de prendre des mesures pour y remédier.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti socialiste
suisse

Christian Levrat
Président

Jacques Tissot
Secrétaire politique



Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Zulassung von Leistungserbringern

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung, im Rahmen der oben genannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Die SVP lehnt die geplante Revision klar ab. Mit der Annahme des Postulates 16.3000 wurde der Bundesrat beauftragt Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern zu prüfen. Insbesondere sollten Vorschläge aufgezeigt werden, wie eine Steuerung auch über die Tarife machbar ist und ob den Versicherern die Möglichkeit eingeräumt werden kann, mit einzelnen Leistungserbringern keinen Vertrag abzuschliessen, wenn diese zu einer Kategorie gehören, bei der die Anzahl der Leistungserbringer über einer vom Bundesrat zu definierenden Obergrenze liegt. Bedauerlicherweise hat der Bundesrat diese Vorgaben in seinem Bericht ignoriert und damit seinen parlamentarischen Auftrag nicht erfüllt. Seinem Auftrag kommt er auch in der nun vorgeschlagenen KVG-Revision nicht nach.

Einzig was die Kompetenzerweiterung der Kantone bei der Zulassungssteuerung betrifft, ist der Bundesrat bereit Änderungen vorzunehmen. Die vorgesehene Berücksichtigung der Beschäftigungsgrade bei einer Zulassungsbeschränkung dürfte bei selbständig erwerbenden ambulanten Leistungserbringern aber kaum umsetzbar sein. Unklar bleibt überdies, wieso Art. 55a KVG sich nur auf Ärzte bezieht, während die anderen vorgesehenen Änderungen die Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer nach KVG regeln.

Weitergehenden Kompetenzen für die Kantone, wie sie unter anderem in dieser Vorlage vorgeschlagen werden, kann die SVP aber grundsätzlich sowieso nur zustimmen, wenn endlich die Fehlanreize aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Bereiche beseitigt werden. Nur wenn man die Zulassungskompetenzen der Kantone und die Finanzierung der Gesundheitsleistungen gesamtheitlich betrachtet, wird die fiskalische Äquivalenz garantiert und sichergestellt, dass die Kantone für ihre Zulassungspolitik auch die finanziellen Konsequenzen tragen oder zumindest mittragen.

Die Subkommission «Monismus» der SGK-N arbeitet zurzeit an einem Modell, um die Bereiche ambulant/stationär einheitlich zu finanzieren. Die Kantone würden sich neu an den Kosten der ambulanten Medizin beteiligen, dafür würde ihr Finanzierungsanteil bei der stationären Medizin gesenkt. Die Kantone betonen

aber, dass sie den ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren wollen, wenn sie nicht über entsprechende Instrumente verfügen, um die Kosten auch steuern zu können. Dies ist verständlich. Die im Vernehmlassungsentwurf zur Zulassungssteuerung vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone könnten Teil eines solchen Steuerungsinstruments sein. Insofern fordern wir, dass die vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone in die Vorlage der Subkommission «Monismus» aufgenommen werden, um dem Anliegen der einheitlichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs endlich zum Durchbruch zu verhelfen. Mit dem Abbau von Fehlanreizen und stärkeren Anreizen für integrierte Versorgung wären OKP-Einsparungen von bis zu 3 Milliarden Franken jährlich möglich. Unter diesen Vorzeichen könnten wir einer befristeten Weiterführung des heutigen Zulassungsstopps zustimmen (mit den erwähnten Verbesserungen), damit die Arbeit der Subkommission «Monismus» weitergeführt werden kann. Das Ziel wäre, die einheitliche Finanzierung und die Zulassungssteuerung in einer Vorlage zu verbinden und in Kraft zu setzen.

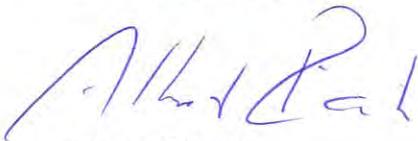
Im Übrigen fordern wir, dass der Bundesrat den parlamentarischen Auftrag ernst nimmt und eine Revision vorlegt, die eine Lockerung des Vertragszwangs bei Überversorgung sowie die Möglichkeit zur Tarifiedifferenzierung in Abhängigkeit vom regionalen Angebot vorsieht.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident

Der Generalsekretär



Albert Rösti
Nationalrat



Gabriel Lüchinger

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna (SAB)

3001 Bern / Seilerstrasse 4 / Postfach / Tel. 031/382 10 10 / Fax 031/382 10 16
www.sab.ch info@sab.ch Postkonto 50-6480-3



Bern, 29. September 2017
TE / E152 / I27

Bundesamt für Gesundheit

3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

(Avec un résumé en français à la fin du document)

Stellungnahme der SAB zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerktetes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 22 Kantone, rund 600 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Der Bundesrat unterbreitet mit der Vernehmlassungsvorlage ein neues Modell zur Steuerung der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern. Das Modell beruht auf drei Stufen:

1. Erhöhte Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Ärzte;
2. Verschärfte Zulassungsbedingungen für ausländische Ärzte;
3. Einführung von Höchstzahlen auf kantonaler (statt eidgenössischer) Ebene.

Die Ausgangslage ist in vielen Bergregionen grundsätzlich anders als in den städtischen Gebieten. In den Berggebieten ist die medizinische Grundversorgung akut gefährdet. Es wird immer schwieriger, Hausärzte für die allgemeine medizinische Versorgung zu finden. Die Spitzenmedizin ist ohnehin in den grossen urbanen Zentren konzentriert. Der Umstand, dass immer weniger Hausärzte vorhanden sind, führt u.a. auch dazu, dass immer mehr spezialisierte Leistungen mit entsprechenden Kostenfolgen abgerufen werden.

Während in den urbanen Zentren ein Überangebot an Ärzten vorhanden ist, besteht in den ländlichen Räumen eine Unterversorgung, die sich in Zukunft weiter verschärfen

wird. Aus Sicht der SAB sind deshalb folgende Stossrichtungen wichtig (vgl. auch Positionspapier der SAB vom 4. Dezember 2009):

- Wegfall Numerus Clausus
- Reform des TarMed-Tarifs in Richtung Schaffen von finanziellen Anreizen für eine Niederlassung im ländlichen Raum
- Förderung von Gemeinschaftspraxen
- Stärkung der Hausarztmedizin in der medizinischen Ausbildung.

Die Berggebiete und ländlichen Räume haben kein Interesse an einer nationalen Kontingentierung der Ärzte. Wir können von daher die dritte Interventionsebene mit der Ablösung der nationalen Zulassungsbeschränkung durch eine kantonale Steuerung sehr unterstützen. Die Kantone können selber besser einschätzen, wie die Versorgungssituation in ihrem Gebiet aussieht. Die SAB hat in Zusammenhang mit der Diskussion um die Grundversorgung schon verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die Kantone eine kantonale Grundversorgungsstrategie erarbeiten sollten. Diese muss sektorübergreifend sein und alle Grundversorgungsbereiche (nicht nur die medizinische Grundversorgung) umfassen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang explizit auf die Motion Egger 17.3660 welche Modellvorhaben der Grundversorgung vorschlägt. In derartigen Modellvorhaben könnten neue Modelle der Grundversorgung Sektor- und Gemeindeübergreifend erprobt werden. Denn im Zusammenspiel der verschiedenen Grundversorgungsfunktionen besteht ein erhebliches Synergiepotenzial. Die in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagen kantonale Steuerung der Zulassung geht somit in die richtige Richtung und wird von der SAB unterstützt.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Die Präsidentin:

Der Direktor:

Nationalrätin
Christine Bulliard-Marbach

Nationalrat
Thomas Egger

Résumé

Dans le cadre de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie, le Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB) demande l'introduction de mesures spécifiques. En effet, contrairement aux espaces urbains, les régions de montagne et l'espace rural disposent souvent d'une offre limitée en matière de soins médicaux. Dans ce contexte, il est de plus en plus difficile de trouver des médecins généralistes. C'est pourquoi le SAB demande :

- L'abolition du numerus clausus pour les médecins ;
- La réforme du système Tarmed, de façon à inciter financièrement les médecins à venir s'installer dans les espaces ruraux ;
- La promotion des centres de soins ;
- Le renforcement, au niveau de la formation, des cours destinés aux médecins généralistes.

Enfin, le SAB salue l'intention de donner davantage de compétences aux cantons, en ce qui concerne l'offre médicale. Ces derniers sont mieux placés que la Confédération pour déterminer quels sont les besoins dont ils doivent disposer.

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Chef du Département fédéral de l'intérieur
Inselgasse 1
3003 Berne

Paudex, le 17 octobre 2017
JSV/ma

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
(Admission des fournisseurs de prestations) : ouverture de la procédure de
consultation.**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous avons pris connaissance de la procédure de consultation citée en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos remarques.

1. Introduction

Le projet évoque trois niveaux d'intervention :

- Le premier niveau se rapporte aux révisions de la loi sur les professions médicales universitaires (LPMèd) et de son ordonnance d'application qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ainsi qu'à la loi sur les professions de la santé (LPS) du 30 septembre 2016.
- Le second niveau instaure une procédure formelle supplémentaire pour l'admission des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à charge de la LAMal.
- Le troisième niveau permet au canton de plafonner l'admission de nouveaux médecins autorisés à pratiquer à charge de la LAMal.

Seuls les deux derniers niveaux sont les objets du projet de révision partielle de la LAMal, raison pour laquelle nous ne commenterons pas le premier niveau du dispositif proposé.

2. Commentaires des dispositions

2.1 Procédure d'admission et qualité des prestations (art. 35-38 et 59 LAMal)

Nous nous opposons à des dispositions supplémentaires relatives à la qualité des prestations. En effet, l'article 58 LAMal permet déjà au Conseil fédéral de prévoir des contrôles de la qualité, il n'est donc nul besoin d'étendre encore ses compétences au moyen de nouvelles dispositions de la LAMal.

La procédure formelle proposée par le projet prévoit la désignation par « les assureurs » d'une institution chargée de l'admission des fournisseurs de prestations. Cette dernière aura le rôle de vérifier que les fournisseurs de prestations répondent aux conditions fixées par le Conseil fédéral pour garantir l'adéquation et la haute qualité des prestations. Le rapport explicatif ne dit rien de sa composition ni de la mise en œuvre des garanties d'impartialité et de procédure auxquels cet

organe sera soumis, sachant notamment qu'il sera habilité à rendre des décisions susceptibles de recours. Par ailleurs, la notion d' « assureurs » n'est pas définie par la loi. S'agit-il de tous les assureurs, d'une majorité de ceux-ci (comment la calcule-t-on) ou de leurs faitières ?

Enfin, nous ne comprenons pas l'art. 36 al. 3 bis du projet, concernant l'exigence d'une expérience pratique en Suisse de deux ans pour échapper à l'examen relatif à la connaissance du système de santé. Si cette condition peut sans doute s'appliquer aux fournisseurs de prestations formés en Suisse, on ne voit pas comment un fournisseur de prestations étranger pourrait se soustraire à l'examen puisqu'il faudrait qu'il exerce au moins deux ans en Suisse pour obtenir l'autorisation d'exercer ! On peut en outre se demander dans quelle mesure cette exigence est compatible avec la libre-circulation des travailleurs.

2.2 Plafonnement de l'admission de nouveaux médecins au niveau cantonal

Les dispositions fédérales vont déjà très loin en termes de limitation et de contrôle. Donner des compétences supplémentaires aux cantons nous fait craindre des restrictions arbitraires qui entraîneront un rationnement et une baisse inacceptable de la qualité des soins.

En outre, la question du droit d'exercer sa profession - non pas sous l'angle de la liberté économique qui s'applique, selon le Tribunal fédéral, de manière restreinte lorsqu'il s'agit de pratiquer à charge de l'AOS - mais sous l'angle de la protection de la personnalité, doit également être prise en considération. En effet, la durée et les exigences des études, ainsi que l'investissement personnel et financier qu'elles requièrent ne peuvent pas s'accommoder du simple bon vouloir de l'administration et de ses décisions de planification. Au vu des incertitudes, le risque est bien trop grand de décourager les futurs étudiants de se lancer dans des filières longues et exigeantes et de devoir, face à la pénurie, compenser dans quelques années le manque de médecins indigènes par des ressources étrangères. On constate là une forte contradiction entre les buts poursuivis par les possibilités de plafonnement offertes aux cantons, leurs conséquences potentielles et les programmes menés par la Confédération pour augmenter le nombre de médecins formés en Suisse.

3. Conclusion

Le pilotage des admissions, tel qu'il est envisagé dans ce projet, est empreint de contradictions et fait fi des réalités. Le projet ne se concentre que sur la problématique des coûts à laquelle il apporte des réponses insatisfaisantes qui risquent de mettre rapidement en péril une relève qualifiée et la qualité de notre système de santé. L'augmentation et le vieillissement de la population nécessitent des ressources humaines et des compétences pointues, suisses et étrangères, pour faire face aux défis qui attendent notre pays. Malheureusement, les dispositions relatives à l'admission des fournisseurs de prestations n'y répondent pas et risquent, au contraire, d'être totalement contre-productives à cet égard.

En conclusion, nous ne sommes pas favorable aux modifications proposées par cette révision partielle de la LAMal.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

Eidgenössisches Departement des Innern
EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Ausschliesslich per Email:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

25. Oktober 2017

Stellungnahme zur Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Strupler,
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 hat uns Herr Bundesrat Alain Berset eingeladen, an der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht dazu Stellung.

economiesuisse lehnt die Gesetzesänderung ab.

Die Wirtschaft ist gegen Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte. Fixe Zahlen sind keine geeignete Steuerungsgrösse für eine qualitativ gute Versorgung. Ausserdem sind Höchstzahlen schwierig zu kontrollieren und noch schwieriger ist es, diese zweckmässig zu bestimmen. Es braucht keine neue Bundeskompetenz für die Zulassungssteuerung. Diese Kompetenz soll bei den Kantonen bleiben.

economiesuisse schlägt als Alternative zu Höchstzahlen eine Lockerung des Vertragszwangs vor. Eine dezentrale Lösung der Vertragsfreiheit ist bedarfsgerecht und schliesst die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht per se von der Leistungserbringung aus. Zudem kann sie die Qualitätserfordernisse auch auf Ebene der Ergebnisqualität erreichen.

1 Vorgeschichte

Seit dem Jahr 2001 ist in Artikel 55a KVG eine Einschränkung der Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung in Kraft. Ohne Enthusiasmus hat das Parlament diese Zulassungsbeschränkung in leicht unterschiedlichen Formen dreimal verlängert. Der Bundesrat wurde beauftragt, eine Alternative vorzulegen. Dies tat er mit dem KVG-Reformvorschlag «Steuerung des ambulanten Bereichs». Er schlug eine Angebotssteuerung vor. Dem Parlament war dieser Ansatz zu etatistisch. Es wollte den Kantonen keine verstärkte Regulierungskompetenz übertragen und beschränkte die Vorlage auf die dauerhafte Verlängerung der bereits geltenden Zulassungsbeschränkung. Trotzdem wurde diese stark gekürzte Vorlage in der Schlussabstimmung im Nationalrat verworfen. Mangels Alternativen beschloss das Parlament danach, Artikel 55a KVG um drei weitere Jahre bis zum 30. Juni 2019 zu verlängern. Dies bedeutete: «Zurück auf Feld eins». Das Parlament gab dem Bundesrat ein weiteres Mal den Auftrag, eine taugliche Alternative zur Zulassungssteuerung vorzulegen. Eine Differenzierung des Taxpunktwertes nach Region, Leistungsangebot oder qualitativen Kriterien wurden dabei namentlich erwähnt. Die Tarifpartner sollten so ihre Verantwortung wahrnehmen und für ein ausgewogenes regionales Angebot sorgen. Mit anderen Worten wollte das Parlament eine wettbewerbliche Alternative zur bisherigen Zulassungssteuerung.

2 Beurteilung der Vorlage

Leider schlägt der Bundesrat keine wettbewerbliche Alternative zur bisherigen Zulassungssteuerung vor, sondern beschränkt sich auf die mehrfach gescheiterten Instrumente einer Angebotssteuerung. Konkret schlägt er zweierlei vor: Erstens möchte er eine zusätzliche Bundeskompetenz für die Zulassungsanforderungen für Ärzte. Zweitens schlägt er eine Angebotssteuerung auf Kantonebene vor. Die Kantone sollen die Möglichkeit haben, eine Höchstzahl an Ärztinnen und Ärzte zu definieren.

Die Wirtschaft lehnt beide Ansätze ab: Der Vorschlag krankt an der unklaren Trennung zwischen Zulassungs-, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsfragen. Für die Zulassung der Leistungserbringer ist der Kanton zuständig. Dieser kann Kriterien im Bereich Strukturqualität miteinbeziehen, indem er Voraussetzungen nennt, die ein Leistungserbringer haben muss, wenn er über die Grundversicherung abrechnen möchte. Diese heutige Regelung ist sinnvoll und soll aus unserer Sicht so bleiben. Es ist unnötig, eine neue Bundeskompetenz ergänzend einzuführen. Wirtschaftlichkeitsfragen sind bereits heute über eine Bundeskompetenz geregelt, nämlich über KVG Art. 32. Dieser Artikel ermöglicht es auch, die Ergebnisqualität periodisch zu überprüfen. Zudem steht dem Bundesrat schon lange der Passus in KVG Art. 58 zur Verfügung: „Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.“ Leider wurde dieser Gesetzesartikel nie genügend umgesetzt. Darüber hinaus steht im Grundsatz zu den Tarifen KVG Art. 43: „⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.“ Der Bundesrat hätte somit keinen einzigen Tarif genehmigen müssen, der nicht auch die Qualitätsentwicklung regelt. Eine zusätzliche Bundeskompetenz ist deshalb unnötig. Es genügt vollends, wenn der Bundesrat die bestehenden Gesetzesartikel besser umsetzt.

Als zusätzliches Instrument sollen die Kantone neu Höchstzahlen definieren können, welche die Anzahl Ärztinnen und Ärzte limitieren. Die Wirtschaft lehnt auch diesen Vorschlag ab. Mit maximalen Versorgungsparametern kann keine optimale Versorgung erreicht werden. Eine Zulassungssteuerung auf dem Reissbrett der Verwaltung ist generell zum Scheitern verurteilt, denn die Eruierung des optimalen Bedarfs und die zuverlässige Abschätzung seiner künftigen Veränderung sind aus staatlicher Perspektive nicht bzw. kaum rechtzeitig möglich. Selbst wenn man die «richtige» Zahl an

Leistungserbringern eruieren könnte, so würde sich die Qualität in der Versorgung nicht verbessern. Auch die Kosten sind nicht automatisch an die Anzahl Leistungserbringer geknüpft. Ferner verursacht eine solche Steuerung immer unvorhersehbare und auch ungewollte Nebeneffekte. So betreffen Höchstzahlen im Bereich Krankenversicherungsgesetz (KVG) automatisch auch den überobligatorischen, ambulanten Teil, da ein Arzt für seine Tätigkeit eine kantonale Bewilligung braucht. Überdies werden junge Ärztinnen und Ärzte benachteiligt, weil sie die ersten sind, welche keine Zulassung mehr erhalten. Ihnen wird der unternehmerische Weg in die ambulante Versorgung versperrt. Sie müssen sich deshalb einer unselbstständigen Tätigkeit zuwenden. Dies führt zu einer Verbeamtung der künftigen Ärztegeneration. Für eine gute, ambulante Versorgung braucht es auch in Zukunft unternehmerisch denkende Ärztinnen und Ärzte.

3 Bessere Lösungen gegen Fehlversorgung

Die vorliegende Gesetzesrevision lehnt die Wirtschaft ab. *economiesuisse* schlägt drei bessere Problemlösungen vor, wie die Zulassung von Leistungserbringern verbessert werden könnte:

- **Tarifarische Anreize:** Durch die Einführung von bedarfsabhängigen Taxpunktswerten könnten Anreize geschaffen werden, die zu einer effizienten Versorgungsstruktur führen. Der Bund könnte ohne KVG-Revision einen solchen Tarif von den Tarifpartnern einfordern.

- **Auktionsmodell bei der Vergabe von Praxiskonzessionen für neue Arztpraxen:** Nationalrat Ignazio Cassis hat das Postulat 12.3783 „Ärztstopp. Die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen (2)“ vorgeschlagen. Das überwiesene Postulat beruht auf dem Vorschlag von *Avenir Suisse*, ein Auktionsmodell einzuführen. Konkret sollen die Praxiskonzessionen durch eine umgekehrte holländische Auktion vergeben werden. Mit einer periodisch wiederholten Auktion würde der Regulator der Ärzteschaft einen *Tarmed*-Tarif vorschlagen, welcher tiefer ist als heute. Dieser würde stufenweise erhöht, bis genug Ärzte sich bereiterklären, im betreffenden Versorgungsgebiet zu einem gewissen Tarif tätig zu sein. Gegenüber dem *Ärztstopp* hätte ein Auktionsmodell verschiedene Vorteile: In Zentren mit hoher *Ärztendichte* liessen sich die Kosten senken, während Randgebiete mit sich abzeichnender *Unterversorgung* durch einen höheren *Tarmed*-Tarif attraktiver gemacht werden könnten. Der Regulator kann bei diesem Modell allerdings die optimale Anzahl Ärzte für ein Gebiet nur grob abschätzen. Dadurch wäre das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage bei freien Kapazitäten ungelöst, weshalb mittelfristig eine Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Ärzten ins Auge gefasst werden muss.

- **Aufhebung des Kontrahierungszwangs:** Die schlüssige Lösung ist die Vertragsfreiheit, welche in den meisten europäischen Gesundheitswesen bereits existiert. Diese kann vollständig, für bestimmte Facharztgruppen oder in bestimmten Regionen eingeführt werden. Auf diese Weise könnten auch die kantonalen Bedürfnisse besser abgedeckt werden.

4 Fazit

Die Wirtschaft wünscht sich eine stärkere Fokussierung auf den Output, also auf die Gesundheitsversorgung selbst. Dieser Fokus kann nur dezentral erfolgen, wo auch die nötigen Informationen vorliegen. Die Tarifpartner sind hier in der Pflicht. Sie müssen Qualitätskriterien definieren und allenfalls tarifarische Anreize dafür setzen. Dies ist ein ständiger Prozess, der nicht mit statischen Vorgaben erreicht werden kann. Die Vorlage verharrt dagegen in einer Inputsteuerung, die unbestimmte Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben wird. Höchstzahlen bieten Ärzten mit Zulassung einen Schutz vor neuer Konkurrenz. Dagegen werden die jungen Ärzte vom System ferngehalten, die motiviert und innovativ wären. Sie könnten dem ganzen Leistungsbereich neue Impulse verleihen. Genau diese positiven Kräfte werden mit dieser Zulassungsbeschränkung ferngehalten. Mit der Vertragsfreiheit hingegen wird kein Leistungserbringer per se ausgeschlossen, sondern alle haben die Möglichkeit, für die Krankenversicherungen Leistungen abzurechnen.

Seite 4

Stellungnahme zur Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Gleichwohl bewirkt sie einen gewissen Wettbewerbsdruck, der dämpfend auf unnötige Kosten wirken kann.

Wir stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung und danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
economiesuisse

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'R' followed by a long horizontal stroke.

Prof. Dr. Rudolf Minsch
Chefökonom

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Marty' in a cursive style.

Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

Eidg. Departement des Inneren EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
3003 Bern

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 23. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern): Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Dazu nimmt der SGB wie folgt Stellung:

Einleitung

Die Zulassungssteuerung ist in drei Interventionsebenen eingeteilt. Die erste Ebene betrifft die Anforderungen an die Berufsausübung, die im Medizinalberufegesetz MedBG und im Gesundheitsberufegesetz GesBG geregelt sind. Die zweite Interventionsebene betrifft die Schaffung eines formellen Zulassungsverfahrens und die dritte regelt die Zulassungssteuerung durch die Kantone.

Stellungnahme

Die Anforderungen an die Berufspraxis sind in bereits geltenden Gesetzen MedBG und GesBG geregelt. Der Bundesrat stützt sich bei der Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens auf die in diesen Gesetzen geregelten Anforderungen. Sie sind im Konzept der Zulassungssteuerung als erste Interventionsebene bezeichnet. Der SGB nimmt sie zur Kenntnis.

Der Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens steht der SGB skeptisch gegenüber. Nicht einverstanden ist der SGB mit dem Vorschlag, die Durchführung der Zulassungsprüfung einer von den Krankenversicherern vorgeschlagenen Organisation zu übertragen. Die Durchführung dieser Zulassungsprüfung muss von einer von den Krankenversicherern unabhängigen Organisation bzw. einer von den Kantonen bestimmten Organisation erfolgen.

Der SGB unterstützt grundsätzlich die vorgeschlagene Zulassungssteuerung (dritte Interventionsebene) durch die Kantone. Eine Lockerung des Vertragszwangs würde der SGB hingegen ablehnen und bekämpfen. Nicht einverstanden ist der SGB mit dem Vorschlag, den Kantonen die Kompetenz zu erteilen, aufgrund der Kostenentwicklung einen sofortigen Zulassungsstopp auszusprechen.

Anforderungen an die Berufspraxis (erste Interventionsebene)

Die Anforderungen an die Berufspraxis sind im MedBG und GesBG geregelt. Letzteres wurde am 30. September 2016 vom Parlament verabschiedet. Es regelt die Kompetenzen, die während des Studiums zu erwerben sind, die Akkreditierung der Studiengänge, die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse, die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und das Gesundheitsregister. Das MedBG wurde 2015 revidiert und ein erster Teil ist 2016 in Kraft gesetzt worden. Der zweite Teil dieser Revision tritt am 1. Januar 2018 in Kraft. Die in diesen Gesetzen festgehaltenen Anforderungen zur Berufsausübung sind Grundlagen, auf die sich der Bundesrat bei t, dem neu vorgeschlagenen formellen Zulassungsverfahren (zweite Interventionsebene), stützt. Beide Gesetze sind verabschiedet.

Stärkung der Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP (zweite Interventionsebene)

Mit der vorliegenden Gesetzesvorlage sollen die Anforderungen an die Leistungserbringer in zweifacher Art und Weise erhöht werden.

Neu sollen die Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG¹ nicht mehr automatisch zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. Geschaffen werden soll ein formelles Zulassungsverfahren. Eine von den Versicherern bezeichnete Organisation soll prüfen, ob die Gesuchsteller, welche neu zu Lasten der OKP Leistungen erbringen wollen, die vom Bundesrat festgelegten Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Der SGB steht diesem Zulassungsverfahren skeptisch gegenüber, insbesondere auch deshalb, weil der Eindruck entsteht, dass damit ein bürokratisches Monster geschaffen wird. Sollte ein formelles Zulassungsverfahren geschaffen werden, müsste ein Fortbildungsnachweis während des ganzen Berufslebens enthalten sein und die Akkreditierung durch eine von den Kantonen bestimmte Stelle erfolgen. Der SGB ist gegen den Vorschlag, dass das Zulassungsverfahren durch eine von den Versicherern bestimmte Organisation durchgeführt wird. Allein schon aus Gründen der Good Governance ist die damit verbundene Einflussnahme der Krankenversicherer bei der Zulassung der mit ihnen abrechnenden Ärztinnen und Ärzte entschieden abzulehnen.

Der Bundesrat kann als weitere Zulassungsvoraussetzung verlangen, dass die Leistungserbringer im ambulanten Bereich vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung erfüllen müssen. Diese Wartefrist kann der Bundesrat für einzelne oder sämtliche Leistungserbringerkategorien vorsehen. Ebenso kann er verlangen, dass diese Personen über die für die Qualität notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verfügen. Diese Kenntnisse sollen mit einem Prüfverfahren kontrolliert werden. Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen können, sind indessen von der Prüfung dieser Kenntnisse befreit. Der SGB steht diesem Prüfungsverfahren ebenfalls skeptisch gegenüber. Er unterstützt hingegen den Vorschlag der FMH², wonach Ärzte und Ärztinnen mit einem ausländischen Diplom mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig sein müssen bevor sie die Zulassung zur Abrechnung der Leistungen der OKP erhalten. Während dieser Zeit können sie Kenntnisse über das Gesundheitssystem erwerben.

¹ Ärzte und Ärztinnen; Apotheker und Apothekerinnen; Chiropraktoren und Chiropraktorinnen; Hebammen; Personen die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen; Laboratorien; Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen; Transport und Rettungsunternehmen; Einrichtungen, die der ambulanten Pflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen

² Medienmitteilung der FMH vom 6. Juli 2017

Zulassungssteuerung durch die Kantone (dritte Interventionsebene)

Mit der vorgeschlagenen Regelung sollen neu die Kantone anstelle des Bundesrates für die Bestimmung der Höchstzahlen der pro medizinisches Fachgebiet zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zuständig sein. Damit erhalten die Kantone die Möglichkeit, die Versorgung gemäss ihrem Bedarf zu regulieren. Diese Höchstzahlen sind gemäss Vorschlag für alle Ärztinnen und Ärzte gültig, die im ambulanten Bereich des Kantons als Selbständigerwerbende oder als Angestellte im ambulanten Bereich – auch im ambulanten Bereich der Spitäler – tätig sind. Mit diesem Vorschlag ist der SGB einverstanden.

Vorgeschlagen wird zudem, dass die Kantone in Zukunft den Beschäftigungsgrad berücksichtigen müssen, um der steigenden Zahl der teilzeitbeschäftigten Personen Rechnung zu tragen. Die Kantone sind zudem verpflichtet, vor der Festlegung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten anzuhören und sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen zu koordinieren. Diese drei Punkte (Berücksichtigung des Beschäftigungsgrades, Anhörung der Verbände und Koordination mit anderen Kantonen) sind Teil des Konzeptes und dürfen nicht herausgebrochen werden. Sie unterstützen die Versorgungssicherheit.

Der Bundesrat kann gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf auf dem Verordnungsweg methodische Grundsätze und zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen. Der SGB schlägt vor, die Kann-Formulierung in eine bestimmende umzuwandeln um sicherzustellen, dass in allen Kantonen nach einheitlichen Grundsätzen und Kriterien die Höchstzahlen festgelegt werden.

Neu sollen die Kantone die Kompetenz erhalten, jede weitere Zulassung in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet sofort zu stoppen, unabhängig von den festgelegten Höchstzahlen. Dieser sofortige Stopp ist gekoppelt an die Kostenentwicklung. Eine solche Regelung lehnt der SGB ab, könnte er doch den Zugang aller Bevölkerungsteile zu einer medizinisch qualitativ hochstehenden Grundversorgung empfindlich tangieren (z.B. könnten lange Wartefristen für Patientinnen und Patienten entstehen).

Die Versorgungssicherheit wird im erläuternden Bericht zur vorliegenden Vernehmlassung im Zusammenhang mit den Massnahmen zur Zulassungssteuerung explizit wie folgt erwähnt: „Der Zugang der Versicherten zur Behandlung innerhalb nützlicher Frist muss jedoch weiterhin gewährleistet sein.“ Für den SGB ist der Zugang aller Bevölkerungsteile zu einer medizinisch qualitativ hochstehenden Grundversorgung ein zentraler Wert. Sollte sich in der Zukunft allerdings zeigen, dass diese Versorgungssicherheit in einem Kanton oder einer Region durch die Zulassungssteuerung beeinträchtigt ist, müsste der Bund die Kompetenz haben, einzugreifen. Der SGB fordert eine entsprechende Regelung.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Christina Werder
Zentralsekretärin

Département fédéral de l'intérieur
Office fédéral de la santé
Division Prestations
3003 Berne

Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Berne, le 23 octobre 2017

Révision de la loi sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de votre invitation à prendre part à la procédure de consultation précitée. Ci-après, vous trouverez la position de l'Union syndicale suisse (USS) à ce sujet.

Introduction

Le pilotage de l'admission des fournisseurs de prestations sera divisé en trois niveaux d'intervention. Le premier traite des conditions requises pour l'exercice des professions définies dans la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd) et la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan). Le deuxième niveau d'intervention concerne la création d'une procédure formelle d'admission et le troisième, la régulation de l'admission par les cantons.

Prise de position

Les conditions d'admission à pratiquer sont déjà fixées dans les LPMéd et LPSan en vigueur. Pour introduire une procédure formelle d'admission, le Conseil fédéral part de ces conditions. Dans le projet de pilotage de l'admission des fournisseurs de prestations, elles sont désignées comme étant le premier niveau d'intervention. L'USS en prend note.

Sur une procédure formelle d'admission, l'USS est sceptique. Elle n'est pas d'accord avec l'idée de confier à une instance proposée par les assureurs l'examen destiné à contrôler si les fournisseurs de prestations disposent des connaissances du système de santé suisse nécessaires. Cet examen doit être réalisé par une instance indépendante des assureurs, soit défini par les cantons.

L'USS soutient a priori le pilotage de l'admission par les cantons comme proposé (troisième niveau d'intervention). Elle refuserait et combattrait par contre un assouplissement de l'obligation de contracter. Elle n'est pas d'accord avec la proposition d'octroyer aux cantons la compétence de prononcer un arrêt immédiat des admissions à cause de l'évolution des coûts.

Exigences requises pour l'exercice des professions concernées (premier niveau d'intervention)

Ces exigences sont définies dans les LPMéd et LPSan. Cette dernière, adoptée le 30 septembre 2016 par le Parlement, règle les compétences qui doivent être acquises durant la formation, l'accréditation des filières d'études concernées, la reconnaissance des diplômes étrangers, l'exercice de la profession sous propre responsabilité professionnelle et le registre des professions de la santé. La LPMéd a été révisée en 2015. Une première partie de la révision est entrée en vigueur en 2016, la deuxième le sera dès le 1^{er} janvier 2018. Les exigences formulées dans ces lois relativement à l'exercice des professions concernées constituent la base sur laquelle s'appuie le Conseil fédéral pour instaurer une nouvelle procédure formelle d'admission (deuxième niveau d'intervention). Les deux lois ont été adoptées.

Renforcement des conditions requises pour l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, AOS (deuxième niveau d'intervention)

Le présent projet de loi veut renforcer de deux manières les exigences posées aux fournisseurs de prestations.

À l'avenir, ces derniers, définis à l'article 35 alinéa 2 lettres a à g ainsi que m de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)¹, ne seront plus admis automatiquement à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Une procédure formelle d'admission sera créée. Une instance désignée par les assureurs devra examiner si les fournisseurs qui sollicitent l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS remplissent les conditions fixées par le Conseil fédéral. L'USS est sceptique sur cette procédure d'admission, en particulier aussi parce qu'on a l'impression qu'elle va engendrer un monstre bureaucratique. Si une telle mesure devait être instaurée, elle devrait prévoir l'obligation de prouver que les fournisseurs de prestations suivent une formation continue tout au long de leur vie professionnelle et l'accréditation, par une instance créée par les cantons, des filières d'études. L'USS rejette la proposition d'une procédure d'admission relevant d'une instance définie par les assureurs. Ne serait-ce que pour des raisons de bonne gouvernance, il faut s'opposer énergiquement à la prise d'influence qui en découlerait pour les assureurs en matière d'admission des médecins qui leur facturent leurs prestations.

Le Conseil fédéral pourra exiger, comme condition d'admission supplémentaire, que les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire observent, avant leur admission, un délai d'attente de deux ans après la fin de leur formation de base et post grade. Il pourra prévoir ce délai d'attente pour certaines catégories de fournisseurs de prestations ou pour toutes. Il pourra aussi exiger d'eux qu'ils disposent des connaissances du système de santé suisse requises pour assurer la qualité des prestations et que l'acquisition de ces connaissances soit contrôlée au moyen d'une procédure d'examen. Les fournisseurs de prestations qui pourront apporter la preuve d'une expérience pratique de deux ans après la fin de leur formation de base et post grade, acquise en Suisse dans le domaine d'activité concerné, en seront toutefois dispensés. L'USS est également sceptique sur cette procédure d'examen. Elle soutient par contre la proposition de la

¹ Il s'agit des médecins, des pharmaciens, des chiropraticiens, des sages-femmes, des personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient, des laboratoires, des centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, des hôpitaux, des maisons de naissance, des établissements médico-sociaux, des établissements de cure balnéaire, des entreprises de transport et de sauvetage et des institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

FMH², selon laquelle, les médecins titulaires d'un diplôme étranger doivent avoir exercé une activité médicale d'au moins trois ans, à un taux d'activité d'au moins 80 %, dans un établissement de formation post graduée reconnu dans la discipline demandée pour l'admission pour avoir le droit de facturer leurs prestations à la charge de l'AOS. Pendant ces années, ils acquerront des connaissances du système sanitaire et social, et du système des assurances de notre pays.

Pilotage des admissions par les cantons (troisième niveau d'intervention)

Avec la réglementation proposée, les cantons, et non le Conseil fédéral, auront la compétence de fixer le nombre maximum de médecins admis par domaine de spécialité médicale. Les cantons auront ainsi la possibilité de réguler la fourniture de prestations en fonction de leurs besoins. Selon la proposition, ces nombres maximaux s'appliqueront à l'ensemble des médecins actifs en tant qu'indépendants ou salariés ou dans une institution de soins ambulatoires. L'USS est d'accord avec cette proposition.

Il est en outre proposé que les cantons devront à l'avenir tenir compte du taux d'occupation étant donné l'augmentation du nombre de personnes travaillant à temps partiel. De plus, les cantons seront tenus d'entendre les organisations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des patient(e)s avant de fixer ces nombres maximaux de médecins admis et de se coordonner avec les autres cantons afin de tenir compte de la mobilité des patient(e)s. Ces trois points (prise en compte du taux d'occupation, consultation des organisations concernées et coordination avec les autres cantons) sont des éléments du projet et forment un tout indivisible. Ils soutiennent la sécurité de l'approvisionnement en prestations.

Selon le projet de loi, le Conseil fédéral pourra fixer par voie d'ordonnance des principes méthodologiques et des critères supplémentaires pour la détermination des nombres maximaux de médecins admis. L'USS propose de remplacer la formulation potestative par une formulation impérative afin de garantir que, dans tous les cantons, ces nombres maximaux soient fixés sur la base de principes et de critères uniformes.

À l'avenir, les cantons auraient la compétence de stopper immédiatement toute nouvelle admission dans un domaine de spécialité médicale défini, indépendamment des nombres maximaux fixés. Cet arrêt immédiat des admissions sera lié à l'évolution des coûts. L'USS rejette une telle réglementation, car elle pourrait affecter sensiblement l'accès de tous les groupes de la population à des soins médicaux de base de grande qualité ; elle pourrait par exemple entraîner de longs délais d'attente pour les patient(e)s.

Dans le rapport explicatif sur la consultation en question concernant des mesures de pilotage en matière d'admission, la sécurité de l'approvisionnement en prestations est mentionnée explicitement comme suit : « L'accès des assurés au traitement dans un délai raisonnable restera cependant un critère impératif. » Pour l'USS, l'accès de tous les groupes de la population à des soins médicaux de base de grande qualité est un élément central. Si l'avenir devait cependant montrer que cette sécurité de l'approvisionnement en prestations est entravée dans un canton ou une région à cause du pilotage de l'admission des fournisseurs, la Confédération devrait alors avoir la compétence d'intervenir. L'USS demande une réglementation en conséquence.

² Communiqué de presse de la FMH du 6 juillet 2017, https://www.fmh.ch/files/pdf19/2017_07_06_Communique_de_presse_Zulassungssteuerung_F.pdf.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre en considération notre prise de position et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

UNION SYNDICALE SUISSE



Paul Rechsteiner
Président



Christine Werder
Secrétaire centrale

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Bern, 25. Oktober 2017 sgv-Gf/st

**Vernehmlassungsantwort
Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 5. Juli 2017 hat uns der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI eingeladen, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 250 Verbände und gegen 300'000 Unternehmen. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv lehnt die vorgeschlagene Gesetzesrevision rundum ab. Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern stellen als planwirtschaftliches Instrument einen gravierenden Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar, den wir so nicht akzeptieren können. Wir haben auch grosse Zweifel, ob die kostendämpfende Wirkung, die man sich von diesem rigiden Eingriff ins Recht auf freie Berufsausübung verspricht, tatsächlich realistisch ist. Der Nachweis, dass es während der Phase der Zulassungsbeschränkungen effektiv gelungen ist, das Kostenwachstum im ambulanten Bereich substantiell einzudämmen, konnte bis anhin nicht erbracht werden. Die Erfahrung zeigt vielmehr, dass die OKP-Kosten auch in jenen Phasen ungebremst angestiegen sind, in denen der Zulassungsstopp in Kraft war. Bedenklich ist für uns auch, dass mit der beantragten Gesetzesrevision die Rechtssicherheit Schaden nähme und es für die betroffenen Leistungserbringer immer schwieriger würde, eine berufliche Karriere verlässlich zu planen. Zudem gäbe es auf allen Stufen mehr Bürokratie. Statt die Zahl der Leistungserbringer über stetig schärfere Zulassungskriterien steuern zu wollen, tritt der sgv für die Aufhebung des Vertragszwangs ein.

Aus Sicht des sgv kann es auch nicht angehen, dass Zulassungskriterien durch die Kantone bestimmt werden. Statt den Kantonen zusätzliche Kompetenzen zuzugestehen, müsste endlich deren Mehrfachrolle entflochten werden. Zudem kann es nicht angehen, dass die Kantone in einem Versorgungsbe-
reich massgebende Spielregeln festlegen, in dem sie keine finanzielle Verantwortung tragen. Bevor man die Kantone stärker in die Steuerung der ambulanten Versorgung einbindet, gilt es eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung sicherzustellen.

Grundlegend falsch ist aus Sicht des sgv auch, dass die Zulassungssteuerung ausschliesslich auf Ebene Kanton erfolgen soll. Wenn schon die Zulassung der Leistungserbringer gesteuert werden sollte, dann müsste das überregional erfolgen. Die Gesundheitsversorgung macht längst nicht mehr halt an den Kantonsgrenzen, so dass eine rein kantonale Optik im Bereich der Grundversorgung längst überholt ist.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller
Vizedirektor

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations
3003 Berne

Par email à :
abteilung-leistungen@baq.admin.ch

Lausanne, le 25 octobre 2017

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission des fournisseurs de prestations)

Madame, Monsieur

La Fédération romande des consommateurs (ci-après : la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée et vous prie de trouver ses commentaires ci-dessous.

Commentaires généraux

La FRC soutient le dispositif à trois niveaux proposé par le Conseil fédéral qui augmentera les exigences envers les fournisseurs de prestations tout en créant de nouveaux outils de contrôle de l'offre. Ces différents instruments ont le potentiel de freiner la hausse des coûts dans le secteur ambulatoire. Plus particulièrement, la FRC se félicite que l'introduction d'une liberté de contracter au bénéfice des assureurs ait été abandonnée dans le projet. En effet, cette liberté accorderait un trop grand pouvoir aux assureurs et amènerait à sa suite d'importants risques de conflits d'intérêts.

Premier niveau

La LPMéd révisée fixe des règles à l'exercice des professions médicales universitaires à titre indépendant propres à garantir des prestations médicales de qualité dans l'intérêt des patients. La FRC réitère sa satisfaction au sujet de ces nouvelles règles.

Deuxième niveau

Le deuxième niveau consiste en l'introduction (1) d'une procédure formelle d'admission et (2) de la possibilité pour le Conseil fédéral d'imposer des charges auxquelles devront se conformer les fournisseurs de prestations pratiquant à charge de l'AOS. La FRC se réjouit du fait qu'un renforcement des conditions d'admission permettra de réguler l'afflux de praticiens en cabinet. En effet, les fournisseurs de prestations concernés ne seront plus admis automatiquement à pratiquer à charge de l'AOS, mais seulement après avoir été admis par un organe. Néanmoins, la FRC s'étonne que le projet prévoie une désignation de l'organe par les assureurs. Elle propose au contraire que l'organe soit désigné par une entité pluridisciplinaire ou publique ; dont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. L'indépendance de l'organe et la poursuite de l'intérêt public seront ainsi assurées.

Troisième niveau

Le troisième niveau d'intervention revêt une importance particulière aux yeux de la FRC. La transmission aux cantons de la compétence de plafonnement des admissions constitue une évolution positive, en ce sens que les besoins et enjeux diffèrent selon les cantons. En outre, les plafonds aux nombres de médecins admis à pratiquer à la charge de l'AOS s'appliqueront à tous les médecins actifs dans le secteur ambulatoire, ce qui permettra de contrôler l'afflux global. Par ailleurs, les cantons pourront non seulement fixer des plafonds, mais aussi bloquer avec effet immédiat les nouvelles admissions dans un domaine de spécialité, indépendamment des plafonds fixés. Les cantons disposeront ainsi d'instruments efficaces afin de maîtriser rapidement l'évolution des coûts dans le secteur ambulatoire.

Nous vous remercions de l'attention et de la suite que vous porterez à notre prise de position et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Joy Demeulemeester
Responsable Politique de santé

Herr Bundesrat
Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse 1
3003 Bern

Bern, 25. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG): Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns in Ihrem Schreiben vom 5. Juli 2017 eingeladen, zu oben genannter Teilrevision des KVG Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns dafür und äussern uns wie folgt:

Die Stiftung für Konsumentenschutz begrüsst ausdrücklich, dass mit der vorliegenden Teilrevision die Möglichkeit zur Regulierung des Leistungsangebots geschaffen und höhere Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung festgelegt werden. Angesichts der Kostenentwicklung im ambulanten Bereich und der dadurch mitverursachten Prämiensteigerungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind diese Massnahmen unabdingbar.

Organisation zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen

Damit sie die nötige Akzeptanz erlangen kann, muss die einzusetzende Organisation zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen breiter abgestützt sein. Wir schlagen deshalb vor, dass diese nicht alleine von den Versicherern, sondern von allen relevanten Stakeholdern (inkl. Krankenversicherungen, Leistungserbringer und Patientenorganisationen) gemeinsam eingesetzt wird.

Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit

Zurzeit ist die Überwachung und Verbesserung der Qualität ambulanter Leistungen nur sehr bedingt möglich, was aus Sicht des Konsumentenschutzes dringend behoben werden muss. Deshalb begrüssen wir ausdrücklich, dass die Tätigkeit zu Lasten der OKP mit Auflagen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen verknüpft werden soll. Dabei ist wichtig, dass wie vorgesehen, die Leistungserbringer verpflichtet werden, die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen, damit die Einhaltung der Auflagen überprüft werden kann.

Damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Leistungen wirksam überwacht und verbessert werden kann, reicht es jedoch nicht aus, Programme zur Qualitätsförderung vorzuschreiben und Daten über deren Absolvierung einzufordern. Entscheidend ist, dass Anforderungen an die tatsächliche Qualität der Leistungserbringung gestellt und Daten zur Einhaltung dieser Anforderungen bereitgestellt werden. Der Konsumentenschutz fordert eine entsprechende Präzisierung der vorliegenden Teilrevision.

Gleichbehandlung von bisherigen und künftigen Leistungserbringern

Damit die im Rahmen dieser Teilrevision geplanten Anpassungen ihre Wirkung tatsächlich entfalten können, ist entscheidend, dass bisherige und künftige Leistungserbringer zu Lasten der OKP gleich behandelt werden. Die neuen Vorgaben müssen also auch für Leistungserbringer gelten, die bereits vor Inkrafttreten zu Lasten der OKP tätig waren.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder, Geschäftsleiterin

Ivo Meli, Leiter Gesundheit

ChiroSuisse · Sulgenauweg 38 · CH-3007 Bern
Eidg. Department des Innern EDI
3003 Bern

Email: Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 5. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung Zulassung von Leistungserbringern Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Möglichkeit, unsere Meinung in diesem Vernehmlassungsverfahren einzubringen.

Allgemein

ChiroSuisse lehnt die Einführung einer Zulassungsbeschränkung ab. Wir zweifeln, dass die vorgesehenen Schritte kostensenkend wirken. Ärztinnen und Ärzte und/oder übrige Leistungserbringer sollen nach ihrer langjährigen Aus- und Weiterbildung arbeiten können. Statt eine Zulassungsbeschränkung einzuführen, sollten vorzugsweise die Aus- und Weiterbildungsplätze gesteuert werden.

Im Falle einer Zulassungsbeschränkung sollten die entscheidenden methodischen Grundsätze und Kriterien für eine Ärztegruppe und/oder für übrige Leistungserbringer vorgängig bekannt sein. Die Koordination zwischen den Kantonen müsste dargelegt werden, bevor Gesetze geändert werden. Zudem ist unseres Erachtens auch die Vorlage über die Zulassung von ausländischen Arbeitnehmern (Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative) einzubeziehen. Schliesslich sollte den Ärztinnen, Ärzten und weiteren Leistungsbringern ein Instrument zur Verfügung stehen, mit dem sie die Steuerung beeinflussen können. Zumindest sollte es Ihnen möglich sein, Beanstandungen anzubringen.

Die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren nehmen als Medizinalpersonen ihre Rolle als Grundversorger für den gesamten Bewegungsapparat wahr. Chiropraktische Behandlungen sind effektiv, effizient und kostengünstig. In der Schweiz gibt es in Bezug auf die Chiropraktik eine Unterversorgung. Zwar besteht in einigen Kantonen ein gutes Angebot, in anderen Kantonen hingegen stehen den Patienten nur sehr wenige oder gar keine Chiropraktorinnen, Chiropraktoren zur Verfügung.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln:

Art. 36

Abs. 2: Uns liegt viel an einer guten und zweckmässigen Leistungserbringung, Allerdings sollte der Bundesrat die dazu notwendigen Voraussetzungen nicht im Alleingang festlegen.

Wir **beantragen**, die Berufsgesellschaften in den Entscheidungsprozess für die Voraussetzungen und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen einzubeziehen.

Bei den Chiropraktorinnen und Chiropraktoren muss die Zulassung speziell beachtet werden, insbesondere im Hinblick auf die zu gewährleistende Patientensicherheit. Die hochstehende Aus- und Weiterbildung Chiropraktik in der Schweiz setzt nämlich weltweit den Massstab. Die Ausbildung v.a. in den europäischen Staaten variiert beträchtlich: so kann es durchaus sein, dass Therapeuten in Wochenendkursen eine Art chiropraktische Ausbildung erworben haben. In einigen Nationen gibt es zudem keine Weiterbildung. ChiroSuisse, die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ist gerne bereit, die Überprüfung von Zulassungsanträgen mit den notwendigen Informationen zu unterstützen.

Wir beantragen, dass eine Chiropraktorin, ein Chiropraktor für die Zulassung einen Abschluss an der Universität Zürich oder von einer gemäss Verordnung des EDI über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen vom 20. August 2007, mindestens die eidg. Prüfung und eine 2 ½-jährige Weiterbildung an der Schweizerischen Akademie für Chiropraktik nachweisen kann, die mit dem Fachchiropraktik-Diplom abgeschlossen wurde. Nur so kann die Patientensicherheit gewährleistet werden.

Abs. 3: Den Vorschlag einer Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung lehnen wir ab. Statt Wartefristen einzuführen wäre es sinnvoll, die Anzahl der Weiterbildungsplätze so zu steuern, dass ausgebildete Fachärzte praktizieren können. Keinesfalls sollten sie wegen einer Wartefrist an das RAV gelangen müssen.

Abs. 3^{bis}: Wir unterstützen die Forderung, die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems zu verlangen.

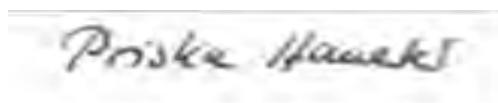
Abs. 4: Die methodischen Grundsätze und Kriterien i.S. Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und Lieferung der dazu notwendigen Daten müssen zusammen mit den Berufsgesellschaften erarbeitet werden.

Art. 55a: Der Titel und Abs. 1-2, 5 und 6 beziehen sich nur auf Ärztinnen und Ärzte. Absatz 4 und 5 hingegen erwähnen «Leistungserbringer». Wir gehen davon aus, dass alle Bestimmungen dieses Artikels, die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren nicht betreffen.

Wir hoffen, Sie berücksichtigen unsere Anliegen und danken nochmals für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

ChiroSuisse



Priska Haueter, lic.phil.hist.
Präsidentin

Bern, 19. September 2017

Steuerung der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz fordert in der vorliegenden Vernehmlassungsantwort, dass Neuzulassungen nur möglich sind, wenn sich die betreffenden Ärztinnen und Ärzte verpflichten, ihren Patientinnen und Patienten das elektronische Patientendossier (EPD) anzubieten. Sie sind dazu angehalten, einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft im Sinne der Gesetzgebung über das elektronische Patientendossier beizutreten.

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Mit vorliegender Vernehmlassungsantwort möchte der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz seinen Beitrag im Rahmen der laufenden Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) über die Zulassung von Leistungserbringern erbringen.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Dachverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz über 2600 Institutionen mit über 120 000 Plätzen, in welchen rund 130 000 Mitarbeitende beschäftigt sind.

1. Ausgangslage

Am 5. Juli 2017 eröffnete der Bundesrat eine Vernehmlassung über Gesetzesänderungen zu einem [neuen Zulassungssteuerung der Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich](#).

Das vorgeschlagene neue Konzept setzt auf drei Handlungsebenen an:

1. Mindestanforderungen an die Ausbildung und Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte.
2. Aufnahme von zusätzlichen Qualitätskriterien, die für die neuen wie auch für die bereits zugelassenen Ärztinnen und Ärzte verbindlich sind.
3. Wartefrist von zwei Jahren sowie Prüfung über die Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems. Die Massnahmen sollen fakultativ sein.

Im zweiten Handlungsfeld will der Bundesrat die Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte mit einer Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung, OKP) erhöhen.

Der Bundesrat soll unter anderem berechtigt werden, «die Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP mit Auflagen, namentlich betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit, zu verbinden» (erläuternder Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern), nachfolgend: «erläuternder Bericht», Kapitel 1.2.2).

In dieser Hinsicht soll als Erstes der Bundesrat «Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Bereitstellung derjenigen Daten, die benötigt werden, um die Einhaltung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu beaufsichtigen, für obligatorisch erklären» dürfen (erläuternder Bericht, Kapitel 1.2.2; vgl. auch revidierten Artikel 36 Absatz 4 KVG gemäss Vorlage¹). Der Bundesrat soll die Zulassungsvoraussetzungen und die mit der Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP verbundenen Auflagen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festlegen (erläuternder Bericht, Kapitel 1.2.2).

Laut dem erläuternden Bericht, Kapitel 1.2.2, sollen sich diese Auflagen «auf sämtliche Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG [beziehen] und auch auf diejenigen, die bereits vor Inkrafttreten der Gesetzesvorlage zu Lasten der OKP tätig waren».

Ausserdem soll der Bundesrat die Zulassungsvoraussetzungen festlegen, «welche die Leistungserbringer erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten» (neu formulierter Art. 36 Abs. 2 gemäss Revisionsvorentwurf). Diese Voraussetzungen können sich unter anderem «auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen» beziehen (erläuternder Bericht, Kapitel 1.2.2). Dadurch würden die Anforderungen an die Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit erhöht.

2. Erwägungen von CURAVIVA Schweiz

Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich und elektronisches Patientendossier

Am 19. Juni 2015 wurde das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom Parlament verabschiedet. Die Einführung von elektronischen Patientendossiers stellt eindeutig einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Leistungen dar, welche zulasten der OKP abgerechnet werden: eHealth trägt dazu bei, der Bevölkerung den Zugang zu einem bezüglich Qualität und Effizienz hochstehenden Gesundheitswesen zu gewährleisten. Im Parlament erhielt das Gesetz 2015 starken Rückhalt: Der Ständerat verabschiedete es ohne Gegenstimme, im Nationalrat sprachen sich lediglich 5 Parlamentarier dagegen aus. Alle rechtlichen Grundlagen sind seit April 2017 in Kraft.

Bisher steht die Gesetzgebung über das elektronische Patientendossier unter dem Grundsatz der Freiwilligkeit – sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen: Letzteren steht es bisher frei, ob sie einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft beitreten wollen, um behandlungsrelevante Daten ihrer Patientinnen oder Patienten in elektronischer Form anderen Gesundheitsfachpersonen zugänglich zu machen. Dieser Grundsatz der Freiwilligkeit beruht darauf, dass es der Ärzteschaft einen möglichst sanften Übergang zum eHealth ermöglicht werden sollte: So wurde befürchtet, dass der

¹ So soll der Artikel 36 Absatz 4 KVG gemäss Revisionsvorentwurf neu wie folgt lauten: «Die Tätigkeit der Leistungserbringer nach Absatz 1 zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verbunden, namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten. Der Bundesrat legt die Auflagen fest.»

‘Arbeitskulturwandel’ für ältere Ärztinnen und Ärzte zu gross sei – sowohl bezüglich den finanziellen Investitionen und der notwendigen Infrastruktur.

Hingegen sind die Leistungserbringer nach Artikeln 39 und 49a Absatz 4 KVG, das heisst die Spitäler sowie die Geburtshäuser und Pflegeheime, welche Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen (Art. 25 EPDG), zum Angebot von elektronischen Patientendossiers angehalten, damit zertifizierte Gemeinschaften und Stammgemeinschaften möglichst rasch eine kritische Masse von Mitgliedern umfassen – und das System des elektronischen Patientendossiers dadurch ohne grossen Verzug von vielen Gesundheitsfachpersonen umgesetzt wird. Dadurch soll die Etablierung des elektronischen Patientendossiers beschleunigt werden.

Beurteilung

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz ist kein sachlicher Grund erkennbar, weshalb Spitäler und stationäre Pflegeinstitutionen zur Instandhaltung von elektronischen Patientendossiers angehalten werden, während ein Teil der Akteure in der Behandlungskette von dieser Verpflichtung entbunden worden ist. Die Umsetzung des elektronischen Patientendossiers droht, sich als zu lückenhaft zu erweisen, wodurch der qualitative Mehrwert sowie bedeutende Einsparungen im medizinischen Bereich verfehlt würden. Insbesondere die Pflegeinstitutionen für ältere Menschen stehen in der Regel am Schluss der Behandlungskette. Folglich erzeugt das EPD nur dann einen realen Mehrwert, wenn alle zuvor involvierten medizinischen Leistungserbringer, namentlich die Ärztinnen und Ärzte, es benutzt haben.

Wirksamkeit und Effektivität des Schweizer Gesundheitssystems erlauben es nicht, dass wichtige Schritte unterlassen werden, welche die lobenswerten Ziele von elektronischen Patientendossiers schwächen – Ziele, die CURAVIVA Schweiz entschlossen befürwortet. Vielmehr hätte der Gesetzgeber im Rahmen der Behandlung des EPDG die Verpflichtung auf alle Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen ausdehnen müssen.

Dieser Standpunkt von CURAVIVA Schweiz wird jetzt durch die ersten Erfahrungen mit dem elektronischen Patientendossier verstärkt: Sie haben gezeigt, dass die Einführung und Umsetzung dieses Instruments einen jetzt unaufhaltsamen Marsch folgt. Auch kann festgestellt werden, dass neben dem Aufbau des entsprechenden gesetzlichen Rahmens auf kantonaler und nationaler Ebene, die rasanten technologischen Entwicklungen stark – und weitgehend selbständig – zum Erfolg des EPDs beitragen. Von der Privatwirtschaft getriebenen Entwicklungen erlauben, dass sich heute zu immer günstigeren Bedingungen Gesundheitsfachpersonen Systeme zur Unterhaltung von elektronischen Patientendossiers verschaffen und von deren fachlichen Vorteilen und Effizienzgewinnen profitieren.

Die Befürchtungen, die hier und da puncto Ausstattungskosten geäussert wurden, haben sich weitgehend nicht erhärtet, obwohl die Kosten, welche den Gesundheitsfachpersonen und ihren Einrichtungen durch die Anpassung ihrer Praxis- und Klinikinformationssysteme entstehen, durch die Finanzhilfen des Bundes nicht abgedeckt sind. Investitionen sind zwar nötig, wenn eine Gesundheitsfachperson über das eigene IT-System auf das elektronische Patientendossier zugreifen möchte. Es ist aber auch möglich, über das sogenannte Zugangportal für Gesundheitsfachpersonen (vgl. Art. 11 der Verordnung über das elektronische Patientendossier) auf die Dokumente im elektronischen Patientendossier zuzugreifen. In diesem Fall genügen ein sicherer Internetzugang und die elektronische Identität. Darüber hinaus erweisen sich Aufwendungen für die Bearbeitung von Daten des elektronischen Patientendossiers im Alltag nicht kostenintensiver als diejenigen für Dossiers in Papierform. Im Gegenteil sind Effizienzgewinne in konkreten Einzelfällen schnell positiv spürbar, wenn ein Dossier elektronisch geführt wird.

Vor allem aber muss im vorliegenden Rahmen berücksichtigt werden, dass die Investitionen für die Bereitstellung von Primärsystemen des elektronischen Patientendossiers sowie für den Anschluss an einer oder mehreren zertifizierten Gemeinschaften oder Stammgemeinschaften im Sinne des EPDG bei Neuzulassungen nur leicht ins Gewicht fallen im Vergleich zu den Gesamtkosten, welche mit der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis verbunden sind.

Deswegen soll aus Sicht von CURAVIVA Schweiz die Vorlage zur Steuerung der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte als Gelegenheit ergriffen werden, um die Pflicht zum Angebot von elektronischen Patientendossiers auf alle Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen auszudehnen – die medizinischen Leistungserbringer im ambulanten Bereich inbegriffen.

Umsetzung

Der Artikel 36 Absatz 2 der Vorlage stellt eine geeignete Basis dar, worauf eine sinnvolle und auch begrenzte Ausweitung des Obligatoriums zum Angebot von elektronischen Patientendossiers begründet werden kann.: Diese Bestimmung sieht vor, dass «der Bundesrat [...] die Voraussetzungen [festlegt], welche die Leistungserbringer nach Absatz 1 erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Diese Voraussetzungen [können...] sich auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen [beziehen]». Gerade das Vorhandensein eines EPD-kompatiblen Primärsystems und der erfolgte Beitritt der betroffenen Ärztin bzw. des betroffenen Arztes zu einer Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft im Sinne des EPDG stellen zweifellos eine notwendige Struktur für die Qualität der Leistungserbringung dar.

Dabei sollte der revidierte Artikel 36 Absatz 2 KVG in dieser Hinsicht ausdrücklich ergänzt werden – zum Beispiel mit einem Absatz 2bis: Nur so würde eine entsprechende Absicht des Gesetzgebers verdeutlicht – nur so wäre eine klare Grundlage für die Ausweitung des Obligatoriums geschaffen.

Darüber hinaus wird die Verankerung der Voraussetzung im Artikel 36 Absatz 2 der hier in Frage stehenden Vorlage nur die Zulassung von «neuen» Zulassungsgesuchen betreffen: Bei Neuzulassungen werden die spezifischen Investitionen für die Einrichtung von elektronischen Patientendossiers nur leicht ins Gewicht fallen im Vergleich zu den Gesamtkosten, welche mit der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis verbunden sind.

Deswegen schlägt der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz vor, dass Neuzulassungen von im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen, mit der ausdrücklichen Voraussetzung verknüpft werden, dass die Betroffenen einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft im Sinne der Gesetzgebung über das elektronische Patientendossier beitreten und dadurch ihren Patientinnen und Patienten die Eröffnung und Nutzung eines elektronischen Patientendossiers anbieten müssen. Diese Voraussetzung soll durch eine entsprechende Ergänzung im Artikel 36 Absatz 2 KVG verankert werden.

Wortlaut

CURAVIVA Schweiz legt folgenden entsprechenden Formulierungsvorschlag von Artikel 36 KVG vor (s. unterstrichene Auszüge):

Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer

¹ Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie zugelassen sind.

² Neuzulassungen von im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen, setzen voraus, dass diese einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft beitreten, die nach Artikel 7 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier zertifiziert ist.

^{2 bis} Der Bundesrat legt die weiteren Voraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Absatz 1 erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Diese Voraussetzungen beziehen sich je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen.

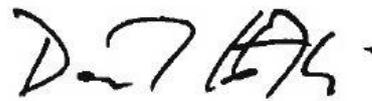
³ [usw.]

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Mit freundlichen Grüssen



Bettina Ramseier Rey
Vizepräsidentin CURAVIVA Schweiz



Direktor CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:
Herrn Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Berne, le 19 septembre 2017

Régulation des médecins travaillant dans le domaine ambulatoire et facturant des prestations à la charge de l'AOS

Prise de position de CURAVIVA Suisse

Dans la présente prise de position, l'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse demande que les admissions de nouveaux médecins ne soient possibles que si les médecins concernés s'engagent à proposer un dossier électronique du patient (DEP) à leurs patientes et patients. Ils sont tenus d'intégrer une communauté ou une communauté de référence certifiée au sens de la législation sur le dossier électronique du patient.

Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames et Messieurs,

Par la présente prise de position, l'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse souhaite apporter sa contribution dans le cadre de la consultation en cours concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) au sujet de l'admission de fournisseurs de soins.

Association au service des institutions et des employeurs de la branche, CURAVIVA Suisse défend les intérêts des homes et institutions sociales destinés aux personnes âgées, aux adultes avec handicap ainsi qu'aux enfants et adolescents ayant des besoins spécifiques. À l'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse sont rattachés l'ensemble des cantons suisses ainsi que la principauté du Liechtenstein. Dans l'ensemble, CURAVIVA Suisse représente 2600 institutions où vivent quelque 120 000 résidentes et résidents, et qui emploient près de 130 000 collaboratrices et collaborateurs.

1. Contexte

Le 5 juillet 2017, le Conseil fédéral a mis en consultation une modification de la loi concernant [un nouveau système de régulation des admissions des médecins dans le domaine ambulatoire](#).

Le nouveau concept proposé comprend trois champs d'intervention :

1. Des exigences minimales concernant la formation et la qualification des médecins.
2. L'intégration de critères supplémentaires de qualité qui seront obligatoires pour les nouveaux médecins comme pour ceux qui sont déjà autorisés.
3. Un délai d'attente de deux ans et un examen des connaissances du système de santé suisse. Ces mesures doivent être facultatives.

Dans le deuxième champ d'intervention, le Conseil fédéral souhaite augmenter les exigences imposées aux médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base, AOS).

Le Conseil fédéral doit notamment être habilité à « imposer des charges pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, notamment en matière de qualité et d'économicité, auxquelles devront se conformer tous les fournisseurs de prestations » (rapport explicatif relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations), ci-après : « rapport explicatif », chapitre 1.2.2).

Dans cette perspective, le Conseil fédéral doit tout d'abord pouvoir « rendre obligatoires des mesures d'amélioration de la qualité et la livraison des données nécessaires pour surveiller le respect des dispositions relatives au caractère économique et à la qualité des prestations » (rapport explicatif, chapitre 1.2.2) ; voir également l'article 36 alinéa 4 de la LAMal, tel que révisé selon projet¹). Le Conseil fédéral doit définir les conditions d'admission et les exigences auxquelles sont soumis les fournisseurs de prestations qui pratiquent à la charge de l'AOS dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (rapport explicatif, chapitre 1.2.2).

Selon le rapport explicatif, chapitre 1.2.2, il s'agira d'exigences « auxquelles devront se conformer tous les fournisseurs de prestations, même ceux pratiquant déjà à la charge de l'assurance obligatoire des soins avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions ».

En outre, le Conseil fédéral devra régler « les conditions que les fournisseurs de prestations doivent remplir pour garantir que les prestations fournies soient adéquates et leur qualité de haut niveau » (nouvelle formulation de l'art. 36 al. 2 selon avant-projet de révision). Ces conditions peuvent notamment concerner les « structures nécessaires pour assurer la qualité de la fourniture des prestations » (rapport explicatif, chapitre 1.2.2). Par ce biais, les exigences concernant l'admission de tous les fournisseurs de prestations travaillant dans le domaine ambulatoire et pratiquant à la charge de l'AOS seraient augmentées en termes de qualité et d'économicité.

2. Considérations de CURAVIVA Suisse

Médecins dans le domaine ambulatoire et dossier électronique du patient

La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEIP) a été adoptée le 19 juin 2015 par le Parlement. L'introduction du dossier électronique du patient contribue incontestablement et de manière marquante à l'augmentation de l'économicité et de la qualité des prestations médicales à la charge de l'AOS : la cybersanté contribue à garantir à la population l'accès à un système de santé de haut niveau en matière de qualité et d'efficacité. Le Parlement a massivement soutenu la loi en 2015 : le Conseil des États l'a approuvée à l'unanimité, et au Conseil national, seuls cinq parlementaires l'ont refusée. Toutes les bases juridiques sont en vigueur depuis avril 2017.

Jusqu'ici, l'entretien d'un dossier électronique du patient revêt un caractère facultatif – aussi bien pour les patients que pour les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire : ces derniers peuvent actuellement choisir s'ils souhaitent ou non s'affilier à une communauté ou une communauté de référence certifiée pour rendre accessibles sous forme électronique les données médicales de leurs patients à d'autres professionnels de la santé. Ce principe du caractère facultatif repose sur le souci d'offrir au corps médical de passer en douceur à la cybersanté : il a en effet été craint que le « changement de culture de travail » soit trop difficile à surmonter pour les médecins plus âgés, tant du point de vue des investissements financiers que de celui de l'infrastructure nécessaire.

¹ Selon l'avant-projet de révision, le nouvel alinéa 4 de l'article 36 LAMal aura la teneur suivante : « La pratique par les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 à la charge de l'assurance obligatoire des soins est soumise à des charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations ; ces charges portent notamment sur des mesures de développement de la qualité et sur la communication des données nécessaires à cet effet. Le Conseil fédéral règle ces charges. »

En revanche, les fournisseurs de prestations visés aux articles 39 et 49a alinéa 4 LAMal, à savoir les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux qui facturent des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 LDEP), sont tenus de proposer un dossier électronique à leurs patients, cela afin que les communautés et communautés de référence certifiées puissent regrouper le plus rapidement possible un nombre important d'affiliés, et que le système du dossier électronique du patient soit ainsi appliqué sans retard par bon nombre de professionnels de la santé. La mise en place du dossier électronique du patient doit ainsi s'en trouver encouragée.

Évaluation

CURAVIVA Suisse ne voit pas le bien-fondé de la soumission des hôpitaux et des EMS à l'obligation d'entretenir des dossiers électroniques de patients alors qu'une partie des acteurs de la chaîne de soins en est libérée. Le risque en résulte que la mise en place du dossier électronique du patient soit lacunaire et que l'objectif en termes de plus-value qualitative et d'économies dans le secteur médical soit manqué. En particulier, les EMS pour personnes âgées figurent en règle générale en queue de la chaîne des traitements. Par conséquent, le dossier électronique de patient n'apporte une plus-value réelle seulement pour autant que l'ensemble des prestataires de soins impliqués auparavant en ait fait usage, en particulier les médecins.

L'efficacité et l'effectivité du système de santé suisse ne permettent pas que soit omises des étapes importantes, affaiblissant ainsi les objectifs louables du dossier électronique du patient – objectifs en faveur desquels CURAVIVA Suisse se prononce résolument. Dans le cadre du traitement de la LDEP, le législateur aurait mieux fait d'étendre l'obligation à l'ensemble des professionnels de la santé et à leurs institutions.

Ce point de vue de CURAVIVA Suisse est désormais conforté par les premières expériences faites avec le dossier électronique du patient : celles-ci ont montré que l'introduction et la mise en œuvre de cet instrument connaissent une progression inéluctable. On peut aussi constater qu'outre l'élaboration du cadre juridique correspondant aux niveaux cantonal et national, les rapides progrès technologiques contribuent beaucoup, et quoi qu'en soit du cadre légal, au succès du DEP. Des développements portés par l'économie privée, permettent aujourd'hui aux professionnels de la santé d'acquiescer à des conditions toujours plus favorables des systèmes d'exploitation des dossiers électroniques du patient et de profiter ainsi de leurs avantages techniques et des gains d'efficacité qu'ils génèrent.

Les craintes qui avaient été nourries ici ou là à propos des frais d'équipement ne se sont, dans une large mesure, pas confirmées, même si les coûts supportés par les professionnels de la santé et les institutions du fait de l'adaptation des systèmes d'information de leurs cabinets et cliniques ne sont pas couverts par les aides financières de la Confédération. Des investissements sont certes nécessaires quand un spécialiste de la santé souhaite accéder à des dossiers électroniques du patient via son propre système informatique. Mais il est également loisible aux professionnels de la santé d'accéder aux documents du dossier électronique du patient via le portail d'accès pour les professionnels de la santé (voir l'art. 11 de l'ordonnance sur le dossier électronique du patient). Dans ce cas, il suffit de disposer d'un accès Internet sécurisé et d'une identité électronique. De plus, les charges financières engendrées au quotidien par le traitement de données dans le dossier électronique du patient ne sont pas plus importantes que celles liées au dossier sous forme papier. Bien au contraire, les gains d'efficacité générés par la gestion électronique du dossier sont très vite perceptibles dans les cas concrets.

Mais il faut surtout tenir compte du fait que, dans le cas d'admissions de nouveaux médecins, en comparaison du coût global de l'ouverture ou de la reprise d'un cabinet, les investissements sont minimes, qui sont liés à la mise à disposition des systèmes primaires du dossier électronique du

patient et à l'affiliation à une ou plusieurs communautés ou communautés de référence au sens de la LDEP.

C'est pourquoi CURAVIVA Suisse estime qu'il faut saisir l'occasion offerte par le projet concernant la régulation des médecins travaillant dans le domaine ambulatoire pour étendre l'obligation de proposer des dossiers électroniques de patients à tous les professionnels de la santé et leurs établissements, y compris aux fournisseurs de prestations médicales dans le domaine ambulatoire.

Mise en œuvre

L'article 36 alinéa 2 du projet constitue une base adaptée pour élargir de façon judicieuse et limitée l'obligation de proposer le dossier électronique du patient. Cette disposition prévoit en effet que « le Conseil fédéral règle les conditions que les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 doivent remplir pour garantir que les prestations fournies soient adéquates et leur qualité de haut niveau. Ces conditions [peuvent porter...] sur les structures nécessaires pour assurer la qualité des prestations. » Or la présence d'un système primaire compatible avec le DEP et l'affiliation du médecin concerné à une communauté de référence ou à une communauté au sens de la LDEP constituent indéniablement une structure nécessaire pour assurer la qualité des prestations.

L'article 36 alinéa 2 LAMal révisé devrait néanmoins être complété expressément en ce sens (par exemple par un paragraphe 2bis) : c'est seulement ainsi que l'intention du législateur serait exprimée de façon claire et que serait créée une base claire pour l'extension du régime obligatoire.

L'ancrage de conditions dans l'article 36 alinéa 2 du projet de révision ici en cause ne concernera en outre que les « nouvelles » demandes d'admission : dans le cas des nouvelles admissions, les investissements nécessaires à la mise en place de dossiers électroniques de patients sont minimes en comparaison des frais globaux d'ouverture ou de reprise d'un cabinet médical.

C'est pourquoi l'association faitière nationale CURAVIVA Suisse propose que l'admission de nouveaux médecins admis à facturer des prestations à la charge de l'AOS soit explicitement soumise à l'obligation d'adhérer à une communauté ou une communauté de référence certifiée conformément à la législation sur le dossier électronique du patient, afin de proposer à leurs patientes et patients l'ouverture et l'utilisation d'un dossier électronique. Cette condition doit être ancrée dans la loi par un complément à l'article 36 alinéa 2 LAMal.

Enoncé

CURAVIVA Suisse propose la **formulation** suivante de l'article 36 LAMal (voir passages soulignés) :

Art. 36 Médecins et autres fournisseurs de prestations

¹ Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis.

² L'admission de nouveaux fournisseurs de prestations au sens de l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, admis à facturer des prestations à la charge de l'AOS, implique que ceux-ci adhèrent à une communauté ou une communauté de référence certifiée conformément à l'article 7 de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

^{2bis} Le Conseil fédéral règle les autres conditions que les fournisseurs de prestations visés à l'al. 1 doivent remplir pour garantir que les prestations fournies soient adéquates et leur qualité de haut

niveau. Ces conditions portent, selon le type de fournisseurs de prestations, sur la formation de base et la formation postgrade et sur les structures nécessaires pour assurer la qualité des prestations.

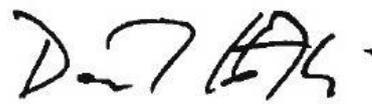
³ [etc.]

L'association faitière nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de bien vouloir examiner et prendre en compte la présente prise de position.

Cordiales salutations



Bettina Ramseier Rey
Vice-présidente de CURAVIVA Suisse



Daniel Höchli
Directeur de CURAVIVA Suisse

Veillez adresser toute question concernant la présente prise de position à :
Monsieur Yann Golay Trechsel
Responsable Public Affairs auprès de CURAVIVA Suisse
E-mail : y.golay@curaviva.ch
Tél. : 031 385 33 36

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 24. Oktober 2017 – CST/dgl

Änderung des KVG: Zulassung von Leistungserbringern (Ärztinnen/Ärzten) Vernehmlassungsantwort des Verbandes *senesuisse*

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zum rubrizierten Vernehmlassungsverfahren. Sie erhalten innert der angesetzten Frist diese Stellungnahme von *senesuisse* als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen.

Im Jahr 1996 wurde der Verband *senesuisse* gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 400 Institutionen mit über 20'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.

Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich *senesuisse* seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Sicherheit im Gesundheitswesen **verlangen wir im unterbreiteten Vorschlag die Ergänzung, wonach die neu zugelassenen Ärzte zwingend die Voraussetzungen zur Arbeit mit elektronischen Patientendossiers erfüllen müssen, um eine Praxis eröffnen zu können.**

Gutheissung und Ergänzung der Vorlage

Als Vertreter der Alters- und Pflegeeinrichtungen äussert sich *senesuisse* nur zurückhaltend zur Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten. Insgesamt beurteilen wir die Vorlage positiv, damit die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in Zukunft noch weiter verbessert werden kann, bei gleichzeitiger Kostenkontrolle.

Es ist aber dringend nötig, die Anwendung des elektronischen Patientendossiers als ein weiteres Zulassungskriterium aufzunehmen. Nur so kann die Koordinationsfunktion der Ärzte auf dem Patientenpfad optimal erfolgen.

Die Einführung von elektronischen Patientendossiers (EPD) stellt einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Leistungen dar. Nur weil sich die heute bestehenden Arztpraxen sehr stark gegen die Pflicht zur Führung von EPD gewehrt hatten, wurden sie nicht als obligatorische Anbieter ins Gesetz aufgenommen. Die veralteten Kommunikationsmittel der Ärzteschaft (ohne Ärzte und Anwälte wäre das Faxgerät schon längst ausgestorben!) sind unter dem Blickwinkel der Patientensicherheit äusserst bedenklich. Zudem können Ärzte ihre Scharnierfunktion zwischen Spitälern, Spitex und Pflegeheimen (welche das EPD zwingend anbieten müssen) keinesfalls effizient und wirtschaftlich erbringen, wenn sie selber nicht mit EPD arbeiten.

Aus Sicht von **seneuisse** ist kein sachlicher Grund erkennbar, weshalb Spitäler und stationäre Pflegeinstitutionen mit elektronischen Patientendossiers arbeiten können müssen, während ein wichtiger Teil der Akteure in der Behandlungskette von dieser Verpflichtung entbunden wurde. Für die Umsetzung des elektronischen Patientendossiers drohen dadurch gravierende Lücken, welche den qualitativen Mehrwert sowie Einsparungen verunmöglichen. Insbesondere die Pflegeinstitutionen für ältere Menschen stehen in der Regel am Schluss der Behandlungskette. Folglich erzeugt das EPD nur dann einen realen Mehrwert, wenn alle zuvor involvierten medizinischen Leistungserbringer, namentlich die Ärztinnen und Ärzte, es benutzt haben. Wirksamkeit und Effektivität des Schweizer Gesundheitssystems erlauben es nicht, dass wichtige Schritte unterlassen werden, welche die lobenswerten Ziele von elektronischen Patientendossiers schwächen. Vielmehr hätte der Gesetzgeber die Anwendungspflicht auf alle Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen ausdehnen müssen.

Der Verband **seneuisse** fordert deshalb als zusätzliches Zulassungskriterium, dass neu praktizierende Ärztinnen und Ärzte zwingend dem EPD-Anbieter-Obligatorium unterstellt sind. Neuzulassungen von im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen, müssen folglich mit der Voraussetzung verknüpft werden, dass die Betroffenen einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft im Sinne der Gesetzgebung über das elektronische Patientendossier beitreten. Diese Voraussetzung soll durch eine entsprechende Ergänzung im Artikel 36 Absatz 2 KVG verankert werden.

In Absprache mit unserem Partnerverband CURAVIVA Schweiz unterbreiten wir den folgenden Formulierungsvorschlag von Artikel 36 KVG (s. unterstrichene Neuerungen):

Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer

¹ Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie zugelassen sind.

² Neuzulassungen von im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen, setzen voraus, dass diese einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft beitreten, die nach Artikel 7 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier zertifiziert ist.

^{2bis} Der Bundesrat legt die weiteren Voraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Absatz 1 erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Diese Voraussetzungen beziehen sich je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen.

³ [usw.]

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen
seneuisse

Christian Streit
Geschäftsführer

Herrn
Bundesrat
Alain Berset
Vorsteher EDI
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 20. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Stellungnahme der FMH

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

A. Einleitende Bemerkungen

Ärztedichte als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet

Die Stossrichtung und die Massnahmen der Gesetzesvorlage tragen aus Sicht der FMH weder zur Kostensteuerung noch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Die Ärztedichte ist als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet, denn zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen am Patienten besteht keine Korrelation.¹

Zudem zeigt ein Vergleich der OECD Länder, dass die Ärztedichte weniger mit den Gesundheitskosten korreliert, als mit der Zahl der Spitalbetten. Warum der Bundesrat trotzdem mittels Senkung der Zahl ambulanter Ärzte und nicht mittels Limitierung von Spitälern oder Spitalbetten die Gesundheitskosten beeinflussen will, ist nicht nachvollziehbar. Die vorgeschlagenen Massnahmen basieren nicht auf einer Wirkungsanalyse, sondern sind willkürlich gewählt.

In der Schweiz ist die hohe Spezialärzte-Dichte der wesentliche Grund dafür, dass es für die Gesamtbevölkerung kaum Wartezeiten auf Facharzttermine und nicht lebensnotwendige Operationen gibt. Die Zahl von zugelassenen ambulanten Spezialärzten hat eine Auswirkung auf das verfügbare Angebot an geplanten nicht lebensnotwendigen Operationen. In der Schweiz werden relativ viele dieser Operationen (für Patienten, die neben der OKP eine Zusatzversicherung haben) von ambulant

¹ Helsana-Report, Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung, Dezember 2016, S. 22 und 32

berufstätigen Spezialärzten als Belegärzte in Spitälern durchgeführt. Um die Wartezeiten auch künftig zumutbar zu halten, ist eine Mindestschwankungsreserve notwendig. Zudem ist es nachgewiesen, dass nach 3 Wochen Abwesenheit vom Arbeitsplatz Begleiterkrankungen deutlich zunehmen und damit zu einer Verteuerung des Systems führen, ganz abgesehen von den hier nicht berücksichtigten Kosten des Arbeitsaufalls. Die aktuell von den Kantonen forcierte Strategie «ambulant vor stationär» zielt generell darauf, dass nicht lebensnotwendige Operationen zulasten der OKP in Zukunft, prinzipiell ambulant durchgeführt werden. Wir stellen uns daher die Frage, ob bzw. warum der Bundesrat durch die Reduktion von zugelassenen Spezialärzten Wartezeiten auf Facharztleistungen bzw. auf nicht lebensnotwendige Operationen bezweckt bzw. bewusst in Kauf nimmt.

Die Vorlage steht im Widerspruch zur Strategie Gesundheit2020

Anfang 2016 hat die Landesregierung eine Anschubfinanzierung von 100 Millionen Franken über vier Jahre beschlossen, um dem Ärztemangel zu begegnen und die zunehmende Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren. Ziel des Bundesprogrammes ist es, die Anzahl Abschlüsse in Medizin von gegenwärtig 928 auf 1300 pro Jahr anzuheben. Eine zweijährige Wartezeit nach Abschluss der langen Aus- und Weiterbildungszeit steht dazu in völligem Gegensatz. Wir erachten sie als unverständlich und unzumutbar.

Die Zulassungsvoraussetzungen gehören auf Gesetzesstufe geregelt

Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen u.a. für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Die Vorlage sieht vor, dass neu der Bundesrat die Kompetenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte sowie für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, vorsieht.

Die Vorlage ist nicht praxistauglich und verstärkt den Interessenskonflikt bzw. die Mehrfachrolle der Kantone

Auch wenn die FMH die Absicht, die Ungleichbehandlung von angestellten und freipraktizierenden Ärzten zu beseitigen, begrüsst, hält sie die in der Vorlage vorgesehenen Massnahmen für unwirksam. Die meisten in den Spitalambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzte sind nicht vom Spitalambulatorium sondern vom Spital angestellt und damit ausserhalb allfälliger Höchstzahlen tätig. Zudem würde eine Bewilligungspflicht ambulanter Pensen dem Alltag im Spital(ambulatorium) nicht gerecht, der wegen der wechselnden Einsatzgebiete der Spitalärzte durch eine hohe Fluktuation gekennzeichnet ist.

Selbst wenn man diesen Herausforderungen durch einen aufwendigen Kontrollapparat entspräche, würde durch die vorgesehene Regelung ein neuer Interessenskonflikt der Kantone begründet. Dies läuft den aktuellen Bestrebungen, die Mehrfachrolle der Kantone zu entflechten (z.B. Postulat Cassis 15.3464, welches vom Nationalrat angenommen worden ist) diametral entgegen. Die Ämterkumulation der Kantone als Spitalbetreiber, als Aufsichtsbehörde, Zulassungsstelle in Bezug auf Spitalisten und Zahlmeister im stationären – aber nicht ambulanten - Bereich sowie die einhergehenden Interessenskonflikte werden so weiter verstärkt, noch bevor die Mehrfachrolle der Kantone im stationären Bereich zumindest ansatzweise entflochten ist. Aus diesem Grund ist eine solche Kompetenz den Kantonen nur dann zu gewähren, wenn gleichzeitig flankierende Massnahmen den Missbrauch zum eigenen Vorteil verhindern. Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen würde nach Ansicht der FMH den Prämienanstieg dämpfen.

Die Vorlage enthält keine Massnahmen bei Unterversorgung

Unverständlich ist zudem, dass gegenüber dem Gesetzesentwurf von 2014 (KVG-Revision „Steuerung des ambulanten Bereichs“) die Möglichkeit der Kantone, Leistungserbringer im Falle einer Unterversorgung durch geeignete Massnahmen zu unterstützen, nicht mehr festgehalten wird. Eine sinnvolle Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich muss sowohl die Über- als auch die Unterversorgung mit geeigneten Massnahmen umfassen.

Die Vorlage verwirft die heute geltende, wirksame 3-Jahres Regelung

Im erläuternden Bericht (S. 16) wird ohne Darlegung eines Beweises behauptet:

„Die vom Parlament eingeführte Bestimmung, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, (...), hat jedoch die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung beeinträchtigt.“

Unsere Zahlen zeigen die Wirksamkeit der geltenden 3-Jahres Regelung. Seit deren Einführung im Jahr 2013 bis 2016 sind die Praxiseröffnungen um 33 % gesunken (von 893 auf 598 Praxiseröffnungen).

| Jahr | Erteilte ZSR | Praxiseröffnungen (Anzahl Ärzte; Einzel- und Gruppenpraxen) |
|------|--------------|---|
| 2010 | 748 | 629 |
| 2011 | 896 | 664 |
| 2012 | 2049 | 909 |
| 2013 | 2740 | 893 |
| 2014 | 1031 | 550 |
| 2015 | 1087 | 573 |
| 2016 | 1252 | 598 |

Quelle: SASIS und FMH-Ärztestatistik

Die Vorlage reduziert heutige gültige Qualitätsanforderungen

Die aktuell für eine Zulassung ohne Bedürfnisnachweis zu belegende dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte stellt sicher, dass neue freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer praktischen Berufsausübung gut mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut sind. Die in der Vorlage vorgesehene Möglichkeit Kenntnisse des Gesundheitssystems zukünftig auch ausschliesslich durch eine Prüfung nachzuweisen, ist nicht nur administrativ aufwendig sondern auch wenig aussagekräftig. Eine Prüfung kann jahrelange praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen nicht ersetzen.

Wenn steuern, dann über bewährte Qualitätskriterien

Eine Zulassungssteuerung muss der Tatsache Rechnung tragen, dass die Schweiz auf ausländische Ärztinnen und Ärzte angewiesen ist. Sie muss die Qualität der medizinischen Versorgung ohne zusätzliche Bürokratie gewährleisten. Die FMH fordert daher für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in eigenverantwortlicher Tätigkeit (selbständig wie angestellt) drei wirksame, kumulativ zu erfüllende Qualitätskriterien, welche einfach anwendbar und nachzuweisen sind.

1. **Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin:** Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig – gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).
2. **Nachweis der Fortbildung:** Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Die ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
3. **Prüfung der Sprachkompetenz:** Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen. Dieser Nachweis kann auch über eine Maturität oder das Studium in der Amtssprache der Tätigkeitsregion oder über eine Schweizer Maturität erbracht werden.

Weitergehende qualitätsfördernde Massnahmen wie Qualitätszirkel, Qualitätsmodelle für Praxen etc. sollen von den Ärzten wie bis anhin freiwillig und eigenverantwortlich umgesetzt werden können.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Zu Art. 36 Abs. 1 KVG

Vorschlag einer Neuformulierung: "..., wenn sie über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen."

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation. Wie bereits erwähnt, müssten die Zulassungskriterien im Krankenversicherungsgesetz verankert werden, nicht jedoch auf Verordnungsstufe.

Art. 36 Abs. 2 KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen u.a. für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Neu ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Als Grund dafür wird im erläuternden Bericht die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung genannt. Diese Begründung ist für uns nicht nachvollziehbar. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte sowie für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, vorsieht. In Verordnungen können die Gesetzesvorschriften konkretisiert werden. Wir lehnen es daher ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll.

Art. 36 Abs. 3 KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Gemäss Absatz 3 kann der Bundesrat für die Leistungserbringer nach Absatz 1 vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorsehen. Gemäss den Erläuterungen (S. 25) kann sich diese Wartefrist auf einzelne oder sämtliche Leistungserbringerkategorien beziehen. Gemäss bundesrätlichem Bericht könne mit der Wartefrist der „Zustrom von Leistungserbringern“ auf den Krankenversicherungsmarkt reguliert und die Qualifikation und Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems derjenigen Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein wollen, verbessert werden. Mit der Wartefrist soll gemäss erläuterndem Bericht „ein grosser Anreiz“ bestehen, während dieser Frist im beantragten Tätigkeitsbereich zu arbeiten, um sich von der Prüfungspflicht in Bezug auf die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems befreien zu können. Wenn eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz **nach** Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachgewiesen werden muss, so führt dies zu einer Inländerdiskriminierung und zu einer Einschränkung des Marktzuganges für junge Ärztinnen und Ärzten, obwohl diese schon länger in der Schweiz tätig sind und meistens auch ganz oder teilweise hier aus- und weitergebildet wurden. Zudem fördert man mit dieser Regelung einseitig die spezialärztliche Weiterbildung, weil die Wartefrist von 2 Jahren nach Abschluss der Aus- und Weiterbildung eine weitergehende Spezialisierung provoziert.

Durch warten wird man nicht besser. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso das Fehlen einer zweijährigen praktischen Tätigkeit mit einer theoretischen Prüfung wettgemacht werden können sollte. Wir bezweifeln, dass vor allem ausländische Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung nicht in der Schweiz absolviert haben, sich mit dem Ablegen einer rein theoretischen Prüfung mit dem komplexen Gesundheitssystem der Schweiz vertraut machen können. Dafür braucht es eine praktische Tätigkeit.

Von daher erachten wir weiterhin **den Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet** unter Verzicht auf die Einführung eines Prüfverfahrens, welches nur einen hohen administrativen Aufwand und hohe Kosten verursachen würde, als die richtige Lösung, um mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut zu werden und so die Qualität der Leistungserbringung zu sichern.

Art. 36 Abs. 3bis KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Nach Art. 36 Abs. 3 der Gesetzesvorlage kann der Bundesrat für die Leistungserbringer vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren **nach** Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorsehen. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 25) könne mit dieser Wartefrist der „Zustrom von Leistungserbringern“ auf den Krankenversicherungsmarkt reguliert und die Qualifikation und Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystem derjenigen Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein wollen, verbessert werden. Gemäss Abs. 3bis von Art. 36 KVG kann der Bundesrat zudem den Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystem verlangen und dafür eine Prüfung vorsehen. Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz **nach** Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen, sind von der Prüfung dispensiert.

Der erläuternde Bericht behandelt das Problem nicht, dass eine Wartefrist für neu praktizierende Ärztinnen und Ärzte zu massiven, verfassungsrechtlich problematischen Wettbewerbsverzerrungen zwischen bereits bestehenden zugelassenen Praxen und neuen Praxen führen wird. Der Grundsatz der Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden wird hier praktisch mit einem Berufsverbot für Ärztinnen und Ärzte missachtet. Denn angesichts der obligatorischen Krankenversicherung ist es praktisch unmöglich, von wenigen Ausnahmen (z.B. Schönheitschirurgie) abgesehen, die ärztliche Tätigkeit ohne Zulassung zur OKP erfolgreich aufzubauen.

Die Idee einer mehrjährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz erachten wir als sinnvoll. Es macht aber keinen Sinn, dass Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz ihre Weiterbildung absolviert haben und somit mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut sind, nach Beendigung ihrer Aus- und Weiterbildung entweder nochmals zwei Jahre praktische Tätig-

keit nachweisen müssen oder eine Prüfung über das schweizerische Gesundheitssystem, das ihnen aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung in der Schweiz wohl bekannt ist, ablegen müssen. Zudem ist auch höchst fraglich, ob ausländische Ärztinnen und Ärzte, die ihre Aus- und Weiterbildung im Ausland absolviert haben und danach nicht zwei Jahre in der Schweiz praktisch tätig sind, sich mit einer theoretischen Prüfung mit dem schweizerischen Gesundheitssystem wirklich vertraut machen können. Dafür braucht es unseres Erachtens eine praktische Tätigkeit. Von daher erachten wir nach wie vor den **Nachweis einer in der Schweiz absolvierten dreijährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet** als den richtigen Weg, denn diese Regelung ist mit dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU und der EFTA Konvention vereinbar und bietet Gewähr dafür, Ärztinnen und Ärzte mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut zu machen und so die Qualität der Leistungserbringung zu sichern. Von der Einführung eines Prüfverfahrens, welches im Ergebnis nicht den erwünschten Effekt zeigt, nur einen hohen administrativen Aufwand und hohe Kosten verursachen würde, ist abzusehen.

Art. 36 Abs. 4 KVG

Dass die Qualität überprüft werden soll, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es darf allerdings nicht sein, dass die Kerntätigkeit darunter leidet, weil sich der Arzt mit administrativen Formalitäten aller Art herumschlagen muss². Sollte eine Pflicht statuiert werden, so ist sie als Tätigkeit im öffentlichen Interesse und damit durch den Staat zu entschädigen.

Gemäss Absatz 4 wird die Tätigkeit der Leistungserbringer nach Absatz 1 mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verbunden, **namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten**. Mit dieser offenen Formulierung ist für den Adressaten nicht klar, welche Daten nun genau geliefert werden müssen, an wen die Daten geliefert werden müssen, in welcher Form die Daten geliefert werden müssen und wie sich diese Datenlieferung zu den Datenlieferungen aufgrund von Art. 23 KVG, Art. 59a KVG (MARS) und mit der aktuell im Parlament diskutierten KVG-Revision zur Wirtschaftlichkeit und Qualität (Geschäft 15.083) verhält. Aus Gründen der Rechtssicherheit, des Datenschutzes und um Doppelerhebungen zu vermeiden muss im Gesetz klar genannt werden, welche Daten in welcher Form geliefert werden müssen und an wen die Daten geliefert werden müssen. Dies umso mehr, als gemäss Art. 59 Abs. 3 lit. g des Gesetzesentwurfes in Verbindung mit dem geltenden Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG die Nichtlieferung der Daten mit einem vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP sanktioniert werden kann. Dies erachten wir als unverhältnismässige Sanktion.

Dem erläuternden Bericht (S. 3) ist zu entnehmen, dass die Auflagen von allen Leistungserbringern, auch von denjenigen, die bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zu Lasten der OKP tätig waren, berücksichtigt werden müssen. Wenn eine neue Regelung auf bereits zugelassene Leistungserbringer Anwendung finden soll, muss dafür eine angemessene Übergangsfrist vorgesehen werden, umso mehr, als gemäss Art. 59 Abs. 1 des Gesetzesentwurfes die gänzliche oder teilweise Nichteinhaltung der Auflagen nach Artikel 36 Absatz 4 sanktioniert wird. Eine Übergangsfrist ist im vorliegenden Gesetzesentwurf in Bezug auf die Auflagen nicht enthalten.

Art. 36 Abs. 5 KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Gemäss Absatz 5 sollen die Versicherer eine Organisation bezeichnen, die über die Zulassung von Leistungserbringern entscheidet. Das KVG verlangt eine klare Trennung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer. So verlangen die Art. 43 ff., dass zwischen diesen beiden Partnern Zusammenarbeits- und Tarifverträge abgeschlossen werden, die von der zuständigen Regierung zu geneh-

² vgl. Schlussbericht Studie gfs.bern, der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit, 31. Mai 2016; Schlussbericht Begleitstudie gfs.bern anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015

migen sind; Art. 56 beauftragt die Kassen, die Leistungen der Leistungserbringer zu prüfen; Art. 89 regelt die Zuständigkeit des Schiedsgerichts für Streitigkeiten, etc.

Um Interessenkollisionen zu vermeiden, ist es angezeigt, diese Gewaltentrennung zwischen Versicherer und Leistungserbringern konsequent im Gesetz zu verankern. Deshalb dürfen die Krankenversicherer bzw. eine von ihnen eingesetzte Organisation nicht über die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung entscheiden.

Art. 36 Abs. 6 KVG

Gemäss Absatz 6 kann der Bundesrat die Durchführung des Prüfverfahrens, sollte er eines vorsehen, einer Organisation übertragen. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 26) konsultiert der Bundesrat auf jeden Fall die jeweiligen Akteure des ambulanten Bereichs. Sollte der Bundesrat tatsächlich ein Prüfverfahren vorsehen - was wir aufgrund unserer Ausführungen zu Abs. 1 und Abs. 3bis als überflüssig erachten und ablehnen - und dieses einer Organisation übertragen, so ist diese Organisation paritätisch mit Vertretern der Versicherungen und Vertretern der Ärzteschaft zusammen zu setzen. Die paritätische Zusammensetzung der Organisation ist im Gesetz zu verankern.

Art. 36a KVG

Diese Bestimmung ist nicht aufzuheben.

Unbegründet ist die Aufhebung von Art. 36a KVG. Diese Bestimmung hat in der jüngsten Vergangenheit an erheblicher Tragweite und Relevanz gewonnen, zumal auch der Bundesrat in seiner Verordnung zum Tarifeingriff auf diesen Artikel referenziert. Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Heilbäder und der Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Neu ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Als Grund dafür wird im erläuternden Bericht die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung genannt. Diese Begründung ist für uns nicht nachvollziehbar. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte vorsieht. In Verordnungen können die Gesetzesvorschriften konkretisiert werden. Wir lehnen es daher ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll.

Art. 55a Abs. 1 KVG

Die FMH will die aktuell für Ärztinnen und Ärzte geltende Regelung weiterhin pflegen und noch verschärfen. Die FMH fordert, dass von einer Zulassungsbeschränkung Ärztinnen und Ärzte ausgenommen sind, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin gearbeitet haben.

Art. 55a Abs. 1 lit. b KVG

Die vom Kanton festgelegten Höchstzahlen sind gemäss Vorlage neu auch für angestellte Ärztinnen und Ärzten gültig, die im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 13) werde damit eine Marktverzerrung beseitigt, da künftig alle Leistungserbringer des ambulanten Bereichs gleich behandelt werden.

Die Absicht, die Ungleichbehandlung von angestellten Ärzten und freipraktizierenden zu beseitigen, ist zu begrüßen. Unüberbrückbare Interessenskonflikte der Kantone als Besitzer der Spitalambulatorien werden dies aber verhindern.

- Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)
- Stellungnahme der FMH

Der Kanton müsste jeweils kontrollieren, ob der angestellte Arzt auch wirklich nur in dem Umfang tätig ist und nur im zugelassenen Umfang abrechnet. Dies führt zu einem staatlichen Kontrollapparats, Kostenerhöhungen ohne Wertschöpfung.

Des Weiteren sind die meisten in den Spitalambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht vom Spitalambulatorium sondern vom Spital angestellt und werden damit nicht unter die Höchstzahlen fallen.

Art. 55a Abs. 2 KVG

Gemäss Absatz 2 trägt der Kanton bei der Bestimmung der Höchstzahlen den Beschäftigungsgraden der Ärztinnen und Ärzten Rechnung. Hier fragen wir uns, erstens wie wird ein Beschäftigungsgrad von 100 % definiert? Zweitens kann dieser auch überschritten werden bzw. was passiert, wenn dieser überschritten wird?

Die Regelung mit den Beschäftigungsgraden ist **in der Praxis nicht umsetzbar**, denn sie würde einen administrativen Bewilligungsapparat erfordern und den Praxisbetrieb behindern.

Dazu zwei Beispiele:

- Eine zu einem Pensum von 60 % zugelassene Ärztin macht 6 Monate Mutterschaftspause. Was geschieht während dieser Zeit mit ihrem zugelassenen Beschäftigungspensum? Kann dieses von einer Praxiskollegin übernommen werden? Braucht diese dazu eine erweiterte Zulassung?
- Frau Dr. A. muss schwangerschaftsbedingt ihr 100% Pensum auf 70% reduzieren. Ihre sonst nur 60% arbeitende Praxispartnerin Frau Dr. B. stockt darum kurzfristig auf 90% auf. Während der 6-monatigen Mutterschaftspause von Frau Dr. A. macht der kürzlich pensionierte Kollege Herr Dr. C. die Vertretung mit einem 60%-Pensum. Die Praxispartnerin arbeitet 80%. Aufgrund des dennoch reduzierten Zeitangebots werden einige Patienten von dem freipraktizierendem Kollegen Dr. D. sowie von zwei Ärztinnen (Dr. E. und Dr. F.) einer nah gelegenen Gruppenpraxis übernommen, die ihre Pensen um jeweils 5 bis 10% erhöhen müssen. Als Frau Dr. A. nach der Mutterschaftspause wieder mit 40% einsteigt, reduziert der Vertretungsarzt Dr. C. ebenfalls auf 40% und scheidet aus, als Frau Dr. A. nach einem Jahr wieder auf 60% und ihre Praxispartnerin auf 100% aufstockt. Als Ihre Praxispartnerin ein Jahr später wegen eines Unfalls länger ausfällt, arbeitet Fr. Dr. A. kurzfristig (eher mehr als) 100% und ist darauf angewiesen, dass Ärzte der Umgebung kurzfristig Patienten übernehmen – bis sie mit Frau Dr. G. eine neue Vertretungsärztin findet.

Ein solcher bislang weitgehend selbständig organisierter Vertretungsvorgang würde die Verwaltung der zugelassenen Beschäftigungspensen an ihre Grenzen bringen.

Eine Prozentangabe der ärztlichen Beschäftigung allein erlaubt keine zuverlässige Aussage über die Produktivität. Diese wäre nur über die gleichzeitige Berücksichtigung von Severity Scores sowie Fallzahlen zuverlässig beschrieben.

Das zugelassene ambulante Beschäftigungspensum belastet Arbeits- und Belegarztverträgen. Gerade wenn nicht immer von vornherein klar ist, ob ein Eingriff ambulant oder stationär vorzunehmen ist, kann es sein, dass z.B. ab November ein Arzt nur noch stationär operieren kann, weil er sein zugelassenes Pensum im ambulanten Bereich ausgeschöpft hat.

Die Mehrheit der Ärzteschaft unter 40 Jahren ist weiblich. Die vorgeschlagene Zulassungssteuerung provoziert eine Abwanderung in andere, nicht kurative Berufsfelder. Darum sind flexible Teilzeitpensen für den Verbleib im Ärzteberuf entscheidend. Die vorgeschlagene rigide Zulassungssteuerung von ambulanten Beschäftigungsgraden dürfte den Berufsausstieg fördern.

Schliesslich ist die völlig pauschale Delegation in Absatz 2 von Art. 55a KVG von Zuständigkeiten an den Bundesrat bezüglich der Kriterien und methodischen Grundsätzen bei der Bestimmung der

- Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)
- Stellungnahme der FMH

Höchstzahl abzulehnen. Derartige Kriterien stellen mit Blick auf den Zweck, nämlich die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, einen starken Eingriff in die Rechte von Ärztinnen und Ärzte dar. Damit sind die Grundsätze der Kriterien im Gesetz zu verankern, dass sie zumindest demokratisch legitimiert sind.

Art. 55a Abs. 3 KVG

Die steigende Mobilität der Versicherten führt dazu, dass die Kantonsgrenzen an Wichtigkeit verlieren. Deshalb muss – will man eine Zulassungssteuerung einführen – die Zulassung in überkantonalen Versorgungsregionen vergeben werden. Dies gilt vor allem für Spezialärztdisziplinen. Dies ist im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht so präzisiert.

Gemäss Absatz 3 hört der Kanton vor der Bestimmung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten an. In der Vorlage 2014 war noch eine beratende Kommission vorgesehen, welche jetzt ohne Begründung gestrichen wurde. Ein schlichtes Anhörungsverfahren reicht als Grundlage für eine derart komplexe Regulierung unseres Erachtens nicht aus, sollte ein Kanton von der Möglichkeit der Begrenzung auf Höchstzahlen Gebrauch machen.

Absatz 3 ist wie folgt zu ergänzen:

3 Vor der Bestimmung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten an. *Er setzt dafür eine ständige beratende Kommission ein, in welche Vertreter der erwähnten Verbände Einsitz nehmen.* Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.

Art. 55a Abs. 4 KVG

Gemäss Absatz 4 sollen unter anderem die Leistungserbringer und deren Verbände den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos diejenigen Daten bekannt geben, die zur Bestimmung der Höchstzahlen erforderlich sind. Gerade die Kantone, die hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, wie die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen an Ärztinnen und Ärzte, die Prüfung der Zulassung der Leistungserbringer, die Spitalplanung und die Spitalbesitzer und Spitalbetreiber sind, verfügen über diese Daten. Wir fragen uns daher, über welche zusätzlichen Daten die Leistungserbringer für die Festlegung der Höchstzahlen verfügen sollen, über welche die Kantone nicht bereits selbst verfügen.

Für die Berechnung der Höchstzahlen reichen unseres Erachtens die statistischen Daten, welche das BFS gemäss Art. 23 KVG erhebt bzw. die administrativen Daten nach Art. 59a KVG aus. Die jüngste Erhebung MARS bzw. MAS des BFS hat gezeigt, dass die Datenrückläufe umfassend waren. Darauf ist aufzubauen.

Aus den genannten Gründen ist Absatz 4 zu streichen bzw. mit Verweis auf die bestehende Datenerhebungsgrundlage anzupassen.

Art. 55a Abs. 6 KVG

Die in Absatz 6 vorgesehene Regelung erachten wir als Massnahme der Zulassungssteuerung als untauglich und ist zu streichen. Es besteht die grosse Wahrscheinlichkeit, dass sie bei der Umsetzung für die Leistungserbringer zu ungerechtfertigten Ergebnissen führen wird. Wir nennen zwei Beispiele:

- Die Kosten der Kinderärzte können z.B. bei einer Masernepidemie unverschuldeterweise steigen. Es wäre daher nicht gerechtfertigt, die Zulassung von Kinderärzten sofort zu stoppen.

- Bei einer Verlagerung der Behandlungen von stationär zu ambulant aufgrund der kantonal festgelegten Operationslisten (kantonale Operationslisten): Eine Meniskus- oder Varizenoperation darf nur noch ambulant statt stationär erbracht werden. Dies führt dazu, dass die Kosten in diesen Fachgebieten steigen, da das Gesetz für den ambulanten Bereich keine duale Finanzierung wie im stationären Bereich kennt. Auch hier wäre es nicht gerechtfertigt, die Zulassung von Orthopäden oder Chirurgen sofort zu stoppen.

Die vorgesehene Regelung ist viel zu eng definiert. Sie berücksichtigt weder die Demografie noch überkantonale Versorgungsregionen. Dies führt zwangsläufig zu falschen Schlussfolgerungen. Gerade Hausärzte, orthopädische Chirurgen, Kardiologen, Onkologen behandeln ältere Patienten, so dass die jährlichen Kosten je versicherte Person in diesen Fachgebieten höher steigen können, als bei anderen Fachgebieten. Die Berücksichtigung von Versorgungsregionen ist relevant, weil die jährlichen Kosten pro Versicherten in einem Kanton auch steigen können, obwohl sie in einem anderen Kanton anfallen. Dies wäre z.B. der Fall, wenn Patienten eines kleinen bzw. ländlichen Kantons das Spezialistenangebot eines nahen städtischen Kantons nutzen. Zudem könnten neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken, zu Unrecht indirekt abgestraft werden.

Art. 59 KVG

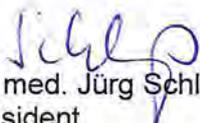
Die Nichtlieferung von Daten, die im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht einmal näher bezeichnet werden, könnte mit einem vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP sanktioniert werden. Diese Sanktionen sind unverhältnismässig. Der Artikel ist deswegen ersatzlos zu streichen.

Übergangsbestimmungen

Gemäss den Erläuterungen zu Art. 36 Abs. 4 KVG müssen die Auflagen von allen Leistungserbringern, auch von denjenigen, die bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zu Lasten der OKP tätig waren, berücksichtigt werden. Wenn eine neue Regelung auf bereits zugelassene Leistungserbringer Anwendung finden soll, muss dafür eine angemessene Übergangsfrist vorgesehen werden, umso mehr, als gemäss Art. 59 Abs. 1 des Gesetzesentwurfes die gänzliche oder teilweise Nichteinhaltung der Auflagen nach Artikel 36 Absatz 4 sanktioniert wird.

Wir bitten Sie im Namen des Zentralvorstandes der FMH, unsere Argumentationen in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen dafür.

Freundliche Grüsse


Dr. med. Jürg Schlup
Präsident


Anne-Geneviève Bütikofer
Generalsekretärin



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern

Per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch, dm@bag.admin.ch

| | | | |
|--------------------|------------------------|------------|--|
| Ort, Datum | Bern, 23. Oktober 2017 | Direktwahl | 031 335 11 00 |
| Ansprechpartner/in | Bernhard Wegmüller | E-Mail | bernhard.wegmueller@hplus.ch |

H+ Vernehmlassungsantwort zur KVG-Teilrevision Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 5. Juli 2017 hat der Bundesrat H+ eingeladen, zur Vernehmlassung über die KVG-Teilrevision Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen. Dafür danken wir bestens. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

1 H+ Position

H+ akzeptiert die erste Interventionsebene in der heute bzw. ab 1.1.2018 gültigen Form.
H+ lehnt die zweite Interventionsebene ab und verlangt diese zu streichen. Auf die Revision der Artikel 35 – 38 und 59 KVG ist zu verzichten.
H+ erachtet die dritte Interventionsebene als unnötig, würde sie aber tolerieren.

1.1 Erste Interventionsebene: Berufsqualifikation MedBG und GesBG

Die erste Interventionsebene braucht H+ nicht mehr zu kommentieren, da diese mit der Revision des Medizinalberufegesetzes und der -verordnung sowie mit der Einführung des Gesundheitsberufegesetzes bereits abgeschlossen ist.

Eine weitere Verschärfung der beiden Gesetze und der dazu gehörigen Verordnungen würde H+ aber ablehnen.

1.2 Zweite Interventionsebene: Nein zur zusätzlichen Zulassung durch Krankenversicherungen

H+ lehnt die zweite Interventionsebene (Art. 35 – 38 und 59 KVG Entwurf) ab. Dies wäre de facto eine dritte Zulassungshürde für Leistungserbringer, nach dem Bund (MedBG, GesBG) und den Kantonen (Art. 55a KVG) auch noch durch die Krankenversicherer. Die vorgesehenen Massnahmen und Strukturen bringen Bürokratie und Mehrkosten, ohne jeglichen Nutzen.

Die Argumente gegen diese zweite Interventionsebene sind unter Punkt 2 detailliert ausgeführt.

1.3 Dritte Interventionsebene: Kantonale Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG Entwurf

H+ erachtet die dritte Interventionsebene (Art. 55a), also die Verankerung der kantonalen Zulassungsbeschränkung und damit des Status quo, als unnötig, toleriert diese aber als Kompromiss, um das Thema endlich abzuschliessen und für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen langfristig Rechtssicherheit zu schaffen.

H+ bezweifelt, dass die bisherigen kantonalen Interventionen die gewünschten Effekte hatten. Der Umstand, dass eine Mehrheit der Kantone bisher eine Zulassungsbeschränkung angewandt hat, sagt selbst noch nichts aus über den Nutzen aus. Die bisherige Handhabung der Kantone hat aber nach dem heutigen Wissenstand von H+ auch keine grösseren Probleme bereitet.

Für H+ genügen die Berufsgesetze in Verbindung mit den Qualitätsanforderungen des KVG und anderen Gesetzen (siehe Punkt 2.5) für die Zulassung zur sozialen Krankenversicherung.

H+ verweist für die Umsetzung von Art. 55a auf untenstehende Argumente zu den besonderen Herausforderungen der Spitäler und Kliniken (Punkt 3.4).

2 Argumente gegen die zweite Interventionsebene

2.1 Bürokratisches Zulassungsmonstrum: teuer, ineffizient und unnötig

Der Bund schlägt mit der Zulassung durch die Krankenversicherungen einen zweistufigen Prozess (Zulassungsverfahren und Kenntnisprüfung) vor. Der Bundesrat sieht dafür zwei Organisationen vor: eine für die Zulassung und eine für die Kenntnisprüfung.

Die Fachkompetenz der Medizinerinnen und Mediziner sowie der anderen Gesundheitsfachleute wird heute über deren Ausbildungen sichergestellt und ist im Medizinalberufe- bzw. Gesundheitsberuferegister festgehalten. Dies gilt auch für Ausländerinnen und Ausländer. Klar definierte zusätzliche Anforderungen könnten problemlos in diesen bestehenden Berufsregistern festgehalten werden, ohne dass dazu neue Organisationen geschaffen werden müssen.

Der Vernehmlassungsentwurf lässt offen, welche Qualität, welche hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung oder welche Kenntnisse über das Schweizerische Gesundheitswesen von Leistungserbringern zusätzlich verlangt werden sollen. Die undefinierte Kenntnisprüfung und die unklaren Qualitätsauflagen bringen deshalb keinen Mehrwert, weder legislatorisch noch praktisch.

Unklar und deswegen problematisch ist vor allem auch das Rekursverfahren gegen Entscheide der Versichererorganisation (Art. 36, Abs. 5). Aufgrund der vielen Unklarheiten ist mit vielen Rekursen und Gerichtsverfahren zu rechnen. Das ist nicht wünschenswert.

Bezüglich der Qualitätsauflagen und des Kenntnistests (Art. 36, Abs. 3bis) stellen sich folgende Fragen:

1. Welche Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitswesen sind notwendig?
2. Welche Indikatoren und deren Bemessung in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sind notwendig?
3. Welche Indikatoren und deren Bemessung zur Gewährleistungen einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung sind notwendig?

Hingegen ist das elektronische Patientendossier ePD eine wichtige Voraussetzung, die der Bundesrat als Zulassungsbedingung für neue ambulante Leistungserbringer einführen sollte.

Dies wäre eine einfache Bedingung für die qualitativ hochstehende, patientenorientierte und effiziente Leistungserbringung in der sozialen Krankenversicherung und könnte problemlos in den bestehenden Berufsregistern dokumentiert werden.

2.2 Fehlende Legitimation und Fachkenntnis der Versicherer

Bezüglich der Zulassungsorganisation stellen sich verschiedene Fragen (Art. 36, Abs. 5):

1. Wieso sollen die Versicherer eine Organisation bezeichnen? Welche Legitimität und welches notwendige medizinische Wissen haben die Versicherer, um Leistungserbringer zuzulassen. Und warum braucht es eine weitere Organisation zusätzlich zum Bund und zu den Kantonen?
2. Die einzelnen Versicherungen sind heute schon für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung voll in der Verantwortung und über die Tarifpartnerschaft mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet.
3. Wer sind „die Versicherer“? Zurzeit gibt es zwei nationale Interessenverbände und zwei Tariforganisationen? Im Moment beharrt das BAG in anderen Fragen auf einer unklaren und im Gesetz nirgends vorgesehenen Mehrheitsregel der Versicherten. Es müsste zwingend im Gesetz geregelt werden, wer «die Versicherer» sind: die absolute oder relative Mehrheit der Versicherten? Wendet das BAG die Mehrheitsregel auch hier an, dann handelt es sich um einen *santésuisse*-Paragraphen, der dazu dient, die überflüssige ZSR-Nummer und deren gebührenpflichtige Erteilung durch die SASIS AG zu retten.
4. Wie viel Spielraum soll die von den Versicherern bezeichnete Organisation haben? Schaffen die vielen Unklarheiten nicht Raum für Willkür?
5. Geht es nur um das Sammeln und Festhalten der vom Bundesrat verlangten zusätzlichen Auflagen an die Leistungserbringer (neben den heute schon in den Berufsregistern festgehaltenen Kriterien), warum übernimmt dies nicht gleich auch die für die Register zuständige Amtsstelle effizient und kostengünstig?

2.3 ZSR abschaffen

Seit Jahren vergibt der Verband *santésuisse* respektive seine Tochterfirma SASIS AG die Zahlstellenregisternummer, kurz ZSR. Mit den Berufsregistern und den kantonalen Zulassungen bestehen heute aber gesetzlich zwei legitimierte Eintrittsnachweise, um über die OKP abrechnen zu können. Die öffentlich zugänglichen Register für Gesundheitsberufe (MedReg und NAREG) und die darin festgehaltenen eindeutigen Identifikationsnummern machen die ZSR-Nummer überflüssig. Das Aufrechterhalten dieser Versicherer-Nummer durch eine gesetzliche Regelung ist deshalb völlig unnötig.

Die ZSR bringt heute keinen Mehrwert mehr, kostet aber regelmässig (Erstanmeldung CHF 300.-, alle fünf Jahre CHF 100.-) mehrere Millionen Franken, die letztlich über Prämiegelder gezahlt werden müssen. Hier können Bürokratie abgebaut und Prämien reduziert werden. Fehlende Kostenwahrheit (Bericht 3.1. Seite 30).

Der Entwurf präzisiert nicht, wer die Gebühren (Art. 36, Abs. 7) zahlt. Diese müssten von den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen getragen werden und sind durch die soziale Krankenversicherung zu finanzieren.

Die Gebühren allein sind zudem nur ein Teil der in Zukunft anfallenden Kosten. Hinzu kommen die Aufwände und personellen Ressourcen, um die Anträge zu stellen, an Prüfungen teilzunehmen und gegen falsche Entscheide zu rekurrieren.

So verteuert das vorgesehene Zulassungsverfahren die soziale Krankenversicherung, ohne einen Mehrwert oder eine Kostensenkung nachweisen zu können. Die zusätzliche Bürokratie wird die Gesundheitskosten weiter in die Höhe treiben und damit zu einer Prämiensteigerung führen.

2.4 Qualität der ambulanten Leistungen über Art. 58 KVG sichern

H+ lehnt eine neue Qualitätsauflage ab. Im KVG und in anderen Gesetzen existieren bereits sehr viele Qualitätsauflagen an medizinische Leistungserbringer:

- im kantonalen Recht für die Zulassung der Leistungserbringer gemäss Art. 35 - 40 KVG und zur Prüfung des erforderlichen Fachpersonals gemäss Art. 39 KVG,
- im Recht zu den Berufen im Gesundheitswesen (MedBG, GesBG, PsyG, BBG)
- für die Zulassung der OKP-Leistungen gemäss Art. 32 und 33 KVG (EDI via KLV)
- für die generelle Qualitätssicherung gemäss Art. 58 und 59 KVG sowie Art. 77 KVV (z.B. Qualitätsverträge der stationären Tarifpartner durch ANQ),
- für die Überwachung des Strahlenschutzes gemäss StSG,
- für Heilmittel das HMG und Swissmedic.

Falls der Bundesrat zusätzliche Qualitätsauflagen an zur OKP zugelassene Leistungserbringer erlassen will, stehen ihm alle diese Gesetze zur Verfügung. Es ist ärgerlich, wenn der Bund seine bestehenden gesetzlichen Kompetenzen nicht nutzt, aber bei jeder KVG-Revision wieder neue Kompetenzen für sich fordert. Die Qualitätssicherung der ambulanten Leistungserbringung soll über die bestehenden Gesetzesartikel, insb. Art 58 KVG erfolgen.

Die im Entwurf vorgebrachten Qualitätsmassnahmen sind zudem bereits aufgenommen. In der Medizin findet zurzeit ein Standardisierungsschub statt, zum Beispiel Choosing Wisely und HTA. CIRS und Register haben sich im stationären Bereich etabliert, Qualitätszirkel im ambulanten. H+ hat in einer Allianz die Peer Reviews vorangetrieben und verbreitet.

Bei allen Massnahmen ist es wichtig, dass die intrinsische Motivation zur Qualitätsverbesserung und -erhaltung gefördert wird. Es ist bekannt, dass vorgeschriebene Qualitätsmassnahmen die intrinsische Motivation zerstören können und die Gefahr besteht, dass Massnahmen nur durchgeführt werden, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen, nicht aber um die Qualität wirklich zu verbessern oder zu sichern. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Qualitätsmassnahmen an finanzielle Auswirkungen geknüpft werden.

2.5 Notwendige Kenntnisse des Schweizer Gesundheitswesens unklar

In den Ausbildungen gemäss Medizinalberufegesetz und gemäss Gesundheitsberufegesetz sind keine einheitlichen Kenntnisse des Schweizer Gesundheitswesens vorgeschrieben. Auch in einer zweijährigen Praxis werden solche Kenntnisse nicht speziell vermittelt und überprüft. Im Gesetzesentwurf und im erläuternden Bericht bleibt unklar, um welche Kenntnisse es sich handeln könnte. In jedem Fall dürfen diese nicht gegen das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU verstossen.

2.6 Gesetz vor Verordnung: keine ausufernde Delegation

Der Vernehmlassungsentwurf delegiert wesentliche Aufgaben an den Bundesrat, nämlich die Festlegung der Voraussetzungen zur Qualitätsgewährleistung (Art. 36, Abs. 2), des Kenntniserwerbs (Art. 36, Abs. 3bis), der Auflagen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 36, Abs. 4). Der Entwurf und die Erläuterungen lassen zudem offen, an welche Organisation die Durchführung des Nachweisverfahrens delegiert werden soll.

Es ist nicht verständlich, wieso so viele und bedeutende Tätigkeiten delegiert werden und diese nicht bereits im Bundesgesetz festgelegt oder zumindest in den Erläuterungen umschrieben werden. Es ist für die Bevölkerung und für die Leistungserbringer wichtig zu wissen, welche Qualitätsanforderungen der Gesetzgeber vorsieht, damit Leistungserbringer im Rahmen der sozialen Krankenversicherung für die schweizerische Bevölkerung tätig sein dürfen.

2.7 Bedingung zur Tätigkeit ist die Tätigkeit selber (Art. 36, Abs. 3bis KVG Entwurf)

Medizinerinnen und Mediziner und andere Gesundheitsfachleute können nicht zwei Jahre in der Schweiz tätig sein, um dann die Zulassung zu erhalten. Dieser Widerspruch betrifft vor allem EU-Bürgerinnen und Bürger. Das Parlament muss klären, unter welchen Voraussetzungen nicht-zugelassene Fachpersonen zugelassen sind und in welchen Institutionen sie arbeiten können, zum Beispiel in Einrichtungen der ambulanten Pflege durch Ärztinnen und Ärzte (geltende Art 35, Abs. 2 Bst. und Art. 36a KVG).

Die kantonalen Umsetzungsregeln müssen in jedem Fall die nationalen Qualitätsvorgaben beachten.

2.8 Nicht konsultierte Expertengruppe

H+ ist enttäuscht, dass die zweite Interventionsebene nicht in der ausserparlamentarischen Expertengruppe besprochen wurde und auf die Praktikabilität hin überprüft wurde, bevor sie in die Vernehmlassung gegangen ist.

2.9 Vertragsfreiheit light

Bisher hatte die gesetzliche Einschränkung der freien Arztwahl durch die Versicherungen an der Urne keine Chance und im langjährigen Gesundheitsmonitor von Interpharma bleibt diese eine der obersten Prioritäten der Bevölkerung. Folglich kann eine Zulassung durch die Versicherungen an der Urne ein Ende nehmen.

3 Grundsätze von H+ zur Zulassungssteuerung

3.1 Fehlender Handlungsbedarf (Bericht)

H+ zweifelt den Handlungsbedarf für die Zulassungssteuerung von ambulanten Leistungserbringern an. Die Botschaft macht Vorschläge aufgrund unbewiesener Behauptungen und verpasst es, den Handlungsbedarf in der Zulassungssteuerung zu beweisen.

Warum die heutigen gesetzlichen Auflagen nicht reichen, um die für die OKP notwendige Qualität der Leistungen zu erbringen, wird nicht begründet.

Die Wirksamkeit der bisherigen Massnahmen wurde nicht systematisch und sorgfältig evaluiert. Eine sorgfältige Evaluation würde wahrscheinlich aufzeigen, dass die bisherigen Massnahmen wirkungslos blieben.

Es wird zwar von einer Ausweitung der Zulassungen im 2012 gesprochen, aber eine damit verbundene Kostenausweitung wird nicht gezeigt. Es wird vom Gebrauch der Steuerungsinstrumente durch die Kantone gesprochen, aber eine kausale Kostenreduktion wird nicht bewiesen. Es wird von Zulassungstests gesprochen, aber der administrative Mehraufwand, die Mehrausgaben für das Gesundheitssystem, die erhöhten Kosten und die Sparwahrscheinlichkeit werden nicht erwähnt. Es wird der generelle Kostenanstieg im Gesundheitswesen angesprochen, aber die ursächlichen Gründe wie die Alterung der schweizerischen Bevölkerung, die Steigerung der Lebenserwartung, der medizinischer Fortschritt, die Verschiebung von stationär zu ambulant erbrachten Leistungen, oder allenfalls die Zulassungs- und Mengenausweitung wurden nicht systematisch überprüft.

3.2 Falscher Handlungsbedarf

Dass der medizinische Fortschritt und die politische Forderung „ambulant vor stationär“ in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einer Steigerung der ambulanten Leistungen und damit von deren Ausgaben geführt haben, ist nicht erstaunlich und ist medizinisch sowie politisch erwünscht. Durch die ungleiche Finanzierung von stationär und ambulant stiegen dadurch die

Prämien überdurchschnittlich und dies mag sozialpolitisch nicht erwünscht sein. Dieser Umstand lässt sich aber nicht durch eine ambulante Steuerung beheben, sondern nur durch die Änderung der Finanzierung.

Die Zulassungssteuerung und die medizinische Versorgungssicherheit können in Zukunft in einen Konflikt geraten. Dies vor allem, weil der rückwärtsschauende erläuternde Bericht von einer Überversorgung ausgeht, während die Zukunftsbetrachtungen, auch jene des Bundesrates, von einer Unterversorgung und einem Fachkräftemangel ausgehen. Angesichts der Alterung der Gesellschaft und der seit 2016 in Rente gehenden Babyboomer (bis 2030) ist mit einer erheblich steigenden Nachfrage zu rechnen.

Neben der Steigerung der Nachfrage wird auch der Strukturwandel in der ambulanten Leistungserbringung nicht berücksichtigt. Während die Einzelpraxen abnehmen, nehmen die Gruppenpraxen zu. Auch beim Wachstum der spitalambulanten Leistungen ist kein Ende in Sicht. Anstatt den Strukturwandel zu unterstützen, birgt die Zulassungssteuerung eher die Gefahr diesen kontrafaktisch zu beeinflussen. Ausserdem arbeiten immer mehr Ärztinnen und Ärzte nur noch Teilzeit, was den Strukturwandel ebenfalls beschleunigt.

3.3 Braucht die Schweiz mehr oder weniger Gesundheitsfachleute?

Widersprüchlich ist der Zulassungsstopp ausserdem, weil parallel dazu beim Bund Programme laufen, um die Zahl der im Land ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen. Festzuhalten ist auch, dass ohne ausländische Mitarbeitende das schweizerische Gesundheitssystem auf dem heutigen Niveau der guten Erreichbarkeit und kurzen Wartezeiten nicht aufrecht zu erhalten wäre. Die Alterung der Bevölkerung wird die Notwendigkeit von zusätzlichem Personal verstärken. Ausserdem verschärft die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in freien Praxen den Personalmangel in stationären Institutionen in gewissen medizinischen Disziplinen, namentlich in der Psychiatrie. Dadurch werden die in diesen Disziplinen definierten kantonalen Versorgungsaufträge der Spitäler und Kliniken gefährdet.

Unter diesen Gesichtspunkten ist der Zulassungsstopp nicht zukunftsorientiert.

3.4 Berücksichtigung der Situation der Spitäler und Kliniken

Die Spitäler und Kliniken leisten stationäre und ambulante Behandlungen und sind der wichtigste Träger der Aus- und Weiterbildung im Schweizer Gesundheitswesen.

Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sind fließend. Infrastruktur, Geräte, Vorhalteleistungen, Personal usw. werden integral genutzt. Auch für die Patienten ist es wichtig, dass deren Behandlung ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt, nicht danach, ob z.B. ein Leistungserbringer für die stationäre Leistung eine Zulassung hat, für dieselbe Leistung im ambulanten Setting aber nicht. D.h. die Spitäler und Kliniken arbeiten als Ganzes, im Sinne der integrierten Versorgung, Interdisziplinarität und Interprofessionalität. Es wäre unsinnig, wenn stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten für die ambulante Leistungserbringung ausgeschlossen würden und Patientinnen und Patienten in Folge je nach Behandlungsart an andere Ärztinnen und Ärzte überwiesen werden sollten.

Die Aus- und Weiterbildung bedeutet, dass Berufsleute unter Aufsicht arbeiten, die noch keine Zulassung haben. Ohne genügend zugelassene Fachpersonen könnten die Spitäler und Kliniken diesen Ausbildungsauftrag nicht mehr wahrnehmen. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies eine Auswirkung, die es zu verhindern gilt.

4 Versorgungssicherheit faktisch bei den Spitälern und Kliniken

Die Verantwortung für die medizinischen Behandlungen der Bevölkerung liegt bei den Kantonen. Diese haben sie an die Spitäler, Kliniken und Langzeitinstitutionen überwältigt, so dass diese trotz der Einschränkungen des Zulassungsstopps die Versorgung sicherstellen müssen. Ambulante Leistungserbringer stützen sich letztendlich immer auf die stationären Institutionen, insbesondere für Notfälle und komplexere Behandlungen. Sollte es zu einer Unterversorgung kommen, können die Spitäler, Kliniken und Langzeitinstitutionen die Versorgungsverantwortung aber nicht tragen, da sie den Zulassungsstopp weder befürworten noch vorschreiben.

5 Nachtrag zu den vom Parlament gewünschten Optionen

Es ist richtig, dass der Bundesrat auf die Optionen Vertragsfreiheit und abgestufte Tarife verzichtet hat. Die Einführung der Vertragsfreiheit ist politisch, spätestens an der Urne chancenlos. Und künstlich abgestufte Tarife würden zu unerwünschten Effekten und übermässiger Regulierung führen.

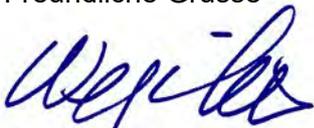
6 Fazit

Der Vernehmlassungsentwurf ist in zentralen Punkten unausgegoren. Auf die zweite Interventionsebene, den zweistufigen Prozess der Krankenversicherungen mit einem Zulassungsverfahren und einer Kenntnisprüfung, ist vollständig zu verzichten. H+ erachtet auch die dritte Interventionsebene, die kantonale Zulassungsbeschränkung, nicht als notwendig, kann diese aber im Sinne eines Kompromisses akzeptieren.

Falls die Qualität der ambulanten Leistungen in der sozialen Krankenversicherung nicht genügt, so sieht das Gesetz bereits heute vor, dass der Bundesrat Qualitätsmassnahmen im Rahmen von Art. 58 KVG festlegen kann. Dazu sind keine Zulassungssteuerung und keine KVG-Revision notwendig.

Wir bitten Sie höflich um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 4. September 2017

Vernehmlassung zum Entwurf über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zum Entwurf über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung nehmen zu können.

Generelle Bemerkungen:

Haus- und Kinderärzte Schweiz begrüsst, dass mit dieser Teilrevision eine längerfristige und damit Rechtssicherheit begründende Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer angestrebt wird. Mit dieser unbefristeten Neuregelung wird die Planungssicherheit erhöht und weitere systembedingte, unerwünschte Entwicklungen, wie sie in den letzten Jahren durch die wiederholte Änderung bzw. Befristung der gesetzlichen Grundlagen und die dadurch bei Leistungserbringern hervorgerufene Unsicherheit vorkamen, können abgeschwächt werden.

In seinem Bericht zu Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten vom März 2017¹ hat der Bundesrat neben der Zulassungssteuerung auch die Einführung der Vertragsfreiheit sowie die Einführung differenzierter Tarife als Lösungswege in Betracht gezogen. Für Haus- und Kinderärzte Schweiz wäre auch die genauere Betrachtung einer Implementierung differenzierter Tarife ein gangbarer Weg.

Das Postulat 16.3000 der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, welches zum genannten Bericht des Bundesrats vom März 2017 führte, verlangte explizit, die Grundversorgerinnen und Grundversorger in der angestrebten Neuregelung keiner Einschränkung zu unterwerfen. Mit dem vorliegenden Entwurf übergeht der Bundesrat dieses Anliegen mit der Begründung, dass die Bezeichnung „Grundversorger“ von befragten Akteuren des Gesundheitswesens als nicht mehr zeitgemäss erachtet wird. In diesem Zusammenhang weisen wir dezidiert darauf hin, dass wir unsere Tätigkeit nach wie vor als diejenige von Grundversorgerinnen und Grundversorgern verstehen. Die Begriffe „medizinische Grundversorgung“ sowie „Berufe der medizinischen Grundversorgung“ wurden 2014 mit Art. 117a, der von einer überwältigenden Mehrheit von Volk und Ständen angenommen wurde, in der Bundesverfassung festgeschrieben:

Art. 117a Medizinische Grundversorgung

- 1 Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.
- 2 Der Bund erlässt Vorschriften über:
 - a. die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe;
 - b. die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin.

Als zentrale Träger dieser Grundversorgung ist es für uns unverständlich, dass der Forderung der SGK-S mit dem neuen Gesetzesentwurf aus den genannten Gründen nicht nachgekommen wird und dass gegenüber dem Gesetzesentwurf von 2014 (KVG-Revision „Steuerung des ambulanten Bereichs“) die Möglichkeit der Kantone, Leistungserbringer im Falle einer Unterversorgung durch geeignete Massnahmen zu unterstützen, nicht mehr festgehalten wird. Eine sinnvolle Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich muss sowohl die Über- als auch die Unterversorgung mit geeigneten Massnahmen ins Visier nehmen. Es ist daher wichtig, auch Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im Falle von Unterversorgung in einem bestimmten medizinischen Fachbereich einzuführen.

¹ Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Bericht des Bundesrates vom 03.03.2017 in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12.01.2016.

Zu den einzelnen Gesetzesartikeln:**Zu Art. 35:**

Keine Bemerkungen.

Zu Art. 36:**Abs. 1**

Keine Bemerkungen.

Abs. 2

Massnahmen zur Qualitätssicherung werden aktuell im KVG in Artikel 58 begründet. Mit der Vorlage zur Änderung des KVG in Sachen „Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit“ besteht zudem ein Gesetzesvorhaben, mit dem der Bundesrat die Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen vorantreiben will. Die Qualität medizinischer Leistungen ist natürlich ein zentrales Anliegen von Haus- und Kinderärzte Schweiz. Die vorliegende KVG-Revision zur Zulassung von Leistungserbringern muss aber inhaltlich klar getrennt werden von dem Gesetzesvorhaben zur Qualitätssteigerung.

Im Hinblick auf die Zulassung von Leistungserbringern sind unserer Ansicht nach hingegen die folgenden Voraussetzungen zentral, deren Irrelevanz (betreffend die Landessprache) oder Gesetzeswidrigkeit (betreffend die 3-jährige Tätigkeit an einer Schweizer Weiterbildungsstätte) bisher seitens des Gesetzgebers nicht schlüssig nachgewiesen werden konnte:

- Kenntnis einer Landessprache: Auch wenn diese Voraussetzung in Art. 15 Abs. 1 MedBG erwähnt ist, ist sie dennoch im Rahmen der Steuerung des ambulanten Bereichs nochmals zu erwähnen, da sie absolut zentral ist. Namentlich sollte als Erfordernis genannt werden, dass Leistungserbringer diejenige Landessprache beherrschen, in welcher sie zu praktizieren gedenken, und zwar mindestens auf Niveau C1 (entsprechend dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen).
- Tätigkeit von mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte im angestrebten Fachbereich: Da es um die Wahrung einer hochstehenden Qualität der ärztlichen Versorgung und um die Vertrautheit mit dem Schweizerischen Gesundheitssystem geht und somit sachliche Gründe für diese Einschränkung vorliegen, erachten wir die Verpflichtungen der Schweiz im Zusammenhang mit der Personenfreizügigkeit im EU-/EFTA-Raum als nicht verletzt.

Diese Kriterien sollten bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.

Abs. 3

Haus- und Kinderärzte Schweiz lehnt diese Bestimmung ab. Der Bundesrat möchte mit dieser Wartefrist den Zustrom von Ärztinnen und Ärzten, die ihre eigene Praxis eröffnen wollen, regulieren. Im Falle der Hausärztinnen und Hausärzte dürfte dies aber die Gefahr einer Unterversorgung nur noch zusätzlich verschärfen, wenn der Aufnahme einer Tätigkeit zusätzlich Steine in den Weg gelegt werden. Im Übrigen wird diese Bestimmung hinfällig, wenn für die Zulassung eine Tätigkeit von mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, wie wir es in unseren Bemerkungen zu Art. 36 Abs. 2 fordern, vorausgesetzt wird.

Abs. 3^{bis}

Wenn für die Zulassung eine Tätigkeit von mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte vorausgesetzt wird, kann von einer Vertrautheit der betreffenden Leistungserbringer mit dem schweizerischen Gesundheitssystem ausgegangen werden. Damit würde auch diese in Abs. 3^{bis} vorgesehene Prüfung, die sowohl für die Leistungserbringer wie auch für den mit dem Prüfverfahren betrauten Bund weiteren Aufwand mit sich bringen würde, hinfällig.

Abs. 4

Wie bereits in unseren Erläuterungen zu Art. 36 Abs. 2 dargelegt, halten wir es für zentral, diese Vorlage von der KVG-Revision zur „Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit“ zu trennen. In diesem Sinne lehnen wir die in Abs. 4 geforderte Koppelung der Zulassung zur Tätigkeit bzw. der Aufrechterhaltung der Tätigkeit als Leistungserbringer an Auflagen betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit klar ab.

Abs. 5

Haus- und Kinderärzte Schweiz steht dieser Verankerung eines formellen Zulassungsverfahrens kritisch gegenüber. Wir plädieren dafür, die jetzige Praxis beizubehalten, bei dem nach Erteilung der Berufsausübungsbewilligung durch den Kanton der Weg die Erteilung der ZSR-Nummer erfolgt.

In dieser Bestimmung bleibt zudem unklar, was für eine Art von Organisation von den Versicherern bezeichnet werden soll. Es wäre zumindest notwendig, dies im Gesetz konkreter zu umschreiben.

Abs. 6

Entsprechend unseren Ausführungen zu Abs. 3^{bis} lehnen wir die Einrichtung eines Prüfverfahrens ab. Ebenso lehnen wir den zusätzlichen bürokratischen Aufwand, der durch die Übertragung eines Prüfverfahrens an eine weitere Organisation entstehen würde, ab. Auch in dieser Bestimmung bleibt zudem unklar, was für eine Art von Organisation das Verfahren übernehmen sollte.

Abs. 7

Vgl. Ausführungen zu Art. 36 Abs. 3^{bis} und Abs. 6.

Zu Art. 55a:*Abs. 1*

Es ist sinnvoll, dass die Kompetenz zur Beschränkung der Anzahl Leistungserbringer bei den Kantonen liegt, unter Berücksichtigung der vom Bundesrat festgelegten Kriterien zur Bestimmung der Höchstzahl. Wir sind der Meinung, dass die Möglichkeit eines Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, explizit im Gesetz verankert werden sollte.

Wir begrüssen zudem, dass der vorliegende Gesetzesentwurf nun explizit auch den spitalambulanten Bereich einschliesst, um die Gleichbehandlung des spital- und praxisambulanten Bereichs zu erreichen. Nur wenn sich die Planung auch auf den spitalambulanten Bereich erstreckt, können ungewollte Verzerrungen und Verschiebungen der Anzahl Leistungserbringer in die Spitäler verhindert werden. Dies ist insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass mit dem Gesetzesentwurf eine längerfristige Steuerung beabsichtigt wird, von immanenter Bedeutung.

Abs. 2

Dass auch unter Ärztinnen und Ärzten veränderte Arbeitsmodelle und die Verbreitung der Teilzeitarbeit zunehmen ist eine Tatsache, der Rechnung getragen werden muss. Aus diesem Grund ist die reine Berücksichtigung der ZSR-Nummern kein adäquates Instrument mehr, um das Angebot an Leistungserbringern abzubilden. Dass der Einbezug von Teilzeitpensen bei der Beurteilung des vorhandenen Bedarfs und der Bestimmung der Höchstzahlen im Gesetzesentwurf explizit erwähnt wird, ist daher wichtig.

Der Gesetzesentwurf sieht zudem vor, dass der Bundesrat weitere Kriterien und Methoden zur Bestimmung der Höchstzahlen auf dem Verordnungsweg festlegen kann, um eine möglichst einheitliche Praxis der Kantone zu fördern und gleichzeitig deren Spielraum nicht allzu sehr einzuschränken. Es ist wichtig, dass für die Kantone die Möglichkeit erhalten bleibt, regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Wir sind aber auch der Ansicht, dass dem Bundesrat bereits auf Gesetzesebene grundsätzliche

Vorgaben zu machen sind, um welche Art von Kriterien es sich dabei handeln kann. Namentlich lehnen wir die überdurchschnittliche Kostensteigerung in einem Fachgebiet als Kriterium zur Feststellung von Überversorgung ab.

Abs. 3

Haus- und Kinderärzte Schweiz begrüsst, dass vor der Festlegung von Höchstzahlen auch die Verbände der Leistungserbringer angehört werden sollen. Dabei muss in jedem Fall sichergestellt werden, dass sämtliche Vertreter der Ärzteschaft angehört werden, unabhängig davon, welches Fachgebiet der Leistungserbringer von der in Frage stehenden Festlegung der Höchstzahl gerade betroffen ist.

Grundsätzlich würden wir die Einsetzung einer ständigen Kommission, bestehend aus Vertretern der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten, gegenüber der punktuellen Konsultation bevorzugen. Diese Kommission sollte sich aus Mitgliedern verschiedener Fachgebiete zusammensetzen, die eine gewisse Konstanz und Erfahrung in die Tätigkeit der Kommission einbringen könnten und dafür sorgen, dass diese breit abgestützt ist.

Wir begrüssen des Weiteren die in diesem Absatz verlangte interkantonale Koordination. Eine je nach Region über die Kantons Grenzen hinausgehende Planung ist wichtig. Die Formulierung dieser Bestimmung, wonach sich die Kantone bei der Bestimmung der Höchstzahlen „mit den anderen Kantonen koordinieren“ sollen, wirft aber Fragen auf. Sofern hiermit *alle* anderen Kantone gemeint sind, stellt sich für Haus- und Kinderärzte Schweiz die Frage der Umsetzbarkeit dieser Bestimmung angesichts der regional unterschiedlichen Bedürfnisse und Voraussetzungen der ambulanten Versorgung. Daher sollte eine Verpflichtung der Kantone, bei der Planung sowohl regionale als auch überregionale Gegebenheiten zu berücksichtigen, explizit im Gesetz erwähnt werden. Wir plädieren für eine Koordination innerhalb von Versorgungsregionen.

Abs. 4

Dass die Leistungserbringer und deren Verbände den zuständigen kantonalen Behörden kostenlos die zur Bestimmung der Höchstzahlen notwendigen Daten bekannt geben sollen, lehnt Haus- und Kinderärzte Schweiz ab. Diese Daten können nur gegen eine angemessene Entschädigung geliefert werden.

Abs. 5

Die Bestimmung, wonach bereits vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassene Ärztinnen und Ärzte auch danach weiterhin tätig sein können, ohne erneut ein Zulassungsverfahren durchlaufen zu müssen, ist zentral. Die in der Gesetzesvorlage vorgesehene Formulierung ist jedoch missverständlich: Vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassene Ärztinnen und Ärzte sind nicht „ohne Bewilligung“ tätig, wie es im Text von Abs. 5 heisst, schliesslich haben diese eine Berufsausübungsbewilligung. Dieser Satz muss daher umformuliert werden.

Abs. 6

Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 3. März 2017 betreffend Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten (S. 61) festgehalten, dass er die Feststellung einer über dem landesweiten Durchschnitt liegenden Kostensteigerung in einem oder mehreren Fachgebieten als ein massgebliches Kriterium zur Feststellung einer Überversorgung in einem Kanton oder einer Region betrachtet. Haus- und Kinderärzte Schweiz lehnt diese Sichtweise entschieden ab und damit auch die in Art. 55a Abs. 6 formulierte Bestimmung, wonach die (überdurchschnittliche) Kostenentwicklung in einem Fachgebiet darauf hindeute, dass in diesem Fachgebiet eine Überversorgung besteht. Die Feststellung einer Überversorgung muss viel differenzierter betrachtet werden.

Namentlich ist es denkbar, dass in einem Jahr ein überdurchschnittlicher Kostenanstieg verzeichnet wird in einem faktisch von Unterversorgung bedrohten Fachgebiet, wie dasjenige der Hausarztmedizin. Ein solcher überdurchschnittlicher Kostenanstieg ist als eine Massnahme gegen Unterversorgung und für die Sicherstellung einer ausreichenden, allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung, wie sie in Art. 117 Abs. 1 der Bundesverfassung verlangt wird, zu tolerieren.

Zur Einschätzung einer angemessenen Versorgung in einem Gebiet gilt es primär zu eruieren, ob der Zugang der Patientinnen und Patienten zu qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung gewährleistet ist oder nicht.

Zu Art. 59:

Keine Bemerkungen.

Abschliessende Bemerkungen:

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH hat sich wiederholt zum bundesrätlichen Vorhaben zur Zulassung von Leistungserbringern geäussert. Haus- und Kinderärzte Schweiz unterstützt die Positionen und Forderungen der FMH im Bereich der Sprach- und Ausbildungserfordernisse.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen für die Überarbeitung des Entwurfs zu berücksichtigen. Für Ihre Bemühungen in unserem Sinne und die Gelegenheit zur Stellungnahme in dieser Vernehmlassung danken wir, stehen gerne für weitere Diskussionen zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen Grüssen



Philippe Luchsinger
Präsident des Berufsverbandes
Haus- und Kinderärzte Schweiz



Reto Wiesli
Geschäftsführer
Haus- und Kinderärzte Schweiz

Geht elektronisch an:
Eidgenössisches Departement
des Innern EDI

Sursee, 12. Oktober 2017

G:\C_leistung\C1_vm\spv\2017\04_berufspolitik\02_stellungnahmen\05_kvg\170926ls_d_01_stn_kvg_spv.docx

Stellungnahme zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Organisation Podologie Schweiz ist der schweizerische Dachverband der Podologinnen und Podologen und zählt über 1000 Mitglieder. Er vertritt die Interessen der Podologinnen und Podologen gegenüber den kantonalen und eidgenössischen Behörden.

Die Organisation Podologie Schweiz strebt bekanntlich die Anerkennung der Podologinnen und Podologen als Leistungserbringer im Sinne des KVG bzw. die Kostenübernahme bei podologischen Leistungen zulasten der OKP an.

In diesem Sinne nimmt die Organisation Podologie Schweiz zu den für seine Mitglieder relevanten Regelungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung.

I. Allgemeine Bemerkungen

Podologinnen und Podologen sind bislang nicht in der Liste von Art. 46 ff. der geltenden Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) aufgeführt und gehören damit nicht zu den Leistungserbringern, die auf ärztliche Anordnung hin selbständig Leistungen zu Lasten der OKP erbringen können. Gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 10 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) gehört die Fusspflege bei Diabetikern zwar zu den Leistungen, die zulasten der OKP erbracht werden können, allerdings sind diese Leistungen nur dann mit der OKP verrechenbar, wenn sie entweder von Pflegefachfrauen/-männern in selbständiger Tätigkeit oder (unter Umständen auch von Podologen) in Pflegeheimen erbracht werden. Nicht erfasst und damit nicht über die OKP abrechenbar sind Fusspflegeleistungen bei Diabetikern durch selbständig tätige Podologinnen und Podologen ausserhalb eines Pflegeheims sowie Fusspflegeleistungen an Personen, die zwar nicht zur Risikogruppe der Diabetiker gehören, aber dennoch aus anderen medizinischen Gründen auf eine professionelle medizinische Fusspflege angewiesen sind (z.B. andere Risikopatienten wie solche mit Durchblutungsstörungen, neurologischen Faktoren oder Blutungsneigung sowie solche die aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen zur selbständigen Fusspflege nicht in der Lage sind).

Um diese unbefriedigende Situation zu ändern wurden im Nationalrat bereits die Motionen Fridez (12.3111 und 14.4013) eingereicht und zumindest erstere auch angenommen. Das bedeutet, künftig soll die Liste der Leistungserbringer in den Artikeln 46 ff. KVV um die Podologinnen und Podologen erweitert werden. Die Aufnahme der von selbständigen Podologinnen und Podologen erbrachten medizinischen Fusspflege ausserhalb von Pflegeheimen und über den Patientenkreis von Diabetikern hinaus als neue über die OKP verrechenbare Leistung im Sinne des KVG und der KVV gilt es bei der zuständigen Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zu beantragen. Im Hinblick auf diese geplanten Änderungen bzw. Ergänzungen des Gesetzes über die Krankenversicherung sowie der dazugehörigen Verordnungen gilt es nun im Zuge der Teilrevision des KVG bereits darauf Rücksicht zu nehmen bzw. die beschlossenen Ergänzungen zu vollziehen.

II. Bemerkungen zum Gesetz und den dazugehörigen Erläuterungen

Grundsätzlich wird die Erhöhung der Anforderungen an die Leistungserbringer und die damit erhoffte Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen befürwortet.

Gemäss erläuterndem Bericht soll die Neuregelung auf drei Interventionsebenen stattfinden. Bei der dritten Interventionsebene geht es um die Regulierung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die zulasten der OKP tätig sind. Obwohl die Organisation Podologie Schweiz und seine Mitglieder davon nicht betroffen sind, unterstützen wir das Vorhaben, dass den Kantonen mit den neuen Regelungen eigene Instrumente zur Regulierung des Versorgungsangebots zur Hand gegeben werden.

Im Zuge der zweiten Interventionsebene sollen die Anforderungen an die Leistungserbringer im ambulanten Bereich erhöht werden. Sollten die Podologinnen und Podologen als Leistungserbringer im Sinne von Art. 46 ff. KVV und Art. 7 Abs. 1 KLV anerkannt werden, sind sie von diesen neuen Regelungen direkt betroffen. Es wird begrüsst, dass neu im Rahmen des einzuführenden formalen Zulassungsverfahrens Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitssystem gefordert und auch überprüft werden können als auch, dass vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren verlangt werden kann. Dies sichert die Qualität der Leistungen zum Schutz der Patienten. Zudem wird begrüsst, dass dazu eine von den Versicherern bezeichnete Organisation eingesetzt werden soll, welche die vom Bundesrat festgelegten Kriterien überprüft.

Teil der ersten Interventionsebene schliesslich ist die Herstellung der Verbindung zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) und zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Diese Verbindungen erachtet der Schweizerische Podologen-Verband SPV als äusserst kritisch. Das MedBG und das GesBG enthalten insbesondere Bestimmungen zur Ausbildung der durch sie geregelten Medizinal- und Gesundheitsberufe sowie zur Ausübung dieser Berufe in eigener fachlicher Verantwortung. Durch die Verbindung des KVG mit diesen Gesetzen sollen die dortigen Voraussetzungen analog im KVG Anwendung finden, um Grundlage für die Sicherung der nötigen Qualifikationen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu bilden. Die bisherigen Art. 36a, 37 und 38 KVG sollen aufgehoben und die Zulassungsvoraussetzungen künftig in die Verordnung aufgenommen werden. Die KVV wird entsprechend revidiert werden müssen. Es ist davon auszugehen, dass die Verordnung bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen ebenfalls auf das MedBG und GesBG verweisen wird und auf einzelne diesbezügliche Ausführungen verzichtet wird. Da

Organisation Podologie Schweiz

Stellungnahme zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

insbesondere im GesBG allerdings nur eine (verhältnismässig kleine) Auswahl an Gesundheitsberufen geregelt ist, würde dies bedeuten, dass bei jeder Aufnahme eines neuen Leistungserbringers zulasten der OKP auch das GesBG entsprechend angepasst werden müsste. Namentlich die Podologinnen und Podologen sind entgegen unserer Bestrebungen leider nicht in das GesBG aufgenommen worden. Werden die Podologinnen und Podologen nun wie anbegehrt als Leistungserbringer in das KVG bzw. die KVV aufgenommen, sind die Podologen entweder auch in das GesBG neu aufzunehmen oder aber es entsteht eine Regelungslücke. Es erscheint deshalb als nicht geeignet, bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen auf weiterführende Gesetze zu verweisen. Es kann nicht sein, dass die Aufnahme von Gesundheitsfachpersonen als Leistungserbringer in das KVG erschwert wird, weil sie (bislang) nicht vom GesBG erfasst sind. Die Organisation Podologie Schweiz schlägt deshalb vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen zwar auf Gesetzesstufe aufgehoben werden, aber nicht ausgelagert, sondern auf Verordnungsstufe ausdrücklich geregelt werden (wie bis anhin in Art. 46 ff. KVV). Damit entfällt die Notwendigkeit, die Verbindung zum MedBG und GesBG herzustellen.

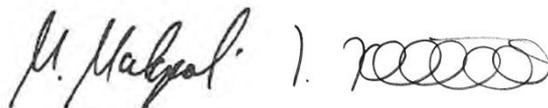
III. Fazit

Die Organisation Podologie Schweiz unterstützt die grundsätzliche Stossrichtung des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Allerdings sind im Sinne einer zukunftsorientierten, nachhaltigen Revision bereits heute die auf Stufe des Parlaments eingeleiteten und behandelten Geschäfte zu berücksichtigen und auch hinsichtlich der noch zu revidierenden Verordnung über die Krankenversicherung vorzumerken. In diesem Sinne erscheint es angezeigt, im Zuge der Revision des KVG sowie der KVV bereits die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen, um künftig dipl. Podologinnen und Podologen HF als Leistungserbringer zulasten der OKP vorzusehen. Das bedeutet konkret, es sei idealerweise auf den Verweis auf das GesBG zu verzichten und die dipl. Podologinnen und Podologen HF zumindest vorerst im Hinblick auf die Behandlung von Diabetikern als Leistungserbringer in der zu revidierenden KVV aufzuführen und dort die Zulassungsvoraussetzungen festzulegen.

Abschliessend danken wir Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung bereits im Voraus bestens.

Freundliche Grüsse

Organisation Podologie Schweiz
Organisation Podologie Suisse
Organizzazione Podologia Svizzera



Mario Malgaroli
Vorstand OPS

Isabelle Küttel
Geschäftsführerin



Schweizer Physiotherapie Verband · Swiss Association of Physiotherapy
Association Suisse de Physiothérapie · Associazione Svizzera di Fisioterapia · Associazioni Svizra da Fisioterapia

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sektion Nationale Gesundheitspolitik
3003 Bern

Zustellung gemäss Vernehmlassungs-Begleitbrief per Mail als Word und PDF an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

12. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern): Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, uns zur erarbeiteten Teilrevision des KVG hinsichtlich der Zulassung von Leistungserbringern vernehmen zu lassen. Gerne machen wir hiermit davon Gebrauch.

In genereller Hinsicht stellen wir fest, dass im Verordnungsvorschlag wild hohe Prämien, Qualitätsaspekte, Wirtschaftlichkeit und Überlegungen zur Zulassung argumentativ vermengt werden. Es wird vordergründig mit der Stärkung der Qualität argumentiert, aber im Mittelpunkt steht der Aspekt, eine mögliche Versorgungsverknappung über verschärfte Zulassungsverfahren zu erzielen und damit Kosten zu sparen. In Zeiten des Fachkräftemangels, der zu einer Unterversorgung der Bevölkerung und zu langen Wartezeiten führt, finden wir dies sehr bedenklich. Weiter halten wir fest, dass die im Zentrum stehenden Zulassungskriterien für die Physiotherapie – heute schon genauso bestehen. Ebenso werden mit dem Gesundheitsberufegesetz erforderliche Präzisierungen eingeführt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass hier keine ersichtliche Koordination stattfindet und wir befürchten Doppelspurigkeiten, die Mehrkosten im System auslösen, ohne dass dadurch nur im geringsten die Qualität der Behandlungen verbessert oder auch nur erhalten würde.

Wir beschränken uns nachfolgend auf Aspekte, die uns resp. unsere Mitglieder direkt berühren.

1. Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens

Aus Sicht der Physiotherapie wird betreffend Zulassungsverfahren bereits bestehendes Recht nochmals beschrieben. Es ist grundsätzlich fraglich, ob die geplante Neuerung eine Verbesserung hinsichtlich Qualität bringen wird. Wie eingangs erwähnt befürchten wir Doppelspurigkeiten und dadurch unnötige Mehrkosten. Dennoch setzen wir uns nachfolgend mit der geplanten Einführung einer Organisation der Zulassung eingehender auseinander.

Organisation der Zulassung

Wir lehnen es ab, dass die Versicherer eine Stelle einrichten oder bezeichnen, die die Zulassungsverfahren durchführen soll. Es fehlt die Unparteilichkeit. Wir befürchten, dass nicht das eigentliche Ziel verfolgt werden könnte, nämlich die ordnungsgemässe Prüfung, ob die Kriterien für die Zulassung erfüllt werden oder nicht. Es besteht die Befürchtung, dass die Versicherer bestrebt sein könnten, ihre eigene Agenda zu verfolgen. Dies ist nicht der Auftrag der Versicherer im Sinne des KVG.

Es ist deshalb zwingend erforderlich, dass die zu bezeichnende Stelle ausschliesslich im Rahmen des gesetzlichen Auftrages die Erfüllung der Zulassungskriterien überprüft und somit losgelöst von Einzelinteressen innerhalb des Gesundheitswesens eingesetzt und geführt wird. Der gesetzliche Auftrag fehlt zu Recht dafür, dass den Versicherern durch die Bestimmung dieser Zulassungsstelle die Möglichkeit eröffnet wird, eigene Ziele zu verfolgen. **Deshalb beantragen wir, dass der Bundesrat eine solche unparteiliche Stelle bezeichnen, bzw. einrichten soll.**

Weiter ist es erforderlich, dass eine Rekursmöglichkeit gegen Entscheide dieser Zulassungsstelle sichergestellt ist. Dabei ist darauf zu achten, dass die Aufgaben durch diese Stelle sorgfältig und innert vernünftiger Fristen erledigt werden müssen. Da wir heute lediglich vertraglich die Anwendung der ZSR-Nummern geregelt wissen und dies damit vergleichen, müssen wir hier auf generell grosse Schwierigkeiten hinweisen, die uns die Abhängigkeit von SASIS AG verursacht, die ausschliesslich von den Versicherern gesteuert wird. Immer wieder erreichen uns Rückmeldungen unserer Mitglieder, die Antwortzeiten seien zu lang oder es würde ungenügend Auskunft erteilt, wie denn ein allfälliger Mangel an den eingereichten Unterlagen behoben werden könnte. Weiter nutzen die Tarifpartner die Registration über SASIS AG zur Kontrolle darüber, ob ein Leistungserbringer dem jeweiligen Vertrag beigetreten ist oder nicht. Durch die Einseitigkeit der Einflussnahme auf SASIS AG ausschliesslich durch die Versicherer, entstehen immer wieder inakzeptable Abhängigkeiten. Eine Zulassungsstelle, die von den Versicherern bestimmt wird, erhält, bzw. vergrössert diese in inakzeptabler Art und Weise.

Bei der Kompetenzerweiterung des Bundesrates, mittels Verordnungsanpassungen die Zulassungsvoraussetzungen ergänzen zu können, ist Augenmass zu wahren. Die beispielhafte Aufzählung auf S. 11 unten ff im Erläuternden Bericht, lässt grosse Befürchtungen hinsichtlich einer allzu engen Gestaltung der Vorgaben aufkommen: «...auf das für den Tätigkeitsbereich erforderliche Fachpersonal, die für den Tätigkeitsbereich entsprechende Einrichtung, ***die Festlegung des örtlichen,***

zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereiches, die Teilnahme zur Kontrolle von Qualitätsmassnahmen oder aber auch auf die notwendigen Bewilligungen.»

Die Schweiz unterhält kein staatliches Gesundheitssystem und folglich können und sollten die gesetzlichen Vorgaben die Rahmenbedingungen und die Qualitätsanforderungen definieren, die für die Leistungserbringung zu Lasten der OKP zu erfüllen sind, nicht aber das Wie der Erreichung dieser Voraussetzungen.

Wir beantragen deshalb:

Die Stelle, die die Zulassung von Leistungserbringern kontrollieren soll, wird vom Bundesrat bestimmt und der Aufsicht des BSV unterstellt, damit eine unabhängige Stelle deren Funktionalität überwacht. Es ist eine ordentliche Rekursmöglichkeit gegen Entscheide der Zulassungsstelle vorzusehen. Die Fristen und Abläufe sind stringent zu definieren.

2. Erteilung der Kompetenz an den Bundesrat, mittels Verordnung die Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP mit ergänzenden Auflagen, namentlich betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit, zu verbinden

Im Grundsatz steht physioswiss der Präzisierung der ohnehin gegebenen Auflagen hinsichtlich einer wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Leistungserbringung zu Lasten der OKP positiv gegenüber. Der vorbehaltlosen Zustimmung steht die Befürchtung entgegen, dass die damit allfällig einhergehenden Mehrkosten für die Sicherstellung der Nachweise einseitig und ausschliesslich den Leistungserbringern angelastet werden. Der allfällige Mehraufwand muss berücksichtigt und zusätzlich vergütet werden. Es gilt somit auch hier, hinsichtlich des Mehrwerts für die Patienten Augenmass zu wahren, bei der Gestaltung von Vorgaben betreffend die beizubringenden Nachweise und/oder vorzunehmenden Datenlieferungen.

Weiter ist bei der Ausgestaltung dieser Vorgaben darauf zu achten, dass die Versicherer die Abwicklung von Rechnungen innert nützlicher Zahlungsfristen erledigen können. Folglich sind die Anforderungen hinsichtlich genereller Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht im Einzelfall durch die Versicherer, sondern übergeordnet sicherzustellen. Es muss verhindert werden, dass umfassende Nachweise hinsichtlich der Qualität jeder Rechnung beizulegen sind. Hingegen soll im Einzelfall die Prüfung, ob die Leistungen im Einklang mit der ärztlichen Anordnung steht und die erbrachten Leistungen im Sinne von WZW nach KVG vergütet werden können, wie heute bei den Versicherern verbleiben.

Es gilt unseres Erachtens deutlich zu unterscheiden zwischen einer generellen Überwachung, dass Qualitäts- und Wirtschaftlichkeits-Vorgaben durch einen Leistungserbringer eingehalten werden und der Sicherstellung, dass WZW im Einzelfall eingehalten ist. Die übergeordnete Überprüfung sollte durch einen unabhängigen Dritten erfolgen oder aber durch eine paritätisch zu besetzende Stelle/Organisation.

Wir stellen aus obigen Gründen folgende Anträge:

- 1. Die Überprüfung der Einhaltung von übergeordneten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsvorgaben ist durch eine unabhängige Stelle sicher zu stellen. Dabei ist Augenmass hinsichtlich Effektivität und Effizienz eines solchen Systems zu wahren.*
- 2. Der Bundesrat soll die vorgesehene Verordnung hinsichtlich der Ergänzung der Auflagen betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit den betroffenen Leistungserbringerverbänden vor dessen Erlass zur Vernehmlassung unterbreiten und/oder letztere bei der Mitgestaltung der Auflagen einbinden.*

3. Zu den konkreten Gesetzesanpassungen

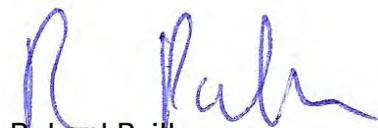
Hier verweisen wir auf die vorstehenden Ausführungen und Anträge. Nachfolgend gehen wir auf die geplanten Formulierungen dort ein, wo wir Widersprüche vermuten oder vorstehend noch nicht in der notwendigen Detaillierung darauf eingegangen sind. Bei nachfolgend nicht aufgeführten Artikeln, haben wir keine Einwände oder Verbesserungsvorschläge im Sinne der von uns vertretenen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

| | |
|----------------|---|
| Art. 36 Abs. 3 | <p>Die Physiotherapeutinnen haben gemäss Art. 47 Abs. 1 KVV vor der Anerkennung zu Lasten der OKP, um selbstständig tätig zu werden, eine zweijährige praktische Tätigkeit nach Erlangung eines Diploms bei einer nach KVG anerkannten Physiotherapeutin zu absolvieren. Faktisch besteht somit bereits eine zwingende Wartefrist. Wir gehen davon aus, dass die «Wartefrist» der «praktischen Tätigkeit» in Art 47 Abs 1 KVV entspricht.</p> <p>Wir sind der Ansicht, dass unverändert das Diplom (oder die Anerkennung eines gleichwertigen ausländischen Diploms durch Prüfung oder Qualifikationsverfahren) vorauszusetzen ist, um KVV 47 Abs. 1 lit. a zu erfüllen. Weiter ist KVV Art. 47 Abs. 1 lit. b von allen Personen zu erfüllen, die nach KVG als anerkannte selbstständige Physiotherapeutin tätig werden wollen, also eine zweijährige praktische Tätigkeit absolvieren müssen.</p> |
| Art. 36 Abs. 5 | <p>Änderung in folgenden Wortlaut wird beantragt: <i>«Der Bundesrat bezeichnet eine Organisation, die über die Zulassung von Leistungserbringern nach Absatz 1 entscheidet.»</i></p> <p>Diese Organisation der Zulassung ist paritätisch oder losgelöst von jeglichen Einzelinteressen besetzt.</p> <p>Die Übergangsbestimmungen zu dieser Änderung sind in der Folge entsprechend anzupassen.</p> |

| | |
|-----------------|--|
| Art. 55a Abs. 4 | <p>Änderung in folgenden Wortlaut wird beantragt: <i>«Die Ärztinnen und Ärzte und deren Verbände, die Spitäler und deren Verbände sowie die Versicherer und ...»</i></p> <p>Nach den Ausführungen im Erläuternden Bericht, sind alle Ärzte von der möglichen Festsetzung der Höchstzahlen betroffen. Diese sind entweder selbstständig tätig (allenfalls in Gemeinschaftspraxen o.ä.) oder in Spitälern. Ergo sind hier nicht alle Leistungserbringer und deren Verbände zu irgendwelchen Datenlieferungen zu verpflichten, sondern nur diejenigen, welche dienliche Aussagen zum Bedarf und zur aktuellen Anzahl tätigen Ärztinnen machen können.</p> |
|-----------------|--|

Wir danken für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Einwände und stehen für Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
physioswiss



Roland Paillex
Präsident



Mario Evangelista
Generalsekretär a.i.

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Liebefeld, 25.10.2017
9902-04 /IB/MM

Stellungnahme pharmaSuisse zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns, dass wir zum Gesetzesrevisionsentwurf Stellung nehmen können.

Generelle Bemerkungen:

Der Distributions- und Leistungsertrag des Apothekenkanals zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung hat sich seit Einführung der leistungsorientierten Abgeltung der Apotheker (LOA) stabilisiert und ist vollkommen transparent dokumentiert. Die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erfolgen auf Veranlassung einer anderen Medizinalperson. Sie haben deshalb keinen Einfluss auf die verschriebene Menge an Arzneimitteln und somit auf die induzierten Kosten.

Die Apothekerinnen und Apotheker ermöglichen Einsparungen, indem sie durch pharmazeutische Beratung, insbesondere durch die Möglichkeit zur Selbstmedikation in Bagatellfällen, die Grundversicherung entlasten. Ein besser verteiltes Apothekennetz hat deshalb eher eine qualitätssteigernde und kostensenkende Wirkung. Deshalb ist die territoriale Verteilung der als Leistungserbringer zugelassenen Apotheker ein wichtiges Element der Grundversorgung. Nur durch ein gutes Apothekennetz kann eine qualitativ hochstehende, flächendeckende Versorgung mit sämtlichen Medikamenten sichergestellt werden, die nicht zuletzt bei Bagatellerkrankungen, bei Präventionsfragen und der Betreuung von Chronischkranken besonders effizient ist.

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. Die Maximierung des Einkommens über den Ertrag des Medikamentenverkaufes ist ein klassischer Fehlanreiz im Gesundheitswesen. Selbstdispensierende Ärzte konkurrenzieren die öffentlichen Apotheken und gefährden damit die einfach zugängliche Versorgung durch öffentliche Apotheken wie sie im Bericht des Bundesrats auf das Postulat Humbel hervorgehoben wird.

Deshalb ist der Vorrang der Versorgung durch öffentliche Apotheken im Rahmen der Grundversicherung beizubehalten. **Wir lehnen eine ersatzlose Streichung von Art. 37 Abs. 3 aus diesem Grund ab.**

Für die Apothekerschaft wurden die Qualitätsanforderungen im Tarifvertrag LOA festgehalten. Sie sind Voraussetzung für die Abrechnung der im Tarifvertrag definierten Leistungen. Gegen angemessene Qualitätsanforderungen für Leistungserbringer ist nichts einzuwenden. Diese sind aber so festzulegen, dass eine Versorgung durch Apotheker in Randregionen dennoch gewährleistet werden kann. Aufgrund der geringeren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit können diese Qualitätsmassnahmen in Randregionen nicht gleich umsetzen wie Apotheken in den Ballungszentren. In den Tarifverhandlungen wurden gemeinsam ausgewogene Qualitätsanforderungen festgelegt. Dabei konnte pharmaSuisse die berechtigten Anliegen der Apotheker einbringen. Zukünftig sollen die Versicherer, respektive die von Ihnen bestimmte Organisation, einseitig solche Anforderungen festlegen können. **Wir lehnen diese einseitige Festlegung der Qualitätskriterien durch die Versicherer ab. Das Verhandlungsprimat ist beizubehalten.**

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. 36 Abs. 2

Die beruflichen Qualifikationen sind bereits in anderen Gesetzen geregelt (MedBG oder Gesundheitsberufegesetz). Die Qualitätsanforderungen sollen primär durch Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern festgelegt werden. Der Staat soll erst dann eingreifen, wenn keine Einigung gefunden werden kann. **Wir lehnen eine Abweichung vom Verhandlungsprimat ab.**

Zu Art. 36 Abs. 3

Wartefristen sind für diejenigen Leistungserbringer, welche keine Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung veranlassen können unverhältnismässig und somit als unzulässige Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit verfassungswidrig. Als Qualitätsmassnahme lässt sich diese Massnahme ebenfalls nicht bezeichnen, zumindest für diejenigen Leistungserbringer, welche bereits eine berufsbegleitende Weiterbildung

absolviert haben. **Wir lehnen deshalb unspezifisch für sämtliche Leistungserbringer festgelegte Wartefristen ab. Art. 36 Abs. 3 ist zu streichen.**

Zu Art. 36 Abs. 3bis

Eine Wartefrist kann einem berechtigten Nachweisbedarfs für im Ausland aus- und weitergebildete Berufsleute dienen, damit sie über ein Minimum an Praxiserfahrung im Schweizer Gesundheitssystem verfügen, um einen qualitativ hochstehende, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu gewährleisten.

Eine solche Bestimmung kann die Problematik der zum Teil fehlenden Sprachkenntnisse ebenfalls lösen. Ein Leistungserbringer, der mit seinen Patienten nicht optimal kommunizieren kann, ist nicht in der Lage, wirtschaftlich tätig zu sein.

Wir schlagen deshalb die folgende Präzisierung vor:

*Abs. 3 Der Bundesrat kann von den Leistungserbringern nach Absatz 1 den Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verlangen und **dafür den Nachweis für eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung einer im Ausland abgeschlossenen Aus- und Weiterbildung sowie** eine Prüfung vorsehen. ~~Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen, sind von der Prüfung dispensiert~~*

Zu Art. 36 Abs. 4

Die Qualitätsanforderungen sollen primär durch Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern festgelegt werden. Der Staat soll erst dann eingreifen, wenn keine Einigung gefunden werden kann. **Wir lehnen eine Abweichung vom Verhandlungsprimat ab.**

Zu Art. 36 Abs. 5

Die Qualitätsanforderungen sollen primär durch Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern festgelegt werden. Der Staat soll erst dann eingreifen, wenn keine Einigung gefunden werden kann. **Wir lehnen eine Abweichung vom Verhandlungsprimat ab.**

Zu Art. 37 Abs. 3

Der Grundsatz einer Bevorzugung von öffentlichen Apotheken mit voller Grundversorgung gegenüber ärztlichen Privatapotheken mit eingeschränktem Angebot ist im KVG beizubehalten.

Zu Art. 55a

Generell sind wir der Meinung, dass ein Zulassungsstopp, der auf eine Höchstzahl einer Art von Leistungserbringern oder auf Kostenzunahme einer bestimmten Leistungsart basiert, keine Lösung für die folgenden Probleme darstellt:

- die Qualität der erbrachten Leistungen wird daran leiden, indem jungen, frisch ausgebildeten Personen der Zugang zur eigenverantwortlichen Tätigkeit verunmöglicht wird. Wir postulieren, dass zusätzliche Qualitäts-Anforderungen für die Zulassung besser wirken als ein Zulassungsstopp. Diese zusätzlichen Auflagen könnten zum Teil auch von den etablierten Leistungserbringern verlangt werden oder einen qualitätsfördernden Wettbewerb generieren.
- die Anzahl sagt nichts zur richtigen Aufteilung auf dem kantonalen Gebiet aus und liefert kein Steuerungsinstrument für die Kantone, um eine Zulassung nur in unterversorgten Regionen zu erteilen. Eine solche Möglichkeit wäre durchaus sinnvoll für die Zulassung von ärztlichen Privatapotheken, damit die Bevölkerung flächendeckend von ihrem kostensenkenden Dienstleistungsangebot in der medizinischen Grundversorgung der öffentlichen Apotheken profitieren kann - insbesondere durch Versorgung mit Medikamenten, Prävention und die Möglichkeit einer unkomplizierten Behandlung von Bagatellfällen, die die OKP in diesem Fall nicht belasten.

Wir sehen in dieser Revision die Chance, mit qualitätswettbewerbsfördernden Massnahmen die Leistungserbringer zu bevorzugen, die sich gegen Fehlanreize aktiv engagieren und ihre Bereitschaft zeigen, im Interesse der Behandlungseffizienz und Patientensicherheit interprofessionelle, strukturierte Vorgehensweisen für die Leistungserbringung zu entwickeln und insbesondere die Instrumente für diese mitzutragende Verantwortung – wie das elektronische Patientendossier – zu entwickeln und anzuwenden.

Wir hoffen, dass Sie unsere Anliegen berücksichtigen und stehen für allfällige Fragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Fabian Vaucher
Präsident



PD Dr. Marcel Mesnil
Generalsekretär

**Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern**

Per E-Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 17. Oktober 2017

PKS Vernehmlassungsantwort zur KVG-Teilrevision Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Als Vertreterin der 130 Schweizerischen Privatkliniken akzeptieren wir die erste Interventionsebene und lehnen die zweite und dritte Interventionsebene ab.

Erste Interventionsebene: Berufsqualifikation MedBG und GesBG

Die erste Interventionsebene braucht PKS nicht mehr zu kommentieren, da diese mit der Revision des Medizinalberufegesetzes und der -verordnung sowie mit der Einführung des Gesundheitsberufegesetzes bereits abgeschlossen ist.

Eine weitere Verschärfung der beiden Gesetze und der dazu gehörigen Verordnungen würde PKS aber ablehnen.

Zweite Interventionsebene: Nein zur zusätzlichen Zulassung durch Krankenversicherungen

PKS lehnt die zweite Interventionsebene (Art. 35 – 38 und 59 KVG Entwurf) ab. Dies wäre de facto eine dritte Zulassungshürde für Leistungserbringer, nach dem Bund (MedBG, GesBG) und den Kantonen (Art. 55a KVG) auch noch durch die Krankenversicherer. Die vorgesehenen Massnahmen und Strukturen bringen Bürokratie und Mehrkosten ohne jeglichen Nutzen.

Dritte Interventionsebene: Nein zur kantonalen Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG Entwurf

PKS erachtet die dritte Interventionsebene (Art. 55a), also die Verankerung der kantonalen Zulassungsbeschränkung (dass ein Kanton die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl beschränken kann) und damit des Status quo, als unnötig und lehnt sie ab.

PKS bezweifelt, dass die bisherigen kantonalen Interventionen die gewünschten Effekte hatten. Der Umstand, dass eine Mehrheit der Kantone bisher eine Zulassungsbeschränkung ange-

wandt hat, sagt selbst noch nichts aus über den Nutzen. Für PKS genügen die Berufsgesetze in Verbindung mit den Qualitätsanforderungen des KVG und anderen Gesetzen für die Zulassung zur sozialen Krankenversicherung.

PKS verweist für die Umsetzung von Art. 55a auf untenstehende Argumente zu den besonderen Herausforderungen der Spitäler und Kliniken.

Die ambulanten Leistungen werden vor dem Gesichtspunkt „ambulant vor stationär“ steigen und es stehen viele Abgänge in den Ruhestand (Babyboomer) bevor. Vor dem Hintergrund dieses Strukturwandels und aufgrund der Tatsache, dass die Kliniken in den Ambulatorien die Ärzte ausbilden, akzeptiert PKS den Kompromiss nicht.

Die Spitäler und Kliniken leisten stationäre und ambulante Behandlungen und sind der wichtigste Träger der Aus- und Weiterbildung im Schweizer Gesundheitswesen. Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sind fließend. Infrastruktur, Geräte, Vorhalteleistungen, Personal usw. werden integral genutzt. Auch für die Patienten ist es wichtig, dass deren Behandlung ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt, nicht danach, ob z.B. ein Leistungserbringer für die stationäre Leistung eine Zulassung hat, für dieselbe Leistung im ambulanten Setting aber nicht. D.h. die Spitäler und Kliniken arbeiten als Ganzes, im Sinne der integrierten Versorgung, Interdisziplinarität und Interprofessionalität. Es wäre unsinnig, wenn stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten für die ambulante Leistungserbringung ausgeschlossen würden und Patientinnen und Patienten in Folge je nach Behandlungsart an andere Ärztinnen und Ärzte überwiesen werden sollten.

Die Spitäler und Kliniken heben sich von den ambulanten Praxen auch dadurch ab, dass sie aus- und weiterbilden, also Berufsleute unter Aufsicht arbeiten lassen, die noch keine Zulassung haben. Ohne genügend zugelassene Fachpersonen könnten die Spitäler und Kliniken diesen Ausbildungsauftrag nicht mehr wahrnehmen. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies eine Auswirkung, die es zu verhindern gilt.

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Mit freundlichen Grüssen

Privatkliniken Schweiz



Adrian Dennler
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sektion Nationale Gesundheitspolitik
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Herrn Bundesrat
Alain Berset
Vorsteher EDI
Bern

info@gs-edi.admin.ch

Basel, 29. September 2017

Vernehmlassungsantwort des RVBB (Regionalverband beider Basel) physioswiss zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrte Damen und Herren

Der RVBB (Regionalverband beider Basel) physioswiss bedankt sich für die Möglichkeit sich zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) äussern zu dürfen und nimmt diese Gelegenheit wahr.

Er hat beschlossen eine eigene Vernehmlassung zu verfassen, da die Region Nordwestschweiz als Gesundheitsregion ein etwas besonderer Fall ist. Der Wirtschaftsraum und die Gesundheitsregion beschränken sich nicht nur auf den Stadtkanton Basel-Stadt, sondern wird von grossen Pendler-Bewegungen der Patienten und Patientinnen aus der weiteren Agglomeration (BL, SO, AG, Frankreich und Deutschland), die ihre Gesundheitsleistungen im Zentrum und in der näheren Umgebung des Zentrums vornehmlich an ihren Arbeitsorten beziehen.

Die Gesundheitsstatistiken stellen sich dementsprechend dar und verfälschen das Bild bzgl. der ausgelösten Kosten, da die Kostenstatistik aufgrund der Menge der Gesundheitsleistungen **am Ort der Leistungserbringung** erfasst wird und nicht an den Wohn- und Lebensort der Patienten und Patientinnen gebunden ist. Da die Zentrumsregion grosse Teile der Gesundheitsversorgung, nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Teil der Grossregion Nordwestschweiz übernimmt, ist unsere Region auch besonders von der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG betroffen.

Grundsätzliches zum Entwurf Teilrevision KVG:

Der RVBB wird sich in seiner Stellungnahme ausschliesslich zu Themen äussern, die den eigenen Berufsstand betreffen und keine Aussagen zu der Situation der universitären Medizinalberufe machen.

Bemerkungen zu den Erläuterungen der vorgesehenen Teilrevision

- Als Argument für die Teilrevision wird formuliert: *„dass die Anforderungen an die Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhöht und dadurch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gesteigert werden“.*

Dies ist in unseren Augen ein **Scheinargument**, denn es wird von allen Seiten (Politik, Befragung der Patienten, Krankenversicherer, OECD etc.) immer wieder festgestellt, dass das Schweizerische Gesundheitswesen und insbesondere die Dienstleistungen der Physiotherapie qualitativ sehr gut und auf einem sehr hohen Niveau seien. Die Ausbildung der Physiotherapie findet seit über 10 Jahren auf der Stufe der Fachhochschule statt.

Der wirkliche Beweggrund für die Teilrevision ist in unseren Augen ein monetärer; es geht darum **die Anzahl der Leistungserbringer zu reduzieren und damit die Nachfrage und v.a. die ausgelösten Kosten zu reduzieren.**

Es wäre ehrlicher dies auch so zu begründen, **es geht in der Vorlage um eine Rationierung!**

- Die Kosten der Ambulanz sind seit der Einführung des KVG gestiegen. Dies wurde aber auch ab 2012 von der Politik ausgelöst, als die DRGs im stationären Bereich eingeführt wurden und dadurch eine Verschiebung von stationär zu ambulant ausgelöst wurde. Damit haben sich auch die Kosten von der staatlichen Teilfinanzierung zur verstärkten Finanzierung durch die Krankenversicherungen verschoben und vor allem eine erhöhte Finanzierung durch die Prämienzahler ausgelöst, da die Krankenversicherungen die erhöhten Kosten auf ihre Kunden überwälzen!
- In der Physiotherapie ist die Berufsbefähigung nach Erlangung des BSc (Bachelor of Science) und dem Abschluss des praktischen Zusatzmoduls (Total 4 Jahre Grundausbildung) gegeben. Um an die Fachhochschule zu gelangen, braucht es eine mind. 12 jährige Schulzeit, mit einem Maturaabschluss (klassische Matur oder Berufsmatur). An diese 12 Schuljahre werden 4 Jahre Fachhochschulausbildung gereiht, was eine Gesamtausbildungszeit von 16 Jahren bedeutet.
- Um als Selbständigerwerbende arbeiten zu können (Zulassungsbedingung) wird aktuell im KVG festgehalten, dass eine 2 jährige angestellte Tätigkeit zu 100% bei einem akkreditierten und mit einer Konkordatsnummer von den Krankenversicherungen zugelassenem Selbständigerwerbenden oder Spital notwendig ist, um eine eigene Praxis

eröffnen zu können (Artikel 47 Abs. 1 Bst. b der Verordnung über die Krankenversicherung KVV).. Dies genügt heute noch. Es braucht unseres Erachtens keine Teilrevision des KVG dafür.

- Was heute absolut stossend ist, ist, dass die Krankenversicherungen die Bedingungen für die Erlangung einer Konkordatsnummer nicht nur aufgrund der gesetzlichen Basis bestimmen, sondern heute schon und seit Jahren zusätzliche, eigene Bedingungen formuliert haben (bei mind. 50% Arbeitstätigkeit = 4 Jahre Berufspraxis, weniger wird nicht als Berufserfahrung anerkannt; Arbeit im Ausland wird höchstens zu 1 Jahr anerkannt, unabhängig wie renommiert die Institution des Auslandes ist).
- Was für uns absolut nicht nachvollziehbar ist, ist, dass die Krankenversicherung diese Kompetenz zur Bestimmung von Bedingungen ohne gesetzliche Grundlage ausüben (s. Motion J.Fehr vor einigen Jahren) und die SASIS auf ihrer Homepage dazu schreibt: *„Das Bundesamt für Gesundheit anerkennt die absolvierten Praktika dann, wenn der Gesuchsteller eine mindestens einjährige praktische Tätigkeit in der Schweiz nachweisen kann, die den Anforderungen der Verordnung entspricht. Die im Ausland absolvierte praktische Tätigkeit (bis max. 12 Monate) hat in diesem Bereich nur gemäss schweizerischem Standard Gültigkeit. Die praktische Tätigkeit kann in Teilzeit absolviert werden (durchschnittlich mindestens 50 % Pensum) und verlängert sich dementsprechend.“*
Aufgrund welcher gesetzlichen Grundlage dies basiert ist uns nicht bekannt und wird auch nicht publiziert. Wenn dem wirklich so wäre, müsste eine entsprechende Verordnung oder Praxis des BAG publiziert werden. Aufgrund welcher gesetzlichen Grundlage das BAG der SASIS die Kontrolle und Vergabe der Zulassungsnummern delegiert ist uns ebenfalls nicht klar und nachvollziehbar.
- Da die Krankenversicherungen und die Tochtergesellschaft von santésuisse, die SASIS, gemäss KVG eine Verhandlungspartei ist, finden wir es stossend, dass das BAG die Kontrolle und Vergabe der Zulassung einer Verhandlungspartei überlässt und dies nicht selber durchführt. Die SASIS als Tochtergesellschaft der santésuisse und Schwestergesellschaft der tarifsuisse ag hat ein grosses Interesse daran die Zulassungen zu steuern aus Kostengründen und kann daher nicht unabhängig und neutral sein.

Vorgeschlagene Interventionsstufen

1. Interventionsstufe: Verbindung von KVG zum Gesundheitsberufegesetz

Im **Gesundheitsberufegesetz** werden im NAREG die Grundausbildung (Kompetenzen) und die absolvierten Zusatzausbildungen (die notwendigen Kompetenzen) der betroffenen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen aufgeführt. Wenn für die selbständige Berufsausübung eine regelmässige Fort- und Weiterbildung notwendig ist, müsste dies in der Verordnung des Gesundheitsberufegesetzes stehen und nicht im KVG, da dieses nur die Grundvoraussetzungen für die Abrechnung mit den Krankenversicherern betrifft. Die Einbindung von Fort- und Weiterbildungsvorgaben im KVG ist eine Vermischung von zwei

unterschiedlichen Bundesgesetzen mit zwei unterschiedlichen Philosophien und Zielen.

- **Gesundheitsberufegesetz:** Voraussetzungen für die Berufsbefähigung und die Entwicklung von weiterführenden beruflichen Kompetenzen, Beschreibung der Qualifikationen für die Berufsausübung = Thema Ausbildung = **Schwerpunkt Bildung und Optik der Gesundheitsberufe**
- **Krankenversicherungsgesetz :** Voraussetzungen für die Abrechnung mit den Krankenversicherungen und Berufsausübungsbewilligung = Finanzierungsvoraussetzungen, **Schwerpunkt Finanzierung und Optik der Krankenversicherungen**

2. Interventionsstufe: Anforderungen für Leistungserbringer im ambulanten Bereich

Die Anforderungen, die der BR vorschlägt betreffen gemäss Wortlaut der Erläuterungen nur die Leistungserbringer im ambulanten Bereich. Dies ist eine Ungleichbehandlung der ambulanten Leistungserbringer im Gegensatz zu den Leistungserbringer im stationären Bereich.

- **Zulassungsverfahren:** Ist grundsätzlich in Ordnung; ist aber in der Physiotherapie aktuell schon im KVG geregelt (Artikel 47 Abs. 1 Bst. b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), dafür braucht es keine Teilrevision. Die Voraussetzungen für die Zulassung sind in der Vorstufe auf der Kantonsebene und deren Gesundheitsgesetzen geregelt.
- Die 2 jährige Wartefrist nach Absolvierung von Fort- und Weiterbildung betrifft die Physiotherapie nicht, sie ist im Art. 47 Abs. 1 KVV schon beinhaltet.
- Neu ist das Verlangen von notwendigen Kenntnissen des schweizerischen Gesundheitswesens. Die **theoretischen Kenntnisse** sollten in der Physiotherapie von den Fachhochschulen angeboten werden. Die Verankerung dieses Unterrichts sollte in der **zukünftigen Verordnung des Gesundheitsberufegesetzes** festgehalten werden und nicht im KVG, dies ist eine Vermischung von zwei Bundesgesetzen!
- Was aber **zwingend notwendig** wäre und in einer **Teilrevision des KVG ab sofort integriert werden müsste**, ist die Möglichkeit **Praktikas in Privatpraxen** absolvieren zu können. Dort könnten auch die wichtigsten praktischen Kenntnisse, parallel zur theoretischen Ausbildung in der Fachhochschule, des schweizerischen Gesundheitswesens erlernt werden. Privatpraxen und ihre Angestellten sind viel näher und direkter von den Reglementierungen des schweizerischen Gesundheitswesens betroffen, als grosse Institutionen wie Spitäler und Kliniken.
- Die **praktischen Kenntnisse** müssen in den Praktikas und in den gemäss Art.47 Abs.1 KVV erworbenen Erfahrungen erlebt werden. Auch hier ist für die Physiotherapie keine KVG Revision notwendig.
- Ein absolutes **NO GO** ist der Vorschlag, „**dass die Versicherer eine Organisation bestimmen, die über die Zulassungsgesuche der neuen Leistungserbringer entscheidet und prüft, ob die vom Bundesrat festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind.**“

Die Krankenversicherer sind in den Tarifverhandlungen eine Partei, die die Tarife mit

dem Berufsverband physioswiss aushandeln müssen. Es geht nicht an, dass eine Partei (mit ökonomischen Interesse an der Sache) die Oberaufsicht erhält über die Zulassungsgesuche und die Voraussetzungen der Leistungserbringer überprüft. Dies ist eine Verletzung der Gewaltentrennung und geht unseres Erachtens nicht, da die Krankenversicherer ihre eigenen Interessen vertreten, die nicht dieselben sind, wie diejenigen der Leistungserbringer und der Patienten.

Zwei Möglichkeiten ergeben sich für die Bestimmung einer Organisation:

1. **Es ist Aufgabe des BAG diese Organisation zu bestimmen**
2. **Es ist Aufgabe der Versicherer und des Berufsverbandes diese Organisation paritätisch zu bestimmen**

- Es ist ein **absolutes NO GO**, dass die Krankenversicherer (s. oben) die alleinige Kompetenz haben der Kontrolle, ob die Leistungserbringer die Vorgaben des BR einhalten bzgl. Qualität und Wirtschaftlichkeit. Ansonsten ist die Kompetenz für eine Durchführung einer Rationierung der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer quasi gesetzlich erlaubt!

Wiederum zwei Möglichkeiten für diese Überprüfung:

1. **Es ist Aufgabe des BAG dies zu tun**
2. **Es ist eine paritätische Aufgabe der Versicherer und des Berufsverbandes dies zu tun.**

Werden diese beiden Aufgaben (Bestimmung einer Organisation und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit / Qualität) vom BR / BAG alleine an die Versicherer delegiert ist dies eine Verletzung der Gewaltentrennung und gibt den Versicherern eine Allmacht über die ambulanten Leistungserbringer, die absolut ungerechtfertigt ist.

Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die SASIS heute schon die Herausgabe der ZSR-Nr. ohne gesetzliche Grundlage (Delegation des BAG an die Krankenversicherer auf welcher gesetzlichen Grundlage???, s. Motion NR J.Fehr) umsetzt.

3. Interventionsebene: Bedürfnisabklärung im Kanton, Regulierung des Versorgungsangebot; Bedürfnisklausel

Grundsätzlich ist der RVBB auf der Ebene der Physiotherapie damit einverstanden, verlangt aber, dass

- a) Die Statistiken aufzeigen, aus welchen Orten die Patienten kommen, die die Leistungen beziehen. Dies ist besonders in der Nordwestschweiz relevant, da Basel-Stadt eine Zentrumsfunktion hat und viele Pendler aus BL, AG, SO, Frankreich und Deutschland in Basel-Stadt arbeiten und ihre Physiotherapiebehandlungen in der Stadt beziehen. Die Statistiken erfassen die Leistungen am Ort der Leistungserbringung und nicht am Ort des Versicherten. Dies ergibt eine Verfälschung des Bildes, das unbedingt aufgeschlüsselt werden muss. Die Koordination mit den angrenzenden Kantonen, aber auch mit dem umliegenden Ausland ist absolut wesentlich.
- b) Die beigezogenen Statistiken die Aufschlüsselung von Alter und Diagnosen aufzeigt,

um die Notwendigkeit der Leistungserbringung darstellt (A-Stadt).

Vertragsfreiheit

In den Erläuterungen ist das Thema „Lockerung des Vertragszwangs“ erwähnt. Der RVBB ist absolut gegen die Lockerung des Vertragszwangs, da dies der erste Schritt zu einer Aufhebung des Vertragszwangs für die Ambulanz ist. Die Realität in der NWCH ist diejenige, dass es heute schon zunehmend zu wenig selbständigerwerbende Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen hat, die die Nachfrage an notwendigen Leistungen wegen der Veränderung der demographischen Entwicklung erbringen können. Es zeichnet sich ein zunehmender Mangel an Fachpersonal ab, der in Zukunft dramatische Folgen, auch Kostenfolgen (vermehrte Immobilität der alternden Bevölkerung, höhere Ausgaben für Unfallfolgekosten nach Stürzen, hohe Investitionskosten in mehr Alters- und Pflegeheime, viel mehr Spitexleistungen etc.).

Wir bitten Sie die von uns gemachten Bemerkungen und Gedankengänge zu bedenken und in ihre weiteren Arbeiten einfließen zu lassen und verbleiben

Hochachtungsvoll

Denise Buser, Präsidentin RVBB
physioswiss

Annick Kundert, Geschäftsführerin RVBB
physioswiss



Choisystrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern
PC 30-1480-9
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35

E-Mail: info@sbk-asi.ch
Internet: www.sbk-asi.ch

Bern, 23. Oktober 2017

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Sowie per E-Mail an
leistungen@bag.admin.ch

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Vernehmlassung zur Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bedanken wir uns für die Einladung zur Vernehmlassung zu oben erwähntem Revisionsvorhaben. Gerne nehmen wir zur geplanten Gesetzesänderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Allgemein

Im Dezember 2015 lehnte das Parlament die definitive gesetzliche Verankerung der Zulassungssteuerung ab. Dem SBK war es damals - und ist es noch heute - ein zentrales Anliegen, die Gesundheitsversorgung an Qualitätskriterien zu koppeln und am Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten.

- Wie die FMH unterstützt auch der SBK einen durch die Leistungserbringer zu erbringenden Fortbildungsnachweis, der von den zulassenden Behörden regelmässig eingefordert werden kann.
- Ein wichtiges Qualitätskriterium ist die Sprachkompetenz der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen. Der Nachweis von Sprachkenntnissen derjenigen Landessprache, in welcher die Gesundheitsfachpersonen arbeiten, ist unerlässlich. Das Kompetenzniveau B2 ist zwingend erforderlich.
- Die Lösung, Ärztinnen und Ärzte nach mindestens drei Jahren Arbeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte zur entsprechenden Tätigkeit im Fachgebiet zuzulassen, erachteten wir als einen guten Weg.

Vor diesem Hintergrund, in speziell auf die Situation der Pflegefachpersonen bezogen, beurteilen wir einige der von Ihnen geplanten Änderungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) skeptisch oder lehnen Sie ab:

Der Bundesrat legt gemäss Artikel 36 Absatz 2 die Voraussetzung fest, welche die Leistungserbringer erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten.

Grundsätzlich begrüsst der SBK diese neue Kompetenz des Bundesrates und schätzt das Bestreben, eine hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung anzupeilen. Allerdings ist es für den SBK unerlässlich, dass die Berufsverbände bei der Erarbeitung und Festlegung dieser Qualitätsvorgaben entscheidend eingebunden sind – seien diese Vorgaben struktureller Art oder bezogen auf die Aus- und Weiterbildung.

Der Bundesrat kann gemäss dem Vorschlag für die Zulassung nach der Aus- und Weiterbildung von Leistungserbringern nach Art 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n eine zweijährige Wartefrist vorsehen (Art. 36 Abs. 3).

Der Mangel an Gesundheitsfachpersonal und insbesondere an diplomierten Pflegefachpersonen ist dramatisch. Aktuell werden gerade mal 43% des zukünftigen Bedarfes ausgebildet. Um den Pflegebedarf in der Schweiz zu decken, sind wir bereits heute abhängig von Fachkräften mit einem ausländischen Diplom. Es ist unbestritten, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen künftig noch ansteigen wird und sich damit die Situation noch verschärft.

Die Verzögerung der Zulassung von freiberuflichen Pflegefachpersonen mittels einer Wartefrist scheint alleine durch Kostengründe motiviert und behindert eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung. Aus diesem Grund lehnen wir eine solche Wartefrist kategorisch ab. Gerade freiberuflich tätige Pflegefachpersonen bilden eine wichtige qualitative und quantitative Ergänzung zu Spitexorganisationen. Würde ihnen eine zweijährige Wartefrist auferlegt werden, hätten sie zudem einen Nachteil gegenüber den Spitexorganisationen; weil diese Organisationen bereits über eine Bewilligung verfügen, müssen die angestellten Pflegefachpersonen keine eigene Berufsausübungsbewilligung haben. Das bedeutet, dass Spitexorganisationen - ob öffentlich oder privat - einfach ihr Personal – ob qualifiziert oder nicht - aufstocken könnten. Dies wäre wohl nicht im Sinne der Vorlage und würde eine krasse Benachteiligung der freiberuflichen Pflegefachpersonen nach sich ziehen. Für den SBK ist die Gleichbehandlung der Leistungserbringer bei der Zulassungssteuerung zentral und zwar unabhängig von der Rechtsform in der sie tätig sind.

Um den Nachweis der Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu erbringen, soll eine Prüfung abgelegt werden (Art. 36 Abs. 3bis).

Es ist im Sinn einer qualitativ guten Versorgung, von Personen mit einem ausländischen Diplom und zweijähriger praktischer Tätigkeit eine Prüfung über die geforderten Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu verlangen.

Allerdings macht diese Auflage keinen Sinn bei Pflegefachpersonen mit einem Diplom gemäss KVV Artikel 49 Buchstabe a und zweijähriger praktischer Tätigkeit gemäss KVV Artikel 49 Buchstabe b. Sie verfügen bereits durch ihre Ausbildungen über die wesentlichen Kenntnisse über das Schweizer Gesundheitssystem.

Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, welche über die Zulassung entscheidet (Art. 36 Abs. 5).

Der SBK ist gegen Bestrebungen, die zu noch mehr Administration und zusätzlicher finanzieller Belastung für die Leistungserbringer führen. Die Organisation wäre als zusätzliches Instrument neben der kantonalen gesundheitspolizeilichen Bewilligung zu verstehen und

verursacht Kosten. Diese Kosten würden bei den freiberuflichen Pflegefachpersonen in die Vollkostenberechnung einfließen und müssten letztlich von den Kantonen über die Restfinanzierung bezahlt werden. Aus Sicht des SBK müssten demokratisch legitimierte Instanzen über die sozialversicherungsrechtliche Zulassung befinden und nicht eine durch Versicherer bestimmte Organisation. Zudem sind wir der Ansicht, dass bereits genügend legitimierte Instanzen über diese Fähigkeiten verfügen (Kantone auf Grund ihrer gesundheitspolizeilichen Befugnisse und die Krankenversicherer auf Grund bestehender Zulassungsmechanismen wie ZSR). Die Gründung einer neuen Organisation ist somit obsolet. Wir wehren uns insbesondere gegen politisch motivierte Zugeständnisse, welche die Macht der Versicherer im Sinne der bürgerlichen Parlamentsmehrheit weiter stärken.

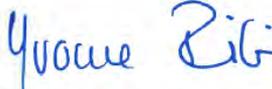
Die Kantone erhalten die Befugnis, die Neuzulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken. Dabei sind die Beschäftigungsgrade zu berücksichtigen (Stichwort Teilzeitarbeit) und die Situation in den anderen Kantonen (Art. 55 Abs. 1-3). Darüber hinaus dürfen die Kantone Neuzulassungen stoppen. Massgebend ist entweder auf Kantonsebene eine übermässige Kostenentwicklung in einem Fachgebiet im Vergleich mit den anderen Fachgebieten. Oder aber die Kosten im fraglichen Fachgebiet steigen im betreffenden Kanton stärker als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (Art. 55 Abs. 6).

Für unseren Verband öffnen diese Ansätze Bürokratie und Willkür Tür und Tor. Es drohen 26 unterschiedliche Praxen. Was es vielmehr braucht, ist eine überregionale Betrachtungsweise. Denn die heutige Realität sind Versorgungsräume, welche über die Kantonsgrenzen hinausgehen. Zumal die einzelnen Kantone gar nicht die Zahlen und Instrumente für eine bedarfsgerechte Steuerung hätten. Wir verweisen hier auf die Ausführung der Stellungnahme der FMH.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Antwort und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

SBK-ASI


Helena Zaugg
Präsidentin


Yvonne Ribl
Geschäftsführerin



Eidg. Departement des Innern
Postfach
3003 Bern

Gümligen, 8. September 2017 FDW

Vernehmlassung „Zulassung von Leistungserbringern“

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst danken wir Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur geplanten KVG-Teilrevision Stellung zu nehmen. Gerne nutzen wir die uns gebotene Möglichkeit und sind Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Überlegungen sehr verbunden.

Vorbemerkungen

In den Vernehmlassungsunterlagen sind sowohl Ausführungen zu den geplanten Gesetzesänderungen enthalten wie auch Hinweise zu voraussichtlich ergänzenden Texten in einer Bundesrätlichen Verordnung. Wir erlauben uns, auch dazu unsere Meinung zu äussern.

Die in den Erläuterungen erwähnten „runden Tische“ sind mit Vorsicht zu geniessen. Das Beispiel der Präsentation der „Strategie 2020“ zeigt, dass kritische Stimmen und von der offiziellen BAG-Meinung abweichende Ansichten kaum Beachtung fanden.

Allgemeines

Grundsätzlich wird nach wie vor bezweifelt, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz so stark von den zugelassenen Leistungserbringern abhängig sind. Verlässliche Zahlen hierzu fehlen, da die Vermischung der Arbeitspensen, die Tatsache und dass nur die freipraktizierenden Ärzte von den früheren Zulassungsstopps betroffen waren, seriöse Vergleiche oder Modellrechnungen nicht zulassen. Bei einer derartigen Einschränkung des beruflichen Fortkommens darf sich der Gesetzgeber jedoch nicht auf vage Vermutungen und wenig stichhaltige Schätzungen berufen. Im Grunde genommen sollten die WZW-Kriterien des KVG auch für Interventionen der Politik und Verwaltung gelten.

Weiter sind verschiedene Bestrebungen im Gange, die Mehrfachrolle der Kantone zu entflechten (z.B. Postulat Cassis 15.3464, welches vom Nationalrat angenommen worden ist). Der Kanton als Spitalbetreiber, als Aufsichtsbehörde, Zulassungsstelle in Bezug auf Spitalisten und Zahlmeister im stationären Bereich muss aufgrund dieser Ämterkumulation von einem Interessenskonflikt ausgegangen werden, den es zu lösen gilt.

Da mit den neuen Bestimmungen nicht nur die freipraktizierenden Ärzte betroffen sind, sondern auch die – z.B. in Spitalambulatorien – angestellten Ärzte, wird ein neuer Interessenskonflikt begründet, noch bevor die Mehrfachrolle im stationären Bereich zumindest ansatzweise entflochten ist. Aus diesem Grund ist eine solche Kompetenz den Kantonen nur dann zu gewähren, wenn gleichzeitig flankierende Massnahmen den Missbrauch zum eigenen Vorteil verhindern.

Einzelne Bestimmungen

Art. 36 Abs. 3 bis

Die Anforderungen bezüglich Sprachkenntnisse und der Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens sind grundsätzlich zielführend und werden von der SBV begrüsst. Ebenso ist es von der Idee her sinnvoll, wenn vorausgesetzt werden, dass ein Arzt während zwei Jahren in der Schweiz tätig ist. Da die Zulassungssteuerung allerdings auch auf angestellte Ärzte ausgeweitet werden soll, wird dies zu Schwierigkeiten in der Umsetzung führen. Gerade in Spitälern mit angeschlossenen Spitalambulatorien müsste geprüft werden, ob ein Arzt nur im stationären Setting tätig ist oder nicht. Eine solche Kontrolle bläht die Verwaltung aber wieder unnötig auf und trägt so ebenfalls zur Steigerung der Gesundheitskosten bei.

Art. 36 Abs. 4

Dass die Qualität überprüft werden soll, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es darf allerdings nicht sein, dass die Kerntätigkeit derart darunter leidet, dass sie weniger als die Hälfte der Tätigkeit ausmacht, weil sich der Arzt mit administrativen Formalitäten aller Art herumschlagen muss. Seit dem Inkrafttreten des KVG ist diese Belastung enorm gestiegen. Sollte eine Pflicht statuiert werden, so ist sie als Tätigkeit im öffentlichen Interesse und damit durch den Staat zu entschädigen. Weiter darf diese Bestimmung nicht dazu missbraucht werden, um Erhebungen wie die MARS-Datensammlung, welche auf juristisch dünnem Eis steht, zu legitimieren.

Art. 55a Abs. 1

Es ist zu begrüessen, dass die Ungleichbehandlung von angestellten Ärzten und freipraktizierenden beseitigt werden soll. In der Praxis hegen wir jedoch Zweifel, dass dies – ebenso wie bei Art. 55a Abs. 2 – sinnvoll durchgesetzt werden kann. Der Kanton muss jeweils kontrollieren, ob der angestellte Arzt auch wirklich nur in dem Umfang tätig ist und nur in dem Umfang abrechnet. Das bedeutet, dass jeder einzelne Arzt, auch die angestellten, eine Zulassungsnummer haben müssten. Wir sehen darin eine enorme Aufblähung des staatlichen Kontrollapparats, der letztlich auch zur Erhöhung der Kosten im Gesundheitswesen, ohne wirkliche Wertschöpfung freilich, führt.

Art. 55a Abs. 2

Hier sind die gleichen Zweifel wie in Art. 55a Abs. 1 angebracht. Da die Zulassungssteuerung den ambulanten Sektor betrifft, entstehen seltsame Konstrukte in Arbeits- und Belegarztverträgen. Gerade wenn nicht immer von vornherein klar ist, ob ein Eingriff ambulant oder stationär vorzunehmen ist, kann es plötzlich sein, dass ein Arzt den Eingriff ambulant nicht machen darf, weil er sein Pensum erreicht oder überschritten hat und folglich nicht mehr abrechnen dürfte. Weiter ist die Förderung des Frauenanteils zwar lobenswert, wird jedoch mit dieser Bestimmung blockiert. Wenn eine Frau nach einem Mutterschaftsurlaub wieder in den

Beruf einsteigen und mit einem reduzierten Pensum arbeiten will, so kann sie unter Umständen später ihr Pensum nicht einfach so erhöhen. Mit solchen Einschränkungen wird der Wiedereinstieg nicht gefördert, im Gegenteil: Eine Abwanderung in andere Berufsfelder sind die logische Folge, was wiederum bedeutet, dass wertvolle Ressourcen und Talente nicht genutzt werden können. Will man dem entgegenwirken, müssten alle, die ihr Pensum reduzieren und damit freie Kapazitäten für neue Zulassungen schaffen, eine Art Besitzstandsgarantie haben, um ihr Pensum später wieder aufzustocken. Doch mit einem solchen Mittel kann wiederum Missbrauch betrieben werden, es sei denn, man schafft einen aufwändigen Kontrollapparat, der seinerseits wiederum zu einer Kostensteigerung und mehr Bürokratie führt.

Weiter stellt sich die Frage, inwiefern ein Arbeitspensum von mehr als 100 % erfasst werden soll.

Art. 55a Abs. 3

Die steigende Mobilität der Versicherten führt zwar dazu, dass die Kantons Grenzen an Wichtigkeit verlieren. Dennoch darf diese Bestimmung nicht dazu führen, dass die Kantone einen Teil ihrer Souveränität preisgeben. Möchte man der Mobilität richtig Rechnung tragen, müssten ohnehin nicht nur die benachbarten Kantone, sondern unter Umständen auch weitere Kantone miteinbezogen werden. Nur stellt sich da die Frage, wo die Grenze zu ziehen ist.

Art. 55a Abs. 4

Einmal mehr wird den Leistungserbringern eine administrative Aufgabe aufgebürdet, die nicht abgegolten werden soll. Gerade bei den freiberuflich tätigen Ärzten, die sowohl stationär als auch ambulant Patienten behandeln, ist dies mit einem grossen Aufwand verbunden. Die Ärzte sollten von solchen administrativen Tätigkeiten entlastet werden. Wenn so etwas wirklich benötigt wird, müssten die Krankenkassen verpflichtet werden, die Daten zu liefern. Letztendlich darf aber nicht vergessen gehen, dass dies wiederum ein Mehraufwand ist, der sich in den Gesundheitskosten und in den Prämien niederschlägt.

Art. 55a Abs. 5

Dass die wohlverworbenen Rechte nicht angetastet werden, ist richtig und wird unterstützt.

Art. 55a Abs. 6

Eine überhastete Zulassungssteuerung darf nicht allein aufgrund höherer Kosten ins Auge gefasst werden. Erst recht darf so etwas nicht geschehen, wenn Äpfel mit Birnen verglichen werden. Der Anstieg der Kosten in einem Fachgebiet gegenüber anderen Fachgebieten kann durchaus nachvollziehbare Gründe haben. Wenn beispielsweise für eine Behandlung neue, extrem teure Medikamente auf den Markt kommen, so hat der Kostenanstieg nichts mit der Ärztedichte zu tun. Ebenso wenig ist ein Vergleich der Fachgebiete verschiedener Kantone aufschlussreich: Es kann vorkommen, dass der Kostenanstieg auf neue Behandlungstechniken, die in einem Kanton, z.B. mit einem Universitätsspital, bereits zum Standard gehören, zurückzuführen ist. Ist eine solche Behandlung zwar teurer aber erfolgreicher, so sind die Kosten langfristig sogar tiefer. Findet hier eine isolierte Betrachtung statt, kann dies zu einem schädlichen Aktionismus führen. Wenn überhaupt eine Reaktion auf ein Kostenwachstum stattfinden soll, dann müssen zwingend alle Parameter analysiert und erst dann über Massnahmen diskutiert werden.

Art. 59

Die Bemerkungen zu Art. 36 Abs. 4 gelten hier selbstverständlich auch.

* * *

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Ausführungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**SCHWEIZERISCHE
BELEGÄRZTE-VEREINIGUNG**

Der Sekretär:



Florian Wanner, lic. iur., Rechtsanwalt

| AmtL | GP | KVV | OeG | VS | R | 7-GEStF |
|------|--------------------------|-----|-----|------|------|---------|
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| DG | | | | | | |
| CC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | 511.0001-100/2 | | | | | AS Chem |
| Lst | VA | NCD | MT | BioM | Chem | Str |

SGH+SSH



SSH SGH SSE Bahnhofplatz 4 CH-8001 Zürich

Einschreiben

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
 Bundesrat Alain Berset
 Generalsekretariat GS-EDI
 Inselgasse 1
 CH-3003 Bern

6. September 2017

Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie zur vorgelegten Revision der KVV

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Wir haben die vorgelegte Revision der KVV geprüft und möchten im Folgenden Stellung dazu nehmen.

1. Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin: Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig – gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet.

Die SGH befürwortet diese Revision

2. Fortbildungsnachweis einfordern: Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten **regelmässig periodisch eingefordert** werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.

Die SGH befürwortet diese Revision

3. Sprachkompetenz: Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten **Sprachprüfung** nachweisen.

SSH SGH SSE

Swiss Society of Hematology
 Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie
 Société Suisse d'Hématologie
 Società Svizzera di Ematologia

Agency: Pro Medicus GmbH
 Bahnhofplatz 4 CH-8001 Zürich
 Tel 043 266 99 17 Fax 043 266 99 18
 sgh@promedicus.ch www.sgh-ssh.ch

Der Nachweis über die für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse bei fremdsprachigen Ärzten aus dem Ausland, ohne eidgenössische Maturitätsprüfung/ schweizerisches Staatsexamen wird von der SGH befürwortet.

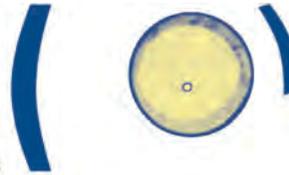
Freundliche Grüsse

Im Namen des Vorstands und der Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie



Professor Dr. med. Jakob R. Passweg

Präsident



Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Sowie per E-Mail an
leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2017

**Stellungnahme des Schweizerischen Hebammenverbandes zur
Teilrevision des Bundesgesetzes über die
Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der Hebammen in der Schweiz. Er zählt rund 3100 Mitglieder und vertritt die Interessen der angestellten und frei praktizierenden Hebammen.

Allgemein

Der SHV setzt sich seit Jahren dafür ein, die Gesundheitsversorgung an Qualitätskriterien zu koppeln und am Bedarf der Klientinnen auszurichten, u.a. indem sie Qualitätsnachweise, Fortbildungsnachweise usw. bei ihren Berufsangehörigen einfordert und diese systematisch kontrolliert. Hebammen sollen Leistungen wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam erbringen.

- Der SHV unterstützt daher einen durch die Leistungserbringer zu erbringenden Fortbildungsnachweis, der von den zulassenden Behörden regelmässig eingefordert werden kann. Der SHV muss dabei allerdings in der Erarbeitung, Festlegung und Kontrolle der zu aner kennenden Fortbildungen eine zentrale Rolle spielen können.
- Ein wichtiges Qualitätskriterium ist die Sprachkompetenz der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen. Der Nachweis von Sprachkenntnissen derjenigen Landessprache,

in welcher die Gesundheitsfachpersonen arbeiten, ist unerlässlich. Das Kompetenzniveau B2 ist zwingend erforderlich.

Folgende der von Ihnen geplanten Änderungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) beurteilen wir allerdings kritisch:

Der Bundesrat legt gemäss Artikel 36 Absatz 2 die Voraussetzung fest, welche die Leistungserbringer erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten.

Grundsätzlich begrüsst der SHV diese neue Kompetenz des Bundesrates und schätzt die Bemühungen, eine hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung anzustreben.

Allerdings ist es unerlässlich, dass wir als Berufsverband bei der Erarbeitung und Festlegung dieser Qualitätsvorgaben entscheidend eingebunden sind - seien diese Vorgaben struktureller Art oder bezogen auf die Aus- und Weiterbildung. Hebammen erfüllen auch jetzt schon mittels Rahmenvertrag Qualität (zwischen SHV und santésuisse) viele Qualitätsvorgaben. Häufig ist die Einführung neuer Vorgaben (z.Bsp. das elektronische Patientendossier, elektronische Leistungsabrechnung etc) für die einzelne Leistungserbringerin mit hohen Kosten verbunden. Diese werden bisher nur ungenügend in den Taxpunktwerten abgegolten. Der SHV würde es daher begrüssen, wenn der Bund qualitätssichernde Massnahmen finanziell unterstützen würde (z.Bsp. mit Anschubfinanzierung. Ebenfalls würde der SHV begrüssen, dass der Bund explizit kontrolliert, ob qualitätssichernde Massnahmen genügend in den Tarifverträgen abgebildet werden.

Der SHV erachtet es zudem als unerlässlich, dass der Bund definiert, was eine zweckmässige Leistungserbringung beinhaltet resp. was darunter zu verstehen ist. Es liegt auch am Bund zu definieren, wie diese Daten einheitlich gesammelt und aufbereitet werden sollen. Diese Daten braucht es zukünftig für Tarifverhandlungen resp. für die Genehmigung von Tarifstrukturverträgen.

Der Bundesrat kann gemäss dem Vorschlag für die Zulassung nach der Aus- und Weiterbildung von Leistungserbringern nach Art 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n eine zweijährige Wartefrist vorsehen (Art. 36 Abs. 3).

Ein Mangel an Hebammen ist in einigen Regionen bereits Tatsache und wird mittelfristig problematisch werden. Hebammen gehören zu den Grundversorgerinnen im Schweizerischen Gesundheitssystem. Um den Bedarf an Hebammen in der Schweiz zu decken, sind wir bereits heute abhängig von Fachkräften mit einem ausländischen Diplom.

Eine Wartefrist von 2 Jahren, um in die Freiberuflichkeit eintreten zu können, begrüssen wir. Die Verzögerung der Zulassung von freiberuflich tätigen Gesundheitsfachpersonen mittels einer längeren Wartefrist lehnen wir allerdings kategorisch ab, weil diese eine bedarfsgerechte Versorgung behindern würde.

Um den Nachweis der Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu erbringen, soll eine Prüfung abgelegt werden (Art. 36 Abs. 3bis).

Es ist im Sinn einer qualitativ guten Versorgung, von Personen mit einem ausländischen Diplom und zweijähriger praktischer Tätigkeit in der Schweiz eine Prüfung über die geforderten Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu verlangen.

Allerdings macht diese Auflage keinen Sinn bei Berufsangehörigen mit den Zulassungen gemäss KVV Abschnitt 5, Art. 45 und 45a, weil diese unseren Erachtens bereits über die nötigen Kenntnisse verfügen.

Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, welche über die Zulassung entscheidet (Art. 36 Abs. 5).

Der SHV wehrt sich gegen Bestrebungen, die zu noch mehr Administration und zusätzlicher finanzieller Belastung für die Leistungserbringer führen. Die Organisation wäre als zusätzliches Instrument neben der kantonalen Bewilligung zu verstehen. Sie würde zusätzlichen Aufwand und damit Kosten verursachen.

Aus Sicht des SHV müssten demokratisch legitimierte Instanzen über die sozialversicherungsrechtliche Zulassung befinden und nicht eine durch Versicherer bestimmte Organisation. Die Kontrolle über die Zulassung und die Bewilligung zur Berufsausübung soll deshalb weiterhin bei den Kantonen liegen. Wir sind nämlich der Ansicht, dass diese legitimierten Instanzen bereits genügend über diese Fähigkeiten verfügen. Die Gründung einer neuen Organisation ist somit obsolet.

Die Kantone erhalten die Befugnis, die Neuzulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken. Dabei sind die Beschäftigungsgrade zu berücksichtigen (Stichwort Teilzeitarbeit) und die Situation in den anderen Kantonen (Art. 55 Abs. 1-3). Darüber hinaus dürfen die Kantone Neuzulassungen stoppen. Massgebend ist entweder auf Kantonsebene eine übermässige Kostenentwicklung in einem Fachgebiet im Vergleich mit den anderen Fachgebieten. Oder aber die Kosten im fraglichen Fachgebiet steigen im betreffenden Kanton stärker als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (Art. 55 Abs. 6).

Mit diesem Ansatz drohen 26 unterschiedliche Praxen in der Umsetzung. Was es aus unserer Sicht vielmehr braucht, ist eine überregionale Betrachtungsweise. Denn die heutige Realität sind Versorgungsräume, welche über die Kantonsgrenzen hinausgehen. Diesbezüglich verweisen wir auf die Stellungnahme der FMH.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Handwritten signature in blue ink, appearing to read 'B. Stocker'.

Barbara Stocker Kalberer
Präsidentin

Handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Weber-Käser'.

Andrea Weber-Käser
Geschäftsführerin

Genève, le 20 octobre 2017

Dr Pierre Froidevaux
Direction générale

Dr Xavier Chung Ming
Direction médicale

Dr Korine Pocquet
Direction médicale

Médecins Interventions

Dr Radwan Al Kassab

Dr Éric Bal

Dr Thierry Bonnefoy

Dr Christophe Bonnet

Dr Jean Bordillon

Dr Ali Bourezg

Dr Haider Bouziane

Dr Laurent Campione

Dr François Caussanel

Dr Éric Christophe

Dr Dominique Couturier

Dr Michel Daniloski

Dr Basile Darbellay

Dr Karjen De Groof

Dr Olivier De Senarclens

Dr Christelle Dehaye

Dr Sébastien Diez

Dr Gwendoline Flechter

Dr Anne Fontanel

Dr David Fragnières

Dr Michel Freyss

Dr Aksel Greva

Dr Violaine Hansali

Dr Yann Hurry

Dr Jacques Istria

Dr Ludovic Lawson

Dr Philippe Leinenweber

Dr Ian Low

Dr Gabriel Lucchetta

Dr Thien Luong

Dr Nathaniel Magnan

Dr Dominique Magnin

Dr Denis Mailliu

Dr Nicolas Mimouni

Dr Olivier Peltjean

Dr Gilles Prudhon

Dr Jean-Philippe Rancin

Dr Romain Schihin

Dr Pierre Schwaab

Dr Florence Sellam

Dr Marc Sibon

Dr Jean-Michel Souclier

Dr Manon Stefani Leroy

Dr Laurent Thiel

Dr Patrick Vial

Dr Marie-France Vignes

Dr Jessica Vincent

| AmtL | GP | MDV | OeG | VS | R | IT+GE+ER |
|------|--------------------------|-----|-----|------|------|----------|
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| CC | 25. Okt. 2017 | | | | | |
| Int | | | | | | |
| IRM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | AS Chem |
| Lst | VA | NCD | MT | BioM | Chem | Str |

Chancellerie fédérale
A l'attn de Monsieur Alain Berset
Conseiller fédéral
Palais fédéral
3011 Berne

Procédure de consultation à propos du projet de modification de la LAMal : Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral,

J'ai pris connaissance de votre projet de modification de la LAMal et participe à la consultation en ces termes :

Je salue vivement la volonté d'appliquer pleinement l'ACLP et ses dispositions annexes dans le cadre de l'article 36 LAMal. Je retiens que cette nouvelle formulation est de nature à faire taire des critiques, en général gratuites, contre certains médecins, ce que l'ancienne formulation encourageait par la hiérarchisation injustifiée des formations qu'elle comportait.

L'article 55a LAMal maintient toutefois les mesures permettant de plafonner le nombre de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le rapport explicatif, dans sa partie générale ou dans son commentaire article par article, n'expose pas son intention à ce propos, mais uniquement le mécanisme de cette intervention. Il est toutefois admis, et la présentation du contexte du projet le rappelle que *l'évolution des coûts des prestations dans le domaine ambulatoire ces dernières années a démontré la nécessité d'une solution pour piloter ce domaine*¹.

¹ Rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017, *Possibilité de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins*

Cette *nécessité* avait été établie par le Prof Domenighetti dans une étude publiée en février 1998². Il y observe de manière empirique la corrélation entre la densité médicale d'une région et l'accroissement des coûts de la médecine ambulatoire de cette même région. Il reconnaît toutefois l'absence de référence scientifique qui fonde la corrélation qu'il décrivait alors.

Cette étude a fait l'objet d'un examen critique³ dont la conclusion mérite d'être citée :

Actuellement,(2004) aucune évaluation de la situation ni aucune prévision en matière d'offre et/ou de demande de prestations ambulatoires ne sont réalisées de manière systématique en Suisse. Divers travaux ont effectivement abordé certains points par le passé, mais aucune étude ne s'est penchée régulièrement sur la question en explorant différentes méthodes. Il existe sans aucun doute des lacunes à ce niveau et un retard à rattraper. Pour combler ces lacunes, il est indispensable de disposer de bases de données valables sur le secteur ambulatoire. Ces informations font actuellement défaut. Si l'on exploite les sources existantes (statistique FMH, registre des codes créanciers de santésuisse, pool de données santésuisse, bases de données des assureurs-maladie), on sera inmanquablement confronté à de sérieuses difficultés sur le plan méthodologique. Il est donc urgent de mettre sur pied une statistique nationale des prestations ambulatoires qui permettrait de tirer des conclusions différenciées au niveau régional.

Le débat politique actuel laisse à penser que le législateur n'attendra pas que des bases de données valables soient mises à disposition⁴.

Une première approche scientifique a été publiée en avril 2007 par l'Obsan⁵ qui postule (pour la première fois souligne cette étude) qu'il faut intégrer le taux d'activité de chaque médecin pour déterminer leur nombre en *équivalent plein temps* (APT).

L'étude constate alors qu'il n'existe pas davantage de médecins actifs dans les villes avec centre universitaire que dans le reste de la Suisse, car le taux d'activité des médecins installés dans ces centres urbains est en moyenne de 50 %⁶.

Elle retient également qu'en dehors du domaine de la psychiatrie, les centres avec hôpital universitaires, comme les centres urbains connaissent un taux de consultation par médecin (APT)

² *Médecine ambulatoire : principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés.* (Médecine et Hygiène, n°56, pp 381-388). Il y expose que face à l'augmentation prévue du nombre de médecins en pratique privée (+80 à 100% dans les années 1998 à 2018), les coûts de la médecine ambulatoire continueront à augmenter en Suisse et, dans le cadre légal qui prévalait antérieurement au moratoire, ils représenteraient le principal facteur d'inflation sur les cotisations à la charge des assurés.

³ *Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires Analyse bibliographique et débats d'experts concernant les prévisions et la planification des effectifs médicaux dans le secteur ambulatoire en Suisse,* Document de travail 5, Stefan Spycher, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), Berne, Octobre 2004.

⁴ Etude précitée, page 67.

⁵ *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse,* Document de travail 22, Neuchâtel, avril 2007.

⁶ Document de travail 22 précité, page 8.

plutôt plus faible que la moyenne suisse et qu'il ne peut en conséquence être fait aucun lien entre la variation du nombre de médecins (APT) et la variation des coûts de la santé⁷

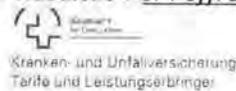
La FMH⁸, a indiqué son soulagement à la suite de la publication de cette étude et constaté que :

« Les chercheurs de l'Obsan se sont demandés s'il existe toujours, avec cette nouvelle définition de la densité médicale, une corrélation entre «l'offre et le recours. Autrement dit, si les habitants consultent davantage dans les zones où la densité d'APT est plus élevée. Résultat : si l'offre induit la demande, elle le fait de façon très modeste. Le phénomène n'explique que 10% des variations régionales du recours à la médecine de base en Suisse alémanique et 3% en moyenne suisse. »

Cette situation a été mise en évidence plus d'un an auparavant, en mars 2006, à l'occasion d'un entretien du soussigné avec le Conseiller fédéral Pascal Couchepin.

Répondant à une demande écrite, M Le Conseiller fédéral m'a remis la note reproduite ci-contre:

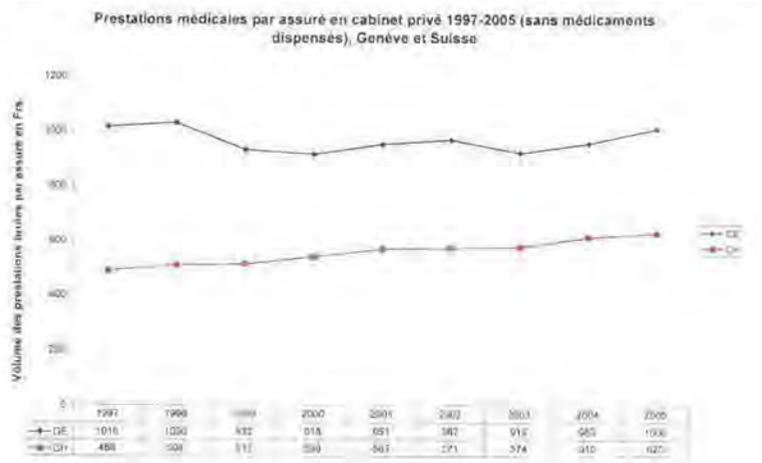
Il rapporte l'évolution des coûts de la médecine privée à Genève depuis 1996, soit l'évolution des coûts de 1997 à 2005. Monsieur Couchepin, jusqu'alors adepte de la théorie du Prof Domenighetti développée en 1998⁹, a constaté, stupéfait, que malgré une augmentation du nombre de praticiens en médecine privée de 20.15 % pendant la période considéré, les coûts de la médecine privée avaient baissé en moyenne de 0,1 % par année.¹⁰



Titel: Rencontre avec le Dr Pierre Froidevaux, SOS-Médecins, Genève
Gent art: M. le Conseiller fédéral Pascal Couchepin

A/Questions posées par le Dr Froidevaux dans sa lettre du 5 avril 2006

1. Evolution des coûts de la médecine privée à Genève depuis 1996:



- Les volumes des prestations médicales par assuré à GE est resté plus ou moins stable (+0.1%/an) entre 1997 et 2005 (des chiffres comparables n'existent pas pour les années antérieures). Du à l'accroissement du nombre d'assurés dans le canton, le volume total a très légèrement augmenté d'env. 385 millions en 1997 à env. 400 millions en 2005. (+0.5%/an)
- L'évolution à Genève se distingue nettement de l'évolution moyenne en Suisse où l'augmentation des prestations médicales (par assuré) en cabinet-état de 3.1%.
- En revanche, dans le domaine hospitalier, les coûts à Genève ont augmenté nettement plus rapidement qu'en moyenne suisse.

| Evolution annuelle moyenne des coûts par assuré 1997-2005 | Hôpitaux, ambulatoire | Hôpitaux, stationnaire | Médicaments (pharmacie) | Médecins |
|---|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| GE | 17.5% | 5.3% | 5.9% | -0.1% |
| CH | 9.0% | 3.7% | 7.9% | 3.1% |

⁷ Document de travail 22 précité, page 11.

⁸ Revue médical suisse n° 109, avril 2007 *Densité médicale et coûts de la médecine ambulatoire : la fin des certitudes.*

⁹ *Médecine ambulatoire : principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés.* (Médecine et Hygiène, 56, 381-388).

¹⁰ A propos du nombre de médecins, voir : *La Santé en Chiffres, recueil statistique canton de Genève, août 2007 p 116 ad T 7.6.3 : Médecins en exercice, selon le sexe, depuis 1990 :*

Nbre de médecins en pratique privée 1997 : 1'196
 Nbre de médecins en pratique privée 2005 : 1'437
 Variation pendant la période 1997-2005 : +241 médecins en pratique privée.

Ce document remis et qui constitue une photo d'une période de neuf ans, apparaît comme caricatural des erreurs méthodologiques antérieures. Je souligne ici qu'elle n'a fait l'objet par la suite d'aucune étude, que personne ne s'est soucié d'exposer comment le coût des prestations médicales privées pouvaient baisser chaque année à Genève malgré une augmentation très significative du nombre de médecins !

Ce document établi en 2006 a plutôt été enterré alors qu'il aurait paru fondé de conduire sans délai de nouvelles analyses et de développer ainsi de nouveaux instruments statistiques pour l'ensemble du pays. Quand bien même, le principe d'un moratoire de l'installation de nouveaux cabinets paraissait sans pertinence sur les coûts de la santé, diverses mesures ont été prises à l'encontre de l'installation de nouveaux médecins au moyens de lois urgentes. C'est ce que prédisait très justement le *Document de travail 5* précité de Stefan Spycher du Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale¹¹.

De manière conséquente avec l'analyse de l'Obsan, le Prof Domenighetti, dans une étude d'août 2011¹², reprend le problème des lacunes méthodologiques et conclut à l'introduction nécessaire d'outils de monitoring des coûts de la santé et en propose plusieurs, soit la *yardstick competition*, le *benchmarking* et la *technique de la frontière stochastique des coûts*¹³.

A la connaissance du soussigné, aucun de ces outils n'a été mis en place aujourd'hui encore. Il faut ainsi constater

qu'il n'existe aucune publication de l'Obsan qui établisse un lien entre l'accroissement de l'offre médicale et l'augmentation des coûts de la santé,

pas plus qu'il n'existe de publication qui indiquerait, comme on l'entend souvent, que la création d'un nouveau cabinet engendrerait plusieurs centaines de milliers de francs supplémentaires à charge de l'assurance maladie.

C'est encore ce que déplore l'Obsan lors de son étude du 29 septembre 2017 de l'évolution des coûts dans le domaine hospitalier¹⁴ et qui demande un délai pour la mise en place d'un nouvel outil statistique :

Il serait toutefois prématuré, sur la base des données et analyses actuelles, de parler d'un ralentissement de la croissance des coûts à moyen et à long termes sous l'effet de la révision. Il faudra attendre la réalisation, d'ici à 2019, des rapports finaux de l'Obsan et de l'évaluation dans le domaine des

Variation annuelle moyenne du nbre de médecins en pratique privée : + 2.24 %.

¹¹ *Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires Analyse bibliographique et débats d'experts concernant les prévisions et la planification des effectifs médicaux dans le secteur ambulatoire en Suisse*, Document de travail 5, Stefan Spycher, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), Berne, Octobre 2004, page 67 :

« Le débat politique actuel laisse à penser que le législateur n'attendra pas que les bases de données valables soient mises à disposition. »

¹² Prof Domenighetti, *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter*, Université de Lausanne, août 2011

¹³ Etude précitée pp 40 et ss

¹⁴ *Evolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier*, Obsan Bulletin 3/2017

coûts et du financement pour savoir si la croissance des coûts se stabilisera à ce bas niveau, comment elle aura évolué depuis la révision et dans quelle mesure les développements observés seront imputables à la révision de la LAMal ou à d'autres facteurs.¹⁵

Ces éléments s'appliquent à l'ensemble des examens relatifs aux coûts de la santé et méritent d'être pris en compte dans le cadre de l'appréciation de l'article 55a LAMal nouvellement formulé.

1^{ère} observation :

L'article 55a LAMal proposé constitue une atteinte à la liberté économique. Il doit en cela prendre la forme d'une loi établie conformément aux articles 5 al 2 (principe de proportionnalité) et 5a (principe de subsidiarité) Cst Féd.

- Examen sommaire du principe de proportionnalité

L'article 55a proposé n'indique pas l'objectif de la mesure proposée. Les travaux préparatoires permettent toutefois de la reconnaître. Il s'agit pourtant ici d'une lacune qui mérite d'être comblée afin de servir de règle certaine d'application et d'interprétation.

L'article 55a nouveau ne propose qu'une seule mesure, soit plafonner le nombre de médecins, alors qu'il est hautement douteux au vu des diverses études publiées depuis 2000 et citées ci-dessus que le plafonnement réponde à la condition de l'*aptitude* qui est un élément du principe de proportionnalité.

L'augmentation des coûts de la santé pendant les trois périodes dite du moratoire ne fait que confirmer de manière reconnaissable pour chacun que la mesure est inefficace à atteindre le but poursuivi. En ce sens, l'article 55a LAMal est incompatible avec l'article 5 Cst féd.

A supposer pourtant qu'il y satisfasse, il ne répond pas à la condition de *nécessité*, deuxième élément constitutif du principe de proportionnalité qui commande que d'autres mesures aient été envisagées et auxquelles il aurait été renoncé.

Il est vrai que le Conseil fédéral a été saisi de nombreuses initiatives parlementaires dont le soussigné présume qu'elles ont toutes été soigneusement étudiées avant d'y renoncer. Mais pour le motif que l'efficacité de la mesure proposée n'a pas été démontrée, elle ne saurait être *nécessaire*. La nécessité aurait commandé qu'un lien certain puisse être établi entre le plafonnement du nombre de praticiens et l'augmentation des coûts de la santé. Or cette étude manque et les études publiées, au contraire, jettent un doute marqué sur cette mesure.

En cela le plafonnement ne répond pas à la condition d'efficacité contenue dans le principe de proportionnalité et n'est pas compatible avec la Constitution fédérale.

On aurait pu reconnaître à ce type de disposition un caractère expérimental à l'occasion de la première introduction de cette disposition en 2008, la nature d'une telle loi étant de permettre la

¹⁵ Etude précitée, abstract, page 1

mise en place des instruments de monitoring devant en établir l'efficacité pendant sa durée de validité ou de proposer d'autres mesures. Pourtant, quoi que cette loi ait été appliquée quasiment constamment depuis, elle n'a pas permis d'apporter la preuve par l'acte de son efficacité.

Le dernier élément constitutif du principe de proportionnalité est que l'on puisse raisonnablement attendre de l'administré qu'il accepte la mesure. Par sa mise en œuvre, le plafonnement ferme potentiellement l'accès à l'exercice libéral de la médecine. Une telle disposition ferme également l'accès à la formation médicale en raison du nombre limité de places de formation disponibles. Le caractère raisonnable d'une telle mesure à tout le moins questionne de manière directe sur ses conséquences sur l'évolution de la politique de la santé face à une population de patients vieillissant autant qu'une population de médecins également très significativement vieillissante. Or, la population a constamment opposé à des réformes structurelles de l'assurance-maladie d'autres valeurs que sont la qualité des soins et la liberté de choisir son praticien. Ces deux constantes sont ici mises en péril par une politique qui induit la raréfaction des places de formation, le rationnement des soins.

On le voit, la mesure de plafonnement contenue dans l'article 55a LAMal n'est pas compatible avec l'article 5 Cst féd et pour ce motif, il y a lieu de renoncer à cette mesure.

- Examen sommaire du principe de subsidiarité

L'article 5a Cst fédérale établit le principe de subsidiarité par lequel il faut entendre qu'une mesure doit être décidée et mise en place par l'échelon administratif le plus proche des administrés et qui est à même de prendre une mesure uniforme.

L'article 55a LAMal proposé attribue aux cantons la responsabilité de la décision et l'exécution de la mesure. Cet échelon administratif coïncide avec l'échelon de calcul des primes d'assurances-maladie et correspond également à celui des centres de récolte des données statistiques.

Cet échelon souffre pourtant de deux défauts essentiels :

Le premier, et le plus évident, est que les coûts des soins à la population est aujourd'hui une donnée politique qui pèse lourdement sur les campagnes électorales. Ainsi, il est hautement probable qu'une mesure cantonale puisse être ordonnée, non pas en application du principe de proportionnalité ci-dessus exposé, mais pour des motifs d'opportunité politique. L'exemple de Genève qui voit son Conseiller en charge de ce dossier tintinnabuler à tout propos sur les coûts de la santé à quelques mois d'une échéance électorale difficile en est un exemple assez parlant (et effrayant).

L'échelon décisionnel cantonal ne peut également qu'avoir des effets dans les cantons voisins. Ainsi, pour reprendre l'exemple de Genève, une mesure éventuelle de plafonnement à Genève aura principalement pour effet de construire des centres de soins dans le canton de Vaud voisin avec l'intention affichée d'y attirer les patients genevois. Une telle circonstance, dans la logique de la rédaction proposée de l'article 55a LAMal pèsera sur les coûts de la santé à Genève de la même manière que si la mesure n'avait pas été prise. Aussi déterminerait-elle le canton de Genève à agir de tous ses moyens pour amener le canton voisin à prendre une mesure semblable. La nature du territoire suisse ne fait pas d'un tel exemple une exception.

Ainsi, à l'évidence, l'échelon cantonal pour la mise en œuvre de la disposition proposée ne répond pas au principe de subsidiarité, les zones de pertinences devant tenir compte de la nature de l'offre locale et du mouvement naturel des patients.

2^{ème} observation :

Dans son étude *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter* précitée¹⁶ (pp 34 et ss), le Prof Domenighetti souligne l'importance de mettre en place une voie de recours contre une mesure du type du plafonnement des médecins. En l'état, il n'existe aucune voie de recours possible contre la mesure qui aura été ordonnée par une loi cantonale en application de la loi fédérale. C'est là une lacune qui fragilise l'entier de l'édifice dans la mesure où ni les associations de patients, ni les assureurs, ni les médecins ne pourront opposer leur droit à l'encontre d'une expression politique qu'aujourd'hui à tout le moins chaque observateur peut reconnaître biaisée.

Il y a lieu en conséquence de prévoir une voie de recours extraordinaire auprès d'une Autorité fédérale avec plein pouvoir de cognition de la matière, voie de recours seule à même de garantir une application cantonale conforme à la loi fédérale et d'application uniforme sur l'ensemble du territoire conformément au principe de subsidiarité.

3^{ème} observation :

L'alinéa 2 de la disposition transitoire est rédigé ainsi :

Les réglementations cantonales en matière de limitation des admissions à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent être adaptées dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du ... aux dispositions de l'art. 55a.

Cette disposition fonde l'application de l'article 55a LAMal actuel, par les cantons pour un nouveau délai de 2 ans. Or il se trouve que cette disposition n'a effet que jusqu'au 30 juin 2019¹⁷. Par ailleurs, une loi déclarée urgente, en application de l'article 165 al 4 Cst féd ne peut pas être renouvelée.

En ce sens, des dispositions d'application cantonales de l'article 55a LAMal cessent d'avoir une base légale à compter du 30 juin 2019, date à partir de laquelle cette disposition n'a plus d'effet. Il convient en conséquence de faire coïncider les dates de mise en œuvre du droit cantonal avec le droit fédéral et déterminer un délai expirant le 30 juin 2019.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente et vous prie de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de ma haute considération.



Dr Pierre Froidevaux

¹⁶ Prof Domenighetti, *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter*, Université de Lausanne, août 2011.

¹⁷ RO 2016 2265.

Textes cités et références documentaires

Internet

Texte de la loi modifiée.

(<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html>)

Exposé des motifs.

(<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html>)

Rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017, Possibilité de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins.

(<https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2016/20163000/Bericht%20BR%20F.pdf>)

Prof Domenighetti, Médecine ambulatoire : principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés, (Médecine et Hygiène, février 1998, n°56, pp 381-388).

(<https://ideas.repec.org/p/lau/crdeep/9801.html>)

Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires Analyse bibliographique et débats d'experts concernant les prévisions et la planification des effectifs médicaux dans le secteur ambulatoire en Suisse, Document de travail 5, Stefan Spycher, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), Berne, Octobre 2004.

(<http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/previsions-et-planification-dans-le-domaine-des-soins-ambulatoires>)

Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Document de travail 22, OBSAN, Neuchâtel, avril 2007.

(<http://www.obsarbeitsdokumentan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/-33.pdf>)

Revue médical suisse n° 109, avril 2007 *Densité médicale et coûts de la médecine ambulatoire : la fin des certitudes*. (<https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-109/2567>)

La Santé en Chiffres, recueil statistique canton de Genève, août 2007 p 116 ad T 7.6.3 : Médecins en exercice, selon le sexe, depuis 1990

(<http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2007/analyses/etudes/an-ed-2007-45.pdf>)

Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter, Université de Lausanne, août 2011

(http://repository.supsi.ch/7905/1/Rapp_Medicine_de_ville2001.pdf)

Evolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier, Obsan Bulletin 3/2017

(http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_bulletin_2017-03_f.pdf)

Spitex Schweiz · Sulgenauweg 38 · 3007 Bern

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2017

Änderung des KVG: Zulassung von Leistungserbringern; Stellungnahme von Spitex Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zu obgenannter Vernehmlassung. Gerne nimmt Spitex Schweiz Stellung dazu.

Als nationaler Dachverband der Schweizer Nonprofit-Spitex vertreten wir die Interessen der Spitex-Verbände aller Kantone und der nahezu 600 lokalen gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Diese beschäftigen über 35'000 Mitarbeitende. Über 250'000 Personen werden von der gemeinnützigen Spitex zu Hause gepflegt und 112'000 Personen bei der Alltagsbewältigung unterstützt.

Spitex Schweiz geht nicht im Detail auf die Vorlage ein. Wir regen lediglich an, die Anwendung des elektronischen Patientendossiers (EPD) als ein weiteres Zulassungskriterium neuer Leistungserbringer aufzunehmen. Damit können die Verwendung des EPD und die Überwindung heute segmentierender Schnittstellen weiter vorangetrieben werden.

Die Organisationen der Spitex sind bereits heute mehrheitlich digital unterwegs. Aus Sicht von Spitex Schweiz sollten alle Akteure in der Behandlungskette möglichst zu einer Teilnahme verpflichtet werden. Leider ist bei der Behandlung der Vorlage diese Verpflichtung auf Druck verschiedener Leistungserbringer nicht umgesetzt worden. Das EPD kann dann seinen vollen Mehrwert realisieren, wenn alle involvierten medizinischen Leistungserbringer damit arbeiten.

Aus diesem Grund schlagen wir vor, Art. 36 KVG wie folgt zu ergänzen:

Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer

¹ Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie zugelassen sind.

² Neuzulassungen von im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen, setzen voraus, dass diese einer Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft beitreten, die nach Artikel 7 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier zertifiziert ist.

^{2bis} Der Bundesrat legt die weiteren Voraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Absatz 1 erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Diese Voraussetzungen beziehen sich je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen.

³ ...

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Spitex Verband Schweiz



Marianne Pfister
Geschäftsführerin
pfister@spitex.ch



Patrick Imhof
Leiter Politik und Grundlagen
imhof@spitex.ch

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société suisse des médecins-dentistes
Società svizzera odontoiatri
Swiss Dental Association

Sekretariat/Secrétariat
Münzgraben 2, Postfach, CH-3001 Bern
Telefon 031 313 31 31, Fax 031 313 31 40
E-mail: sekretariat@sso.ch
CHE 105.830.570 MWST

SSO



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Herrn Bundesrat Alain Berset
Inselgasse
3011 Bern

per Email (pdf und word):
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2017

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Zulassung von Leistungserbringern)
Stellungnahme der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO bedankt sich für die Gelegenheit zur Abgabe ihrer Stellungnahme zu der rubrizierten Vernehmlassung.

Die vorliegende Thematik der Zulassungsvoraussetzungen steht ausschliesslich im Kontext mit den Leistungserbringern unter dem KVG, welche zu Lasten der OKP Leistungen erbringen können und dürfen (weitergehende Bereiche sind werden davon nicht berührt). Im Gegensatz zu den ärztlichen Leistungen werden zahnärztliche Leistungen nur sehr rigide im Rahmen des gesetzlichen Umfangs gemäss Art. 31 KVG zu Lasten der OKP gewährt. Deshalb ist die schweizerische Zahnärzteschaft zwar nicht gleichmassen betroffen wie die anderen Leistungserbringer unter dem KVG, doch besteht nichtsdestotrotz ein grosses Interesse an einer qualitativ hochstehenden Leistungserbringung zu Lasten der OKP und schlussendlich befriedigenden Einbettung derselben im Schweizerischen Gesundheitssystem, insbesondere aus Sicht der SSO im Gesamtkontext zur zahnmedizinischen Versorgung in der Schweiz.

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass in der Schweiz, anders als bei den Humanmedizinerinnen, kein Zahnärztemangel herrscht. Aufgrund der abgeschlossenen bilateralen Verträge mit der EU im Jahr 2002 wurde die Schweiz mit ausländischen Zahnärzten, deren Diplome nunmehr automatisch anerkannt wurden, regelrecht überschwemmt. Dies zeigt auch eindrücklich die innert Kürze überproportionale Anzahl anerkannter EU-Diplome in der Schweiz im Vergleich zu den eidg. Abschlüssen in der Zahnmedizin über einen deutlich längeren Zeitraum (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1.html>).

Soweit die Humanmediziner betreffend kann die SSO in vielen Punkten die von der FMH eingereichten Stellungnahme vom 20. Oktober 2017 unterstützen.

Es gibt aber im vorgelegten Revisionsentwurf offensichtliche Unklarheiten im Zusammenhang mit der Einordnung der Zahnärztinnen und Zahnärzte als anerkannte Leistungserbringer zu Lasten der OKP. Es ist nicht klar, welche der vorgeschlagenen Regelungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte gelten sollen. In Art. 35 Abs. 2 KVG sind sie nicht erwähnt. Der bisherige Art. 36 Abs. 3 hielt KVG fest, dass sie für Leistungen nach Art. 31 Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt seien. Dieser Absatz soll mit der dem vorgeschlagenen Art. 36 wegfallen. Der Erläuternde Bericht hält aber unter Art. 36 Abs. 1 fest, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte betroffen seien, soweit deren Leistungen zulasten der OPK gingen (S. 24). Es ist nicht klar, ob die Zahnärztinnen und Zahnärzte als Leistungserbringer nach Art. 36 Abs. 1 und damit nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-g, m und n gelten, womit der vorgeschlagene Art. 55a sie nicht betreffen würde, oder ob die bisherige Bestimmung von Art. 36 Abs. 3 weiterhin gültig wäre. In der momentanen Fassung fallen sie unter keine der vorgeschlagenen Änderungen. Die – freilich unsichere – Schlussfolgerung müsste demnach sein, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte für Leistungen gemäss Art. 31 zu Lasten der OKP tätig sein können, ohne zugelassen zu sein.

Diese Unklarheit ist aus dem Weg zu räumen und unter Einbezug der SSO eine neue Formulierung zu finden resp. es ist der Inhalt des bisherigen Art. 36 Abs. 3 KVG im Text der Revisionsvorlage zu übernehmen.

Zu den einzelnen Änderungen

Art. 36 Abs. 3

Von dieser Regelung werden die Zahnärztinnen und Zahnärzte zwar kaum betroffen sein (so sie es denn überhaupt sind). Dennoch leuchtet nicht ein, wie auch die FMH ausführt, warum nach einer Weiterbildung noch die Möglichkeit geschaffen werden sollte, zusätzliche zwei Jahre warten zu müssen. Aus unserer Sicht sollte, wenn schon zwischen Abschluss der Ausbildung und der Zulassung eine Wartezeit eingeschoben werden soll, wenigstens eine Weiterbildung in der Schweiz, die mindestens drei Jahre dauert, ausreichend sein.

Art. 36 Abs. 3bis

Analog zu den Ausführungen unter Art. 36 Abs. 3 sollte hier gelten, dass auch mindestens eine Weiterbildung als praktische Tätigkeit angerechnet wird. Das ist zu präzisieren.

Art. 36 Abs. 4

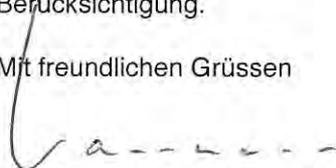
Für Zahnärztinnen und Zahnärzte, bei denen die Leistungen zu Lasten der OKP nur einen geringen Teil ausmachen, ist diese Bestimmung zu restriktiv. Der Aufwand für die Erhebung und Lieferung der Daten ist unverhältnismässig.

Art. 36 Abs. 5 und Abs. 6

Wir sehen, wie auch in der Stellungnahme der FMH ausgeführt, die Einsetzung einer Organisation durch die Versicherer kritisch. Die Organisation ist jedenfalls paritätisch mit Vertretern der Leistungserbringer und insbesondere unter Einbezug einer angemessenen Vertretung der Zahnärzteschaft zu besetzen.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Abgabe vorliegender Stellungnahme und danken für deren Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüssen



Simon Gassmann, lic.iur. Rechtsanwalt LL.M.
Generalsekretär SSO

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Sowie per E-Mail an
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 25. Oktober 2017

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)
Stellungnahme des SVBG**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Der svbg (Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen) ist der grösste Dachverband von Gesundheitsberufen in der Schweiz. Er vertritt 14 Mitgliedverbände (siehe Liste im Anhang) und insgesamt rund 52'000 Gesundheitsfachpersonen. Im Namen des svbg bedanken wir uns für die Möglichkeit, zur Teilrevision des KVG / Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen.

Allgemein

Der svbg und seine Mitgliedverbände setzen sich seit Jahren dafür ein, die Gesundheitsversorgung an Qualitätskriterien zu koppeln und am Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten, u.a. indem sie Qualitätsnachweise, Fortbildungsnachweise usw. bei ihren Berufsangehörigen einfordern.

- Der svbg unterstützt einen durch die Leistungserbringer zu erbringenden Fortbildungsnachweis, der von den zulassenden Behörden regelmässig eingefordert werden kann. Die Berufsverbände müssen dabei in der Erarbeitung, Festlegung und Kontrolle der zu anerkennenden Fortbildungen eine zentrale Rolle spielen können.
- Ein wichtiges Qualitätskriterium ist die Sprachkompetenz der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen. Der Nachweis von Sprachkenntnissen derjenigen Landessprache, in welcher die Gesundheitsfachpersonen arbeiten, ist unerlässlich. Das Kompetenzniveau B2 ist zwingend erforderlich.

Vor diesem Hintergrund beurteilen wir einige der von Ihnen geplanten Änderungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) kritisch oder lehnen Sie ab:

Der Bundesrat legt gemäss Artikel 36 Absatz 2 die Voraussetzung fest, welche die Leistungserbringer erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten.

Grundsätzlich begrüsst der svbg diese neue Kompetenz des Bunderates und schätzt die Bemühungen, eine hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung anzustreben. *Allerdings ist es unerlässlich, dass die Berufsverbände bei der Erarbeitung und Festlegung dieser Qualitätsvorgaben entscheidend eingebunden sind – seien diese Vorgaben struktureller Art oder bezogen auf die Aus- und Weiterbildung. Ausserdem sind schon bestehende, in und Qualitätssicherungsverträgen festgelegte Qualitätsvorgaben zu berücksichtigen.*

Der Bundesrat kann gemäss dem Vorschlag für die Zulassung nach der Aus- und Weiterbildung von Leistungserbringern nach Art 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n eine zweijährige Wartefrist vorsehen (Art. 36 Abs. 3).

Der Mangel an Gesundheitsfachpersonal ist dramatisch. Um den Bedarf an Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zu decken sind wir bereits heute abhängig von Fachkräften mit einem ausländischen Diplom. Der svbg begrüsst grundsätzlich eine Wartefrist von 2 Jahren, um in die Freiberuflichkeit eintreten zu können.

Die weitere Verzögerung der Zulassung von freiberuflich tätigen Gesundheitsfachpersonen mittels einer zusätzlichen Wartefrist von zwei Jahren scheint alleine durch Kostengründe motiviert und behindert eine bedarfsgerechte Versorgung. Aus diesem Grund lehnen wir eine solche Wartefrist kategorisch ab.

Um den Nachweis der Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu erbringen, soll eine Prüfung abgelegt werden (Art. 36 Abs. 3bis).

Es ist im Sinn einer qualitativ guten Versorgung, von Personen mit einem ausländischen Diplom und zweijähriger praktischer Tätigkeit eine Prüfung über die geforderten Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu verlangen.

Allerdings macht diese Auflage keinen Sinn bei Berufsangehörigen mit einem Diplom gemäss KVV, Art. 46 und Abschnitt 6 und zweijähriger praktischer Tätigkeit. Sie verfügen bereits durch ihre Ausbildungen über die wesentlichen Kenntnisse über das Schweizer Gesundheitssystem.

Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, welche über die Zulassung entscheidet (Art. 36 Abs. 5).

Der svbg wehrt sich gegen Bestrebungen, die zu noch mehr Administration und zusätzlicher finanzieller Belastung für die Leistungserbringer führen. Die Organisation wäre als zusätzliches Instrument neben der kantonalen gesundheitspolizeilichen Bewilligung zu verstehen, verursacht zusätzlichen Aufwand und damit Kosten.

Aus Sicht des svbg müssten demokratisch legitimierte Instanzen über die sozialversicherungsrechtliche Zulassung befinden und nicht eine durch Versicherer bestimmte Organisation. Zudem sind wir der Ansicht, dass bereits genügend legitimierte Instanzen über diese Fähigkeiten verfügen (Kantone auf Grund ihrer gesundheitspolizeilichen Befugnisse und die Krankenversicherer auf Grund bestehender Zulassungsmechanismen wie ZSR). Die Gründung einer neuen Organisation ist somit obsolet.

Die Kantone erhalten die Befugnis, die Neuzulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken. Dabei sind die Beschäftigungsgrade zu berücksichtigen (Stichwort Teilzeitarbeit) und die Situation in den anderen Kantonen (Art. 55 Abs. 1-3). Darüber hinaus dürfen die Kantone Neuzulassungen stoppen. Massgebend ist entweder auf Kantonsebene eine übermässige Kostenentwicklung in einem Fachgebiet im Vergleich mit den anderen

Fachgebieten. Oder aber die Kosten im fraglichen Fachgebiet steigen im betreffenden Kanton stärker als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (Art. 55 Abs. 6).

Mit diesem Ansatz drohen 26 unterschiedliche Praxen in der Umsetzung. Was es aus unserer Sicht vielmehr braucht, ist eine überregionale Betrachtungsweise. Denn die heutige Realität sind Versorgungsräume, welche über die Kantons Grenzen hinausgehen. Diesbezüglich verweisen wir auf die Stellungnahme der FMH.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Claudia Galli
Präsidentin



André Bürki
Geschäftsführer

Aktivmitglieder

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK / ASI www.sbk-asi.ch
- Schweizerischer Verband Medizinischer PraxisFachpersonen SVA, www.sva.ch
- Schweizerischer Hebammenverband SHV/ASSF, www.hebamme.ch
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS / ASE, www.ergotherapie.ch
- Kinaesthetics Schweiz, www.kinaesthetics.ch
- Schweizerischer Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker labmed www.labmed.ch
- Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen SVDE / ASDD, www.svde-asdd.ch
- LangzeitSchweiz, Fachverband für Langzeitpflege und –betreuung, www.langzeitschweiz.ch
- Homöopathie Verband Schweiz HVS, www.hvs.ch
- Schweizerischer Verband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Swiss Orthoptics, www.orthoptics.ch

Passivmitglieder

- Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen & Logopäden, www.logopaedie.ch
- Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste vpod / ssp, www.vpod-ssp.ch
- SYNA – Die Gewerkschaft Gesundheits- und Sozialwesen, www.syna.ch
- Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen-Massage SVFM, www.fussreflexzonenmassage.ch



P.P. CH-3000 Bern Post CH AG
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Sowie per E-Mail an
leistungen@bag.admin.ch

Bern, 20. Oktober 2017

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Vernehmlassung zur Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen des Schweizerischen Verbands der Ernährungsberater/innen SVDE bedanken wir uns für die Einladung zur Vernehmlassung zu oben erwähntem Revisionsvorhaben. Gerne nehmen wir zur geplanten Gesetzesänderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Allgemein

Im Dezember 2015 lehnte das Parlament die definitive gesetzliche Verankerung der Zulassungssteuerung ab. Dem SVDE ist es ein zentrales Anliegen, die Gesundheitsversorgung an Qualitätskriterien zu koppeln und am Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten.

- Der SVDE unterstützt einen durch die Leistungserbringer zu erbringenden Fortbildungsnachweis, der von den zulassenden Behörden regelmässig eingefordert werden kann.
- Ein wichtiges Qualitätskriterium ist die Sprachkompetenz der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen. Der Nachweis von Sprachkenntnissen derjenigen Landessprache, in welcher die Gesundheitsfachpersonen arbeiten, ist unerlässlich. Das Kompetenzniveau B2 ist zwingend erforderlich.



- Grundsätzlich erachten wir es als sinnvoll und wichtig, einheitliche Anforderungen und Instrumente zur Kontrolle von Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen im Gesetz festzulegen. Insbesondere auch die im Bericht festgehaltenen Massnahmen zur Kostenkontrolle bei den universitären Medizinalberufen unterstützen wir.

Vor diesem Hintergrund beurteilen wir einige der von Ihnen geplanten Änderungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) skeptisch oder lehnen Sie ab:

Der Bundesrat legt gemäss Artikel 36 Absatz 2 die Voraussetzung fest, welche die Leistungserbringer erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten.

Grundsätzlich begrüsst der SVDE diese neue Kompetenz des Bundesrates und schätzt das Bestreben, eine hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung anzustreben. Allerdings ist es für den SVDE unerlässlich, dass die Berufsverbände bei der Erarbeitung und Festlegung dieser Qualitätsvorgaben entscheidend eingebunden sind – seien diese Vorgaben struktureller Art oder bezogen auf die Aus- und Weiterbildung.

Der Bundesrat kann gemäss dem Vorschlag für die Zulassung nach der Aus- und Weiterbildung von Leistungserbringern nach Art 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n eine zweijährige Wartefrist vorsehen (Art. 36 Abs. 3).

Der Mangel an Gesundheitsfachpersonal ist dramatisch. Um den Bedarf an Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zu decken sind wir bereits heute abhängig von Fachkräften mit einem ausländischen Diplom.

Die Verzögerung der Zulassung von freiberuflich tätigen Gesundheitsfachpersonen mittels einer Wartefrist scheint alleine durch Kostengründe motiviert und behindert eine bedarfsgerechte Versorgung. Aus diesem Grund lehnen wir eine solche Wartefrist kategorisch ab.

Um den Nachweis der Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu erbringen, soll eine Prüfung abgelegt werden (Art. 36 Abs. 3bis).

Es ist im Sinn einer qualitativ guten Versorgung, von Personen mit einem ausländischen Diplom und zweijähriger praktischer Tätigkeit eine Prüfung über die geforderten Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu verlangen.

Allerdings macht diese Auflage keinen Sinn bei Ernährungsberater/innen mit einem Diplom gemäss KVV, Art. 46 und 50a und zweijähriger praktischer Tätigkeit. Sie verfügen bereits durch ihre Ausbildungen über die wesentlichen Kenntnisse über das Schweizer Gesundheitssystem.



Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, welche über die Zulassung entscheidet (Art. 36 Abs. 5).

Der SVDE ist gegen Bestrebungen, die zu noch mehr Administration und zusätzlicher finanzieller Belastung für die Leistungserbringer führen. Die Organisation wäre als zusätzliches Instrument neben der kantonalen gesundheitspolizeilichen Bewilligung zu verstehen und verursacht Kosten. Diese Kosten würden bei den freiberuflichen Ernährungsberater/innen in die Vollkostenberechnung einfließen. Aus Sicht des SVDE müssten demokratisch legitimierte Instanzen über die sozialversicherungsrechtliche Zulassung befinden und nicht eine durch Versicherer bestimmte Organisation. Zudem sind wir der Ansicht, dass bereits genügend legitimierte Instanzen über diese Fähigkeiten verfügen (Kantone auf Grund ihrer gesundheitspolizeilichen Befugnisse und die Krankenversicherer auf Grund bestehender Zulassungsmechanismen wie ZSR). Die Gründung einer neuen Organisation ist somit obsolet.

Die Kantone erhalten die Befugnis, die Neuzulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken. Dabei sind die Beschäftigungsgrade zu berücksichtigen (Stichwort Teilzeitarbeit) und die Situation in den anderen Kantonen (Art. 55 Abs. 1-3). Darüber hinaus dürfen die Kantone Neuzulassungen stoppen. Massgebend ist entweder auf Kantonebene eine übermässige Kostenentwicklung in einem Fachgebiet im Vergleich mit den anderen Fachgebieten. Oder aber die Kosten im fraglichen Fachgebiet steigen im betreffenden Kanton stärker als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (Art. 55 Abs. 6).

Für unseren Verband öffnen diese Ansätze Bürokratie und Willkür Tür und Tor. Es drohen 26 unterschiedliche Praxen. Was es vielmehr braucht, ist eine überregionale Betrachtungsweise. Denn die heutige Realität sind Versorgungsräume, welche über die Kantons-grenzen hinausgehen. Zumal die einzelnen Kantone gar nicht die Zahlen und Instrumente für eine bedarfsgerechte Steuerung hätten. Wir verweisen hier auf die Ausführung der Stellungnahme der FMH.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Antwort und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Gabi Fontana
Präsidentin SVDE



Barbara Richli
Vizepräsidentin SVDE



In eigener Sache

Der Schweizerische Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) vereint diejenigen Ernährungsberater/innen, die gemäss der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 46 und 50a) befugt sind, Leistungen nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, Art. 9b) zu erbringen. Mit seinen mehr als 1000 Mitgliedern repräsentiert der SVDE über 80% der gesetzlich anerkannten Ernährungsberater/innen. Der SVDE ist seit seiner Gründung im Jahr 1942 ein unabhängiger Berufsverband innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens, politisch neutral und orientiert sich an einer vernetzten und wissenschaftlich fundierten Sichtweise der Ernährungsberatung und an international und national anerkannten Ernährungsempfehlungen.

Versand per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Ihre Kontaktperson:

Frau Regula Lüthi, Präsidentin Swiss Nurse Leaders regula.luethi@upkbs.ch

25. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Alain Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir, Swiss Nurse Leaders Schweiz, die Vereinigung der Schweizer Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung zur Teilrevision der Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Gerne nehmen wir zur Vorlage Stellung.

Grundsätzliches

Es ist uns ein zentrales Anliegen, die Teilrevision primär aus der Optik der Patientenversorgungssicherheit sowie -qualität und weniger aus der standespolitischen Sicht zu betrachten.

Wir beziehen uns hauptsächlich auf die drei Interventionsebenen in der Vorlage sowie auf die entsprechenden Änderungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung.

Ad 1.2 Die beantragte Neuregelung

Ad 1.2.1 Erste Interventionsebene: erhöhte Anforderungen an die Berufspraxis

Nebst den laufenden Bestrebungen mehr Fachpersonal selber auszubilden, sind wir weiterhin auf die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitsfachpersonal angewiesen. Wir unterstützen den vorgeschlagenen Sprachnachweis in der entsprechenden Landessprache des Arbeitsortes auf Kompetenzniveau B2. Dies entspricht bereits der gängigen Praxis in den meisten Gesundheitseinrichtungen. Jedoch lehnen wir einen Nachweis über die Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems ab. In vielen Gesundheitsorganisationen oder von Berufsverbänden werden entsprechende Weiterbildungen bereits angeboten, da man dies als wesentliche Kompetenz, nicht zuletzt zum Verständnis unserer Kultur, erkannt hat.

Ad 1.2.2 Zweite Interventionsebene: Stärkung der Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP

Wir lehnen eine zweijährige Wartefrist ab und erkennen keinen Anreiz, wie es im Entwurf formuliert wird. Es hat den Charakter einer zweijährigen Bedenkfrist, was uns als gewagte Hypothese vorkommt.

Des Weiteren lehnen wir einen weiteren Ausbau der Versicherer ab, indem sie Organisationen bezeichnen, die Leistungserbringer zu Lasten der OKP zulassen können. Die Weiterentwicklung der Qualität und dessen Transparenz braucht neue Denkanstösse und kann nicht weiter allein von „ausser“ oder über Zulassungskriterien reguliert werden. Wir denken an die aktive Förderung von Programmen wie zum Beispiel „interprofessionelle Peer Reviews“ die in den Betrieben auf Dialog und Lernkultur setzen. Denn es braucht ein professionsübergreifendes Qualitätsverständnis, das sich an den Patientinnen und Patienten orientiert und als Kooperationsprozess verstanden wird. Die Leistungserbringer brauchen mehr Anreize, damit sie sich selber um die Qualität ihrer Arbeit kümmern und nicht einfach Qualitätsmessdatenlieferanten sind.

Ad 1.2.3 Dritte Interventionsebene: Zulassungsbeschränkungen

Wenn man bei Zulassungsbeschränkungen, im Sinne einer quantitativen Steuerung, an Leistungserbringern festhält, muss diese Kompetenz weiterhin auf nationaler Ebene angesiedelt bleiben. Die Übertragung an die Kantone würde den „Kantönligeist“ massiv fördern und wir hätten in Kürze 26 unterschiedliche Auslegungen. Dies wäre nicht zuletzt eine weitere verschärfte Einschränkung für Patientinnen und Patienten. Im Weiteren unterstützen wir die Positionen der FMH und des SBK zu diesem Punkt.

Zusammenfassend erachten wir folgende Punkte als wesentlich:

- Steuerung der Gesundheitsversorgung über Qualitätsvorgaben (Metaebene), die interprofessionell entwickelt und praktiziert werden
- Auf Anreize setzen, die sich an einer sicheren, qualitativ guten und finanzierbaren Gesundheitsversorgung schweizweit orientieren.
- Steuerungsinstrumente einsetzen, die sich vornehmlich auf die Versorgungssicherheit und –qualität beziehen. Der Bedarf für die Bevölkerung muss regelmässig vom Bund erhoben und Leistungsangebote entsprechend gesteuert werden. Die Versorgung hört nicht an der Kantonsgrenze auf. Es darf keinesfalls eine Verschärfung der Versorgungsqualität durch unterschiedliche kantonale Auslegungen sowie durch unterschiedliche Anwendungen in der Praxis entstehen.

Mit freundlichen Grüssen



Regula Lüthi
Präsidentin Swiss Nurse Leaders



Ruth Schweingruber
Geschäftsführerin

Eidgenössisches Departement des Innern
Herr Alain Berset, Departementsvorsteher
Inselgasse 1
3003 Bern
Per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Zürich, 19. Oktober 2017

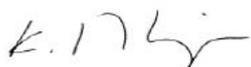
Stellungnahme der Swiss Medi Kids AG zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Swiss Medi Kids AG nimmt gerne die Gelegenheit wahr, nachfolgend eine konkrete Stellungnahme zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich der Zulassung der Leistungserbringer einzureichen. Wir sind von der Revision betroffen, da unsere Unternehmung mit einem sehr starken Kinderärztemangel kämpft. Der Zulassungsstopp verringert unsere Möglichkeiten, genügend Kinderärzte für unsere zentralen Standorte mit grossen Einzugsgebieten zu rekrutieren, um damit die Versorgung der Kleinsten sicherzustellen. Der gravierende Kinderarztmangel betrifft nicht nur unsere Unternehmung, sondern alle pädiatrischen Dienstleister in der Schweiz, welche die Grund- sowie die Notfallversorgung der Kinder abdecken müssen. Wir beantragen daher, dass die Teilrevision klarstellt, dass Kinder- und Jugendärzte von der Zulassungsregulierung ausgenommen werden oder eventualiter Ausbildungen an gleichwertigen deutschen und österreichischen Spitälern derjenigen in der Schweiz gleich gestellt werden.

Wir bitten das EDI/BAG, unsere Eingabe zu prüfen. Für die Berücksichtigung unserer Argumente bedanken wir uns im Voraus herzlich.

Freundliche Grüsse



Katja Berlinger
Gesamtverantwortliche Leitung



Petros Ioannou
Ärztlicher Leiter

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|---|---------|
| A. | Das Swiss Medi Kids Konzept | Seite 3 |
| B. | Kernpunkte im Detail | Seite 3 |
| I. | Rekrutierung von Kinderärzten / Swiss Medi Kids | Seite 3 |
| II. | Fakten zur medizinischen Unterversorgung Schweizer Kinder | Seite 3 |
| III. | Lösungsvorschläge | Seite 5 |
| C. | Abbildungs- und Beilagenverzeichnis | Seite 5 |

A. Das Swiss Medi Kids Konzept

Die Swiss Medi Kids AG („SMK“) ist Trägerin der als ambulante Institution nach Art. 36a KVG organisierten Kinder Permanenzen in Zürich, Winterthur und Luzern und eine private Aktiengesellschaft. Das Konzept wurde 2011 lanciert, um das überfüllte Kinderspital von den weniger gewichtigen Notfällen zu entlasten und dem Kinderärztemangel entgegen zu wirken, indem Kinderärzte der Permanence an möglichst zentralen Standorten ein möglichst grosses Einzugsgebiet versorgen können. Niedergelassene Kinderärzte werden nicht konkurrenziert, sondern dahingehend ergänzt, dass die dort den Praxisablauf störenden Notfälle in die Permanence geschickt werden können. In der Permanence wird das Kind behandelt, und der niedergelassene Kinderarzt wird über die Behandlung informiert, so dass die Krankengeschichte lückenlos bleibt. Eltern, die keinen Kinderarzt finden, dürfen in den SMK Kinder Permanenzen auch die Grundversorgung beanspruchen (Entwicklungspädiatrie). Die Permanenzen Zürich und Winterthur haben im Jahr 2016 total fast 25'000 Kinder behandelt (Fälle, auf Monatsbasis addiert). Die Permanenzen haben täglich, auch an Feiertagen und somit an 365 Tagen im Jahr geöffnet. Über 60 Prozent der Konsultationen finden zu Randzeiten statt, wenn die anderen Kinderarztpraxen geschlossen haben. Von den derzeit 22 bei SMK beschäftigten Ärztinnen und Ärzten haben 20 den Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin, zwei den Facharzttitel Kinderchirurgie. Zudem arbeiten drei Ärzte mit dem Zusatz-Facharzt „Notfallpädiater“ bei SMK. Eine bereits sehr erfahrene Ärztin wird als Assistentin ausgebildet.

B. Kernpunkte im Detail

I. Rekrutierung von Kinderärzten / Swiss Medi Kids

Swiss Medi Kids hat so viele Patienten, dass die Dienste nur mit Rekrutierung von ausländischen Kinderärzten sichergestellt werden können. Die ansässigen Kinderärzte nehmen zum Teil die Telefone nicht mehr ab, und nehmen auch keine Neupatienten mehr. Als Überlaufventil stellen wir die medizinische Versorgung der Kleinsten sicher. Die von uns aus dem Ausland rekrutierten Kinderärztinnen und Kinderärzte werden hausintern eng begleitet und in Bezug auf die Schweizerischen Richtlinien der jeweiligen Kinderspitäler geschult. Alle Ärztinnen und Ärzte sprechen sehr gut Deutsch.

II. Fakten zur medizinischen Unterversorgung Schweizer Kinder

Im Bericht des Bundesrates vom 3. März 2017 über Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten wird erläutert, dass 1.5 bis 1.7 Ärzte für 10'000 Einwohner eine angemessene Versorgung repräsentieren. Dies entspricht umgerechnet rund 600 Patienten pro Arzt. Diese Zahl ist im Bereich der Kindermedizin bereits heute bei Weitem nicht gewährleistet, in bestimmten Regionen ist ein Kinderarzt für mehr als 1'000 kleine Patienten zuständig:

Abbildung 1: Anzahl Kinder pro Kanton und pro Kinderarzt¹

| Kantone | 0-4 Jahre | 5-9 Jahre | 10-14 Jahre | Gesamt 0-14 Jahre | Kinderärzte | 0-14 Jährige pro Kinderarzt |
|----------------|-----------|-----------|-------------|-------------------|-------------|-----------------------------|
| Zürich* | 78 372 | 71 005 | 66 212 | 215 589 | 181 | 1 191 |
| Bern | 48 502 | 46 728 | 46 337 | 141 567 | 94 | 1 506 |
| Waadt | 41 159 | 41 220 | 41 021 | 123 400 | 151 | 817 |
| St. Gallen | 25 467 | 24 399 | 25 327 | 75 193 | 44 | 1 709 |
| Basel-Stadt | 9 136 | 7 701 | 7 215 | 24 052 | 32 | 752 |
| Schwyz | 7 599 | 7 432 | 7 487 | 22 518 | 13 | 1 732 |
| Zug | 6 266 | 6 060 | 6 026 | 18 352 | 19 | 966 |
| Luzern* | 20 577 | 19 804 | 19 149 | 59 530 | 30 | 1 984 |

* Swiss Medi Kids ist in diesen Kantonen an zentralen Standorten präsent um die Notfallversorgung der Kleinsten zu sichern.

Diese Zahlen in der Tabelle berücksichtigen die folgenden Umstände noch nicht:

- Die Anzahl der Ärzte, die hier gezählt werden und lediglich Teilzeit arbeiten
- Die Anzahl Ärzte, die in den kommenden Jahren pensioniert werden
- Das Bevölkerungswachstum
- Die Anzahl unbenutzter ZSR-Nummern: Abklärungen mit SASIS haben ergeben, dass die Anzahl der Leistungserbringer nochmals massiv tiefer ist, wenn nach Leistungserbringern gefragt wird, die mindestens CHF 5'000.- pro Jahr abrechnen.

Es ist daher in einem Bereich, in dem die massive Unterversorgung der Schweizer Bevölkerung eindeutig nachgewiesen wird, nicht gerechtfertigt, den administrativen Aufwand für die Zulassung der dringend nötigen Kinderärztinnen und Kinderärzte zu beschränken. Es ist leider eine Tatsache, dass durch die kantonalen Strukturen der Zulassungsstopp missbraucht wird, um die Interessen der bestehenden Ärzteschaft zu stärken, die somit den Markt von Konkurrenz abschotten. So prüft beispielsweise der Kanton St. Gallen trotz erklärter Unterversorgung im Bereich der Kindermedizin gemäss Interpellation im Kantonsrat unter dem Titel des Zulassungsstopps ob einzelnen Ärzten die Zulassung verweigert werden soll, obwohl die Unterversorgung sogar im Parlament diskutiert wird (siehe Beilage 1: [vgl. Antwort der Regierung zur Interpellation 51.16.45](#)).

¹ Quellen: Anzahl Kinderärzte SASIS, Bevölkerungsstatistik BfS

III. Lösungsvorschläge

Wir schlagen im Bereich der Kinder- und Jugendärzte folgende Lösung vor:

- Befreiung der Berufsgruppe Kinder- und Jugendärzte vom Zulassungsstopp
- Im Rahmen des MedBG ist zu begrüssen, dass der B-Test in Deutsch sowie allfällig eine Tätigkeit als Assistenzärztin in einem Institut mit Weiterbildungsbewilligung von einem Jahr nötig ist, um danach die BAB zu erwerben. Damit wäre die Anpassung der ausländischen Ärztinnen und Ärzte an die Schweizer Begebenheiten sichergestellt.
- Eventualiter könnten Ausbildungen an österreichischen und deutschen Kinderkliniken der dreijährigen Tätigkeit in einer schweizerischen anerkannten Weiterbildungsstätte gleichgestellt werden.
- Eventualiter könnten mindestens für alle Kantone Mindestzahlen an Kinderärzten pro Kinder in der Bevölkerung vorgeschrieben werden, die sicherstellen, dass der Zulassungsstopp nicht angewendet werden darf, wenn die Anzahl Kinder pro behandelndem Kinderarzt 1'000 überschreitet. Im Idealfall seien Teilzeitstellen nur als Teilzeitstellen zu zählen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Argumente, da es nicht nachvollziehbar ist, dass im Bereich einer mit Fakten belegbaren Unterversorgung der Zulassungsstopp ermöglicht wird und damit faktisch ein Kartell der Schweizer Kinder- und Jugendärzte geschaffen wird. Mit dem Zulassungsstopp wird das eigentliche Ziel nicht erreicht: eine angemessene medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit fachlich und sprachlich adäquat qualifizierten Leistungserbringern.

C. Abbildungs- und Beilagenverzeichnis

| | | | |
|--------------|--|-------|---|
| Abbildung 1: | Anzahl Kinder pro Kanton und pro Kinderarzt | Seite | 4 |
| Beilage 1: | Schriftliche Antwort der Regierung des Kantons St. Gallen zur Interpellation Etterlin/Rorschach vom 19. September 2016 | | |

Interpellation Etterlin-Rorschach / Altenburger-Buchs vom 19. September 2016
(23 Mitunterzeichnende)

Sicherstellung der medizinischen und insbesondere kinderärztlichen Grundversorgung

Schriftliche Antwort der Regierung vom 2. November 2016

Guido Etterlin-Rorschach und Ludwig Altenburger-Buchs stellen in ihrer Interpellation vom 19. September 2016 Fragen bezüglich der kinderärztlichen Grundversorgung, denn zahlreiche Kinderärzte mit eigener Praxis würden in den nächsten Jahren das Pensionsalter erreichen und es gelinge bereits jetzt nicht mehr, deren Nachfolge sicherzustellen. Bezugnehmend auf den von Volk und Ständen angenommenen Gegenvorschlag zur Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» verweisen die Interpellanten auf die neu geschaffene Pflicht von Bund und Kantonen, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen.

Die Regierung antwortet wie folgt:

Die Regierung hat in verschiedenen Antworten auf parlamentarische Vorstösse die Wichtigkeit der medizinischen Grundversorgung betont, so beispielsweise im Jahr 2004 in der Antwort auf die Interpellation 51.04.26 «Medizinische Grundversorgung durch Hausärzte im Kanton St.Gallen». Darin wird u.a. das Erarbeiten eines attraktiven Weiterbildungscurriculums erwähnt. Ein solches Programm für angehende Hausärztinnen und -ärzte wurde im Jahr 2008 mit Erfolg im Kanton St.Gallen etabliert. In der Antwort auf die Interpellation 51.08.70 «Der Abwertung der Hausarztmedizin entgegengetreten» aus dem Jahr 2009 weist die Regierung darauf hin, dass die Hausarztmedizin einen zentralen Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung im Kanton bildet. Was die Grundversorgung zu leisten vermag, zeigen folgende Zahlen (aus www.hausaerzteschweiz.ch → Themen):

- 70 Prozent der Behandlungen erfolgen durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt ohne Überweisung oder weiterführende Untersuchung;
- 20 Prozent der Behandlungen mit weiterführenden Untersuchungen führt die Hausärztin bzw. der Hausarzt selbst durch;
- 10 Prozent der Überweisungen gehen an Spezialistinnen oder Spezialisten;
- 1 bis 2 Prozent werden direkt ins Spital überwiesen.

Zu den einzelnen Fragen:

1. Der Regierung ist es ein Anliegen, eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe medizinische und insbesondere pädiatrische Grundversorgung sicherzustellen. Es gilt aber zu bedenken, dass die heutige Ärzteschaft Gruppen- und Gemeinschaftspraxen vermehrt vorzieht und weniger Einzelpraxen mit grosser Verschuldung zu Beginn der Praxistätigkeit übernehmen möchte. Die moderne Ärztin bzw. der moderne Arzt wird zudem auch nicht mehr rund um die Uhr den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen (Einklang zwischen Arbeits- und Privatleben). Deshalb wird es zu Einzelpraxenschliessungen wegen erfolgloser Nachfolgesuche sowohl auf dem Land als auch in städtischen Gebieten kommen. Das bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten für den Arztbesuch möglicherweise grössere Distanzen als heute zurücklegen müssen. Viele grundversorgende Kinderärzte verweisen heute direkt an das Ostschweizer Kinderspital. Dieses führt eine Kindernotfallpraxis in Zusammenarbeit mit

niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten, auch zur Entlastung der niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte; geöffnet hat diese Kindernotfallpraxis vor allem abends und an Wochenenden.

2. Die hausärztliche Grundversorgung je Wahlkreis (Anzahl der Grundversorgenden und Anteil der über 55 Jahre alten Ärztinnen und Ärzte) präsentiert sich wie folgt:

| | Anzahl Grundversorgende¹ | davon Anzahl älter als 55 Jahre |
|-------------------------|--|--|
| Wahlkreis Rorschach | 39 | 23 |
| Wahlkreis Toggenburg | 45 | 22 |
| Wahlkreis Sarganserland | 40 | 19 |
| Wahlkreis Rheintal | 56 | 27 |
| Wahlkreis See-Gaster | 60 | 26 |
| Wahlkreis Werdenberg | 33 | 14 |
| Wahlkreis Wil | 88 | 36 |
| Wahlkreis St.Gallen | 164 | 65 |
| Kanton St.Gallen | 525 | 232 |

Die kinderärztliche Grundversorgung sieht folgendermassen aus:

| | Anzahl mit Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin² | davon Anzahl älter als 55 Jahre |
|-------------------------|---|--|
| Wahlkreis Rorschach | 5 | 4 |
| Wahlkreis Toggenburg | 0 | 0 |
| Wahlkreis Sarganserland | 3 | 1 |
| Wahlkreis Rheintal | 8 | 1 |
| Wahlkreis See-Gaster | 10 | 2 |
| Wahlkreis Werdenberg | 3 | 0 |
| Wahlkreis Wil | 9 | 4 |
| Wahlkreis St.Gallen | 24 | 3 |
| Kanton St.Gallen | 62 | 15 |

Im Wahlkreis Toggenburg gibt es keine Fachärztinnen oder Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin; diese Aufgabe übernehmen die Hausärztinnen und Hausärzte, die sich grösstenteils in Kinder- und Jugendmedizin weitergebildet haben. Schwierige Fälle werden einer Fachspezialistin oder einem Fachspezialisten in anderen Wahlkreisen oder direkt ans Ostschweizer Kinderspital überwiesen. Auch in anderen Wahlkreisen gibt es Hausärztinnen und Hausärzte, die zwar keinen Facharzttitle in Kinder- und Jugendmedizin besitzen, aber Weiterbildungsperioden in Kinder- und Jugendmedizin absolviert haben und deshalb auch Kinder ärztlich betreuen, so beispielsweise im Sarganserland.

In den letzten fünf Jahren erhielten vom Gesundheitsdepartement 27 Kinderärztinnen und -ärzte eine Berufsausübungsbewilligung in den Wahlkreisen St.Gallen (17), See-Gaster (4), Werdenberg (3) und Rorschach, Rheintal und Wil (je 1).

Mit welchen Engpässen in welchen Regionen in den nächsten Jahren gerechnet werden muss, ist schwierig zu beurteilen. Das hängt vor allem damit zusammen, ob Nachfolgeregelungen gefunden werden können und wie sich der Ausbau der Gruppenpraxen in den nächs-

¹ Fachärztin bzw. Facharzt in Allgemeiner Innerer Medizin oder praktische Ärztin / praktischer Arzt.

² Viele dieser Fachärztinnen und Fachärzte arbeiten Teilzeit.

ten Jahren entwickelt. Jedenfalls stellt die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Grundversorgung, insbesondere auch der kinderärztlichen Versorgung, eine Herausforderung der nächsten Jahre dar. Deswegen sind Massnahmen im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Medizinal- und Pflegepersonal wie auch zur Organisation des Notfalldienstes ergriffen worden (siehe Ziff. 3).

Die Nachfolgeproblematik trifft vor allem im Wahlkreis Rorschach am ehesten zu, denn dort sind 23 von 39 Ärztinnen und Ärzten (= 59 Prozent) der Erwachsenenmedizin und vier von fünf Kinderärztinnen bzw. -ärzten (= 80 Prozent) über 55 Jahre alt. Im Bereich der Gruppenpraxen lassen beispielsweise der jüngst erfolgte Markteintritt der Migros darauf schliessen, dass jedoch mit einem Ausbau dieser Angebote inskünftig zu rechnen ist.

3. Der Kanton hat bereits folgende Massnahmen zur Verbesserung und Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung ergriffen:
 - Neue Versorgungsmodelle wie Teilzeitarbeit, Gruppenpraxen und Gesundheitszentren sind möglich, indem Zulassungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsbewilligungen für Aktiengesellschaften oder GmbH erteilt werden.
 - Seit dem Jahr 2008 gibt es das Programm «Weiterbildung zur Hausärztin und Hausarzt im Kanton St.Gallen». Es beinhaltet eine sechsmonatige Praxisassistenten bei einem Hausarzt oder ein zweijähriges Curriculum. Eine angehende Hausärztin bzw. ein angehender Hausarzt kann dank diesem Programm beispielsweise eine sechsmonatige Weiterbildungsperiode im Ostschweizer Kinderspital absolvieren.
 - Die nächtlichen Notfalltelefonate einschliesslich Triagierung der Notfalltelefone können nachts an die Spitäler abgegeben werden.
 - Am Kantonsspital St.Gallen und am Spital Linth werden Notfallpraxen durch Grundversorgende betrieben.
 - Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pädiater und Pädiaterinnen, die eine Praxis im Kanton St.Gallen eröffnen möchten, sind nicht der Zulassungssteuerung unterworfen.
 - Es besteht ein Projekt «Medical Master» an der Universität St.Gallen (HSG) in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich, dem Universitätsspital Zürich, dem Kantonsspital St.Gallen und dem Ostschweizer Kinderspital mit Fokus auf Hausarztmedizin und interprofessioneller Zusammenarbeit.

Die Regierung ist der Meinung, dass für eine langfristige und nachhaltige Verbesserung der Versorgung insbesondere Massnahmen auf Bundesebene wie die Förderung der Aus- und Weiterbildung und Änderungen der Tarifgestaltung (Tarmed) mit Besserstellung der Kinder- und Hausarztmedizin erforderlich sind.

Eidgenössisches Departement
des Inneren (EDI)
Herrn
Bundesrat Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

| Ihr Zeichen | Ihre Nachricht vom | Dokument | Ihr Ansprechpartner | Datum |
|-------------|--------------------|--|--|------------|
| | | b_2017-09-29_ stellungnahme revision kvg | Hans Urs Schneeberger Tel.: 062 836 40 90 hansurs.schneeberger@vaka.ch www.swiss-reha.com | 29.09.2017 |

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern): Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu oben erwähntem Geschäft bedanken wir uns. Gerne nimmt SW!SS REHA, die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz, wie folgt Stellung:

SW!SS REHA lehnt die vorgesehenen Massnahmen zur Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern ab. Die vorgeschlagene Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes führt unter dem Vorwand der Kostensenkung und Qualitätsentwicklung zu einem signifikant höheren administrativen Aufwand und zu mehr Steuerung durch Bund, Kantone und die Versicherer.

Keine Dreifach-Hürden

Die vorgesehenen Massnahmen führen faktisch zu einem Drei-Hürden-System entlang der drei vorgeschlagenen Interventionsebenen, die wiederum mit vielen regulatorischen Unterpunkten verbunden sind, die mindestens teilweise auch noch fast beliebig ausgebaut werden können. Dies gilt insbesondere, aber nicht nur für die vorgesehenen Massnahmen auf der ersten vorgesehenen Interventionsebene des Medizinalberufegesetzes, welche nicht mehr im Krankenversicherungsgesetz, sondern auf Verordnungsstufe geregelt werden sollen. Damit steigt die Masse de Manoeuvre für die Verwaltung und als Folge davon die Gefahr von exzessiven, da nicht parlamentarisch über Gesetzesänderungen zu diskutierenden Verwaltungs-Interventionen.

SW!SS REHA lehnt solche Pauschal-Vollmachten ab, weil Rehabilitationskliniken mit ihrer starken Ausrichtung auf berufliche und soziale Integration verlässliche Rahmenbedingungen benötigen, um nachhaltige und damit auch langfristig angelegte Versorgung gewährleisten zu können.

Hinzu kommt, dass im Rahmen der zweiten Interventionsebene den Versicherern die Rolle zukommen soll, die Leistungserbringer vor der Berufsausübung nach den Kriterien des Bundesrates zu prüfen. Damit würden die Krankenversicherer eine Mit-Verantwortung bei der



Beurteilung der Versorgungsqualität übernehmen – eine Aufgabe, die ihnen verfassungsrechtlich nicht zusteht. Dabei sieht das KVG bereits heute vor, dass Aufgaben der Qualitätssicherung eine gemeinsame Aufgabe der Tarifpartner, also von Krankenversicherern und Leistungserbringern sein soll.

Wie wenn dies noch nicht genug wäre, sollen im Rahmen der dritten Interventionsebene auch noch - im Extremfall 26 - verschiedene kantonale Zulassungssysteme ermöglicht werden, die miteinander koordiniert werden sollen. Für SW!SS REHA braucht es keine Zulassungsbeschränkungen zur sozialen Krankenversicherung durch die Kantone, weil die Kantone sich in der ambulanten Versorgung nicht finanziell engagieren. Finanzierungs- und Entscheidungsverantwortung sollten nicht getrennt werden.

Administrativer Aufwand für die Leistungserbringer und deren Verbände

Die vorgesehenen Auflagen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Lieferung von Daten zur Qualitätsentwicklung an den Bund (Art. 36 Abs. 4 eKVG) sowie die Datenlieferung an den Kanton (Art. 55a Abs. 4 eKVG) führen für die Leistungserbringer zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand mit entsprechenden Kostenfolgen. Gleichzeitig beantwortet die Vorlage aber nicht, wie diese Mehraufwendungen der Kliniken finanziert werden sollen. Mit der Verpflichtung zur Datenlieferung wird die Grundlage für weitere staatliche Eingriffe und noch mehr Bürokratie gelegt.

Keine Höchstzahlen durch die Kantone

Die vorgesehene Ausdehnung der Beschränkung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte auf den spitalambulantem Bereich durch die Kantone lehnt SW!SS REHA ab. Eine solche Massnahme verkennt, dass Spitalambulatorien heute eine ganz andere Rolle einnehmen als freipraktizierende Ärzte. Sie stellen nämlich in vielen Fällen die Grundversorgung sicher und leisten damit einen wesentlichen Beitrag zu einer qualitativ guten Versorgung und zu einer kosteneffizienten Behandlung, weil Spitalambulanzen auch abends, nachts und an Wochenenden und Feiertagen verfügbar sind – dann wenn viele Arztpraxen geschlossen haben.

Hinzu kommt: Auch wenn ein Kanton keine Massnahmen zur Beschränkung der Zulassung ergreift, wird mit den vorgeschlagenen Massnahmen der administrative Aufwand erhöht, weil auch diese Kantone verpflichtet werden, sich mit den anderen Kantonen zu koordinieren. Es stellt sich dabei die Frage, wie dies konkret geschehen soll, wenn der eine Kanton gar nicht steuern will und der Nachbarkanton schon. Für die Rehabilitationsbranche sind solche Lösungen – selbst wenn sie unter föderalistischen Gesichtspunkten inhaltlich sinnvoll wären – nicht brauchbar, weil eine zunehmende Anzahl an Kliniken in mehreren Kantonen über Standorte im ambulanten und stationären Bereich verfügen und in der Rehabilitation sehr hohe ausserkantonale Patientenströme zu verzeichnen sind. Hier braucht es verlässliche nationale Lösungen, wenn eine Zulassungsbeschränkung ins Auge gefasst wird.

Aus analogen Gründen ist eine solche Zulassungsbeschränkung - wenn überhaupt - auf freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, weil Spitalambulatorien im ambulanten Bereich den Charakter von Endversorgern annehmen. In ländlichen Gebieten, wo die somatische Spital-Landschaft mindestens teilweise ausgedünnt wird, gilt dies übrigens für Rehabilitationskliniken ganz speziell, weil sie in solchen Gegenden stark präsent sind.

Keine Bestrafung von die Versorgung sichernden Anbietern

Die Bestimmung, wonach der Kanton vorsehen kann, dass kein Arzt im betroffenen Fachgebiet zu Lasten der Grundversicherung neu eine Tätigkeit aufnehmen kann, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen, ist abzulehnen.

Ein solcher Pauschalpassus kann die Entwicklung neuer Versorgungsangebote und damit die Beseitigung von Unterversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten, beispielsweise mit

neuen innovativen ambulanten Rehabilitationskonzepten blockieren. Daher sollte die Bestimmung ersatzlos gestrichen werden. Wenn an einer solchen Bestimmung festgehalten werden sollte, sollten die beiden Anforderungen mindestens kumulativ erfüllt sein (statt „oder“ als „und“ formulieren).

Mitspracherecht der Leistungserbringer

Das vorgeschlagene Anhörungsrecht („in einer oder anderen Form“, S. 14) für Leistungserbringer vermag angesichts der Tragweite der Entscheidungen nicht zu genügen. Die Formulierung „(bspw. schriftliche Anhörung, Arbeitsgruppe, Kommission usw.)“ (ebenfalls S. 14) ist diffus und vermag dem Umstand nicht Rechnung zu tragen, dass jeder betroffene Leistungserbringer zwingend anzuhören ist.

Freundliche Grüsse

SWISS REHA

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer



VAKA | Der aargauische Gesundheitspartner

Eidgenössisches Departement
des Inneren
Herrn
Bundesrat Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

| Ihr Zeichen | Ihre Nachricht vom | Dokument | Ihr Ansprechpartner | Datum |
|-------------|--------------------|--|--|--------------------|
| | | b_2017-09- 29_stellungnahme kvg revision | Hans Urs Schneeberger Tel.: 062 836 40 90 hansurs.schneeberger@vaka.ch | 29. September 2017 |

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme in oben genanntem Geschäft. Gerne nimmt die VAKA wie folgt Stellung:

Die VAKA bekennt sich zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem und lehnt die vorgesehenen Massnahmen zur Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern ab. Die vorgeschlagene Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes führt unter dem Vorwand der Kostensenkung und Qualitätsentwicklung zu einem signifikant höheren administrativen Aufwand und zu mehr Steuerung durch Bund, Kantone und die Versicherer. Der Wettbewerb wird eingeschränkt und die Kosten im Gesundheitswesen weiter erhöht. Die VAKA lehnt die vorgeschlagenen Massnahmen deshalb ab und fordert eine Ergänzung:

Verknappte Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Verschärfung der Anforderungen an die Berufsausübung von Fachleuten der Medizinal- und Gesundheitsberufe heben den Kontrahierungszwang durch die Hintertüre auf. Den Versicherern kommt die Rolle zu, die Leistungserbringer vor der Berufsausübung nach den Kriterien des Bundesrates zu prüfen. Damit nehmen die Versicherer eine Rolle als Gatekeeper wahr, die ihnen im Gesundheitssystem nicht zukommt. Der Bundesrat delegiert die Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern an die Versicherer und schleicht sich aus der Verantwortung.

Die VAKA lehnt die zweite Interventionsebene ab. Auf die Artikel 35 – 38 und 59 des Entwurfs zur Teilrevision KVG ist zu verzichten.

Administrativer Aufwand für die Leistungserbringer und deren Verbände

Die vorgesehenen Auflagen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Lieferung von Daten zur Qualitätsentwicklung an den Bund (Art. 36 Abs. 4 eKVG) sowie die Datenlieferung an den Kanton (Art. 55a Abs. 4 eKVG) führen für die Leistungserbringer zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand. Mit der Verpflichtung zur Datenlieferung wird die Grundlage für weitere staatliche Eingriffe und noch mehr Bürokratie gelegt.

Administrativer Aufwand für die Kantone

Die vorgesehene Beschränkung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone

lehnt die VAKA ab. Die Massnahme ist mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden. So werden die Kantone verpflichtet, den Beschäftigungsgrad zu erfassen und sich interkantonal zu koordinieren. Auch wenn der Kanton keine Massnahmen zur Beschränkung der Zulassung ergreift wird mit den vorgeschlagenen Massnahmen der administrative Aufwand erhöht. Der administrative Mehraufwand bei den Leistungserbringern und der Verwaltung dürfte die Einsparungen mehr als kompensieren.

Regelmässige Überprüfung der kantonalen Einschränkungen / Mitspracherecht der Leistungserbringer

Die kantonalen Zulassungsbeschränkungen sind regelmässig zu überprüfen und den aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Bedürfnissen der Leistungserbringer anzupassen. Aus diesem Grund ist den Leistungserbringern ein Antrags- und Mitspracherecht bei der Überprüfung einzuräumen. Die VAKA fordert den Artikel 55a des Revisionsentwurfs mit einem zusätzlichen Absatz zu ergänzen:

Art. 55a Abs. 6 eKVG:

Der Kanton überprüft die Zulassungsbeschränkungen jährlich und passt sie den aktuellen Entwicklungen an. Im Rahmen der Überprüfung hört er die Leistungserbringer und deren Verbände an.

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen und freundliche Grüsse

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer

VAKA
Laurenzenvorstadt 11
5001 Aarau



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail und A-Post:

Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Sekretariat

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS

Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

T +41 (0)31 330 90 01

F +41 (0)31 330 90 03

info@vlss.ch

www.vlss.ch

Bern, den 1. September 2017

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)
betreffend Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereichs**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) äussert sich ablehnend zur Gesetzesvorlage.

I. Allgemeine Bemerkungen

Einerseits hat das Parlament die mit Mängeln behaftete, befristete Zulassungsbeschränkung des 1. Juli 2013 nochmals über den 30. Juni 2016 hinaus bzw. bis zum 30. Juni 2019 verlängert. Andererseits wird jetzt eine Vorlage präsentiert, welche zwar immer noch gewisse Verbesserungen beinhaltet, aber – wie bei Vorlagen des EDI seit der Verabschiedung der Strategie Gesundheit2020 allgemein beobachtet – im Sinne einer Überregulierung deutlich über das Ziel hinausschiesst.

Der ärztliche Beruf gehört zu den am meisten regulierten Berufen. Mit dem Erlass des Medizinalberufegesetzes wurden die Anforderungen nochmals erheblich heraufgesetzt. Im Gegensatz zur ursprünglichen Regulierung setzt heute die Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ein eidgenössisches Diplom und eine vom Bundesrat anerkannte, abgeschlossene Weiterbildung voraus.

Art. 55a KVG verfolgt eine andere Zielsetzung. Der Bund und die Kantone sollen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zum Zweck der Kosteneindämmung auf eine Höchstzahl beschränken dürfen. Zudem sollen bei der Berechnung der Höchstzahlen neu Teilzeitpensen berücksichtigt werden, was seit langem unbestritten ist. Beides ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Es kommt auf die Ausgestaltung an. Die den Kantonen damit eingeräumte Freiheit, die Kriterien grösstenteils selber zu definieren, und die dafür benötigten Daten unentgeltlich bei den Leistungserbringern zu erheben, geht unseres Erachtens zu weit. Mit anderen Worten gehen wir auch nicht davon aus, dass der Bundesrat von der Möglichkeit der Festlegung von weiteren Kriterien und methodischen Grundsätzen für die Bestimmung der Höchstzahlen der Personen nach Artikel 55a Absatz 1 Gebrauch machen wird. Die Kosten der dafür notwendigen Erhebungen dürfen nicht vollumfänglich den Verbänden der Leistungserbringer aufgebürdet werden.

Neu sollen die Kantone nun auch vorsehen können, dass kein Arzt oder keine Ärztin im betreffenden Fachgebiet mehr zugelassen wird, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton um mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete

im selben Kanton oder um mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen.

Diese Massnahme geht unseres Erachtens zu weit und wir lehnen solche willkürlichen Zulassungsstopps ausdrücklich ab. Die Durchführung der dafür notwendigen Prüfungen wäre nicht nur in der Handhabung aufwändig, sondern die vorgeschlagene Methode bzw. die anzuwendenden Kriterien grenzen wie die Tarifeingriffe des Bundesrats an Willkür, denn sie können zu unfairen Ergebnissen zum Nachteil einzelner Fachgebiete führen und sich insbesondere auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auswirken.

So könnten zum Beispiel neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken, zu Unrecht indirekt abgestraft werden. Nachgewiesene kulturelle Unterschiede, beispielsweise zwischen der Westschweiz und der Ostschweiz, dürfen sich nicht derart auswirken, dass gewisse Kantone oder ganze Regionen der Westschweiz nur alleine deswegen plötzlich keine nachgefragten Spezialisten mehr zur Tätigkeit zu Lasten der Sozialversicherung zulassen. Es kommt sowieso hinzu, dass wirtschaftlich schwache Kantone versucht sein könnten, die ambulante Versorgung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung (einer Sozialversicherung des Bundes) auf kantonaler Ebene unter Anwendung zu tiefer Höchstzahlen in überproportionalem Ausmass auszudünnen.

Neu soll bereits auf der Stufe der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung des Art. 36 KVG stärker reguliert werden. Zum einen soll die Zulassung der Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung einer Zulassungspflicht unterstellt werden, wobei die Krankenversicherer hierfür eine Organisation zur Verfügung stellen sollen. Zum anderen soll der Bundesrat gewisse Anforderungen nicht nur zur Qualität der Leistungserbringung, sondern auch zur Wirtschaftlichkeit auf Verordnungsebene regeln können. Wir sind nicht dagegen, dass gewisse Sprachkenntnisse vorausgesetzt werden. Aber der bisherige Nachweis einer 3-jährigen Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsinstitution muss auch inskünftig ausreichen.

Wenn eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachgewiesen werden muss, so führt dies zu einem Marktverschluss für junge Ärztinnen und Ärzten, obwohl diese schon länger in der Schweiz tätig sind und meistens auch ganz oder teilweise hier aus- und weitergebildet wurden. Wieso statt einer zweijährigen Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung die Möglichkeit der Ablegung einer Prüfung über die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitswesens eröffnet werden soll, ist völlig schleierhaft und nicht nachvollziehbar.

Für die Neueröffnung einer Arztpraxis würden (nebst eidgenössischem Arzt Diplom und nachgewiesener, eidgenössisch anerkannter Weiterbildung) inskünftig die folgenden Bewilligungen benötigt:

- 1.) Berufsausübungsbewilligung;
- 2.) Nachweis einer zweijährigen Tätigkeit im Fachgebiet in der Schweiz nach abgeschlossener Weiterbildung oder Prüfungsnachweis der dafür vom Bundesrat eingesetzten Organisation;
- 3.) Bewilligung der dafür eingesetzten Organisation der sozialen Krankenversicherer zur Tätigkeit zu Lasten KVG;
- 4.) Kantonale Bewilligung im Zusammenhang mit Höchstzahlen.

Zudem könnte jede Bewilligung gemäss Ziff. 3 oder 4 mit zusätzlichen weiteren Auflagen verbunden werden, deren Tragweite nicht absehbar ist, weil die Details auf Verordnungsebene geregelt werden sollen.

Als Fazit ist festzuhalten, dass einzig die folgenden Massnahmen ohne übermässigen Aufwand dazu führen können, die Anzahl neuer ambulanter Leistungserbringer bei Überversorgung vernünftig zu reduzieren:

- 1.) Der Nachweis eines vergleichbaren Studienabschlusses;
- 2.) Die generelle Notwendigkeit einer vorgängigen dreijährigen Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte;
- 3.) Das Beherrschen einer Landessprache auf Maturitätsniveau;
- 4.) Die Festlegung und Durchsetzung von Höchstzahlen im Kanton, sofern bereits eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist.

Alles andere erachten wir als nicht zielgerichtete Übertreibungen, die primär wie Schikanen wirken, mit denen der praktizierenden Ärzteschaft das Leben generell schwer gemacht werden soll. Dafür soll Geld verschleudert werden, von dem weder bei den gesunden Versicherten, geschweige denn bei den kranken Patientinnen und Patienten auch nur ein Teil ankommen wird. Mit den benötigten Mitteln müssten die Akteure bzw. vornehmlich die Krankenversicherer, die Verbände der Leistungserbringer und die Kantone primär teure parastaatliche Organisationen aufbauen, welche aufwändige Verfahren durchführen und überdimensionierte Datensammlungen anlegen.

Dies entspricht nicht mehr dem Sinn und Zweck einer vernünftigen Regulierung, welche zum Ziel haben müsste, der gesamten Bevölkerung leichten Zugang zu einer guten Versorgung zu einem vernünftigen Preis zu verschaffen. Wir befürchten zudem extreme ambulante Versorgungsungleichgewichte zwischen den Kantonen. Die vorgesehene kantonsübergreifende Harmonisierung der Regulierungen wird erfahrungsgemäss nicht oder zu spät stattfinden. Ebenfalls zu befürchten sind auch hier, ähnlich wie beim geplanten Tarifeingriff, Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich, was nicht mehr der Strategie Gesundheit2020 entspricht.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

revArt. 36 Abs. 1 KVG (Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer)

Keine Bemerkungen, aber Antrag auf Ergänzung:

¹Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, *wenn sie eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung gewährleisten und über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen.*

Begründung: Es kann nicht sein, dass die Krankenversicherer hier auf dem Umweg über eine von ihnen ins Leben gerufene Organisation sozusagen in eigener Sache entscheiden. Weil der Kanton auch für die Zulassungssteuerung zuständig ist, erachten wir es als unabdingbar, dass **auch die ordentliche Zulassung** zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung **durch den Kanton** erteilt wird. Dementsprechend müsste vorgesehen werden, dass entsprechende Verfügungen, welche gestützt auf das KVG ergehen, an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können.

revArt. 36 Abs. 2 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen.

revArt. 36 Abs. 3 und 3^{bis} KVG

Antrag auf Abs. 3 neu/Absatz 3^{bis} streichen:

³*Der Bundesrat kann hinsichtlich der ordentlichen Zulassung für Leistungserbringer nach Abs. 1 vorsehen, dass diese eine mehrjährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte nachweisen und eine schweizerische Landessprache auf Maturitätsniveau beherrschen müssen. Die Kantone sind berechtigt, aus wichtigen Gründen ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.*

Begründung: Eine Wartefrist nach Abschluss der Weiterbildung ist strikt abzulehnen. Dies würde zu einem zweijährigen Vertragsausschluss trotz Vertragsfreiheit zu Lasten der jungen Ärztinnen und Ärzte führen. Zudem müssen die Kantone die Möglichkeit haben, aus wichtigen Gründen, so zum Beispiel bei einer Unterversorgung, ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.

revArt. 36 Abs. 4, 5, 6 und 7 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen.

revArt. 55a KVG (Einschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)

revArt. 55a Abs. 1 und 2 KVG

Keine Bemerkungen.

revArt. 55a Abs. 3 KVG

Sätze 1 und 2 (= neu Satz 3) unverändert.

Antrag: Satz 2 einschieben:

„Er setzt dafür eine ständige beratende Kommission ein, in welche Vertreter der erwähnten Verbände Einsitz nehmen.“

revArt. 55a Abs. 4 KVG

⁴*Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände geben den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage diejenigen Daten bekannt, die zur Bestimmung der Höchstzahlen erforderlich sind. Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände beteiligen sich an den in diesem Zusammenhang bei ihnen entstehenden Kosten.*

revArt. 55a Abs. 5 KVG

Keine Bemerkungen.

revArt. 55a Abs. 6 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen.

revArt. 59 Abs. 1 KVG

Antrag: Vorgesehene Anpassung ersatzlos streichen.

Übergangsbestimmung Abs. 1

Antrag: Ersatzlos streichen.

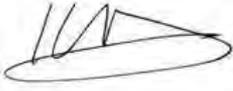
Übergangsbestimmung Abs. 2

Keine Bemerkungen.

Wir bitten Sie, von unseren Ausführungen Kenntnis zu nehmen und die Gesetzesvorlage in den von uns beantragten Punkten, welche unseres Erachtens sehr wichtig sind, entsprechend anzupassen.

Mit bestem Dank und
mit freundlichen Grüßen

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- FMH
- KKA
- VSAO Schweiz
- GDK
- H+

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, 20. September 2017

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassung zur Zulassung von Leistungserbringern**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf das im Betreff erwähnte Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zur geplanten Gesetzesänderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Im Dezember 2015 lehnte das Parlament die definitive gesetzliche Verankerung der Zulassungssteuerung ab. Sehr zum Bedauern des VSAO, denn die damalige Vorlage beruhte auf Qualitätskriterien und war ein gangbarer Kompromiss. Sie hätte die bewährte Praxis fortgesetzt, Ärztinnen und Ärzte nach mindestens drei Jahren Arbeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte zur Tätigkeit zulasten der Grundversicherung zuzulassen.

Unsere anschliessende Haltung war erstens, dass die dreijährige Weiterbildung in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin zu absolvieren ist. So werden die Ärzte mit dem Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem der Schweiz vertraut. Zweitens gilt es, den Fortbildungsnachweis im Gegensatz zu heute regelmässig einzufordern. Und drittens müssen die Ärztinnen und Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Prüfung nachweisen.

Vor diesem Hintergrund kritisieren wir primär drei der von Ihnen geplanten Änderungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG):

1. Der Bundesrat kann für die Zulassung nach der Aus- und Weiterbildung eine zweijährige Wartefrist vorsehen (Art. 36 Abs. 3) und für den Nachweis der Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems eine Prüfung (Art. 36 Abs. 3bis). Wer jedoch nach der Aus- und Weiterbildung zwei Jahre in der Schweiz im beantragten Tätigkeitsbereich gearbeitet hat, muss keine Prüfung ablegen (Art. 36 Abs. 3bis).

Anfang 2016 hat die Landesregierung eine Anschubfinanzierung von 100 Millionen Franken über vier Jahre beschlossen, um dem Ärztemangel zu begegnen und die zunehmende Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren. Ziel des Bundesprogramms ist es, die Anzahl Abschlüsse in Medizin von gegenwärtig etwas über 1000 auf 1300 pro Jahr anzuheben. Eine zweijährige Wartefrist nach Abschluss der langen Aus- und Weiterbildungszeit steht dazu in völligem Gegensatz. Wir erachten sie als unverständlich und unzumutbar. Wer mindestens drei Jahre Weiterbildung in der

Schweiz absolviert hat, darf bei der Berufsausübung nicht behindert werden. Statt zusätzlichen Aufwand für eine Prüfung zu betreiben, deren Aussagekraft fraglich sein dürfte, ist generell auf die drei Jahre spezifische Berufserfahrung abzustellen.

2. Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, welche über die Zulassung entscheidet (Art. 36 Abs. 5).

Der VSAO zeigt sich skeptisch gegenüber Bestrebungen, die zu noch mehr Administration führen. Wir wehren uns insbesondere gegen politisch motivierte Zugeständnisse, welche die Macht der Versicherer im Sinne der bürgerlichen Parlamentsmehrheit weiter stärken.

3. Die Kantone erhalten die Befugnis, die Neuzulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken. Dabei sind die Beschäftigungsgrade zu berücksichtigen (Stichwort Teilzeitarbeit) und die Situation in den anderen Kantonen (Art. 55 Abs. 1-3). Darüber hinaus dürfen die Kantone Neuzulassungen stoppen. Massgebend ist entweder auf Kantonsebene eine übermässige Kostenentwicklung in einem Fachgebiet im Vergleich mit den anderen Fachgebieten. Oder aber die Kosten im fraglichen Fachgebiet steigen im betreffenden Kanton stärker als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (Art. 55 Abs. 6).

Für unseren Verband öffnen diese Ansätze Bürokratie und Willkür Tür und Tor. Es drohen 26 unterschiedliche Praxen. Was es vielmehr braucht, ist eine überregionale Betrachtungsweise. Denn die heutige Realität sind Versorgungsräume, welche über die Kantonsgrenzen hinausgehen. Zumal die einzelnen Kantone gar nicht die Zahlen und Instrumente für eine bedarfsgerechte Steuerung hätten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Antwort und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz-
und Oberärztinnen und -ärzte



Dr. med. Daniel Schröpfer
Präsident



Marcel Marti
Leiter Politik und Kommunikation /
stv. Geschäftsführer

Herr Bundesrat Alain Berset
p. A. Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Zürich, 17. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereiches
Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA-CCM

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) ist der Dachverband von 22 Kantonalen Ärztegesellschaften. Sehr gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, uns zur vorgeschlagenen Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereichs zu äussern. Die KKA steht der Vorlage grundsätzlich ablehnend gegenüber. Dies bedeutet nicht, dass die KKA jegliche Regelungen ablehnen würde. In der vorgeschlagenen Form erscheint sie aber für die Ärzteschaft als nicht akzeptabel. Die Gründe hierfür möchten wir nachfolgend erläutern. Dabei werden wir auch Vorschläge einbringen, wie eine Regelung einfacher ausgestaltet werden könnte.

I. Allgemeine Bemerkungen

Die Vorlage ist geprägt von einem planwirtschaftlich anmutenden Steuerungsglauben, dies nun auch im ambulanten Bereich. Nach der umfassenden Steuerung des stationären Angebots soll eine ebenso umfassende Steuerung des ambulanten Bereichs erfolgen, dies vor allem mit Blick auf die Kosten. Dies bedeutete, dass der Staat, dass die Behörden in der Lage sein sollen, die zu erwartende Nachfrage zu kennen, die Versorgung umfassend sicherzustellen, die Qualität der Leistungserbringung zu garantieren und gleichzeitig die Kosten zu senken. Ein solcher Steuerungsglaube ist illusorisch. Dafür ist zu erwarten, dass mit der Vorlage für die Ärzteschaft ein massiver Regulierungsschub kommen wird, dies verbunden mit mehr Bürokratie für alle. Mit den neuen Zulassungsregelungen dieser KVG-Revision wird die staatliche Planung und Kontrolle des ambulanten Leistungsangebots und der Zulassung von Ärzten als Leistungserbringer gemäss KVG massiv verschärft und erhöht. Der Zustrom von Leistungserbringern in die freie Praxis wird mit einer neuen Regelung auf Dauer reguliert. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass gemäss der Vorlage detaillierte Zulassungsvorschriften beabsichtigt sind, welche

vom Bundesrat noch zusätzlich zu konkretisieren sind, und dann eine Organisation über die Zulassung entscheidet. Mit anderen Worten: Für die Zulassung wird eine neue, zusätzliche Bürokratie errichtet. Darauf wird nochmals zurückzukommen sein. Bereits jetzt ist der Arztberuf sehr engmaschig geregelt, dies unter anderem in den Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes, des KVG sowie der kantonalen Gesundheitsgesetze. Jetzt soll ein noch engmaschigeres Korsett errichtet werden. Kein freier Beruf und wohl generell kein Beruf ist derart stark reglementiert wie der Arztberuf.

Die Vorlage, welche zu einem wesentlichen Teil auch der Kosteneinsparung dienen soll, ist sodann mit Bezug auf dieses Ziel ganz einseitig zulasten der Ärzteschaft ausgerichtet. Sie ist völlig monokausal von der These einer angebotsgesteuerten Nachfrage geprägt. Die Ärztedichte ist indessen als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet. Es besteht – wie der Helsana-Report zu den Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung von Dezember 2016 (S. 22 und 32) zeigt - keine klare Korrelation zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen an Patienten. In Wirklichkeit wird die Nachfrage durch vielfältige Faktoren bestimmt, namentlich auch durch das Verhalten der Bevölkerung. Doch die Nachfrageseite wird – wohl aus politischen Gründen – geschont. Sie ist sodann sehr einseitig auf die Kostenproblematik ausgerichtet. Es ist also einmal mehr die Ärzteschaft, welche hier zur Senkung der Kosten beitragen soll. Dies gilt insbesondere für die Regelungen in Art. 55a KVG. Schon mit dem erneuten Tarmed-Tarifeingriff sollen Kosten zulasten der Ärzteschaft gespart werden. Jetzt kommt diese Vorlage hinzu. Die KKA kann diesen Prozess einer stetigen Verschlechterung der Stellung des Arztberufs insbesondere in der freien Praxis nicht akzeptieren. Zudem zeigt ein Vergleich der OECD Länder, dass die Ärztedichte weniger mit den Gesundheitskosten korreliert, als die Zahl der Spitalbetten. Warum der Bundesrat trotzdem mittels Senkung der Zahl ambulanter Ärzte und nicht mittels Limitierung von Spitälern oder Spitalbetten die Gesundheitskosten beeinflussen will, ist nicht nachvollziehbar. Die vorgeschlagenen Massnahmen basieren nicht auf einer Wirkungsanalyse, sondern sind willkürlich gewählt.

II. Unausgewogene Kräfteverhältnisse

Betrachtet man die Vorlage unter dem Aspekt der Kräfteverhältnisse, so erfolgt eine massive Verstärkung der Macht der Versicherer sowie der Kantone zulasten der Ärzteschaft, insbesondere der frei praktizierenden Ärzteschaft.

Die Versicherer erhalten grossen Einfluss durch ein von ihnen zu führendes formelles Zulassungsverfahren. Die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen der Versicherer werden verstärkt werden und dabei die bereits jetzt mögliche Sanktion des Verlustes der KVG-Zulassung wird grösseres Gewicht bekommen. Sprengkraft bilden die im Detail vom Bundesrat zu definierenden obligatorischen Qualitätsvorgaben und Anforderungen für Ärzte und die anderen ambulanten Leistungserbringer.

Namens der Ärzteschaft der meisten Kantone möchte die KKA nochmals folgendes zur Qualität festhalten: Bezüglich der ärztlichen Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ist zu verlangen, dass Ärzte mindestens drei Jahre an einer

anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig sind. In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet. Was den Fortbildungsnachweis anbelangt müssen sich Ärzte nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium. Hinsichtlich der Sprachkompetenz ist zu fordern, dass Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen müssen. Medizin ist Teamarbeit, Missverständnisse vermeiden ist prioritär. Diese Kriterien genügen vollauf, müssen aber auch konsequent umgesetzt werden.

Dass eine Organisation der Versicherer über die Zulassung von Leistungserbringern entscheiden soll ist nicht einzusehen. Die Abhängigkeit der Ärzteschaft von den Versicherern ist insbesondere in finanzieller Hinsicht bereits ausserordentlich gross. Es erweist sich derzeit als extrem schwierig bzw. nahezu unmöglich, mit den Versicherern neue Tarifverträge abzuschliessen. Die Versicherer zeigen für die Anliegen der Ärzteschaft häufig nur sehr geringes Verständnis. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum derzeit die tariflichen Beziehungen sehr gestört sind. Wenn nun die Versicherer direkt oder indirekt nicht nur über die Tarife (mit-)entscheiden können, sondern auch über die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, dann droht sich ein neuer Graben aufzutun. Es ist damit zu rechnen, dass es zu zahlreichen Rechtsmittelverfahren kommt. Die KKA ist daher der Meinung, dass entweder eine unabhängige Organisation mit der Durchführung der Zulassung betraut werden soll, oder das Zulassungswesen von der Ärzteschaft selber – selbstverständlich überwacht vom Bund – durchzuführen ist. Dafür sprechen auch Gründe des know-how. Die Ärzteschaft ist im Unterschied zu den Versicherern täglich in der Praxis mit Fragen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen konfrontiert. Dasselbe gilt für die Prüfung der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und das im Gesetzesentwurf in diesem Zusammenhang vorgesehene Prüfverfahren. Wenn jemand im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungserbringung berufen ist, die notwendigen Kenntnisse zu überprüfen, so ist es die Ärzteschaft mit ihren ausgeprägten Erfahrungen im Bereich des Gesundheitswesens und der Qualitätsförderung bei der ärztlichen Leistungserbringung (Qualitätszirkel etc.). Es kommt hinzu, dass es ja hierbei vor allem um für die Ärzteschaft relevante Kenntnisse geht. Es ist daher nicht sachgerecht und unverständlich, warum hier eine von den Versicherern getragene bzw. bezeichnete Organisation dies durchführen soll. Die Bereitstellung der Daten, Methoden, Fachkompetenzen und personellen Ressourcen, die für die Wahrnehmung der den Versicherungen zugewiesenen Aufgaben benötigt werden, würde noch mehr Bürokratie und beträchtliche zusätzliche Verwaltungskosten bei den Versicherern verursachen.

Die geplante Vorlage stärkt aber auch zusätzlich die Position der Kantone. Diese erhalten einen noch grösseren Einfluss auf das ambulante Leistungsangebot, und eine stärkere Rolle bei der Prüfung der Einhaltung der Berufspflichten von Personen, die einen

universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener Verantwortung ausüben. Zwar besteht gemäss Art. 55a KVG in der vorgeschlagenen Form keine Pflicht der Kantone, Höchstzahlen zu erlassen. Kantone wie Zürich, die bisher keinen Gebrauch von der Festlegung von Höchstzahlen von Leistungserbringern gemacht haben, werden es aber zukünftig sehr schwer haben, diese Position aufrecht zu erhalten. Die Gefahr ist viel zu gross, dass Ärztinnen und Ärzte, die in anderen Kantonen keine Praxis eröffnen können bzw. ihre Tätigkeit nicht in einem Spital oder einer Einrichtung ausüben können, versuchen werden, dies im Kanton Zürich zu tun. Dies wird einen erheblichen Druck auf solche Kantone ausüben. Es wird sodann eine staatlich programmierte Verlagerung des ambulanten Angebots von den freien Praxen in die Spitalambulatorien geben, weil die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen von ambulanten Ärzten bzw. Arztspensen die niedergelassenen Ärzte, ambulanten ärztlichen Institutionen und Spitalambulatorien in einen Topf werfen, die Ärzte in Spitälern/Spitalambulatorien weiter zunehmen, und dadurch zunehmend weniger «Planstellen» für niedergelassene Ärzte existieren werden. Damit wird geographisch das ärztliche Angebot ausgedünnt. Mit anderen Worten: gerade für ältere und behinderte Menschen wird es beschwerlicher und schwieriger, in der Nähe einen Arzt zu finden. Eine geographische Unterversorgung insbesondere, aber nicht nur im Bereich der Grundversorgung ist absehbar.

III. Rechtsstaatliche Defizite: Völlig unklare Kriterien und unbekannte Datenbasis für Höchstzahlen und Zulassungstopp in einzelnen Fachgebieten

Es ist sodann nach der Gesetzesvorlage völlig unklar, basierend auf welchen Kriterien die Höchstzahl festgelegt werden sollen. Ganz offensichtlich sollen die Kantone ein breitestes Ermessen haben. Falls dem so ist, sind solche Entscheidungen auch gerichtlich kaum überprüfbar. Dies ist aus prinzipiellen und aus rechtsstaatlichen Gründen abzulehnen. Auch die völlig pauschale Delegation in Absatz 2 von Art. 55a KVG von Zuständigkeiten an den Bundesrat bezüglich der Kriterien und methodischen Grundsätzen bei der Bestimmung der Höchstzahl ist abzulehnen. Derartige Kriterien stellen mit Blick auf den Zweck, nämlich die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, einen starken Eingriff in die Rechte von Ärztinnen und Ärzte dar. Damit sind die Grundsätze der Kriterien im Gesetz zu verankern, dass sie zumindest demokratisch legitimiert sind.

Ähnliche, grosse Vorbehalte bestehen auch gegenüber der Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzten bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung in einem Fachbereich die Aufnahme einer Berufstätigkeit zu verunmöglichen, sei dies selbständig oder unselbständig. Es genügt für diesen massiven Eingriff in die Rechte vor allem jüngerer Ärztinnen und Ärzte, dass in diesem Fachgebiet die ärztlichen Kosten höher steigen als in anderen Fachgebieten im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebietes. Dies bedeutet konkret, dass theoretisch jährlich in unzähligen Fachgebieten keine Ärztin und kein Arzt die Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung aufnehmen kann, sei dies

selbständig oder unselbständig erwerbend. Dabei genügt theoretisch, dass die Durchschnittskosten im betreffenden Fachgebiet im Promillebereich über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Dies ist inhaltlich und in seiner Einseitigkeit inakzeptabel. Nicht akzeptabel ist, dass in komplexen Verhältnissen, in denen unzählige Ursachen eine Rolle spielen, völlig monokausal auf ein Kriterium abgestellt wird und die Gründe für eine Kostensteigerung offensichtlich keine Rolle spielen sollen. Zwar ist gemäss dem Vorschlag Art. 55a Abs. 6 KVG eine sog. Kann-Vorschrift. Die Kantone sind also nicht verpflichtet, zu diesem Instrument zu greifen. Die Voraussetzungen sind indessen derart lasch umschrieben, dass auch hier eine rechtstaatliche Kontrolle kaum möglich ist. Und weil Kosten leicht über dem Durchschnitt bereits genügen, um zu diesem Schritt zu greifen, ist davon auszugehen, dass wirklich zahlreiche Fachgebiete davon betroffen sein können. Dies ist umso stossender, dass es durchaus sehr gute Gründe dafür geben kann, warum in einzelnen Fachbereichen die Kosten vorübergehend überdurchschnittlich ansteigen (neue Behandlungsmethoden, Grippewelle, Präventionskampagnen, etc.). Gemäss dem vorgeschlagenen Wortlaut spielt dies allerdings keine Rolle. Es ist letztlich dem Ermessen des Kantons anheimgestellt, ob er auf solche Gründe Rücksicht nehmen will oder nicht.

IV. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Art. 36

Zu Abs. 1

Vorschlag einer Neuformulierung: "..., wenn sie über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen."

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation.

Abs. 2: Ersatzlos streichen

Begründung: Es gibt jetzt schon zahlreiche Vorschriften des Bundesrechtes, aber auch des kantonalen Rechtes sowie von Fachgesellschaften, welche sich auf die Qualität, die Aus- und die Weiterbildung etc. beziehen. Es macht keinen Sinn, wenn nun zusätzlich der Bundesrat auf Verordnungsstufe weitere Voraussetzungen erlässt. Im Übrigen ist diese Delegation von Normsetzungsbefugnissen an die Exekutive auch rechtstaatlich bedenklich. In den Grundzügen müssten einschränkende Regelungen im formellen Gesetz geregelt sein.

Abs. 3: Streichen

Begründung: Von dieser Massnahme würden vor allem junge Ärztinnen und Ärzte massiv betroffen. Wie sollen junge Ärztinnen, junge Ärzte diese zwei Jahre überbrücken?

Abs. 3bis: Zu streichen

Begründung: Es ist der bisherige Weg weiterzuverfolgen, der sich bewährt hat, nämlich eine dreijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet.

Abs. 4: Ersatzlos streichen

Begründung: Es handelt sich um eine völlig offene Formulierung, aufgrund derer der Bundesrat nahezu beliebige Auflagen festlegen kann. Dies ist abzulehnen. Es gibt schon jetzt unzählige Massnahmen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung. Auch die Datenlieferungen sind gesetzlich geregelt, dies im Zusammenhang mit MARS. Es ist nicht verständlich, warum noch zusätzlich auf Verordnungsstufe Kriterien festgelegt werden sollen. Falls in diesem Bereich ein Missstand vorläge, so müsste dieser auf dem Wege einer Gesetzesrevision beseitigt werden. Es gibt aber keinen Missstand.

Abs. 5: Streichen

Begründung: Damit würden die Ärzte als Leistungserbringer in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten. Schon jetzt ist diese Abhängigkeit gross. Aus Sicht der Ärzteschaft läge bei einer Doppelrolle der Versicherer gegenüber der Ärzteschaft als diejenigen, welche über die Vergütung von Leistungen und die Zulassung zur Leistungserbringung entscheiden, ein eindeutiger Interessenkonflikt vor. Es handelt sich um den untauglichen Versuch, den Bock zum Gärtner zu machen.

Abs. 6: Grundsätzlich streichen

Begründung: Die KKA ist grundsätzlich gegen ein Prüfverfahren gemäss Abs. 3bis. Sollte ein solches trotzdem eingeführt werden, ist die Organisation paritätisch zu konstruieren. Dies ist auf Gesetzesstufe festzulegen.

Art. 55a

Abs. 1

Grundsätzlich ist es zu begrüssen, dass nicht nur die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von der Einschränkung erfasst werden. Offen ist jedoch, was mit den vom Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte geschieht, die in Spitalambulatorien arbeiten, welche der Regelung offensichtlich nicht unterworfen sind. Es steht zu befürchten, dass es zu weiteren Verschiebungen von der frei praktizierenden Ärzteschaft hin zu den Spitäler kommen wird.

Abs. 2

Die Bestimmung ist gut gemeint, wird aber ganz erhebliche Umsetzungsprobleme verursachen. Es steht zu befürchten, dass die Umsetzung dieser Bestimmung zu einem ganz ausserordentlichen administrativen Mehraufwand führen wird.

Abs. 3

Keine Bemerkungen.

Abs. 4

In dieser Bestimmung zeigt sich u.a. der mögliche administrative Mehraufwand, der Abs. 2 verursachen würde. Es ist indessen festzuhalten, dass der Kanton sowieso eigentlich im Besitze der relevanten Daten ist, nämlich die von der BSV erhobenen Daten gemäss Art. 23 KVG bzw. nach Art. 59a KVG.

Abs. 5:

Keine Bemerkungen

Abs. 6: Streichen

Begründung: Vergleiche die Ausführungen vorne unter III. , 2 Absatz.

V. FAZIT

Beim Vorentwurf des Bundesrates zur Zulassung von Leistungserbringern kann nicht von einer weitsichtigen Vorlage die Rede sein. Die klaren Aufträge des Parlamentes, echte Alternativen gegenüber den bisherigen, befristeten Zulassungsstopps - deren Auswirkungen nicht die von der Politik gewünschten, sondern in verschiedener Hinsicht kontraproduktiv waren - aufzuzeigen, wurden nicht erfüllt. Auch fehlen jegliche Hinweise für eine nachhaltige Finanzierung des ambulanten Bereichs, obwohl die Zulassungs- und die Finanzierungsfrage sachlich zusammengehören.

Während der neue Zulassungsstopp die praxisambulante Ärzteschaft dauerhaft einschränken soll, dürfte die Umsetzung in den Spitälern auch künftig illusorisch bleiben. Das Resultat ist eine Schwächung einer auf die Patientenbedürfnisse fokussierten medizinischen Versorgung in der ambulanten Praxis, die erwiesenermassen wirtschaftlicher erbracht wird als im spitalambulantem Bereich. Ziel einer jeden umfassenden Reform im Gesundheitswesen sollte eine Lösung sein, welche die legitimen Interessen der Bevölkerung, Leistungserbringer und Kantone gut austariert. Dazu müssen auch neue Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden.

Wegen der die Stärkung des ambulanten Sektors behindernden finanziellen Fehlanreize ist mittelfristig eine einheitliche Finanzierung des stationären und des ambulanten Sektors anzustreben, und die Arbeit daran muss – angesichts der zu überwindenden politischen Widerstände der Kantone – jetzt beginnen.

Etliche Kantone fördern oder dulden zumindest das «Wettrüsten» der Spitalambulatorien, welches mit vom Kanton festgeschriebenen ambulanten Operationslisten aktiv beschleunigt wird. An diesen in den Spitälern ambulant erbrachten Leistungen beteiligen sich die Kantone aber nicht und können so zu Lasten der Prämienzahler ihre kantonalen Budgets schonen. Für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante medizinische Versorgung braucht es deshalb neue Finanzierungsgrundlagen, damit die Vorteile allen Kostenträgern – auch und vorab den Prämien- und Steuerzahlern - zu Gute kommen. Die Kantone müssen ihre Verantwortung im ambulanten Bereich sowohl bei der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nach qualitativen Kriterien im Sinne der Patientensicherheit als auch im Hinblick auf mehr Koordination im Sinne der realen Versorgungsregionen über die Kantonsgrenzen hinaus wahrnehmen. Es sollte versucht werden, die Leistungserbringung tendenziell von den Spitälern wieder in die Praxen bzw. in ambulante, regionale Versorgungszentren zu verlagern. Dazu braucht es Anreize für Praxisgründungen von Hausärzten und Spezialärzten sowie Modelle zur Regionalisierung der Grundversorgung wie bspw. regionale, wohnortnahe Gesundheitszentren von Grundversorgern.

Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Zulassungssteuerung sind deshalb völlig untauglich und nur einer weitergehenden Planwirtschaft im ambulanten medizinischen Bereich förderlich und sind deshalb abzulehnen.

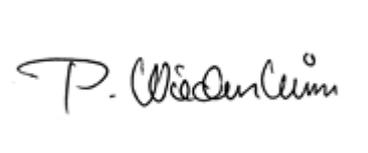
Nachhaltige Lösungen des Parlaments in dieser Frage benötigen offenbar mehr Zeit und erfordern zwingend eine gesamtheitliche Betrachtung des Gesundheitssystems Schweiz. Deshalb wäre es wohl zu verkraften, die befristete Zulassungssteuerung nochmals um zwei bis drei Jahre zu verlängern.

Wir bitten Sie im Namen des Vorstandes der Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften, unsere Argumentationen in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen dafür.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC



Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset
p. A. Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Zurich, 17 octobre 2017

Consultation sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) relative à l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire

Monsieur le Conseiller fédéral
Mesdames et Messieurs

La Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) est l'organisation faitière de 22 sociétés cantonales de médecine. Nous saisissons très volontiers cette occasion de donner notre opinion sur la nouvelle réglementation proposée pour l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire. La CCM s'oppose fondamentalement au projet. Cela ne signifie pas que la CCM rejette toute réglementation. Mais pour le corps médical, le projet semble inacceptable dans la forme proposée. Nous en exposons les raisons ci-dessous. Nous faisons également des propositions de simplification de la régulation.

I. Remarques générales

Le projet est empreint d'une foi dans un pilotage reposant sur l'économie planifiée, désormais aussi dans le domaine ambulatoire. Après le pilotage global de l'offre stationnaire, un pilotage tout aussi étendu doit s'appliquer au domaine ambulatoire, avant tout en regard des coûts. Cela signifierait que l'État, que les autorités seraient capables de connaître la demande prévisible, d'assurer totalement les soins, de garantir la qualité des fournisseurs de prestations et en même temps de réduire les coûts. Une telle foi dans le pilotage est illusoire. En revanche on peut s'attendre à ce que le projet s'accompagne d'un déferlement de régulations pour le corps médical, lié à davantage de bureaucratie pour tous. Avec les nouvelles réglementations d'admission de cette révision de la LAMal, la planification et le contrôle étatiques de l'offre de prestations ambulatoires et de l'admission des médecins à la fourniture de prestations selon la LAMal sont massivement renforcés et accrus. L'afflux de fournisseurs de prestations en cabinet privé est réglé à long terme par une nouvelle régulation. Cela est lié entre autre au fait que, selon le projet, des directives d'admission détaillées, encore à concrétiser par le Conseil fédéral, sont prévues et qu'ensuite une organisation décide de l'admission. En d'autres termes : une nouvelle bureaucratie est instaurée pour l'admission. Nous reviendrons sur ce sujet. La profession médicale est déjà étroitement régulée, entre autres dans les

dispositions de la loi sur les professions médicales, de la LAMal et des lois cantonales sur la santé. Un corset encore plus serré est maintenant envisagé. Aucune profession libérale, et de façon générale aucune profession, n'est aussi fortement réglementée que la profession médicale.

Le projet, qui vise aussi en grande partie à réduire les coûts, est ensuite, en référence à cet objectif, orienté unilatéralement au détriment du corps médical. Il repose de façon entièrement monocausale sur la thèse d'une demande pilotée par l'offre. La densité de médecins est toutefois inappropriée pour servir d'instrument quantitatif et de pilotage. Il n'existe pas de corrélation claire entre la densité de médecins et les prestations médicales fournies aux patients - comme le montre le rapport Helsana sur l'évolution des dépenses liés aux soins de santé de décembre 2016 (p. 22 et 32). En réalité, la demande est déterminée par de multiples facteurs, notamment le comportement de la population. Mais la demande est - pour des raisons d'ordre politique - traitée avec réserve. Elle est alors orientée très unilatéralement sur la problématique des coûts. C'est donc encore une fois au corps médical de contribuer à la baisse des coûts. Cela vaut particulièrement pour les régulations de l'art. 55a LAMal. Les coûts doivent déjà être réduits au détriment du corps médical avec la nouvelle intervention tarifaire Tarmed. Et maintenant vient s'ajouter ce projet. La CCM ne peut accepter ce processus de péjoration continue de la situation professionnelle des médecins, notamment en cabinet privé. De plus une comparaison entre les pays de l'OCDE montre que la corrélation des coûts de la santé avec la densité de médecins est plus faible qu'avec le nombre des lits d'hôpitaux. Il est difficile de comprendre pourquoi le Conseil fédéral veut néanmoins influencer sur les coûts de la santé en diminuant le nombre de médecins ambulatoires et non en limitant les hôpitaux ou les lits d'hôpitaux. Les mesures proposées ne reposent pas sur une étude d'impact, mais sont choisies de manière arbitraire.

II. Rapport de force déséquilibré

Si l'on observe le projet sous l'angle du rapport de force, on constate un renforcement massif du pouvoir des assureurs et des cantons au détriment des médecins, en particulier des libres praticiens.

Les assureurs bénéficient d'une grande influence du fait qu'ils mènent eux-mêmes la procédure d'admission formelle. Les contrôles d'économicité et de qualité des assureurs sont renforcés - la sanction déjà possible aujourd'hui de perte de l'admission LAMal aura plus de poids. Les critères et exigences de qualité obligatoires pour les médecins et autres fournisseurs de prestations ambulatoires, à définir en détail par le Conseil fédéral, recèlent une puissance explosive. Au nom des médecins de la plupart des cantons, la CCM tiens à rappeler ce qui suit en termes de qualité : en ce qui concerne l'activité médicale dans la discipline visée pour l'admission, il faut exiger que les médecins aient exercé la discipline concernée au minimum trois ans dans un établissement de formation postgrade reconnu. Pendant ces années, ils acquièrent des connaissances des systèmes

de santé, d'assurance et social de notre pays, se familiarisent avec les habitudes locales et constituent un bon réseau dans le domaine de spécialité visé. En ce qui concerne l'attestation de formation continue, les médecins doivent continuer à se former tout au long de leur vie professionnelle après l'obtention du titre postgrade (spécialiste). L'attestation de formation continue doit être exigée périodiquement dans les 46 domaines de spécialité. C'est un critère de qualité facile à prouver et à vérifier. Quant aux compétences linguistiques, il faut exiger que les médecins attestent des compétences linguistiques nécessaires dans leur région d'activité par un examen de langue effectué en Suisse. La médecine est un travail d'équipe, il faut avant tout éviter les malentendus. Ces critères suffisent amplement, mais ils doivent être appliqués de façon conséquente.

On ne voit pas pourquoi une organisation d'assureurs devrait décider de l'admission des fournisseurs de prestations. La dépendance des médecins vis-à-vis des assureurs est déjà particulièrement importante, notamment sur le plan financier. Il s'avère actuellement extrêmement difficile, voire quasi impossible, de conclure de nouvelles conventions tarifaires avec les assureurs. Les assureurs font souvent preuve d'une compréhension très faible pour les préoccupations des médecins. C'est une raison majeure de la perturbation actuelle des relations tarifaires. Si les assureurs peuvent désormais, directement ou indirectement, (co)décider non seulement des tarifs, mais aussi de l'admission des médecins, un nouveau fossé risque de se creuser. On doit s'attendre à de nombreuses procédures de recours. La CCM estime donc que la procédure d'admission doit être confiée soit à une organisation indépendante ou au corps médical lui-même - bien entendu sous la supervision de la Confédération. Des arguments de savoir-faire vont également dans ce sens. Les médecins, contrairement aux assureurs, sont confrontés quotidiennement dans leur cabinet à des questions d'efficacité, d'adéquation, d'économicité et de qualité de leurs prestations. Il en va de même pour le contrôle des connaissances du système de santé suisse et la procédure de vérification prévue à cet effet dans le projet de loi. Si quelqu'un a vocation à contrôler les connaissances nécessaires en matière de qualité de la fourniture des prestations, c'est bien le corps médical avec son expérience approfondie dans le domaine de la santé et de l'exigence de qualité des prestations médicales (cercles de qualité, etc.). De plus il s'agit ici avant tout de connaissances essentielles pour le corps médical. Il est donc inadéquat et incompréhensible que le contrôle soit effectué par une organisation gérée ou désignée par les assureurs. La mise à disposition des données, méthodes, compétences professionnelles et ressources humaines qui seront nécessaires pour assumer les tâches assignées aux assurances, entraînerait un surcroît de bureaucratie et des frais administratifs supplémentaires conséquents chez les assureurs.

Mais le projet renforce également la position des cantons. Ils obtiennent une influence encore plus grande sur l'offre de prestations ambulatoires et un rôle renforcé dans le contrôle du respect des obligations professionnelles des personnes qui exercent une profession médicale universitaire au titre de l'économie privée sous leur propre responsabilité. Selon la forme proposée dans l'art. 55a LAMal, il n'existe certes aucune

obligation des cantons à fixer des plafonds. Des cantons tels que Zurich, qui n'ont jusqu'ici pas fait usage de la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, auront à l'avenir de très grandes difficultés à maintenir cette position. Le risque est beaucoup trop grand que les médecins qui ne peuvent ouvrir de cabinet ou exercer leur activité dans un hôpital ou une institution dans d'autres cantons essaient de le faire dans le canton de Zurich. Les cantons dans ce cas seront soumis à une pression considérable. Il y aura ensuite un transfert programmé par l'État de l'offre ambulatoire des cabinets médicaux vers le domaine ambulatoires des hôpitaux, parce que les cantons, lors de la fixation de plafonds pour les médecins ambulatoires et le taux d'activité des médecins établis, mettent les institutions médicales ambulatoires et les services ambulatoires hospitaliers dans le même sac. Le nombre de médecins dans les hôpitaux/services ambulatoires hospitaliers continuera d'augmenter et il existera ainsi toujours moins de "postes prévus" pour les médecins établis. L'offre médicale en sera aussi réduite géographiquement. En d'autres mots : il sera de plus en plus difficile, particulièrement pour les personnes âgées et handicapées, de trouver un médecin à proximité. Une offre de soins géographiquement insuffisante, pas seulement dans le domaine des soins de premier recours, est prévisible.

III. Manquements à l'État de droit : manque total de clarté des critères et base de données inconnue pour les plafonds et la clause du besoin dans certains domaines de spécialité

Le projet de loi ne dit absolument rien des critères sur lesquels doit reposer la fixation des plafonds. Les cantons doivent manifestement avoir une large marge d'interprétation. Si c'est le cas, les décisions ne peuvent guère faire l'objet d'un contrôle juridictionnel. Il faut rejeter cela pour des raisons de principe et d'État de droit. La délégation en bloc des compétences au Conseil fédéral en ce qui concerne les critères et les principes méthodologiques de la fixation des plafonds dans l'alinéa 2 de l'art. 55a LAMal doit aussi être rejetée. De tels critères constituent au regard du but, à savoir la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, une forte atteinte aux droits des médecins. Les principes des critères doivent être inscrits dans la loi, afin qu'ils soient au moins légitimés démocratiquement.

Nous émettons également de grandes réserves de même ordre vis-à-vis de la possibilité d'empêcher des médecins d'entamer une activité professionnelle, à titre indépendant ou dépendant, en cas d'évolution des coûts supérieure à la moyenne dans un domaine de spécialité. Il suffit pour une telle atteinte massive aux droits, notamment des jeunes médecins, que dans ce domaine de spécialité les coûts médicaux augmentent davantage que dans les autres domaines de spécialité du canton concerné ou plus que la moyenne suisse des coûts annuels dans le domaine de spécialité en question. Concrètement, cela signifie que théoriquement chaque année, dans d'innombrables domaines de spécialité, aucun médecin ne peut entamer une activité à la charge de l'assurance maladie sociale, que ce soit à titre indépendant ou dépendant. Pour cela, il suffit théoriquement que les

coûts moyens du domaine de spécialité concerné dépassent la moyenne globale de quelques pour mille. Ceci est inacceptable de par la teneur et le caractère unilatéral. Il est inacceptable, dans une situation complexe dans laquelle de nombreuses causes interviennent, de se baser sur un critère de manière totalement monocausale alors que les raisons de la hausse des coûts ne jouent aucun rôle. Certes selon le projet, l'art. 55a al. 6 LAMal est une disposition dite potestative. Les cantons ne sont donc pas tenus d'avoir recours à cet instrument. Les conditions sont toutefois décrites de manière si laxiste qu'un contrôle de l'État de droit est ici quasi impossible. Et comme des coûts légèrement supérieurs à la moyenne suffisent pour passer à cette étape, il faut s'attendre vraiment à ce que de nombreux domaines de spécialité soient touchés. C'est d'autant plus dérangeant qu'il peut y avoir de très bonnes raisons à la hausse transitoire des coûts dans un domaine de spécialité donné (nouvelles méthodes de traitement, épidémie de grippe, etc.). D'après l'énoncé proposé, cela ne joue toutefois aucun rôle. On laisse finalement à l'appréciation des cantons de tenir compte ou non de tels motifs.

IV. Au sujet des différentes dispositions

Art. 36

Al. 1

Proposition de reformulation : "..., s'ils disposent d'une admission correspondante du canton."

Justification : les cantons sont compétents pour le pilotage des admissions. Il est tout simplement cohérent que ce soit eux qui décident de l'admission et non les assureurs ou une organisation gérée par les assureurs.

Al. 2 : à biffer purement et simplement

Justification : il existe déjà de nombreuses prescriptions du droit fédéral, mais aussi du droit cantonal et des sociétés de discipline, qui se réfèrent à la qualité, la formation de base et postgrade, etc. Il est absurde que le Conseil fédéral édicte des conditions supplémentaires au niveau de l'ordonnance. Par ailleurs, cette délégation à l'exécutif de pouvoirs de fixation de normes est aussi discutable du point de vue de l'État de droit. Dans les grandes lignes, les réglementations restrictives devraient être réglées dans une loi formelle.

Al. 3 : à biffer

Justification : cette mesure toucherait massivement avant tout les jeunes médecins. Comment les jeunes médecins sont-ils censés passer ces deux années ?

Al. 3bis : à biffer

Justification : il faut poursuivre la voie actuelle qui a fait ses preuves, à savoir une activité pratique de trois ans dans le domaine d'activité visé.

Al. 4 : à biffer purement et simplement

Justification : il s'agit d'une formulation très ouverte sur laquelle le Conseil fédéral peut baser pratiquement toute condition. Elle doit être rejetée. Il existe déjà d'innombrables mesures relatives à l'économicité et à la qualité des prestations. La livraison des données est déjà réglée également, en relation avec MARS. On ne comprend pas pourquoi des critères supplémentaires devraient être définis au niveau de l'ordonnance. S'il y avait des abus dans ce domaine, ils devraient être éliminés par la voie d'une révision de la loi. Mais il n'y a aucun abus.

Al. 5 : à biffer

Justification : les médecins, en tant que fournisseurs de prestations, deviendraient ainsi fortement dépendants des assureurs. Cette dépendance est déjà importante aujourd'hui. Du point de vue du corps médical, un double rôle des assureurs vis-à-vis des médecins, les assureurs décidant de la rémunération des prestations et de l'admission des fournisseurs de prestations, entrainerait un conflit d'intérêts évident. Il s'agit d'une tentative impropre de faire entrer le loup dans la bergerie.

Al. 6 : biffer par principe

Justification : la CCM est sur le principe opposée à une procédure de contrôle selon l'al. 3bis. Si une telle procédure devait malgré tout être mise en place, l'organisation devrait être constituée de manière paritaire, ce qui doit être fixé au niveau de la loi.

Art. 55a

Al. 1

Nous approuvons sur le principe que les médecins libres praticiens ne soient pas seuls à être touchés par la limitation. Mais on ne sait pas ce qu'il en est des médecins employés à l'hôpital qui travaillent dans le domaine ambulatoire hospitalier, qui ne sont apparemment pas soumis à cette régulation. Il est à craindre que l'on assiste à d'autres transferts des médecins libres praticiens vers les hôpitaux.

Al. 2

La disposition part d'une bonne intention, mais va engendrer d'immenses problèmes de mise en œuvre. Il est à craindre que l'application de cette disposition entraîne un surcroît énorme de charge administrative.

Al. 3

Aucun commentaire.

Al. 4

Cette disposition révèle entre autres un accroissement possible de la charge administrative engendrée par l'al.2. Par contre, il faut souligner que le canton est de toute façon en possession des données pertinentes, à savoir les données collectées par l'OFAS conformément à l'art. 23 LAMal et à l'art. 59a LAMal.

Al. 5 :

Aucun commentaire

Al. 6 : à biffer

Justification : Cf. considérations du chapitre III, paragraphe 2.

V. CONCLUSION

On ne peut parler de clairvoyance à propos de l'avant-projet du Conseil fédéral sur l'admission des fournisseurs de prestations. Les mandats clairs du Parlement, de présenter de véritables solutions de remplacement à la clause du besoin actuelle, limitée dans le temps - dont les effets n'ont pas été voulus par le monde politique et qui étaient contre-productives à différents égards - n'ont pas été remplis. Il n'est pas non plus fait mention d'un financement durable du domaine ambulatoire, bien que les questions d'admission et de financement soient matériellement liées.

Alors que la nouvelle limitation des admissions vise à limiter durablement le nombre de médecins ambulatoires en cabinet, la mise en œuvre dans les hôpitaux devrait rester illusoire à l'avenir. Le résultat est une fragilisation des soins médicaux axés sur les besoins des patients dans les cabinets ambulatoires, qui sont de toute évidence plus économiques que dans le secteur ambulatoire hospitalier. L'objectif de toute réforme profonde du système de santé doit être de trouver une solution équilibrée entre les intérêts légitimes de la population, des fournisseurs de prestations et des cantons. De plus de nouvelles bases de financement doivent être créées.

En raison des fausses incitations financières entravant le renforcement du secteur ambulatoire, il faut viser à moyen terme un financement homogène des secteurs stationnaires et ambulatoires, et les travaux en la matière doivent commencer maintenant – au vu de la résistance politique des cantons à surmonter.

De nombreux cantons encouragent, ou du moins tolèrent, la "course aux armements" des services ambulatoires hospitaliers, qui est encore activement accélérée avec les listes des opérations ambulatoires établies par les cantons. Mais les cantons ne contribuent pas à ces prestations fournies en ambulatoire dans les hôpitaux et peuvent ainsi ménager les budgets cantonaux au détriment des payeurs de primes. Pour des soins médicaux ambulatoires efficaces, adéquats et économiques, de nouvelles bases de financement sont nécessaires, afin que tous les tiers payeurs en tirent des avantages- aussi et avant tout les payeurs de primes et les contribuables. Les cantons doivent prendre leurs responsabilités dans le domaine ambulatoire, que ce soit pour la délivrance des autorisations de pratiquer selon des critères qualitatifs au nom de la sécurité des patients ou en vue d'une plus grande coordination dans l'esprit de véritables régions de soins au-delà des frontières cantonales. Il faudrait essayer de déplacer de nouveau la fourniture de prestations des hôpitaux vers les cabinets ou les centres de soins ambulatoires régionaux. Il faut à cet effet des incitations à la création de cabinets de médecins de famille et de spécialistes ainsi que de modèles de régionalisation des soins de premier recours, tels que des centres médicaux de premier recours régionaux, à proximité du domicile.

Les mesures de pilotage des admissions proposées sont donc totalement inadaptées et ne font qu'encourager davantage l'économie planifiée dans le domaine médical ambulatoire et doivent donc être rejetées.

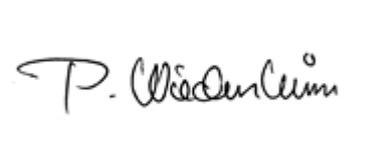
Des solutions parlementaires durables à ce sujet nécessitent visiblement plus de temps et requièrent impérativement de considérer le système de santé suisse dans son ensemble. Il serait donc surmontable de prolonger le pilotage des admissions limité dans le temps de deux ou trois années. La politique de la santé suisse pourrait ainsi faire un grand pas en avant plutôt que deux pas en arrière, comme le laissent craindre les propositions du Conseil fédéral.

Au nom du comité de direction de la Conférence des sociétés cantonales de médecine, nous vous prions de bien vouloir tenir compte de nos arguments dans la poursuite de votre réflexion et nous vous en remercions.

Avec nos meilleures salutations

Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC



HERR BUNDESRAT ALAIN BERSET

EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT
DES INNEREN EDI
GENERALSEKRETARIAT DES INNEREN
INSELGASSE 1
3003 BERN

PER E-MAIL
ABTEILUNG-LEISTUNGEN@BAG.ADMIN.CH

ZÜRICH, 20. SEPTEMBER 2017

TEILREVISION DES BUNDESGESETZES ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (ZULASSUNG VON LEISTUNGSERBRINGERN) – VERNEHMLASSUNGSANTWORT AGZ

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die AGZ ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH vertritt die Interessen von rund 5700 diplomierten Ärztinnen und Ärzten im Kanton Zürich. Davon sind zurzeit rund 3800 selbständig oder in einem Anstellungsverhältnis in der Praxis tätig. Weiter sind in ambulanten ärztlichen Institutionen im Kanton Zürich rund 700 Ärztinnen und Ärzte im Anstellungsverhältnis berufstätig, die nicht Mitglieder der AGZ sind, deren Interessen die AGZ aber indirekt über die bei der AGZ registrierten Institutsleiter vertritt. Auch ein Grossteil der bei der AGZ registrierten rund 700 Spitalärzte sind im Rahmen ihres Spitalberufs oder neben ihrem Spitalberuf ambulant tätig. Von der Teilrevision des KVG sind daher im Kanton Zürich rund 5200 in Arztpraxen, ambulanten ärztlichen Institutionen und Spitalambulatorien tätige Ärztinnen und Ärzten betroffen, in deren Namen wir uns erlauben, Stellung zu den vorgeschlagenen Massnahmen zu beziehen.

Die AGZ zeigt sich sehr besorgt über die Stossrichtung und die einzelnen Massnahmen der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG. Diese Besorgnis ergibt sich aus diesem Gesetzesvorhaben und aus seinem gesundheitspolitischen Kontext, in dem es gemäss Medienmitteilung vom 25. August 2017 des EDI steht: Bund und Kantone verfolgen das prioritäre gesundheitspolitische Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen und planen unter dieser Zielsetzung die gegenständliche Teilrevision des KVG, den Eingriff in die Tarifstruktur des TARMED und die Strategie ambulant vor stationär – letztere, ohne eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen anzugehen.

Die AGZ erkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Kosten des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems diskutiert werden muss. Die AGZ ist aber der Auffassung, dass in dieser Diskussion zurzeit die falschen Schlüsse gezogen und betreffend die Steuerung des ambulanten Sektors die falschen Massnahmen ergriffen werden. Es ist zu befürchten, dass das Ziel einer Kostendämpfung gar nicht erreicht werden, sondern es zu einem zusätzlichen Kostenanstieg kommen wird. Die vorgeschlagenen Massnahmen der KVG-Teilrevision dürften in Verbindung mit den weiteren staatlichen Eingriffen

zur Schliessung von Arztpraxen und zur Konzentration der Leistungserbringung auf die erwiesenermassen teureren Spitäler führen. Aus Sicht der Patienten bzw. der Bevölkerung würde es zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen und zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität kommen.

Die AGZ möchte in dieser Stellungnahme diese drohenden Konsequenzen aufzeigen und aus ihrer Sicht sinnvolle und notwendige Alternativen vorschlagen.

1. Argumente gegen die vorgeschlagenen Massnahmen

Die Teilrevision des KVG wird vorgeschlagen, weil der Bundesrat sowie der National- und Ständerat die ungesteuerte Zulassung von Ärzten als wesentliche Ursache der Steigerung der Gesundheitskosten wahrnehmen. Aus diesem Grund werden nach dem Auslaufen der bisherigen, in Art. 55a KVG festgelegten und letztmalig bis 2019 befristeten Zulassungsbeschränkungen, in Entsprechung des Postulats 16.3000 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S), neue Zulassungsbeschränkungen als kostensenkende Steuerungsmassnahmen vorgeschlagen. Zu diesem Kontext der ausschliesslich kostenorientierten Sichtweise der Anzahl zugelassener Ärzte bzw. deren Steuerung geben wir folgendes zu bedenken.

1.1. Ärztedichte als untauglicher Indikator für die Bedarfsplanung und Steuerung

Der Bundesrat führt in seinem erläuternden Bericht zur Teilrevision am Beginn aus, dass die Schweiz unter den OECD-Staaten eine der höchsten Ärztedichten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern aufweist, und er stellt einen Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und dem Anstieg der Kosten für die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im ambulanten Bereich, der Zunahme der von den Versicherten bezahlten Prämien, den Auswirkungen auf das Budget der Privathaushalte sowie auf die Finanzen von Bund und Kantonen, die einen immer grösseren Betrag für die Prämienverbilligungen aufwenden müssen, her.

Die AGZ verschliesst sich nicht einer Diskussion über die Ärztedichte in der Schweiz. Wir erachten aber den «Diskussionsmainstream» für bedenklich, die Ärztedichte in der Schweiz nahezu ausschliesslich unter dem Kostenaspekt zu betrachten. Es ist unbestritten, dass die Ärztedichte in der Schweiz mit 4.0 pro 1000 Einwohner im internationalen Vergleich hoch ist, im Durchschnitt der OECD-Staaten sind es 3.3 pro 1000 Einwohner (OECD, Health at a Glance 2015, S. 83)¹. Im Kontext der beabsichtigten Bedarfsermittlung und Steuerung des ambulanten Angebots ist aber festzustellen, dass insbesondere Deutschland, auf das der Bundesrat im Teil «Rechtsvergleich» des erläuternden Berichts betreffend Bedarfsplanung und Angebotssteuerung stark referenziert, eine höhere Ärztedichte (4.1 pro 1000) als die Schweiz hat. Aber auch die im Bericht im Zusammenhang mit einer Bedarfs- und Angebotsplanung zitierten Länder Österreich (5 pro 1000) und Norwegen (4.3 pro 1000) haben eine höhere, Italien (3.9 pro 1000) eine nahezu gleich grosse Dichte. Andere im Bericht erwähnte Länder mit Bedarfs- und Angebotsplanung wie bspw. Frankreich und die Niederlande (je 3.3 pro 1000) oder das Vereinigte Königreich (2.8 pro 1000) haben eine deutlich tiefere Ärztedichte als die Schweiz.

Es stellt sich somit die Frage, warum die Ärztedichte vom Bundesrat als zentrale Ausgangs- oder Zielgrösse der Bedarfsplanung und Angebotssteuerung herangezogen wird, wenn es in anderen Ländern, auf die der Bundesrat betreffend Planungs- und Steuerungsmassnahmen verweist, zum Teil höhere Ärztedichten als in der Schweiz gibt, bzw. offensichtlich kein Zusammenhang zwischen der Steuerung des ambulanten Angebots und der Ärztedichte besteht. Zudem erfolgt im erläuternden Bericht keine Analyse, welche der Instrumente aus dem Ländervergleich wirksamere und welche weniger wirksame Mechanismen zur Steuerung der Ärztedichte darstellen. Entsprechend sind die vorgeschlagenen Massnahmen nicht an eine solche Wirkungsanalyse angelehnt, sondern willkürlich gewählt.

¹ http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.Wb_UatFCRaR#page83

1.2. Rationierung von Leistungen

Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Zulassungsteuerung erhöhen die Hürden für die Gründung und den Betrieb von Arztpraxen und reduzieren die Zahl der zugelassenen ambulanten Ärzte. Die Zahl von zugelassenen ambulanten Spezialärzten hat eine Auswirkung auf das verfügbare Angebot an geplanten nicht lebensnotwendigen Operationen. In der Schweiz werden relativ viele dieser Operationen (für Patienten, die neben der OKP eine Zusatzversicherung haben) von ambulant berufstätigen Spezialärzten als Belegärzte in Spitälern durchgeführt. Die aktuell von den Kantonen forcierte Strategie «ambulant vor stationär» zielt generell darauf ab, dass nicht lebensnotwendige Operationen zulasten der OKP in Zukunft prinzipiell ambulant durchgeführt werden. Weiter spielen in diesem Zusammenhang die Rationalisierungsmassnahmen von Spitälern eine Rolle, die nicht zuletzt in Zusammenhang mit den Fallpauschalen stationäre Aufenthalte möglichst kurzhalten, wodurch ein immer grösserer Bedarf an ambulanten (Spezial-)Ärzten für Vor- oder Nachsorgeleistungen entsteht. Eine Reduktion der Anzahl von zugelassenen ambulanten Spezialärzten würde somit das Angebot von geplanten nicht lebensnotwendigen Operationen in der Schweiz insgesamt verknapen und so wie in anderen europäischen Ländern zu Wartezeiten und Wartelisten führen.

Durch diese Rationierung kann der Bedarf an medizinischen Behandlungen nicht vollständig abgedeckt werden. Eine Verknappung des Angebots bewirkt Wartezeiten auf die nachgefragten Leistungen mit negativen Auswirkungen auf Patienten. Neben der Einschränkung der Lebensqualität während des Wartens auf die benötigte Leistung, sind dies verlängerte Arbeits- und Verdienstaufschübe oder bei einer Operation auch das Risiko, dass diese überhaupt nicht mehr stattfindet, da sie «jetzt» sinnvoll ist, später aber keine Verbesserung der Lebensqualität mehr bringen würde, der Patient inzwischen inoperabel geworden oder im schlimmsten Fall verstorben ist.² Von diesen negativen Konsequenzen wären nur jene Patienten nicht betroffen, die bereit und in der Lage sind, die Leistungen privat zu finanzieren. Wartezeiten gehen ausserdem mit höheren Systemkosten für das Verwalten der Wartelisten einher; auch hierfür wird medizinisches Personal benötigt, da Wartelisten nicht einfach schematisch nach der Reihenfolge des Zugangs abgearbeitet werden können, sondern die medizinische Dringlichkeit der Fälle immer wieder überprüft werden muss. Wartezeiten sind daher ein wichtiger Indikator für das Versorgungsniveau und die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen.

Ein internationaler Vergleich von Wartezeiten auf einen Facharzttermin zeigt, dass die Wartezeiten in der Schweiz, gefolgt von Deutschland, am niedrigsten sind.² Ausserdem ist die Schweiz noch eines der wenigen europäischen Länder ohne Wartezeiten für geplante, nicht lebensnotwendige Operationen. So warten bspw. die Patienten in vielen anderen europäischen Ländern zum Teil lange auf Kataraktoperationen, Knie- oder Hüftgelenkersatz.¹ Auf Kataraktoperationen wartet man in Grossbritannien im Schnitt länger als ein halbes Jahr, in Finnland auf eine orthopädische Operation ein halbes Jahr.

In der Schweiz ist die hohe Spezialärzte-Dichte der wesentliche Grund dafür, dass es für die Gesamtbevölkerung kaum Wartezeiten auf Facharzttermine und nicht lebensnotwendige Operationen gibt. Ob eine Reduktion der Gesundheitskosten (und es stark anzuzweifeln, dass diese erzielt wird) den Preis wert ist, dass in Zukunft längere Wartezeiten auf Facharztleistungen bzw. auf nicht lebensnotwendige Operationen wahrscheinlich werden, hängt schlussendlich von der Zahlungsbereitschaft der Schweizer Bevölkerung ab. In fast allen Ländern mit Wartezeiten werden diese von der Bevölkerung als viel zu lang betrachtet und abgelehnt.

Die AGZ plant daher eine Umfrage, in welcher die Schweizer Bevölkerung gefragt wird, wie hoch eine Prämienreduktion für sie ausfallen müsste, damit sie Wartezeiten auf Facharzttermine und Operationen von bspw. einem halben Jahr in Kauf nehmen würde.

² Kopetsch, Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2014, mit Verweis auf Quelle: Commonwealth Fund (2010)

1.3. Ambulante versus stationäre Bedarfsplanung/-Steuerung und Kosten des Gesundheitssystems

Ein Vergleich von ausgewählten OECD Ländern aus dem Jahr 2002 zeigt, dass die Gesundheitsausgaben gemessen am Anteil des BIP in Ländern ohne Wartezeiten auf ungeplante Operationen deutlich höher (im Durchschnitt 9,4%) als in den Ländern mit Wartezeiten (im Durchschnitt 8,0%) sind, wobei die teuren Länder ohne Wartezeiten auch eine deutlich höhere Zahl von Akut-Betten (5,2 pro 1000 Einwohner) als die billigeren Länder (3,3 pro 1000 Einwohner) aufweisen. Nimmt man stattdessen die Zahl der Ärzte pro 1000 Einwohner, so ist der Unterschied zwischen den beiden Ländergruppen (teure Länder: 3,2 Ärzte pro 1000, billige Länder: 2,9 pro 1000) gering.³

Gemäss diesem Vergleich mit Daten des Jahres 2000 korreliert die Ärztedichte weniger mit den Gesundheitskosten als die Zahl der Spitalbetten. Der Zusammenhang ist besonders deutlich in der Schweiz, in der überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben gemessen am BIP (Schweiz: 10.4%; Durchschnitt: 8.5%) mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl Spitalbetten (Schweiz: 5.6%; Durchschnitt: 3.9%) und einer durchschnittlichen Anzahl an Ärzten einhergeht (Schweiz: 3.2; Durchschnitt: 3.03). Eine Steuerung des stationären Sektors durch Verknappung des Angebots für Spitalaufenthalte bzw. Wartelisten für Operationen dürfte somit eher zum Ziel der Kostensenkung führen als die Steuerung des ambulanten Sektors durch Verknappung des Angebots an ambulant tätigen Ärzten. Spitalschliessungen oder andere das stationäre Angebot reduzierende Massnahmen sind aber unpopulär. Die indirekte Steuerung des stationären Angebots über Leistungsaufträge ist nicht vergleichbar mit der direkten Steuerung durch Limitierungen des Angebots in Form von Spital- oder Bettenplänen, weil die Leistungsaufträge keine unmittelbare Auswirkung auf die Zahl von Spitalaufhalten bzw. von durchgeführten Operationen, sondern nur darauf haben, wo die Aufenthalte/Operationen stattfinden. Daher blieben die bisherigen Steuerungsmassnahmen des stationären Sektors betreffend Gesundheitskostensenkung wirkungslos.

Auch die bisherigen Steuerungsmassnahmen des ambulanten Sektors – über den Preis oder über bisherige Zulassungsbeschränkungen – hatten keine Auswirkung auf die Gesundheitskosten, respektive scheint auch in anderen europäischen Ländern eine Steuerung der Dichte von Ärzten ohne Steuerung der Dichte von Spitälern bzw. ohne Rationierung des Angebots von fachärztlichen Leistungen und von Operationen keine Auswirkungen auf die Gesundheitskosten zu haben. Es erstaunt daher, dass mit der gegenständlichen Gesetzesvorlage der Hebel wiederum (nur) bei den ambulanten Ärzten angesetzt wird.

Erwähnenswert in dem Zusammenhang ist, dass der Bundesrat in dem der Revision zugrundeliegenden Bericht vom 03.03.2017 (Bericht «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016) als Indikator für den Kostenanstieg im ambulanten Bereich, unter Berufung auf Zahlen der SASIS AG, die Zunahme der Bruttoleistungen pro Konsultation, die bei den Spezialärztinnen stärker sei als bei den Grundversorgern, nennt. Dem muss entgegengehalten werden, dass in den letzten Jahren zwar auch aufgrund ärztteigener Daten eine (viel geringere, als aus den SASIS-Zahlen ableitbare) Erhöhung der Kosten pro Patient festzustellen ist, deren Ursache aber bisher noch nicht analysiert werden konnte. Es ist aber ein zeitlicher Zusammenhang mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung und der vorhin erwähnten Auslagerung von (teuren) Leistungen in den ambulanten Bereich festzustellen. Es ist daher durchaus möglich, dass Verschiebungen von Leistungen und Kosten zwischen stationärem und ambulantem Sektor stattgefunden haben, respektive die Gesundheitskosten ohne die Umstellung der Spitalfinanzierung und den Auslagerungen von Leistungen in den ambulanten Sektor noch stärker gestiegen wären. Da diese Zusammenhänge nicht schlüssig untersucht sind, können aus der Verteuerung der ambulanten Fallkosten keine begründeten Steuerungsmassnahmen abgeleitet werden, und deshalb ist eine Zulassungssteuerung von ambulanten Ärzten willkürlich.

³ Rigmar Osterkamp, ifo Schnelldienst 10/2002 – 55. Jahrgang; die verwendeten %-Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP stammen aus dem World Health Report 2000 und sind heute in allen Ländern höher.

1.4. Kein begründeter Handlungsbedarf für die Senkung der Gesundheitskosten in der Schweiz

Die Mantra-artig wiederholte Argumentation ist falsch, dass es zu viele (Spezial-)Ärzte gäbe, die zu viele Leistungen abrechneten, was die Ursache für die angeblich explodierenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien sei. «Angeblich deshalb», weil die Kosten und Kostenanstiege der Gesundheitskosten in der Schweiz vergleichbar mit anderen hochentwickelten Gesundheitssystemen mit hohen Versorgungsstandards sind, und bei den Gestehungskosten für die Erbringung der Gesundheitsleistungen in der Schweiz die absolut hohen Produktions-, Lohn- und Lebenskosten berücksichtigt werden müssen. Auch ist aufgrund des vom Bundesamt für Statistik in seinen Haushaltsbudgeterhebungen nachgewiesenen deutlichen Anstiegs der durchschnittlichen Nettoeinkünfte der Haushalte im Vergleich der Perioden 2006-2008 und 2012-2014 kein akuter Handlungsbedarf zur Entlastung der Haushaltsbudgets durch Senkung der Gesundheitskosten abzuleiten: das den Haushalten nach Abzug der Steuern, Krankenkassenprämien und sonstigen Sozialabgaben verfügbare durchschnittliche Einkommen ist zwischen 2006/2008 und 2012/2014 um 12.7% von CHF 6338 auf CHF 7142 gestiegen.⁴ Das bedeutet, das den Haushalten trotz Anstiegs der Gesundheitskosten und der Krankenkassenprämien heute mehr Geld zur Verfügung steht als noch vor einigen Jahren, bzw. dass trotz wachsenden Anteils der Gesundheitskosten am BIP der um die Gesundheitskosten bereinigte Wohlstand gestiegen ist.⁵

Unbestritten ist hingegen, dass eine Finanzierungslösung für jene Haushalte gefunden werden muss, die an dieser Wohlstandssteigerung nicht angemessen partizipiert haben, und für die daher die Krankenkassenprämien heute eine zu hohe Belastung darstellen. Dazu braucht es aber andere Massnahmen.

1.5. Verlagerung der Versorgung in Spitäler und Zentren sowie Verteuerung der Versorgung

Weil die bisherigen Zulassungsregulierungen betreffend Gesundheitskosten offensichtlich wirkungslos geblieben sind, werden neue bzw. ergänzende Massnahmen vorgeschlagen. Neu sollen in den Kantonen Gesamt-Höchstzahlen für alle (in Praxen, in ambulanten ärztlichen Institutionen und in Spitälern) im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte gelten. Zusätzlich zu dieser Gesamtlimitierung der Zahl ambulanter Ärzte werden trotz des bereits jetzt hohen Administrationsaufwands noch mehr administrative Hürden für die Gründung und den Betrieb von Arztpraxen aufgestellt: durch ein formelles Zulassungs- und Prüfungsverfahren der Versicherer, durch verstärkte Wirtschaftlichkeitskontrollen und obligatorische Qualitätsvorgaben sowie damit zusammenhängende weitergehende Datenforderungen.

Dieses Massnahmenbündel wird in Verbindung mit der progredienten Verschlechterung der Ertragssituation der Praxen infolge der nicht mehr betriebswirtschaftlich korrekt kalkulierten Tarife und der zu tiefen Taxpunktwerte einen bereits jetzt festzustellenden Trend massiv verstärken: dass der selbständige Arztberuf immer unattraktiver wird, und immer mehr gut ausgebildete Ärzte lieber in Spitälern verbleiben als den Sprung in die Praxis zu wagen, respektive Ärzte ihre Praxen schliessen und zurück in Anstellungsverhältnisse in ambulante ärztliche Institutionen gehen.

Die Konsequenz wird sein, dass in der Zukunft die Höchstzahlen ambulanter Ärzte vorrangig durch die Ärzte in den Zentren respektive den dort angesiedelten ambulanten ärztlichen Institutionen und Spitälern erreicht, und immer weniger ambulante Ärzte in den Peripherien zur Verfügung stehen werden. Die Verknappung des ambulanten Angebots wird daher für die Bevölkerung in Randregionen besonders spürbar sein. Es wird von der Schärfe der Limitierungen abhängen, ob sie die gewünschten Auswirkungen auf die Kosten haben werden. Wenn das ambulante Angebot nur geringfügig verknappt werden wird, wird der gegenteilige Effekt einer Verteuerung eintreten, weil die Leistungserbringung in Spitalambulatorien und grossen ambulanten ärztlichen Institutionen nachweislich teurer ist. Damit werden auch die Prämien steigen und die öffentlichen Finanzen von Bund und Kantonen

⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.1400468.html>

⁵ Siehe auch Mathias Früh, Pius Gyger, Oliver Reich, Helsana-Report „Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung“, Dezember 2016

stärker belastet, zum einen wegen der Finanzierungsbeteiligung an den stationären Kosten durch die Kantone und zum anderen, weil wegen der steigenden Prämien das Volumen der zu zahlenden Prämienverbilligungen steigen wird.

1.6. Mehr Kosten durch mehr Bürokratie anstatt Limitierung der Bürokratie der Versicherer

Die Massnahmen im Rahmen des vorgeschlagenen Modells zur Zulassungssteuerung von Ärzten geben den Versicherern weitreichende Kompetenzen und weisen ihnen neue Aufgaben zu. Der Bundesrat will einer von den Versicherern gemeinsam bezeichneten Organisation den Auftrag für ein formelles Zulassungsverfahren erteilen. Versicherer sollen Verträge mit der Ärzteschaft zu deren Teilnahme an Programmen oder Massnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Leistungen abschliessen und deren Einhaltung beaufsichtigen. Des Weiteren sollen Versicherer den Kantonen Daten zur Verfügung stellen, welche diesen erlauben, den Bedarf an ärztlichem Personal festzulegen, um die kantonalen Höchstzahlen zu bestimmen.

Die Bereitstellung der hierfür benötigten Daten, Methoden, Fachkompetenzen und personellen Ressourcen würde noch mehr Bürokratie und beträchtliche zusätzliche Verwaltungskosten bei den Versicherern verursachen. Trotz dieses hohen Aufwands wird aller Voraussicht nach die beabsichtigte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen nicht eintreten. Trotz vieler Bestrebungen existieren bis dato weder Vorgaben, verlässliche Daten noch Methoden zur Messung der Wirtschaftlichkeit und Qualität von ärztlichen Leistungen. Das hat nicht zuletzt seinen Grund darin, dass die Vermessung einer vom persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient geprägten Tätigkeit und deren Wirkung auf die Gesundheitskosten nicht möglich ist. Die vorgeschlagenen Massnahmen implizieren in jedem Fall einen Beschäftigungszuwachs in der Krankenversicherungsbranche. Gemäss Statistik der obligatorischen Krankenversicherung waren 2016 knapp 12'600 Personen in Krankenversicherungen angestellt, mit einem durchschnittlichen jährlichen Bruttogehalt von CHF 95'000 (das Durchschnittsgehalt bei Kadern betrug 2016 CHF 162'000). Die Personalkosten der Krankenversicherer belaufen sich schon jetzt auf rund 1.2 Mrd. CHF, und gemäss Tätigkeitsbericht des BAG über die Aufsicht der sozialen Kranken- und Unfallversicherung 2016 stiegen die Verwaltungskosten pro Versicherten von 2014 (CHF 158.20) auf 2015 (CHF 159.55) zwar nur gering aber doch weiter an.⁶

«Das gesundheitliche Wohl der Menschen ist oberstes Ziel ärztlichen Handelns.»⁷ Der Berufsstand der Ärzte setzt sich aus diesem Grundverständnis heraus selbst hohe Standards für die Sicherung und Förderung der Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Nicht zuletzt die verpflichtenden Fortbildungen und das Spartenkonzept des TARMED stellen sicher, dass Leistungen nur dann zulasten der OKP erbracht werden dürfen, wenn die in der Schweiz im internationalen Vergleich sehr gut ausgebildeten Ärzte die zwischen den Tarifpartnern vereinbarten und vom Bundesrat genehmigten Qualitätskriterien des TARMED hinsichtlich personeller, räumlicher und technischer Infrastruktur erfüllen. Darüber hinaus überprüfen bereits die kantonalen Gesundheitsdirektionen auf den Grundlagen des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe MedBG und kantonaler Gesundheitsgesetze in Zusammenhang mit der Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen Qualitätsstandards für die ärztliche Berufsausübung.

Wenn nun Versicherer weitere Zulassungsvoraussetzungen und Qualitätsanforderungen für die ärztliche Berufsausübung, mit – siehe oben – steigenden Verwaltungskosten und zweifelhaftem Effekt definieren und überprüfen sollten, bringt das aus Sicht der AGZ das «Bürokratiefass zum Überlaufen». Bereits jetzt werfen zu viele Ärzte, die sich ursprünglich aus einem hohen ethischen Grundverständnis für den Arztberuf entschieden haben, wegen der zunehmenden Behörden- und Krankenkassen-Bürokratie das Handtuch. Die AGZ fordert daher nicht nur, auf das formelle Zulassungsverfahren und die obligatorischen zusätzlichen Qualitätsvorgaben zu verzichten sondern stellt an dieser Stelle die Gegenforderung: Es ist nun an der Zeit, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versicherer

⁶ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/jahresberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-unfallversicherung.html>

⁷ Erster, einleitender Satz der Standesordnung FMH

verstärkt zu überprüfen und Bürokratie bei den Versicherern abzubauen. In Zeiten, in denen das Gesundheitssystem ausschliesslich unter dem Kostenaspekt betrachtet wird, und Versicherer nicht sachlich fundiert sondern polemisch die Ärzte als die Verursacher von Prämienexplosionen darstellen, darf es nicht sein, dass diese Versicherer unter der Aufsicht des BAG pro Versicherten immer höhere Verwaltungskosten verursachen.

Wir fordern den Bundesrat daher auf, eine Revision des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) sowie der entsprechenden Ausführungsbestimmungen in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) vorzuschlagen, mittels der die Bewilligungsvoraussetzungen für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung angepasst werden. Insbesondere sollten in Art. 19 KVAG und in den Ausführungsbestimmungen der KVAV bei den Verwaltungskosten nicht nur auf die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung referenziert, sondern in Ergänzung dazu Standards und Limite für die gesamten Verwaltungskosten, insbesondere die Personalkosten der Versicherer vorgesehen werden.

1.7. Fazit betreffend Bedarfsermittlung und Steuerung des ambulanten Angebots

Das dichte Angebot von ambulanten Arztleistungen ist massgeblich dafür verantwortlich, dass heute im internationalen Vergleich alle Menschen in der Schweiz einen sehr guten Zugang zur fachärztlichen Versorgung und zu geplanten, nicht lebensnotwendigen Operationen haben. Anders als im Vergleich zu anderen OECD-Ländern bestehen in der Schweiz, noch keine Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Bevölkerung infolge von Wartezeiten auf diese Leistungen. Es besteht kein dringender Handlungsbedarf, die Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien zu senken, um die Haushaltsbudgets insgesamt zu entlasten. Sehr wohl muss aber eine Lösung für finanzschwache Haushalte zur Finanzierung der Krankenkassenprämien gefunden werden. Dazu braucht es aber andere Massnahmen. Die vorgeschlagene Steuerung des ambulanten Sektors wird zu keiner Senkung der Gesundheitskosten sondern eher zu einer Kostensteigerung führen, es sein denn, das ambulante Angebot wird drastisch verknappt werden. Wenn das geplant sein sollte, wird sich die bis anhin hohe Versorgungsqualität der Bevölkerung, insbesondere durch Wartezeiten auf Fachärzte und auf Operationen spürbar verschlechtern. Besonders betroffen von Rationierungen könnten Menschen in Randgebieten bzw. OKP-Versicherte ohne Zusatzversicherung sein. Wenn es zu keiner grossen Verknappung des ambulanten Angebots kommen wird, wird die KVG-Revision dazu beitragen, dass die Gesundheitskosten steigen, sowie dazu, dass sich die Versorgungslage der Bevölkerung in Randgebieten weiter verschlechtert. Äusserst bedenklich ist, dass durch die vorgeschlagenen Massnahmen der Verwaltungsaufwand der Versicherer weiter steigen wird.

2. Alternativen zu den vorgeschlagenen Massnahmen

Die AGZ ist der Auffassung, dass die Gesetzesrevision wegen der auf jeden Fall eintretenden negativen Auswirkungen auf die Versorgung und der kaum zu erwartenden Auswirkung auf die Gesundheitskosten zugunsten der Prüfung von Alternativen zurückgestellt werden sollte.

Der Bundesrat erwähnt in seinem Bericht, dass die Lockerung des Vertragszwangs eine mögliche, die Marktmechanismen stärkende Alternative zu den staatlichen Zulassungsregulierungen sei. Er verwirft aber diese Alternative mit dem Hinweis, dass alle bisherigen Reformvorlagen, die in Richtung einer solchen Lockerung gingen, gescheitert seien, es grundlegend gegensätzliche Positionen der Leistungserbringer und der Versicherer zu diesem Thema gäbe und selbst unter den Befürwortern einer solchen Reform keine Einigung über ein Modell bestehe, das den «Versicherern mehr Freiheit einräumen würde». Aus Sicht der AGZ besteht hinsichtlich der staatlichen Zulassungsregulierungen genauso viel Dissens wie hinsichtlich einer Aufhebung des Vertragszwangs. Es ist daher nicht verständlich, warum der Bundesrat die Alternativen ausschliesst und nicht die Zulassungsregulierungen.

Alle bisherigen Steuerungsmassnahmen des ambulanten Sektors haben ihr Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht, respektive konnten sie es aus den vorhin erwähnten Gründen nicht erreichen. Es ist daher an der Zeit, über Alternativen zu Leistungsbegrenzungen und Leistungsausgrenzungen nachzudenken, die zu mehr Qualität

ohne zusätzliche Bürokratie, einer Stärkung des spitalexternen Sektors und der regionalen Versorgung, der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und mehr Wettbewerb sowie mehr Eigenverantwortung für Patienten führen.

Mehr Qualität ohne zusätzliche Bürokratie

Analog zur FMH fordert die AGZ drei kumulativ zu erfüllende Qualitätskriterien als Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der OKP:

1. **Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin:** Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig. In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet.
2. **Fortbildungsnachweis einfordern:** Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
3. **Sprachkompetenz:** Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen. Medizin ist Teamarbeit, Missverständnisse vermeiden ist prioritär.

Das genügt, weitere obligatorische, mit Bürokratie verbundene Qualitätsvorgaben für ambulante Ärzte als Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der OKP sind auch aus Gründen der Patientensicherheit nicht notwendig. Weitergehende Massnahmen wie Qualitätszirkel, Qualitätsmodelle für Praxen etc. sollen von den Ärzten wie bis anhin freiwillig und eigenverantwortlich umgesetzt werden können.

Stärkung des spitalexternen Sektors und der regionalen Versorgung

Die aktuellen kantonalen Strategien „ambulant vor stationär“ konzentrieren sich auf die Verlagerung von Operationen vom stationären in den (Spital-)ambulanten Sektor. Es sollte versucht werden, die Leistungserbringung tendenziell von den Spitälern wieder in Praxen bzw. in ambulante, regionale Versorgungszentren zu verlagern. Anstatt die Berufsausübung im Praxis-ambulanten Sektor weiter zu behindern, sollte der Praxis-ambulante Sektor gezielt gefördert werden. Die Hausarztmedizin aber auch die spezialärztliche Grundversorgung sollte nicht nur über Verbesserung der Tarife sondern über die Förderung von Praxisgründungen, insbesondere in den ländlichen Regionen unterstützt werden. Es braucht dazu Anreize für Praxisgründungen von Hausärzten und Spezialärzten und Modelle zur Regionalisierung der Grundversorgung wie bspw. regionale, wohnortnahe Gesundheitszentren von Grundversorgern.

Wegen der die Stärkung des ambulanten Sektors behindernden finanziellen Fehlanreize ist mittelfristig eine einheitliche Finanzierung des stationären und des ambulanten Sektors anzustreben, und die Arbeit daran muss – angesichts der zu überwindenden politischen Widerstände der Kantone – jetzt beginnen.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und mehr Wettbewerb durch „Vertrags- und Wahlärzte“

Es macht angesichts des drohenden Ärztemangels infolge Pensionierung der Babyboomer-Generation und zu wenig Nachwuchs bzw. zu wenigen Ausbildungsstellen ohnehin keinen Sinn, die Zahl der zugelassenen Ärzte zu begrenzen, sondern es muss alles unternommen werden, damit in der Zukunft genügend gut ausgebildete Ärzte verfügbar sind, die die o.a. Qualitätskriterien erfüllen. Wenn schon die Leistungserbringung zulasten der OKP eingeschränkt respektive die Kosten der OKP reduziert werden sollen, sollte der Vertragszwang mit seiner «Vertragsgarantie» aufgehoben und durch ein wettbewerbsorientiertes Modell ersetzt werden, das zugleich die Eigenverantwortung stärkt und Anreize für zusätzliche Finanzierungsmodelle der Versicherer enthält.

Ein derartiges Modell könnte sich an dem österreichischen „Wahlarztsystem“ orientieren und ansatzweise wie folgt aussehen (in der Folge wird der Einfachheit halber der Begriff «Wahlarzt» übernommen, es wäre gegebenenfalls ein anderer Begriff zu suchen).

«Vertragsarzt»: Der Vertragsarzt verpflichtet sich vertraglich zur Honorarstellung gemäss TARMED bzw. TARMED-Verträgen. Für ihn gilt der Tarifschutz des Art. 44 KVG. Seine Patienten erhalten den vollen Tarif refundiert (abzüglich Franchise und Kostenbeteiligung) – so wie bisher im Regelfall via Tiers garant, ausnahmsweise via Tiers payant. Eine Variante könnte sein, dass Vertragsärzte ausnahmslos im Tiers payant-System direkt mit den Versicherern abrechnen.

«Wahlarzt»: Der Wahlarzt schliesst keinen Vertrag mit Krankenversicherern ab. Er ist in der Honorarstellung frei, und für ihn gilt der Tarifschutz des Art. 44 KVG nicht. Seine Patienten erhalten nicht den vollen Vertragstarif refundiert sondern nur einen Teil davon (in Österreich 80% des Kassentarifs, eventuell in der Schweiz 70%?) – ausnahmslos via Tiers garant (ein Wahlarzt kann nicht direkt mit Versicherern abrechnen).

Begleitmassnahmen:

- Festlegung der Zahl der Vertragsärzte durch Stellenpläne: auf kantonaler Ebene gibt es (für jede Einkaufsgemeinschaft getrennt) eine begrenzte Zahl von Vertragsstellen (für Hausärzte bzw. die verschiedenen Spezialärzte). Die Stellenpläne werden nicht vom Kanton vorgegeben sondern zwischen den Einkaufsgemeinschaften der Versicherer und der kantonalen Ärzteschaft verhandelt. Für die Besetzung der Planstellen gelten die oben erwähnten Qualitätsstandards (Weiter- und Fortbildung, Sprachkompetenz).
- Besetzung der Planstellen im Ausschreibungsverfahren: Die Stellen werden (für jede Einkaufsgemeinschaft getrennt) über eine gemeinsame Plattform der Versicherer und Ärzte ausgeschrieben. Die Vertragsvergabe wäre möglichst unbürokratisch nach definierten Kriterien zu organisieren.
- Details müssen u.a. die Ausstellung von Rezepten und Überweisungen durch Wahlärzte (muss zulässig sein) und die Kostenerstattung von «Wahlarztrechnungen» regeln (Mindestzahlungsfristen) etc. regeln.

Vorteile des Systems wären:

- Einsparungen: Mit einem Schlag wird ein grösserer Prozentsatz von Gesundheitskosten zulasten der OKP gespart. Angenommen die «Planstellen» für Vertragsärzte decken 80% aller OKP Arztrechnungen ab, wäre das unter der Annahme, dass «Wahlarztrechnungen» mit 80% des Tarifs refundiert werden, eine Reduktion der abgerechneten OKP-Kosten der Ärzte um 4%: $80 + (20 \cdot 80) / 100 = 96$. Bei 7 Mrd. OKP Kosten durch ambulante Ärzte sind das 280 Mio. Da ergeben sich natürlich Spiel- und Verhandlungsvarianten, bspw. würde das Einsparungspotenzial 9% oder 630 Mio. betragen, wenn durch eine etwas kleinere Zahl von Vertragsärzten 70% aller bisherigen Arztrechnungen abgedeckt werden, die nur zu 70% refundiert würden.
- Wettbewerb: Es würde ein Wettbewerb zwischen Ärzten um die Vertragsstellen entstehen, bzw. sollten umgekehrt die Versicherer interessiert sein, gute Ärzte für Vertragsstellen zu akquirieren und mit guten Vertragsbedingungen um sie zu werben. Ärzten stünde es in diesem Wettbewerb offen, sich nicht um Vertragsstellen zu bewerben, wenn sie der Auffassung sind, sie könnten auch im Markt bestehen, wenn sie zwar nicht an Vertragstarife gebunden sind, ihre Patienten aber nur einen Teil des Vertragstarifs von den Versicherern zurückerhielten.
- Vertretbare Einschränkung der uneingeschränkten Wahlfreiheit: Patienten können wählen, ob sie zu einem Vertragsarzt gehen, der die Vorzüge eines hohen Kostenersatzes bietet, oder ob sie zu einem Wahlarzt gehen, bei dem sie eine stärkere Eigenbeteiligung haben (wofür sie eventuell mehr Komfort/Service erhalten). Dem möglichen Vorwurf einer 2-Klassenmedizin ist zu entgegnen, dass es auch bei Vertragsärzten weiterhin einen hohen Versorgungsstandard gäbe, und die Inanspruchnahme eines Wahlarztes eben mit einer höheren Eigenbeteiligung zusätzlich zur OKP-Prämie verbunden sei.
- Stärkung des Zusatzversicherungsbereichs («Wahlarzt-Zusatzversicherungen»): Versicherer könnten mit Zusatzversicherungen die Übernahme von nicht durch die OKP abgedeckten Leistungen bzw. des nicht von der OKP übernommenen Teils der Rechnungen von Wahlärzten offerieren.

- Limitierung von «Doctorshopping»: In einem derartigen System könnten auch eher die OKP-Leistungen auf das «Notwendige» beschränkt werden, wodurch eine Senkung der OKP-Prämien möglich wäre. Der OKP-Leistungskatalog könnte auf Basis eines guten Versorgungsniveaus durchforstet werden. Zwischen Versicherern und Vertragsärzten könnten gewisse verbindliche Regeln für die Erbringung bzw. Abrechnung bestimmter Leistungen definiert werden: bspw. konsequente Stufendiagnostik in der Radiologie (Röntgen / MRI); Patienten, die trotz Röntgenbefunds und sicherer Diagnosestellung des erstuntersuchenden Arztes eine Zweitmeinung durch ein MRI wünschen, können/müssen eine „Wahlarztversicherung“ abschliessen. Oder Zweitmeinungen bei einem Vertragsarzt könnten generell nur mit vorheriger Kostenübernahmeerklärung der Versicherer eingeholt werden, bei Wahlärzten braucht es das nicht.

Mehr Eigenverantwortung

Die vorhin erwähnten Vorteile des Systems würden mehr Eigenverantwortung und für gewisse Patienten finanziell vertretbare höhere Eigenbeteiligungen bedeuten. Das wäre eine Alternative zu diskutierten generellen Erhöhungen der Eigenbeteiligung in der OKP. Die generellen Eigenbeteiligungen durch Franchisen und Selbstbehalte bis zu einer gewissen Leistungssumme sind in der Schweiz bereits sehr hoch und sollten nicht weiter erhöht werden. Sie wirken wie eine Steuer auf Kranke und sind nicht effizient, da sie Patienten auch davon abhalten können, rechtzeitig zum Arzt zu gehen. Neben negativen gesundheitlichen Auswirkungen werden dadurch auch die Behandlungskosten verteuert.

Sehr geehrter Herr Bundesrat, wir hoffen, mit diesen Ausführungen aufgezeigt zu haben, dass wir Ihre zur Kostendämpfung vorgeschlagenen Massnahmen nicht unreflektiert ablehnen. Die AGZ will Verantwortung für die Aufrechterhaltung des ausgezeichneten Leistungsniveaus des Schweizer Gesundheitssystems und für die Sicherstellung seiner Finanzierbarkeit übernehmen. Unsere Vorschläge decken sich nicht mit der Meinung aller Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Sie sind aber im Kanton Zürich breit abgestützt: wir haben eine interne Vernehmlassung bei den 20 kantonalen ärztlichen Fachgesellschaften, 8 kantonalen ärztlichen Berufsverbänden und 6 kantonalen ärztlichen Bezirksgesellschaften gemacht. Dabei haben wir zum ersten Abschnitt der Stellungnahme «Argumente gegen die vorgeschlagenen Massnahmen» nur Zustimmung bzw. keine gegenteilige Meinung erhalten. Zum zweiten Abschnitt «Alternativen zu den vorgeschlagenen Massnahmen» haben wir bis auf eine Fachgesellschaft nur Zustimmung bzw. keine gegenteilige Meinung erhalten. Einzig die VZI Vereinigung allgemeiner und spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich spricht sich gegen die vorgeschlagenen Alternativen aus, weil für sie die Lockerung des Vertragszwangs aktuell politisch nicht opportun sei, respektive für sie beim vorgeschlagenen Modell mit Vertrags- und Wahlärzten der Vorwurf der Schaffung einer Zweiklassenmedizin auf der Hand liege. Der Vorstand der AGZ teilt diese Meinung nicht und verweist auf seine Ausführungen in der Stellungnahme.

Die vom Vorstand der AGZ vorgeschlagenen Alternativen zur Zulassungssteuerung sind daher innerhalb der Zürcher Ärzteschaft breit abgestützt. Als grösste kantonale Ärztesgesellschaft wollen wir uns dafür einsetzen, dass die aus unserer Sicht sinnvolleren Alternativen zur Zulassungssteuerung auch schweizweit von der Ärzteschaft mitgetragen werden. Mit unseren Kampagnen wollen wir die Öffentlichkeit dafür gewinnen.

Abschliessend ersuchen wir Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat, die von Ihnen vorgeschlagene Teilrevision des KVG zugunsten der Prüfung der von der AGZ aufgezeigten und vorgeschlagenen Alternativen zu sistieren. Falls die Erarbeitung und Diskussion nachhaltiger Lösungen im Sinne dieser Alternativen zur Zulassungssteuerung mehr Zeit in Anspruch nehmen sollte, sollte aus Sicht der AGZ die aktuelle, bis 2019 befristete Zulassungssteuerung nochmals um zwei bis drei Jahre verlängert werden.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Ausführungen.

Freundliche Grüsse
ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH



Dr. med. Josef Widler
Präsident



Dr. iur. Michael Kohlbacher
Generalsekretär

Kopie an:

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA)

Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften (VEDAG)

Präsidentinnen und Präsidenten der Zürcher Fachgesellschaften, Berufsverbände, Bezirksgesellschaften

**Département fédéral de l'intérieur
DFI**

Monsieur Alain BERSET,
Conseiller fédéral
Secrétariat général SG-DFI
Inselgasse 1
CH-3003 Berne

Genève, le 23 octobre 2017

**Concerne : Consultation relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)
Prise de position de l'AMGe**

Monsieur le Conseiller fédéral,

L'Association des médecins du Canton de Genève (AMGe) vous remercie de l'occasion qui lui est donnée de se prononcer sur le projet de révision de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations. Notre réponse concerne plus particulièrement les médecins.

Vous trouverez ci-dessous la prise de position de l'AMGe suite à la procédure de consultation relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations).

Il sied de préciser que la prise de position de l'AMGe est calquée sur celle de la Société médicale de suisse romande (SMSR).

D'emblée, nous précisons que nous ne discuterons pas dans la présente consultation l'exigence de la compétence linguistique que nous estimons essentielle, dans la mesure où elle est traitée dans la révision de la LPMéd.

Principe d'une régulation par les cantons

Les médecins des certains cantons romands, Genève notamment, ont adhéré au principe d'une régulation des admissions à pratiquer. Ils ont reconnu sa nécessité en observant l'arrivée de médecins manquant d'expérience du système de santé suisse, disposant dans certains cas d'une formation lacunaire, et engagés par des sociétés occupant des créneaux lucratifs en étant peu attachées à subvenir à long terme aux besoins de la population.

Dans l'exemple genevois, canton touché très tôt par ce phénomène, les autorités cantonales ont mis en place un organe consultatif dans lequel les établissements hospitaliers publics et privés, ainsi que les médecins en pratique privée et les médecins hospitaliers ont pu communiquer leur appréciation de la situation locale concernant les besoins. C'est sur cette base et sur des données statistiques locales qu'un pilotage éclairé et raisonnable des admissions a pu être appliqué.

S'il n'est pas certain que ce modèle soit reproductible dans tous les cantons, il a permis d'apporter des corrections modérées en évitant de bloquer totalement l'admission de médecins

formés en Suisse. Il aurait, en effet, été aberrant de viser des corrections brutales à court terme, alors que le consensus admis est que nous devons augmenter le nombre de médecins formés pour répondre aux besoins, en tenant compte du souhait légitime de nos jeunes collègues de consacrer une part plus raisonnable de leur temps à l'exercice de leur profession. D'autre part, de nombreux médecins sont liés géographiquement par l'activité de leur conjoint et ne peuvent, pour cette raison, envisager une installation dans des régions périphériques.

Projet d'article 36

Le projet actuel donne au Conseil fédéral le devoir de fixer les règles d'admission à pratiquer, sans l'obliger à justifier les mesures prises. Il lui suffira d'invoquer la nécessité d'une adéquation et d'une haute qualité des soins fournis. Au surplus, c'est l'augmentation des coûts qui sera mise en avant. Or nous savons qu'ils poursuivront leur progression dans les années à venir comme dans tous les pays disposant d'un système de santé performant. C'est donc introduire dans la loi le principe de mesures technocratiques lourdes de conséquences, sachant que, dans le domaine ambulatoire, il est pratiquement impossible à un médecin de pratiquer sans être admis à charge de la LAMal. Le principe cardinal d'une formation académique rigoureuse, que personne ne conteste, disparaît de la loi. Qui plus est, l'insécurité juridique qui en découle est susceptible d'encourager certains médecins à faire passer la nécessité économique d'être admis à pratiquer avant l'éthique professionnelle et la qualité des soins.

Ce projet est le reflet d'une perte de confiance de la classe politique envers le corps médical, jugé incapable de se réformer, qu'elle entend mettre sous tutelle avec la conviction que c'est le moyen d'interrompre la hausse continue des coûts. Nous le regrettons et nous croyons voir dans cette attitude le désarroi de ceux qui craignent que le développement des soins prive d'autres branches économiques d'une partie de sa main-d'œuvre et surtout de sa substance économique. S'y ajoute la croyance qu'un système planifié permettra d'assurer une même qualité et disponibilité des soins à un coût inférieur, argument de propagande qu'aucun exemple ne permet de démontrer, comparant ce qui est comparable.

Le médecin coupable de la croissance des coûts?

Le corps médical fait l'objet de nombreux reproches dont nous croyons qu'ils ont pour but de justifier des mesures autoritaires. Or, si la médecine porte une responsabilité dans l'augmentation des coûts, c'est d'abord par son efficacité croissante qui permet à des malades gravement atteints une survie prolongée de bonne qualité. D'autre part, il est impossible au médecin de ne pas prendre au sérieux une demande de consultation pour un symptôme qui s'avèrera sans gravité à l'examen. Les efforts de prévention sont enfin trop peu développés dans notre pays et reposent essentiellement sur les médecins. Or, le temps consacré à la prévention n'est pas distingué et charge le compte des coûts des soins. On attend par ailleurs du médecin qu'il fasse preuve d'une grande modération dans l'exercice de sa profession, mais qu'il privilégie néanmoins les recommandations établies sur une base scientifique à une économie maximale.

La stratégie d'économie et la régulation atteignent leurs limites

Nous croyons que les efforts de régulation et d'optimisation des soins ont des limites. Les hôpitaux ont pu optimiser leur financement en transférant une partie de leur activité stationnaire vers leur secteur ambulatoire. Si ceci permet de stabiliser les besoins de financement par les cantons, l'assurance-maladie s'en trouve plus lourdement chargée. Ses primes augmentent d'ailleurs plus vite que les coûts des soins. Les conditions de travail se dégradent et d'autres corps de métier, à l'instar des infirmiers/infirmières, s'en plaignent de plus en plus. Des mesures bureaucratiques arbitraires ne feront qu'accélérer le phénomène, induisant une perte d'efficacité

et un découragement des prestataires. Nombre de jeunes médecins souhaitent d'ailleurs trouver un emploi salarié plutôt qu'assumer le risque de l'entrepreneur.

Nous sommes convaincus qu'aucune mesure, même dommageable pour la qualité des soins, ne permettra à notre pays de faire l'économie d'une réforme de son système d'assurance-maladie. La progression des primes ne doit pas être comprise comme la dérive du système de santé fou, mais doit inciter le Parlement à se pencher enfin sur le mode de financement de l'assurance-maladie obligatoire. Ou faut-il considérer que les soins ne peuvent désormais plus être assurés à tous? Cette question appelle une réponse politique et les prestataires de soins que nous représentons entendent bien rester fidèles à leur mission, fournir des prestations de qualité répondant aux connaissances scientifiques actuelles.

Remarques articles par article

art. 36, al. 1 et 2

Le texte en vigueur précise quel diplôme, ou reconnaissance de diplôme, il faut détenir pour être admis. Alors que la formation médicale prégrade est parfaitement définie en Suisse, ce nouveau texte ne fixe aucune ligne et confie au Conseil fédéral la responsabilité de définir les critères d'admission. Le cursus de formation et les exigences pour obtenir le diplôme fédéral de médecin pourraient donc disparaître en faveur de critères politiques obscurs sous couvert d'exigences de qualité et d'adéquation. On comprend mal comment ces critères pourront être appréciés chez des médecins demandant leur admission. La formation des médecins doit répondre à des exigences académiques claires auxquelles il convient d'adjoindre une formation pratique qui est acquise pour l'essentiel au niveau postgrade. Cette seule constatation justifie le rejet de l'entier de cet article 36.

Il est vrai que la non-équivalence des formations européennes, reconnues automatiquement en vertu des accords bilatéraux, pose problème. Mais, ce n'est pas en ajoutant une couche d'exigences supplémentaires, appliquées à tous les demandeurs, qu'il sera possible de le résoudre car il est impossible de juger de la qualité des prestations de personnes qui n'ont pas encore exercé dans notre pays.

art. 36, al. 3

Un délai d'attente de deux ans avant admission est absurde. Il ne saurait contribuer à améliorer la formation et pourrait signifier, pour ceux qui arriveraient au terme d'un engagement hospitalier, une interdiction de travailler dans le domaine des soins ambulatoires. Nous considérons en revanche pertinent d'imposer une période de formation postgrade de trois ans dans le domaine d'activité, dans un établissement reconnu en Suisse, comme le demande la FMH. Cette exigence de formation permet d'acquérir une bonne connaissance pratique du système de santé suisse. Il faut noter que le nombre de médecins spécialistes nécessaires est en général plus important dans les hôpitaux que dans le secteur ambulatoire privé. Une telle exigence de formation permettrait ainsi un certain rééquilibrage.

art. 36, al. 3bis

Compenser le manque d'expérience pratique par un examen théorique est illusoire. Cette mesure complémentaire à celle de l'al.3 est insuffisante et doit être rejetée de même.

art. 36, al. 4

Les sociétés médicales réalisent depuis longtemps des efforts importants pour assurer des prestations de haute qualité et économiques. Il convient de les encourager et les soutenir. Les mesures prises par le Conseil fédéral imposeront en revanche une charge administrative supplémentaire sans contribuer efficacement aux efforts d'amélioration de la qualité.

art. 36, al. 4 et 6

Confier aux assureurs la gestion des admissions est surprenant. Il s'agit d'une responsabilité politique qui repose sur des critères académique et de connaissance du métier. Il ne s'agit manifestement pas du champ de compétence des assureurs. Nous y voyons un désintérêt coupable de la classe politique associé à un rejet du corps médical, jugé incapable de maîtriser l'évolution des coûts à charge de l'assurance-maladie obligatoire. La mission des médecins est de fournir des soins de qualité, répondant à la demande de la population. Celle du Parlement est de trouver les compromis acceptables dans le cadre constitutionnel. Une fois de plus, on utilise les assureurs pour convaincre l'électeur qu'il faut restreindre l'accès aux soins, puisque le système de primes par tête est devenu insupportable.

Compte tenu de l'obstruction systématique, dont les assureurs ont fait preuve dans le cadre LAMal lorsqu'il s'est agi d'adapter la pratique et les tarifs à l'évolution scientifique, il ne fait guère de doute que les admissions ne seront pas définies en fonction des besoins en soins ou de leur qualité et qu'il sera peu ou pas tenu compte des compétences "métier".

Une régulation appropriée ne peut se faire qu'au niveau des cantons, ce qui est réglé par l'article 55a.

art. 55a, al. 1

La compétence cantonale de réguler les admissions nous paraît justifiée. Il appartient au canton, en fonction de la situation locale, de déterminer s'il y a lieu d'appliquer une régulation. Il faut toutefois disposer de statistiques des coûts qui tiennent compte de la résidence principale des patients et non du lieu de soins. Sinon, on ne pourra connaître l'importance du transfert des coûts vers les cantons fournisseurs d'emploi (lorsque les travailleurs consultent à proximité de leur lieu de travail) ou vers les cantons où la densité médicale est plus élevée, c'est-à-dire où il est plus facile d'obtenir un rendez-vous, en particulier chez un spécialiste.

art. 55a, al. 2

Le taux d'occupation des médecins est un facteur difficile à suivre lorsqu'il s'agit d'indépendants.

Il faut donc tenir compte en premier lieu des besoins estimés des patients dans les spécialités concernées, besoins qui peuvent évoluer rapidement. Les critères proposés par le Conseil fédéral seront vraisemblablement technocratiques, basés sur l'évolution des coûts plutôt que sur la réalité rencontrée par les patients.

art. 55a, al. 3

Nous saluons ici la mention des représentants de patients et des fournisseurs de prestations.

Pour donner un avis éclairé, ceux-ci doivent cependant disposer de données de qualité qu'ils n'ont souvent pas le moyen de produire eux-mêmes. Enfin, l'expérience démontre que l'obligation d'entendre ne signifie pas que le canton doit tenir compte des avis reçus.

art. 55a, al. 4

Cet alinéa est particulièrement vague. De nombreuses données doivent déjà être fournies par les médecins. Les enquêtes ou études supplémentaires qui pourraient être nécessaires en représentant une charge importante ne peuvent pas être mises à la charge des prestataires.

art. 55a, al. 6

Cette disposition est un oreiller de paresse et surtout un alibi pour prendre des mesures inadéquates lorsqu'on est dans une tendance haussière à long terme. Avant de conclure qu'une augmentation des coûts dans une spécialité est due à un excès de prestataires, il faut connaître l'évolution des besoins, qu'elle soit due à l'évolution démographique ou la celle des techniques de soins.

En conclusion

L'Association des Médecins du Canton de Genève (AMGe) salue la volonté de confirmer la compétence des cantons pour appliquer une éventuelle régulation des admissions. Elle accueille également avec satisfaction l'introduction du critère linguistique dans la LPMéd.

En revanche, elle rejette l'entier du nouvel article 36 proposé. Les critères actuels sont simples et éprouvés et nous recommandons d'y adjoindre uniquement le critère d'une activité de trois ans, dans la discipline considérée, au sein d'un établissement de formation reconnu en Suisse.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'assurance de notre parfaite considération.

Pour l'AMGe :

Dr Pierre-Alain Schneider

Herr Bundesrat Alain Berset
p. A. Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)
betreffend die Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereiches /
Stellungnahme der Ärztegesellschaft Baselland**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Ärztegesellschaft Baselland (AeG BL) ist die Berufsorganisation der im Kanton Basel-Landschaft tätigen Ärzteschaft.

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, uns zur vorgeschlagenen Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereichs zu äussern. Die AeG BL steht der Vorlage grundsätzlich ablehnend gegenüber. Dies bedeutet nicht, dass die AeG BL jegliche Regelungen ablehnen würde. **In der vorgeschlagenen Form** erscheinen sie aber für die Ärzteschaft als **nicht akzeptabel**. Die Gründe hierfür möchten wir nachfolgend erläutern. Dabei werden wir auch Vorschläge einbringen, wie eine Regelung einfacher ausgestaltet werden könnte.

I. Allgemeine Bemerkungen

Die Vorlage ist geprägt von einem planwirtschaftlich anmutenden Steuerungsglauben, dies nun auch im ambulanten Bereich. Nach der umfassenden Steuerung des stationären Angebots soll eine ebenso umfassende Steuerung des ambulanten Bereichs erfolgen, dies vor allem mit Blick auf die Kosten. Dies bedeutete, dass der Staat, dass die Behörden in der Lage sein sollen, die zu erwartende Nachfrage zu kennen, die Versorgung umfassend sicherzustellen, die Qualität der Leistungserbringung zu garantieren und gleichzeitig die Kosten zu senken. Ein solcher Steuerungsglaube ist illusorisch. Dafür ist zu erwarten, dass mit der Vorlage für die Ärzteschaft ein massiver Regulierungsschub kommen wird, dies verbunden mit mehr Bürokratie für alle. Mit den neuen Zulassungsregelungen dieser KVG-Revision wird die staatliche Planung und Kontrolle des ambulanten Leistungsangebots und der Zulassung von Ärzten als Leistungserbringer gemäss KVG massiv verschärft und

erhöht. Der Zustrom von Leistungserbringern in die freie Praxis wird mit einer neuen Regelung auf Dauer reguliert. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass gemäss der Vorlage detaillierte Zulassungsvorschriften beabsichtigt sind, welche vom Bundesrat noch zusätzlich zu konkretisieren sind, und dann eine Organisation über die Zulassung entscheidet. Mit anderen Worten: Für die Zulassung wird eine neue, zusätzliche Bürokratie errichtet. Darauf wird nochmals zurückzukommen sein. Bereits jetzt ist der Arztberuf sehr engmaschig geregelt, dies unter anderem in den Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes, des KVG sowie der kantonalen Gesundheitsgesetze. Jetzt soll ein noch engmaschigeres Korsett errichtet werden. Kein freier Beruf und wohl generell kein Beruf ist derart stark reglementiert wie der Arztberuf.

Die Vorlage, welche zu einem wesentlichen Teil auch der Kosteneinsparung dienen soll, ist sodann mit Bezug auf dieses Ziel ganz einseitig zulasten der Ärzteschaft ausgerichtet. Sie ist völlig monokausal von der These einer angebotsgesteuerten Nachfrage geprägt. Die Ärztedichte ist indessen als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet. Es besteht – wie der Helsana-Report zu den Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung von Dezember 2016 (S. 22 und 32) zeigt – keine klare Korrelation zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen an Patienten. In Wirklichkeit wird die Nachfrage durch vielfältige Faktoren bestimmt, namentlich auch durch das Verhalten der Bevölkerung. Doch die Nachfrageseite wird – wohl aus politischen Gründen – geschont. Sie ist sodann sehr einseitig auf die Kostenproblematik ausgerichtet. Es ist also einmal mehr die Ärzteschaft, welche hier zur Senkung der Kosten beitragen soll. Dies gilt insbesondere für die Regelungen in Art. 55a KVG. Schon mit dem erneuten Tarmed-Tarifeingriff sollen Kosten zulasten der Ärzteschaft gespart werden. Jetzt kommt diese Vorlage hinzu. Die AeG BL kann diesen Prozess einer stetigen Verschlechterung der Stellung des Arztberufs insbesondere in der freien Praxis nicht akzeptieren. Zudem zeigt ein Vergleich der OECD-Länder, dass die Ärztedichte weniger mit den Gesundheitskosten korreliert, als die Zahl der Spitalbetten. Warum der Bundesrat trotzdem mittels Senkung der Zahl ambulanter Ärzte und nicht mittels Limitierung von Spitälern oder Spitalbetten die Gesundheitskosten beeinflussen will, ist nicht nachvollziehbar. Die vorgeschlagenen Massnahmen basieren nicht auf einer Wirkungsanalyse, sondern sind willkürlich gewählt.

II. Unausgewogene Kräfteverhältnisse

Betrachtet man die Vorlage unter dem Aspekt der Kräfteverhältnisse, so erfolgt eine massive Verstärkung der Macht der Versicherer sowie der Kantone zulasten der Ärzteschaft, insbesondere der frei praktizierenden Ärzteschaft.

Die Versicherer erhalten grossen Einfluss durch ein von ihnen zu führendes formelles Zulassungsverfahren. Die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen der Versicherer würden verstärkt und dabei die bereits jetzt mögliche Sanktion des Verlustes der KVG-Zulassung wird grösseres Gewicht bekommen. Sprengkraft bilden die im Detail vom Bundesrat zu definierenden obligatorischen Qualitätsvorgaben und Anforderungen für Ärzte und die anderen ambulanten Leistungserbringer.

Namens der Ärzteschaft der meisten Kantone möchte die AeG BL nochmals folgendes zur Qualität festhalten: Bezüglich der ärztlichen Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ist

zu verlangen, dass Ärzte mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig sind. In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet. Was den Fortbildungsnachweis anbelangt, müssen sich Ärzte nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium. Hinsichtlich der Sprachkompetenz ist zu fordern, dass Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen müssen. Medizin ist Teamarbeit, Missverständnisse vermeiden ist prioritär. Diese Kriterien genügen vollauf, müssen aber auch konsequent umgesetzt werden.

Dass eine Organisation der Versicherer über die Zulassung von Leistungserbringern entscheiden soll, ist nicht einzusehen. Die Abhängigkeit der Ärzteschaft von den Versicherern ist insbesondere in finanzieller Hinsicht bereits ausserordentlich gross. Es erweist sich derzeit als extrem schwierig bzw. nahezu unmöglich, mit den Versicherern neue Tarifverträge abzuschliessen. Die Versicherer zeigen für die Anliegen der Ärzteschaft häufig nur sehr geringes Verständnis. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum derzeit die tariflichen Beziehungen sehr gestört sind. Wenn nun die Versicherer direkt oder indirekt nicht nur über die Tarife (mit-)entscheiden können, sondern auch über die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, dann droht sich ein neuer Graben aufzutun. Es ist damit zu rechnen, dass es zu zahlreichen Rechtsmittelverfahren kommt. Die AeG BL ist daher der Meinung, dass entweder eine unabhängige Organisation mit der Durchführung der Zulassung betraut werden soll, oder das Zulassungswesen von der Ärzteschaft selber – selbstverständlich überwacht vom Bund – durchzuführen ist. Dafür sprechen auch Gründe des Know-how. Die Ärzteschaft ist im Unterschied zu den Versicherern täglich in der Praxis mit Fragen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen konfrontiert. Dasselbe gilt für die Prüfung der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und das im Gesetzesentwurf in diesem Zusammenhang vorgesehene Prüfverfahren. Wenn jemand im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungserbringung berufen ist, die notwendigen Kenntnisse zu überprüfen, so ist es die Ärzteschaft mit ihren ausgeprägten Erfahrungen im Bereich des Gesundheitswesens und der Qualitätsförderung bei der ärztlichen Leistungserbringung (Qualitätszirkel etc.). Es kommt hinzu, dass es ja hierbei vor allem um für die Ärzteschaft relevante Kenntnisse geht. Es ist daher nicht sachgerecht und unverständlich, warum hier eine von den Versicherern getragene bzw. bezeichnete Organisation dies durchführen soll. Die Bereitstellung der erforderlichen Daten, Methoden, Fachkompetenzen und personellen Ressourcen für die Wahrnehmung der den Versicherungen zugedachten Aufgaben würde noch mehr Bürokratie und beträchtliche zusätzliche Verwaltungskosten bei den Versicherern verursachen.

Die geplante Vorlage stärkt aber auch zusätzlich die Position der Kantone. Diese erhalten einen noch grösseren Einfluss auf das ambulante Leistungsangebot, und eine stärkere Rolle bei der Prüfung der Einhaltung der Berufspflichten von Personen, die einen universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener Verantwortung ausüben. Zwar besteht gemäss Art. 55a KVG in der vorgeschlagenen Form keine Pflicht der Kantone, Höchstzahlen zu erlassen. Kantone wie Zürich, die bisher keinen Gebrauch von der Festlegung von Höchstzahlen von Leistungserbringern gemacht haben, werden es aber zukünftig sehr schwer haben, diese Position aufrecht zu erhalten. Die Gefahr

ist viel zu gross, dass Ärztinnen und Ärzte, die in anderen Kantonen keine Praxis eröffnen können bzw. ihre Tätigkeit nicht in einem Spital oder einer Einrichtung ausüben können, versuchen werden, dies im Kanton Zürich zu tun. Dies wird einen erheblichen Druck auf solche Kantone ausüben. Es wird sodann eine staatlich programmierte Verlagerung des ambulanten Angebots von den freien Praxen in die Spitalambulatorien geben, weil die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen von ambulanten Ärzten bzw. Arztpraxen die niedergelassenen Ärzte, ambulanten ärztlichen Institutionen und Spitalambulatorien in einen Topf werfen, die Ärzte in Spitälern/Spitalambulatorien weiter zunehmen, und dadurch zunehmend weniger «Planstellen» für niedergelassene Ärzte existieren werden. Damit wird geographisch das ärztliche Angebot ausgedünnt. Mit anderen Worten: gerade für ältere und behinderte Menschen wird es beschwerlicher und schwieriger, in der Nähe einen Arzt zu finden. Eine geographische Unterversorgung insbesondere, aber nicht nur im Bereich der Grundversorgung ist absehbar.

III. Rechtsstaatliche Defizite: Völlig unklare Kriterien und unbekannte Datenbasis für Höchstzahlen und Zulassungstopp in einzelnen Fachgebieten

Es ist sodann nach der Gesetzesvorlage völlig unklar, basierend auf welchen Kriterien die Höchstzahl festgelegt werden sollen. Ganz offensichtlich sollen die Kantone ein breitestes Ermessen haben. Falls dem so ist, sind solche Entscheidungen auch gerichtlich kaum überprüfbar. Dies ist aus prinzipiellen und aus rechtsstaatlichen Gründen abzulehnen. Auch die völlig pauschale Delegation in Absatz 2 von Art. 55a KVG von Zuständigkeiten an den Bundesrat bezüglich der Kriterien und methodischen Grundsätze bei der Bestimmung der Höchstzahl ist abzulehnen. Derartige Kriterien stellen mit Blick auf den Zweck, nämlich die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, einen starken Eingriff in die Rechte von Ärztinnen und Ärzten dar. Damit wären - für die erforderliche demokratische Legitimation - die Grundsätze der Kriterien im Gesetz zu verankern.

Ähnliche grosse Vorbehalte bestehen auch gegenüber der Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzten bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung in einem Fachbereich die Aufnahme einer Berufstätigkeit zu verunmöglichen, sei dies selbständig oder unselbständig. Es genügt für diesen massiven Eingriff in die Rechte vor allem jüngerer Ärztinnen und Ärzte, dass in diesem Fachgebiet die ärztlichen Kosten höher steigen als in anderen Fachgebieten im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebietes. Dies bedeutet konkret, dass theoretisch jährlich in unzähligen Fachgebieten keine Ärztin und kein Arzt die Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung aufnehmen kann, sei dies selbständig oder unselbständig erwerbend. Dabei genügt theoretisch, dass die Durchschnittskosten im betreffenden Fachgebiet im Promillebereich über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Dies ist inhaltlich und in seiner Einseitigkeit inakzeptabel. Nicht akzeptabel ist, dass in komplexen Verhältnissen, in denen unzählige Ursachen eine Rolle spielen, völlig monokausal auf ein Kriterium abgestellt wird und die Gründe für eine Kostensteigerung offensichtlich keine Rolle spielen sollen. Zwar ist gemäss dem Vorschlag Art. 55a Abs. 6 KVG eine sog. Kann-Vorschrift. Die Kantone sind also nicht verpflichtet, zu diesem Instrument zu greifen. Die Voraussetzungen sind indessen derart lasch umschrieben, dass auch hier eine rechtsstaatliche Kontrolle kaum möglich ist. Und weil Kosten leicht über dem Durchschnitt bereits

genügen, um zu diesem Schritt zu greifen, ist davon auszugehen, dass wirklich zahlreiche Fachgebiete davon betroffen sein können. Dies ist umso stossender, als es durchaus sehr gute Gründe dafür geben kann, warum in einzelnen Fachbereichen die Kosten vorübergehend überdurchschnittlich ansteigen (neue Behandlungsmethoden, Grippewelle, Präventionskampagnen, etc.). Gemäss dem vorgeschlagenen Wortlaut spielt dies allerdings keine Rolle. Es ist letztlich dem Ermessen des Kantons anheimgestellt, ob er auf solche Gründe Rücksicht nehmen will oder nicht.

Völlig unklare Kriterien und Datenbasen für einen Zulassungsstopp in einzelnen Fachgebieten sind für uns absolut nicht akzeptabel. Eine Verwendung der äusserst unvollständigen und bestrittenen Zahlen von santésuisse für eine Zulassungssteuerung würde verheerende Auswirkungen haben.

IV. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Art. 36

Zu Abs. 1

Vorschlag einer Neuformulierung: "..., wenn sie über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen."

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation.

Abs. 2: Ersatzlos streichen

Begründung: Es gibt jetzt schon zahlreiche Vorschriften des Bundesrechtes, aber auch des kantonalen Rechtes sowie von Fachgesellschaften, welche sich auf die Qualität, die Aus- und die Weiterbildung etc. beziehen. Es macht keinen Sinn, wenn nun zusätzlich der Bundesrat auf Verordnungsstufe weitere Voraussetzungen erlässt. Im Übrigen ist diese Delegation von Normsetzungsbefugnissen an die Exekutive auch rechtstaatlich bedenklich. In den Grundzügen müssten einschränkende Regelungen im formellen Gesetz geregelt sein.

Abs. 3: Streichen

Begründung: Von dieser Massnahme würden vor allem junge Ärztinnen und Ärzte massiv betroffen. Wie sollen junge Ärztinnen, junge Ärzte diese zwei Jahre überbrücken?

Abs. 3bis: Zu streichen

Begründung: Es ist der bisherige Weg weiterzuverfolgen, der sich bewährt hat, nämlich eine dreijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet.

Abs. 4: Ersatzlos streichen

Begründung: Es handelt sich um eine völlig offene Formulierung, aufgrund derer der Bundesrat nahezu beliebige Auflagen festlegen kann. Dies ist abzulehnen. Es gibt schon jetzt unzählige Massnahmen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung. Auch die Datenlieferungen sind gesetzlich geregelt, dies im Zusammenhang mit MARS. Es ist nicht verständlich, warum noch zusätzlich auf Verordnungsstufe Kriterien festgelegt werden sollen. Falls in diesem Bereich ein Missstand vorläge, so müsste dieser auf dem Wege einer Gesetzesrevision beseitigt werden. Es gibt aber keinen Missstand.

Abs. 5: Streichen

Begründung: Damit würden die Ärzte als Leistungserbringer in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten. Schon jetzt ist diese Abhängigkeit gross. Aus Sicht der Ärzteschaft läge bei einer Doppelrolle der Versicherer gegenüber der Ärzteschaft als diejenigen, welche über die Vergütung von Leistungen und die Zulassung zur Leistungserbringung entscheiden, ein eindeutiger Interessenkonflikt vor. Es handelt sich um den untauglichen Versuch, den Bock zum Gärtner zu machen.

Abs. 6: Grundsätzlich streichen

Begründung: Die AeG BL ist grundsätzlich gegen ein Prüfverfahren gemäss Abs. 3bis. Sollte ein solches trotzdem eingeführt werden, wäre die Organisation paritätisch zu konstruieren. Dies ist auf Gesetzesstufe festzulegen.

Art. 55a

Abs. 1

Grundsätzlich ist es zu begrüssen, dass nicht nur die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von der Einschränkung erfasst werden. Offen ist jedoch, was mit den vom Spital angestellten Ärztinnen und Ärzten geschieht, die in Spitalambulatorien arbeiten, welche der Regelung offensichtlich nicht unterworfen sind. Es steht zu befürchten, dass es zu weiteren Verschiebungen von der frei praktizierenden Ärzteschaft hin zu den Spitälern kommen wird.

Abs. 2

Die Bestimmung ist gut gemeint, wird aber ganz erhebliche Umsetzungsprobleme verursachen. Es steht zu befürchten, dass die Umsetzung dieser Bestimmung zu einem ganz ausserordentlichen administrativen Mehraufwand führen wird.

Abs. 3

Keine Bemerkungen.

Abs. 4

In dieser Bestimmung zeigt sich u.a. der mögliche administrative Mehraufwand, der Abs. 2 verursachen würde. Es ist indessen festzuhalten, dass der Kanton sowieso eigentlich im Besitze der relevanten Daten ist, nämlich die von der BSV erhobenen Daten gemäss Art. 23 KVG bzw. nach Art. 59a KVG.

Abs. 5:

Keine Bemerkungen

Abs. 6: Streichen

Begründung: Vergleiche die Ausführungen vorne unter III. , 2 Absatz.

V. FAZIT

Beim Vorentwurf des Bundesrates zur Zulassung von Leistungserbringern kann nicht von einer weit-sichtigen Vorlage die Rede sein. Die klaren Aufträge des Parlaments, echte Alternativen gegenüber den bisherigen, befristeten Zulassungsstopps (mit ihren in verschiedener Hinsicht kontraproduktiven Auswirkungen) aufzuzeigen, wurden nicht erfüllt. Auch fehlen jegliche Hinweise für eine nachhaltige Finanzierung des ambulanten Bereichs, obwohl die Zulassungs- und die Finanzierungsfrage sachlich zusammengehören.

Während der neue Zulassungsstopp die praxisambulante Ärzteschaft dauerhaft einschränken soll, dürfte die Umsetzung in den Spitälern auch künftig illusorisch bleiben. Das Resultat ist eine Schwächung einer auf die Patientenbedürfnisse fokussierten medizinischen Versorgung in der ambulanten Praxis, die erwiesenermassen wirtschaftlicher erbracht wird als im spitalambulanten Bereich. Ziel einer jeden umfassenden Reform im Gesundheitswesen sollte eine Lösung sein, welche die legitimen Interessen der Bevölkerung, Leistungserbringer und Kantone gut austariert. Dazu müssen auch neue Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden. Wegen der die Stärkung des ambulanten Sektors behindernden finanziellen Fehlanreize ist mittelfristig eine einheitliche Finanzierung des stationären und des ambulanten Sektors anzustreben, und die Arbeit daran muss – angesichts der zu überwindenden politischen Widerstände der Kantone – jetzt beginnen.

Etliche Kantone fördern oder dulden zumindest das «Wettrüsten» der Spitalambulatorien, welches mit vom Kanton festgeschriebenen ambulanten Operationslisten aktiv beschleunigt wird. An diesen in den Spitälern ambulant erbrachten Leistungen beteiligen sich die Kantone aber nicht und können so zu Lasten der Prämienzahler ihre kantonalen Budgets schonen. Für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante medizinische Versorgung braucht es deshalb neue Finanzierungsgrundlagen, damit die Vorteile allen Kostenträgern – auch und vorab den Prämien- und Steuerzahlern - zu Gute kommen. Die Kantone müssen ihre Verantwortung im ambulanten Bereich sowohl bei der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nach qualitativen Kriterien im Sinne der Pa-

tientensicherheit als auch im Hinblick auf mehr Koordination im Sinne der realen Versorgungsregionen über die Kantonsgrenzen hinaus wahrnehmen. Es sollte versucht werden, die Leistungserbringung tendenziell von den Spitälern wieder in die Praxen bzw. in ambulante, regionale Versorgungszentren zu verlagern. Dazu braucht es Anreize für Praxisgründungen von Hausärzten und Spezialärzten sowie Modelle zur Regionalisierung der Grundversorgung wie bspw. regionale, wohnortnahe Gesundheitszentren von Grundversorgern.

Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Zulassungssteuerung sind deshalb - weil völlig untauglich und nur einer weitergehenden Planwirtschaft im ambulanten medizinischen Bereich förderlich - für uns ein eindeutiges No Go und werden in aller Form abgelehnt.

Nachhaltige Lösungen des Parlaments in diesem Themenbereich benötigen offenbar mehr Zeit und erfordern zwingend eine gesamtheitliche Betrachtung des Gesundheitssystems Schweiz. Deshalb wäre es wohl zu verkraften, die befristete Zulassungssteuerung nochmals um zwei bis drei Jahre zu verlängern.

Wir ersuchen Sie freundlich, unsere Argumentationen in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen, und danken Ihnen dafür im Voraus.

Mit besten Grüssen

ÄRZTEGESELLSCHAFT BASELLAND

der Präsident:

der Geschäftsführer:



Dr. med. T. Eichenberger

lic. iur. F. Schwab



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Per E-Mail und A-Post:
Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch
Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sekretariat
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, den 12. September 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereichs

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hatte sich zur Revisionsvorlage, welche die Möglichkeit von moderaten Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung im ambulanten Bereich dauerhaft im KVG verankern wollte, im Jahr 2014 mehrheitlich positiv geäussert. Gerne erlauben wir uns, die damaligen allgemeinen Bemerkungen wie folgt zu wiederholen:

„Wir befürworten zunächst ganz ausdrücklich die Ablösung von befristetem Notrecht durch ordentliches Recht. Das bisherige System hat weitreichende unerwünschte Wirkungen gehabt, weil die Akteure dadurch stark verunsichert wurden und aus dieser Not heraus teilweise zu Überreaktionen gezwungen waren. Der mehrfach beobachtete unerwünschte, zeitweise sprunghafte Anstieg von erteilten ZSR-Nummern lässt sich nur so erklären. Weiter begrüssen wir auch die späte Einsicht, dass der Bundesrat von der Idee, in der sozialen Krankenversicherung (OKP) trotz staatlich genehmigter Tarife die Vertragsfreiheit einführen zu wollen, nun definitiv Abstand nimmt. Gleiches gilt bezüglich der Einführung differenzierter Tarife, was zu Recht ebenfalls verworfen wurde.“

Damit bleibt nur noch der unbeliebte Planungsansatz als weitere Option offen. Die vorgeschlagene Lösung ist dabei aus unserer Sicht die beste Variante, weil nur bei Über- oder Unterversorgung Massnahmen ergriffen werden können und weil die Zuständigkeit dafür bei den Kantonen liegen soll. Richtig erachten wir es zudem, die erwähnten kantonalen Massnahmen von einem nicht nur quantitativ, sondern vor allem auch qualitativ ausreichenden Versorgungsangebot abhängig zu machen.

Die explizit vorgesehene Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit, welche es ermöglicht, die Zulassung auf mehrere Personen desselben Fachgebiets oder verwandter Fachgebiete aufzuteilen, stellt eine wesentliche Verbesserung gegenüber der heutigen Rechtslage dar und entspricht einer langjährigen Forderung der BEKAG, welche im Kanton Bern denn auch teilweise bereits umgesetzt wurde. Der beratenden Kommission kommt bei der Planung des Versorgungsbedarfs eine zentrale Funktion zu. Es ist zu hoffen, dass vom Kanton in aller Regel nur einvernehmlich, von der Kommission, in welcher alle betroffenen Parteien Einsitz nehmen, erarbeitete oder zumindest genehmigte Lösungen umgesetzt werden. Die BEKAG ist gerne bereit, zu diesem Zweck eigene Daten, wie zum Beispiel die Resultate der jährlich durchgeführten



Versorgungsumfrage, zur Verfügung zu stellen. Solche Daten können indessen nicht in jedem Fall kostenlos erarbeitet und geliefert werden.

Bisher bestehende Leistungserbringer bzw. Arztpraxen sind zu Recht von der Möglichkeit einer Einschränkung der Tätigkeit zu Lasten der OKP ausgenommen. Gleiches muss für Praxisnachfolgen gelten. Die Möglichkeit des Kantons, trotz grundsätzlicher Zulassungsbeschränkung in einer bestimmten Region aus wichtigen Gründen ausserordentliche Bewilligungen zu erteilen, sollte deshalb unseres Erachtens unbedingt weiterhin explizit im Gesetz verankert bleiben.

Schliesslich sprechen wir uns auch deutlich für die Schaffung neuer Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung im (spital-) ambulanten Bereich aus, mit denen die Kantone auf eine Über- oder Unterversorgung reagieren können. Die subsidiäre Eingriffsmöglichkeit des Bundesrats auf Tarifebene geht uns indessen in diesem Zusammenhang zu wenig weit. Der Bundesrat muss unseres Erachtens auch dann subsidiär eingreifen können, wenn die Kosten je versicherte Person im spitalambulanten Bereich eines Kantons deutlich stärker steigen als im ambulanten Bereich der Arztpraxen und Einrichtungen nach Art. 36a KVG des gleichen Kantons.“

Mit dieser Stellungnahme des Kantonalvorstandes waren unsere Mitglieder an der Basis nicht vollumfänglich oder nur teilweise zufrieden, weil man der Auffassung war, dass die BEKAG damit eine Regelung unterstützte, welche in erster Linie den Nachwuchs treffen werde.

Was hat sich nun in der Zwischenzeit ereignet? Einerseits hat das Parlament die mit Mängeln behaftete, befristete Zulassungsbeschränkung des 1. Juli 2013 nochmals über den 30. Juni 2016 hinaus bzw. bis zum 30. Juni 2019 verlängert. Andererseits wird jetzt eine Vorlage präsentiert, welche zwar immer noch gewisse Verbesserungen beinhaltet, aber – wie bei Vorlagen des EDI seit der Verabschiedung der Strategie Gesundheit2020 allgemein beobachtet – im Sinne einer Überregulierung deutlich über das Ziel hinausschiesst.

I. Allgemeine Bemerkungen

Die ärztliche Berufsausübung gehört zu den am meisten regulierten Berufen. Mit dem Erlass des Medizinalberufegesetzes wurden die Anforderungen nochmals erheblich heraufgesetzt. Im Gegensatz zur ursprünglichen Regulierung setzt heute die Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ein eidgenössisches Diplom und eine vom Bundesrat anerkannte, abgeschlossene Weiterbildung voraus.

Art. 55a KVG verfolgt eine andere Zielsetzung. Der Bund und die Kantone sollen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zum Zweck der Kosteneindämmung auf eine Höchstzahl beschränken dürfen. Zudem sollen bei der Berechnung der Höchstzahlen neu Teilzeitpensen berücksichtigt werden, was seit Langem unbestritten ist. Beides ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Es kommt auf die Ausgestaltung an. Die den Kantonen damit eingeräumte Freiheit, die Kriterien grösstenteils selber zu definieren, und die dafür benötigten Daten unentgeltlich bei den Leistungserbringern zu erheben, geht unseres Erachtens zu weit. Mit anderen Worten gehen wir auch nicht davon aus, dass der Bundesrat von der Möglichkeit der Festlegung von weiteren Kriterien und methodischen Grundsätzen für die Bestimmung der Höchstzahlen der Personen nach Artikel 55a Absatz 1 Gebrauch machen wird. Während dem die Vorlage 2014 noch eine beratende Kommission vorsah, wurde diese jetzt ohne Begründung gestrichen. Dies lehnen wir ebenfalls ab. Wir sind der Auffassung, dass eine gesetzlich zwingend vorgeschriebene ständige Kommission notwendig ist, welche regelmässig tagt. Anhörungsverfahren reichen als Grundlage für eine derart komplexe Regulierung unseres Erachtens nicht aus. Dies natürlich nur, sofern der Kanton von der Möglichkeit der Begrenzung auf Höchstzahlen Gebrauch machen möchte. Die Kosten der dafür notwendigen Erhebungen dürfen nicht alleine und vollumfänglich den Verbänden der Leistungserbringer aufgebürdet werden.



Neu sollen die Kantone nun auch vorsehen können, dass kein Arzt oder keine Ärztin im betreffenden Fachgebiet mehr zugelassen wird, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen. Diese Massnahme geht unseres Erachtens zu weit und wir lehnen solche undifferenzierten Zulassungsstopps ausdrücklich ab. Die Durchführung der dafür notwendigen Prüfungen wäre nicht nur in der Handhabung aufwändig, sondern die vorgeschlagene Methode bzw. die anzuwendenden Kriterien grenzen wie die Tarifeingriffe des Bundesrats an Willkür, denn sie können zu unfairen Ergebnissen zum Nachteil einzelner Fachgebiete führen, und sich insbesondere auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auswirken. So könnten zum Beispiel neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken, zu Unrecht indirekt abgestraft werden, nachgewiesene kulturelle Unterschiede, beispielsweise zwischen der Westschweiz und der Ostschweiz, dürfen sich nicht derart auswirken, dass gewisse Kantone oder ganze Regionen nur alleine deswegen plötzlich keine nachgefragten Spezialisten mehr zur Tätigkeit zu Lasten der Sozialversicherung zulassen. Es kommt sowieso hinzu, dass „arme“ Kantone geneigt sein könnten, die ambulante Versorgung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung, welche eine Sozialversicherung des Bundes ist, auf kantonaler Ebene unter Anwendung zu tiefer Höchstzahlen in überproportionalem Ausmass auszudünnen.

Neu soll bereits auf der Stufe der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung des Art. 36 KVG stärker reguliert werden. Zum einen soll die Zulassung der Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung einer Zulassungspflicht unterstellt werden, wobei die Krankensversicherer hierfür eine Organisation zur Verfügung stellen sollen. Zum anderen soll der Bundesrat gewisse Anforderungen nicht nur zur Qualität der Leistungserbringung, sondern auch zur Wirtschaftlichkeit auf Verordnungsebene regeln können. Wir sind nicht dagegen, dass gewisse Sprachkenntnisse vorausgesetzt werden. Aber der bisherige Nachweis einer 3-jährigen Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsinstitution muss auch inskünftig ausreichen.

Wenn eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachgewiesen werden muss, so führt dies zu einem Marktverschluss für junge Ärztinnen und Ärzten, obwohl diese schon länger in der Schweiz tätig sind und meistens auch ganz oder teilweise hier aus- und weitergebildet wurden. Wieso statt einer zweijährigen Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung die Möglichkeit der Ablegung einer Prüfung über die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitswesens eröffnet werden soll, ist völlig schleierhaft und nicht nachvollziehbar.

Am meisten stört uns wie gesagt die Möglichkeit des Bundesrats, auf Verordnungsebene bzw. auf Stufe KVV noch viel weiter zu gehen und nach Belieben Auflagen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen anordnen zu können, so unter anderem die unentgeltliche Lieferung der dazu notwendigen Daten. Zusammenfassend beanstanden wir die folgenden administrativen Leerläufe und Überregulierungen:

- Regelung der Zulassung der Leistungserbringer und Festlegung von Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität (Art. 36 Abs. 2 und 4 KVG) auf Verordnungsebene (KVV);
- Festlegung eines Prüfverfahrens in Bezug auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems (Art. 36 Abs. 3bis KVG). Sieht der Bundesrat ein Prüfverfahren nach Artikel 36 Absatz 3bis KVG vor, so kann er die Durchführung des Verfahrens einer **Organisation** übertragen (Art. 36 Abs. 6 KVG);
- Notwendigkeit einer Zulassung der sozialen Krankensversicherer oder deren Verbände für die Tätigkeit zur Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung;



nung. Bezeichnung und Schaffung einer **Organisation**, durch den Bundesrat, sofern die Versicherer sich nicht auf eine solche einigen können (Art. 36 Abs. 5 KVG);

- Regelung der Erhebung der **Gebühren** und insbesondere der Höhe derselben durch den Bundesrat (Art. 36 Abs. 7 KVG);
- Verpflichtung der Verbände der Leistungserbringer zur **kostenlosen Bekanntgabe derjenigen Daten**, welche für die Bestimmung der Höchstzahlen erforderlich sind oder im Rahmen von Massnahmen zur Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit notwendig sind, sowie **kostenlose Schaffung der dafür notwendigen Organisation**.

Für die Neueröffnung einer Arztpraxis würden somit im Kanton Bern (nebst eidgenössischem Arztdiplom und nachgewiesener, eidgenössisch anerkannter Weiterbildung) inskünftig die folgenden Bewilligungen benötigt:

- 1.) Berufsausübungsbewilligung;
- 2.) Nachweis einer zweijährigen Tätigkeit im Fachgebiet in der Schweiz nach abgeschlossener Weiterbildung oder Prüfungsnachweis der dafür vom Bundesrat eingesetzten Organisation;
- 3.) Bewilligung der dafür eingesetzten Organisation der sozialen Krankenversicherer zur Tätigkeit zu Lasten KVG;
- 4.) Bewilligung des Kantonsarztes im Zusammenhang mit Höchstzahlen.

Zudem könnte jede Bewilligung gemäss Ziff. 3 oder 4 mit zusätzlichen weiteren Auflagen verbunden werden, deren Tragweite nicht absehbar ist, weil die Details auf Verordnungsebene geregelt werden sollen. Als Fazit ist festzuhalten, dass einzig die folgenden Massnahmen ohne übermässigen Aufwand dazu führen können, die Anzahl neuer ambulanter Leistungserbringer bei Überversorgung vernünftig zu reduzieren:

- Der Nachweis eines vergleichbaren Studienabschlusses;
- Die generelle Notwendigkeit einer vorgängigen dreijährigen Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte;
- Das Beherrschen einer Landessprache auf Maturitätsniveau; und
- Die Festlegung und Durchsetzung von Höchstzahlen im Kanton, sofern bereits eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist.

Alles andere erachten wir als nicht zielgerichtete Übertreibungen, die primär wie Strafaktionen wirken, mit denen der praktizierenden Ärzteschaft das Leben generell schwer gemacht werden soll. Dafür soll Geld verschleudert werden, von dem weder bei den gesunden Versicherten, geschweige denn bei den kranken Patientinnen und Patienten auch nur ein Teil ankommen wird. Mit den benötigten Mitteln müssten die Akteure bzw. vomehmlich die Krankenversicherer, die Verbände der Leistungserbringer und die Kantone primär teure parastaatliche Organisationen aufbauen, welche aufwändige Verfahren durchführen und überdimensionierte Datensammlungen anlegen sollen. Dies entspricht nicht mehr dem Sinn und Zweck einer vernünftigen Regulierung, welche zum Ziel haben müsste, der gesamten Bevölkerung leichten Zugang zu einer guten Versorgung zu einem vernünftigen Preis zu verschaffen. Wir befürchten zudem extreme ambulante Versorgungsungleichgewichte zwischen den Kantonen. Die vorgesehene kantonsübergreifende Harmonisierung der Regulierungen wird erfahrungsgemäss nicht oder zu spät stattfinden. Ebenfalls zu befürchten sind auch hier, ähnlich wie beim geplanten Tarifeingriff, Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich, was nicht mehr der Strategie Gesundheit2020 entspricht.



Zusammenfassung: Im Gegensatz zur Vorlage 2014 werden wir die vorgeschlagene Anpassung des KVG, mit welcher eine weitgehende Planwirtschaft im ambulanten Bereich eingeführt würde, und womit eine Abschaffung des freien ärztlichen Berufsstandes verbunden wäre, mit allen uns zur Verfügung stehenden politischen, finanziellen und rechtlichen Mitteln bekämpfen.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

revArt. 36 Abs. 1 KVG (Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer)

Keine Bemerkungen, aber Antrag auf Ergänzung:

¹Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung gewährleisten und über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen.

Begründung: Es kann nicht sein, dass die Krankenversicherer hier auf dem Umweg über eine von ihnen ins Leben gerufene Organisation sozusagen in eigener Sache entscheiden. Weil der Kanton auch für die Zulassungssteuerung zuständig ist, erachten wir es als unabdingbar, dass auch die ordentliche Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung durch den Kanton erteilt wird.

Dementsprechend müsste vorgesehen werden, dass entsprechende Verfügungen, welche gestützt auf das KVG ergehen, an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können.

revArt. 36 Abs. 2 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen.

revArt. 36 Abs. 3 und 3^{bis} KVG

Antrag auf Abs. 3 neu/Absatz 3^{bis} streichen:

³Der Bundesrat kann hinsichtlich der ordentlichen Zulassung für Leistungserbringer nach Abs. 1 vorsehen, dass diese eine mehrjährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte nachweisen und eine schweizerische Landessprache auf Maturitätsniveau beherrschen müssen. Die Kantone sind berechtigt, aus wichtigen Gründen ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.

Begründung: Eine Wartefrist nach Abschluss der Weiterbildung ist strikt abzulehnen. Dies würde zu einem zweijährigen Vertragsausschluss trotz Vertragsfreiheit zu Lasten der jungen Ärztinnen und Ärzte führen. Zudem müssen die Kantone die Möglichkeit haben, aus wichtigen Gründen, so zum Beispiel bei einer Unterversorgung, ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.

revArt. 36 Abs. 4, 5, 6 und 7 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen.

revArt. 55a KVG (Einschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)

**revArt. 55a Abs. 1 und 2 KVG**

Keine Bemerkungen.

revArt. 55a Abs. 3 KVG

Sätze 1 und 2 (= neu Satz 3) unverändert.

Antrag: Satz 2 einschieben:

„Er setzt dafür eine ständige beratende Kommission ein, in welche Vertreter der erwähnten Verbände Einsitz nehmen.“

revArt. 55a Abs. 4 KVG

⁴Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände geben den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage diejenigen Daten bekannt, die zur Bestimmung der Höchstzahlen erforderlich sind. *Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände beteiligen sich an den in diesem Zusammenhang bei ihnen entstehenden Kosten.*

revArt. 55a Abs. 5 KVG

Keine Bemerkungen.

revArt. 55a Abs. 6 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen.

revArt. 59 Abs. 1 KVG

Antrag: Vorgesehene Anpassung ersatzlos streichen.

Übergangsbestimmung Abs. 1

Antrag: Ersatzlos streichen.

Übergangsbestimmung Abs. 2

Keine Bemerkungen.

Wir bitten Sie, von unseren Ausführungen Kenntnis zu nehmen und die Gesetzesvorlage in den von uns beantragten Punkten, welche unseres Erachtens sehr wichtig sind, entsprechend anzupassen.



Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und

mit freundlichen Grüßen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Der Präsident

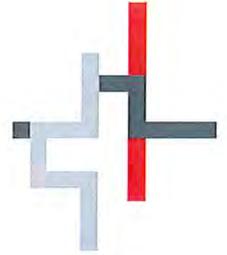
Der Sekretär


Dr. med. Beat Gafner


Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- VBHK und BBV+
- KKA
- FMH
- VSAO Sektion Bern
- VSAO Schweiz
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern



per Email
EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNEREN EDI
GENERALSEKRETARIAT DES INNEREN
INSELGASSE 1
3003 BERN

ABTEILUNG-LEISTUNGEN@BAG.ADMIN.CH

Olten, 23. Oktober 2017

Stellungnahme zur geplanten Teilrevision
des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
über die Zulassung von Leistungserbringern
der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAESO)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne und zeitgerecht bedienen wir Sie – namens der Gesellschaft der Solothurner Ärztinnen und Ärzte (GAESO) – mit der begründeten Stellungnahme zur rubrizierten Vernehmlassung und danken Ihnen für die Möglichkeit der Mitwirkung.

I. Allgemeine Bemerkungen

Den Vernehmlassungsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Vorlage auf einem dreistufigen Konzept basiert. Unbestritten ist die als erste genannte Grundlage, die für Medizinalpersonen die Verbindung zur Medizinalberufegesetzgebung herstellt. Die beiden anderen Konzeptstufen, im Grundsatz durchaus anerkannt, werden aber mit der geplanten Revision verwässert und verlieren ihren zentralen und damit ihren wichtigen Charakter. Darauf wird noch vertieft eingegangen sein.

Weiter geht aus den Vernehmlassungsunterlagen hervor, insbesondere wenn sie mit der aktuellen Berichterstattung des Bundesrates bzw. dem Eidgenössischen Departement des Innern, aber auch mit Blick auf die Gesundheit 2020 ergänzend beurteilt werden, dass auch diese Revision wieder vordringlich pekuniär bedingt und motiviert ist. Einerseits hat das Parlament die mit Mängeln behaftete, befristete Zulassungsbeschränkung des 1. Juli 2013 nochmals über den 30. Juni 2016 hinaus bzw. bis zum 30. Juni 2019 verlängert. Andererseits wird jetzt eine Vorlage präsentiert, welche zwar immer noch gewisse Verbesserungen beinhaltet, aber - wie bei Vorlagen des EDI seit der Verabschiedung der Strategie Gesundheit2020 allgemein beobachtet - im Sinne einer Überregulierung deutlich über das Ziel hinausschiesst. Der ärztliche Beruf gehört zu den am meisten regulierten Berufen. Mit dem Erlass des Medizinalberufegesetzes wurden die Anforderungen nochmals erheblich heraufgesetzt. Im Gegensatz zur ursprünglichen Regulierung setzt heute die Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ein eidgenössisches Diplom und eine vom Bundesrat anerkannte, abgeschlossene Weiterbildung voraus. Dabei stellen sich kritische Fragen, welche auch die Notwendigkeit der Revision relativieren. Leider wird auch bei der titelvermerkten Vorlage ungenügend differenziert, was die mutmasslichen Einsparungen angeht. Mit Blick auf eine jüngste Berichterstattung, welche die aktuelle Situation schön wiedergibt, darf darauf hingewiesen werden, dass die Probleme um das Gesundheitswesen weitaus komplexer sind, als bisweilen dargestellt. Falsch ist, dass im ambulanten Bereich erhebliche Einsparungen für das gesamte Gesundheitswesen möglich sind und sie können auch im ambulanten Bereich keinesfalls einer einzigen Gruppe angelastet oder gar nur durch eine simple Sparmassnahme gelöst werden. Bevor man versucht, die Kosten im Gesundheitswesen «in den Griff» zu bekommen, sollte man daher zuerst eine Analyse der Situation vornehmen, um zu sehen, an welchen Punkten – wenn überhaupt – eingegriffen werden könnte. Die bisherige Basis, mit Blick auf die Vernehmlassungsunterlagen, reicht dazu nicht aus, wenn eine sachliche Auseinandersetzung im Zentrum stehen soll.

II. Fehlerhafte Grundlage für die geplante Revision

Damit erscheint auch der Fokus in den anderen beiden Stufen, wie sie in der Botschaft im dreistufigen Konzept genannt werden, als höchst problematisch, wie es in der Vernehmlassung angedacht ist, letztlich auch nicht gerechtfertigt durch die vermeintlichen Sparziele. Das Konzept sähe vor, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in Zukunft zu verbessern, indem dem Bundesrat eine erweiterte Kompetenz erteilt würde, die Zulassung sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu regeln. Das muss zwingend im Gesetz verankert werden, wenn diese Kompetenz eingeräumt werden soll, unter Bezugnahme der Rahmengesetzgebung des KVG durchaus vertretbar, auch formell richtig.

Sicherlich falsch, auch im Rahmen der Zuständigkeit ist die drittens genannte Neuregelung von Artikel 55a KVG, indem ein Kanton die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten eigenständig auf eine Höchstzahl beschränken kann. Hierbei sind für die Bestimmung der Höchstzahlen durch die Kantone die Beschäftigungsgrade der Ärzte und Ärztinnen zu berücksichtigen. Wobei die Zulassungsvoraussetzungen von den Versicherern verwaltet und geprüft werden sollen, das ist inakzeptabel. Diese Hoheit muss bei den Kantonen liegen bzw. bleiben und zwar umfassend, allfällige Voraussetzungen sind überdies gesetzlich zu nennen, wenn solche geschaffen werden sollen. Das geht auch aus den falschen Parameter hervor, welche der Bund für die Bedarfsplanung und Steuerung nennt. Der Bundesrat führt in seinem erläuternden Bericht zur Teilrevision am Beginn aus, dass die Schweiz unter den OECD-Staaten eine der höchsten Ärztedichten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern aufweist und stellt einen Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und dem Anstieg der Kosten für die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im ambulanten Bereich, der Zunahme der von den Versicherten bezahlten Prämien, den Auswirkungen auf das Budget der Privathaushalte sowie auf die Finanzen von Bund und Kantonen, die einen immer grösseren Betrag für die Prämienverbilligungen aufwenden müssen, her. Es ist falsch oder mindestens unvollständig, wenn die Ärztedichte ausschliesslich unter dem Kostenaspekt betrachtet wird. Damit ist nicht erklärt, warum die Ärztedichte vom Bundesrat als zentrale Ausgangs- oder Zielgrösse der Bedarfsplanung und Angebotssteuerung herangezogen wird, wenn es in anderen Ländern, auf die der Bundesrat betreffend Planungs- und Steuerungsmassnahmen verweist, zum Teil höhere Ärztedichten als in der Schweiz gibt, bzw. offensichtlich kein Zusammenhang zwischen der Steuerung des ambulanten Angebots und der Ärzte-Dichte besteht. Hier wäre es angemessen und sachlich richtig, auch weitere Positionen in Bezug auf die Qualität der ärztlichen Leistung, aber auch Wartezeiten und ähnliches, zu berücksichtigen. In der Schweiz ist die hohe Spezialärztedichte der wesentliche Grund dafür, dass es für die Gesamtbevölkerung kaum Wartezeiten auf Facharzttermine und nicht lebensnotwendige Operationen gibt. Es stellt sich die Frage, ob bzw. warum der Bundesrat durch die Reduktion von zugelassenen Spezialärzten Wartezeiten auf Facharztleistungen bzw. auf nicht lebensnotwendige Operationen bezweckt bzw. bewusst in Kauf nimmt.

Erwähnenswert in dem Zusammenhang ist, dass der Bundesrat in dem der Revision zugrundeliegenden Bericht vom 03.03.2017 (Bericht «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016) als Indikator für den Kostenanstieg im ambulanten Bereich, unter Berufung auf Zahlen der SASIS AG, die Zunahme der Bruttoleistungen pro Konsultation, die bei den Spezialärztinnen stärker sei als bei den Grundversorgern, nennt. Dem muss entgegengehalten werden, dass in den letzten Jahren zwar auch aufgrund ärzteigener Daten eine (viel geringere, als aus

den SASIS-Zahlen ableitbare) Erhöhung der Kosten pro Patient festzustellen ist. Deren Ursache konnte bisher noch nicht analysiert werden. Es besteht aber ein zeitlicher Zusammenhang mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung und der vorhin erwähnten Auslagerung von (teuren) Leistungen in den ambulanten Bereichen. Es ist daher durchaus möglich, dass Verschiebungen von Leistungen und Kosten zwischen stationärem und ambulantem Sektor stattgefunden haben, respektive die Gesundheitskosten ohne die Umstellung der Spitalfinanzierung und den Auslagerungen von Leistungen in den ambulanten Sektoren noch stärker gestiegen wären. Da diese Zusammenhänge nicht schlüssig untersucht sind, können aus der Verteuerung der ambulanten Fallkosten keine begründeten Steuerungsmassnahmen abgeleitet werden, und deshalb ist eine Zulassungssteuerung von ambulanten Ärzten willkürlich.

Zum gleichen Resultat gelangt der geneigte Betrachter auch, wenn er die bundeigenen Zahlen aus dem Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) heranzieht [im Kasten die Schweizer Daten].

Übersicht Kostenentwicklung

Aktueller Datenstand: 2. Quartal 2017

| | Bruttoleistung pro versicherte Person | | | |
|--|---|----------------------------|--------------------------|------------------|
| | Kostenvergleich mit Vorjahresperiode, Veränderung in % | | | Kosten in Fr. |
| | Jan-Juni 17 Jan-Juni 16 | Jan-Juni 16 Jan-Juni 15 | Jan-Dez 16 Jan-Dez 15 | Jan-Juni 2017 |
| Total | 2.1 % | 4.4 % | 3.4 % | 1 940.39 |
| aktuelles Behandlungsjahr | 2.5 % | 7.5 % | 4.6 % | 1 290.89 |
| Vorjahres- leistungen | 1.5 % | -1.2 % | -1.6 % | 649.50 |
| Total ohne Spital stationär | 3.3 % | 5.7 % | 4.8 % | 1 536.02 |
| Ärzte Behandlungen (ohne Labor) | 1.9 % | 3.9 % | 3.0 % | 441.94 |
| Ärzte Medikamente | 4.7 % | 4.8 % | 4.6 % | 120.54 |
| Ärzte Laboranalysen | 3.6 % | 5.2 % | 3.8 % | 34.28 |
| Apotheken | 1.3 % | 6.5 % | 4.0 % | 229.81 |
| Spitäler ambulant | 6.8 % | 7.7 % | 7.8 % | 366.12 |
| Spitäler stationär | -2.1 % | 0.1 % | -1.4 % | 404.37 |
| Pflegeheime | -0.6 % | 1.3 % | 0.6 % | 109.58 |
| SPITEX- Organisationen | 5.8 % | 9.2 % | 7.8 % | 52.19 |
| Laboratorien | 1.9 % | 8.9 % | 5.8 % | 53.91 |
| Physiotherapeut- Innen | 4.0 % | 10.5 % | 9.5 % | 59.86 |
| Übrige | 3.9 % | 4.2 % | 5.7 % | 67.77 |

Anmerkung

Spitäler stationär: Erhöhung der kantonalen Finanzierungsanteile in mehreren Kantonen.

Die ambulanten Leistungen bei den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten stagnieren für den Kanton Solothurn¹.

Total, Bruttoleistung (OKP) pro versicherte Person, Beträge in Franken.
Rappenbeträge finden Sie in der Downloadtabelle.

| | 2017 | | | | |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------|----------|------------|
| | Jan-Juni kumuliert | | | Jan-März | April-Juni |
| | Total in Fr. | Diff.- Vorjahr in Fr. | Diff.- Vorjahr in % | | |
| Ganze Schweiz | 1 940 | 41 | 2.1 % | 995 | 945 |
| aktuelles Behandlungsjahr | 1 291 | 31 | 2.5 % | 401 | 890 |
| Vorjahresleistungen | 650 | 9 | 1.5 % | 594 | 55 |
| Solothurn | 1 941 | 0 | -0.0 % | 1 008 | 933 |

¹ https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/monitoring-zur-kranken-kassenkostenentwicklung.exturl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzIwMTZfdGFnbG/FiLzIwMTZfbW9ra2UvcG9ydGFsX2RlLnBocA==.html?p=tabkt&lang=de&selkey=SO&%3Acq_csrf_token=undefined

Erstaunlich ist aber die relativ hohe Zunahme bei den ambulanten Leistungen der Spitäler (Kanton Solothurn plus 7.3%, gegenüber den freiberuflichen Medizinerinnen die knapp 1% aufweisen). Dass letztlich die Kosten im stationären Bereich sanken, dürfte, wie die MOKKE Statistik selber ausführt, an der Erhöhung der kantonalen Finanzierungsanteilen liegen.

Kennzahlen, Solothurn

| Demographie ¹ | Solothurn | ganze Schweiz |
|--|-----------|---------------|
| Einwohnerzahl | 269 441 | 8 419 550 |
| Anteil der über 64-jährigen Personen in % | 19.1 % | 18.1 % |
| Hospitalisationsrate pro 1000 Einwohner nach Herkunftskanton der Patienten ² | | |
| Total | 138.3 | 133.2 |
| Akutspitäler | 120.8 | 111.1 |
| Spezialkliniken ^{2a} | 17.5 | 22.0 |
| Ärzte mit Praxistätigkeit ³ | | |
| Total | 443 | 18 473 |
| Allgemeinpraktiker | 227 | 7 128 |
| Spezialärzte | 216 | 11 345 |
| Anzahl Einwohner pro Arzt (ambulanter Sektor) | 608 | 456 |
| Medikamente ⁴ | | |
| Anzahl Apotheken | 28 | 1 792 |
| Medikamentenverkauf Arzt, Rezept, Mischform | 1 | |

Krankenkassenprämien für alle Versicherungsformen und Franchisen
Sollprämie pro Versicherten und Jahr in Franken ⁵

| | | |
|-------------------|-----------|-----------|
| Alle Versicherten | 3 400 Fr. | 3 442 Fr. |
| Erwachsene | 3 970 Fr. | 4 040 Fr. |
| Junge Erwachsene | 3 412 Fr. | 3 555 Fr. |
| Kinder | 998 Fr. | 1 039 Fr. |

Durchschnittlicher Versichertenbestand im Jahr ⁶

| | | |
|--------------------|---------|-----------|
| Anzahl Versicherte | 269 352 | 8 334 164 |
|--------------------|---------|-----------|

Prämienverbilligung in der OKP ⁷

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Anzahl Bezüger in % des durchschnittlichen Versichertenbestandes | 21.2 % | 26.9 % |
| Prämienverbilligung pro Bezüger in Fr. | 2 273 Fr. | 1 839 Fr. |

Versicherungsformen ab 19 Jahren (Verteilung in %) ⁸

| | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| Standardmodell | | |
| Ordentliche Jahresfranchise | 19.4 % | 19.4 % |
| Wählbare Jahresfranchise | 15.5 % | 16.5 % |
| - Jahresfranchise ab 1000 Fr. | 8.2 % | 9.8 % |
| Andere Versicherungsformen | 65.0 % | 64.1 % |

Tarmed Taxpunktwerte ⁹

| | |
|----------------------|------|
| Arztpraxen | 0.84 |
| Öffentliche Spitäler | 0.89 |
| Private Spitäler | 0.89 |

Damit wird erkennbar, dass die Grundlagendaten für die Überlegungen der Zulassung in der ausgeführten Vernehmlassungsform nicht aktuell sind. Demnach können die drei beabsichtigten Ziele sachlogisch gar nicht erfüllt werden. Überdies werden mit dieser bundeseigenen Statistik noch zwei weitere Entwicklungen augenfällig: Einerseits werden deutlich mehr ambulante Behandlungen in stationären Institutionen durchgeführt und verdrängen sachlogisch die freien Arztberufe und, darauf ist nachfolgend nochmals einzugehen, der Bund verfügt bereits über alle notwendigen Daten, um die Statistiken im gesamten Gesundheitsbereich abzubilden, zumal die MARS/MAS Erhebung aus dem Statistikjahr 2015 noch nicht einmal ausgewertet ist, weitere gesetzliche Bestimmungen zur Datenerhebung sind damit nicht notwendig.

Für gewöhnlich bestehen keine Übereinstimmungen zwischen Leistungserbringer und Versicherer, notorisch bekannt. Dabei ist die oft gehörte Aussage, dass es zu viele (Spezial-) Ärzte gäbe, die zu viele Leistungen abrechneten, was die Ursache für die angeblich explodierenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien sei, falsch. «Angeblich deshalb», weil die Kosten und Kostenanstiege der Gesundheitskosten in der Schweiz vergleichbar mit anderen hochentwickelten Gesundheitssystemen mit hohen Versorgungsstandards sind, und bei den Gestehungskosten für die Erbringung der Gesundheitsleistungen in der Schweiz die absolut hohen Produktions-, Lohn- und Lebenskosten berücksichtigt werden müssen. Aus dem Helsana Report «Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung», Dezember 2016² geht hervor, dass den Haushalten trotz Anstiegs der Gesundheitskosten und der Krankenkassenprämien heute mehr Geld zur Verfügung steht als noch vor einigen Jahren, bzw. dass trotz wachsenden Anteils der Gesundheitskosten am BIP der um die Gesundheitskosten bereinigte Wohlstand gestiegen ist.

Weil die bisherigen Zulassungsregulierungen betreffend Gesundheitskosten offensichtlich wirkungslos geblieben sind, werden neue bzw. ergänzende Massnahmen vorgeschlagen. Neu sollen in den Kantonen Gesamt Höchstzahlen für alle (in Praxen, in ambulanten ärztlichen Institutionen und in Spitälern) im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte gelten. Zusätzlich zu dieser Gesamtlimitierung der Zahl ambulanter Ärzte werden trotz des bereits jetzt hohen Administrationsaufwands noch mehr administrative Hürden für die Gründung und den Betrieb von Arztpraxen aufgestellt: durch ein formelles Zulassungs- und Prüfungsverfahren der Versicherer, durch verstärkte Wirtschaftlichkeitskontrollen und obligatorische Qualitätsvorgaben sowie damit zusammenhängende weitergehende Datenforderungen. Dieses Massnahmenbündel wird in Verbindung mit der progredienten Verschlechterung der Ertragsituation der Praxen infolge der nicht mehr betriebswirtschaftlich korrekt kalkulierten Tarife und der zu tiefen Taxpunktwerte einen bereits jetzt festzustellenden Trend massiv verstärken: dass der selbständige Arztberuf immer unattraktiver wird, und immer mehr gut ausgebildete Ärzte lieber in Spitälern verbleiben als den Sprung in die Praxis zu wagen, respektive Ärzte ihre Praxen schliessen und zurück in Anstellungsverhältnisse in ambulante ärztliche Institutionen gehen. Die Konsequenz wird sein, dass in der Zukunft die Höchstzahlen ambulanter Ärzte vorrangig durch die Ärzte in den Zentren respektive den dort angesiedelten ambulanten ärztlichen Institutionen und Spitälern erreicht, und immer weniger ambulante Ärzte in den Peripherien zur Verfügung stehen werden. Die Verknappung des ambulanten Angebots wird daher für die Bevölkerung in Randregionen besonders spürbar sein. Es wird von der Schärfe der Limitierungen abhängen, ob sie positive Auswirkungen auf die Kosten haben werden. Wenn das ambulante Angebot nur geringfügig verknappt werden wird, wird der gegenteilige Effekt einer Verteuerung eintreten, weil die Leistungserbringung in Spitalambulatorien und grossen ambulanten ärztlichen Institutionen nachweislich teurer ist.

² Siehe auch Mathias Früh, Pius Gyger, Oliver Reich, Helsana-Report

III. Forderungen der Solothurner Ärztinnen und Ärzte zur Zulassung

Analog zur FMH und zu vielen anderen kantonalen Ärztesgesellschaften, fordert auch die GAeSO drei kumulativ zu erfüllende Qualitätskriterien als Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der OKP:

1. Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin: Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig. In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet.
2. Fortbildungsnachweis einfordern: Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
3. Sprachkompetenz: Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen. Medizin ist Teamarbeit, Missverständnisse vermeiden ist prioritär. Bestrebungen, Kurse und Prüfungen für eine medizinisch orientierte Sprachkompetenz auf dem Level B2 oder C1 anzubieten, sind ärztseits bereits im Gange und stehen vor der Einführung.

Diese drei Punkte genügen. Weitere obligatorische, mit Bürokratie verbundene Qualitätsvorgaben für ambulante Ärzte als Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der OKP sind auch aus Gründen der Patientensicherheit nicht notwendig. Weiter gehende Massnahmen wie Qualitätszirkel, Qualitätsmodelle für Praxen etc. sollen von den Ärzten wie bis anhin freiwillig und eigenverantwortlich umgesetzt werden können.

IV konkrete Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung soll wie folgt geändert werden (nur Wiederholung soweit Anpassungen oder Streichung verlangt werden, *kursiv der Vernehmlassungstext*)

- a) *Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer*
2 *Der Bundesrat legt die Voraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Absatz 1 erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Diese Voraussetzungen beziehen sich je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen.*

[...]

4 *Die Tätigkeit der Leistungserbringer nach Absatz 1 zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verbunden, namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten. Der Bundesrat legt die Auflagen fest.*

Wie bereits unter den allgemeinen Ausführungen ausgeführt, ist es nicht korrekt, wenn die Voraussetzungen nicht konkret oder mindestens im Grundsatz nach, im Gesetz genannt werden, zumal die Zulassungsbedingungen vom Kanton geprüft werden können.

- b) *5 Die Versicherer bezeichnen eine Organisation, die über die Zulassung von Leistungserbringern nach Absatz 1 entscheidet. Können sich die Versicherer nicht einigen, so bezeichnet der Bundesrat die Organisation.*

Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen, er trägt weder der sachlichen Argumentation noch der effektiven Zuständigkeit und letztlich nicht mal der sachlich vertretbaren Qualitätssicherung Rechnung.

- c) *Art. 36a, 37 und 38 sollen aufgehoben werden:*

Unbegründet ist die Aufhebung von Art. 36a KVG, diese Bestimmung hat in der jüngsten Vergangenheit an erheblicher Tragweite und Relevanz gewonnen. Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Heilbäder und der Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Neu ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kompe-

tenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Als Grund dafür wird im erläuternden Bericht die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung genannt. Diese Begründung ist für uns nicht nachvollziehbar. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte vorsieht. In Verordnungen können die Gesetzesvorschriften konkretisiert werden. Wir lehnen es daher ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll. Es ist daher Praxisnahe, diese Bestimmung nicht aufzuheben.

- d) *Art. 55a Einschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*
2 Bei der Bestimmung der Höchstzahlen trägt er den Beschäftigungsgraden sämtlicher Ärzte und Ärztinnen nach Absatz 1 Rechnung. ~~Der Bundesrat kann weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen.~~
~~3 Vor der Bestimmung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten an. Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.~~

Die Hoheit und die Festlegung soll ausschliesslich bei den Kantonen verbleiben, allenfalls es würden im Gesetz Voraussetzungen geschaffen, die allgemein akzeptabel und zielführend für das genannte Ziel in der dreistufigen Konzeptionierung, ist.

- e) *~~4 Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände geben den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos diejenigen Daten bekannt, die zur Bestimmung der Höchstzahlen erforderlich sind.~~*

Auch diese Bestimmung ist in der Form weder nötig noch zulässig. Einerseits gibt es mit den Bestimmungen von Art. 23 und 59a KVG bereits eine genügende Grundlage zur Einholung von Daten und andererseits gibt es keine genügende gesetzliche Verpflichtung, von Verbänden der Leistungserbringer, Daten einzuholen. Das ist auch nicht nötig. Die jüngste Erhebung MARS bzw. MAS des BFS hat gezeigt, dass die Datenrückläufe umfassend waren. Darauf ist aufzubauen. Diese Bestimmung ist ersatzlos bzw. mit Verweis auf die bestehende Datenerhebungsgrundlage, anzupassen.

V. Fazit

Mit vorstehenden Ausführungen darf mit Fug und Recht darauf hingewiesen werden, dass weder die geplante Sparmassnahme noch die mit Gesundheit 2020 einhergehende Qualitätsförderung realisiert werden kann. Mit der undurchsichtigen und willkürlich anmutenden Schaffung von Voraussetzungen auf Verordnungsstufe, wird das Legalitätsprinzip und das Souveränitätsprinzip verletzt. Es ist nicht zielführend, Gremien zu schaffen, welche keine Kontrolle vornehmen können, sondern der Kanton soll weiterhin die Hoheit, allenfalls unter grundsätzlicher Nennung der Voraussetzungen auf Gesetzesstufe. Weitere Bestimmungen, die über die vorgenannten Ausführungen hinausgehen, sind weder sachlich berechtigt noch zielführend, sondern führen unweigerlich zu einer erheblichen Verschlechterung eines funktionierenden Gesundheitswesens.

Wir danken Ihnen daher für die Berücksichtigung unserer Überlegung und stehen wie immer gerne für Umsetzungsfragen oder allfälligen Unklarheiten zur Verfügung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

GESELLSCHAFT DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DES KANTONS SOLOTHURN (GAeSO)

Der Rechtsberater

lic. iur. Michel Meier
Rechtsanwalt

Co-Präsident

Dr. med. Florian Leupold

Co-Präsident

Dr. med. Lukas Meier

Kopie an:

- Vorstand GAeSO
- FMH
- VEDAG



MEDIZINISCHE
GESELLSCHAFT
BASEL MEDGES

EINGEGANGEN

26. Okt. 2017

Registrierung GS EDI

| | | | | | | |
|------|--------------------------|-----|-----|----|------|-----------|
| AmtL | GP | KIV | OeG | VS | R | IT+GEER |
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| DG | 26. Okt. 2017 | | | | | |
| CC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | | 4 AS/Cher |
| Lst | VA | NCD | M | M | Chem | Str |

Basel, den 25. Oktober 2017

Herr Bundesrat Alain Berset
Eidg. Departement des Innern EDI
Generalsekretariat des Innern
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Vernehmlassungsantwort der Medizinischen Gesellschaft Basel MedGes

Sehr geehrter Herr Bundesrat,

Wir möchten uns gerne für die Möglichkeit bedanken zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung Stellung nehmen zu dürfen, was wir hiermit gerne innert Frist wahrnehmen. Als Berufsorganisation der Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Stadt vertreten wir die Interessen von ca. 1500 Mitgliedern.

I. Allgemeine Bemerkungen:

Die Medizinische Gesellschaft Basel zeigt sich sehr besorgt über die durch den Bundesrat vorgeschlagenen drei geplanten Interventionsebenen. Wir sind der Überzeugung, dass die geplanten Massnahmen dazu führen werden, dass der sich bereits heute abzeichnende Mangel an niedergelassenen Ärzten weiter zuspitzen wird. Ambulante Leistungen werden dadurch durch kostenaufwändigere stationäre Leistungen ersetzt, was nicht zu dem gewünschten Kostenersparnis sondern eben zu einer Kostensteigerung führen würde.

Weil die bisherigen Zulassungsregulierungen betreffend Gesundheitskosten offensichtlich wirkungslos geblieben sind, werden durch den Bundesrat neue Massnahmen vorgeschlagen. Neu sollen in den Kantonen Gesamt-Höchstzahlen für alle (in Praxen, in ambulanten ärztlichen Institutionen und in Spitälern) im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte gelten. Zusätzlich zu dieser Gesamtlimitierung der Zahl ambulanter Ärzte werden trotz des bereits jetzt hohen Administrationsaufwands noch mehr administrative Hürden für die Gründung und den Betrieb von Arztpraxen aufgestellt: durch ein formelles Zulassungs- und Prüfungsverfahren der Versicherer (!), durch verstärkte Wirtschaftlichkeitskontrollen und obligatorische Qualitätsvorgaben sowie damit zusammenhängende weitergehende Datenforderungen. Dieses Massnahmenbündel wird in Verbindung mit der geplanten Verschlechterung der Ertragssituation der Praxen infolge der nicht mehr betriebswirtschaftlich korrekt kalkulierten Tarife und der zu tiefen Taxpunktwerte einen bereits jetzt festzustellenden Trend massiv verstärken: **dass der selbständige Arztberuf immer unattraktiver wird, und immer mehr gut ausgebildete Ärzte lieber in Spitälern verbleiben als den Sprung in die Praxis zu wagen**, respektive Ärzte ihre Praxen schliessen und zurück in Anstellungsverhältnisse in ambulanten ärztlichen Institutionen gehen.

Durch die geplante Teilrevision KVG möchte der Bundesrat die Zulassung kontrollieren. Über Qualitätskriterien will er die Zulassungsanforderungen erschweren. Gerade die Möglichkeit des Bundesrates, auf Verordnungs-

ebene bzw. auf Stufe KVV nach Belieben noch mehr Auflagen für niedergelassene Ärzte mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu erheben lehnen wir klar ab.

Auch lehnen wir die in Art. 36 Abs. 3 geplante Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung ab. Dies würde zu einem Marktverschluss für junge Ärztinnen und Ärzte führen, obwohl diese schon länger in der Schweiz tätig sind und meistens auch ganz oder teilweise hier aus- und weitergebildet wurden. Wieso statt einer zweijährigen Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung die Möglichkeit der Ablegung einer Prüfung über die für Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitswesens eröffnet werden soll, ist völlig schleierhaft und nicht nachvollziehbar.

Völlig unverständlich ist für uns auch die den Versicherern durch Art. 36 Abs. 5 erteilte Machtposition. Damit würden die Ärzte als Leistungserbringer in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten. Schon jetzt ist diese Abhängigkeit gross. Aus Sicht der Ärzteschaft läge bei einer Doppelrolle der Versicherer gegenüber der Ärzteschaft als diejenigen, welche über die Vergütung von Leistungen und die Zulassung zur Leistungserbringung entscheiden, ein eindeutiger Interessenskonflikt vor. Ausserdem würde eine weitere extra für die Zulassungen zuständige Organisation den administrativen Aufwand unnötig aufblasen und weitere Kosten generieren. **Die Erteilung der Zulassungen soll weiterhin in der Kompetenz der Kantone bleiben und sicher nicht auf die Versicherer übertragen werden!**

Den Kantonen gibt der Bundesrat die Kompetenz, Höchstzahlen festzulegen, damit sie die Zahl der Ärztinnen und Ärzte direkt steuern können. Die Kantone sollen somit vorsehen können, dass kein Arzt oder keine Ärztin im betreffenden Fachgebiet mehr zugelassen wird, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen (Art. 55 Abs. 6). Diese Massnahme ist absolut willkürlich, wir lehnen solche undifferenzierten Zulassungsstopps ausdrücklich ab! Eine solche Massnahme könnte zum Beispiel neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken verhindern. Auch nachgewiesene kulturelle Unterschiede beispielsweise zwischen der Westschweiz und der Ostschweiz könnten so nicht genügend berücksichtigt werden.

Wir sind der Meinung, dass die kantonalen Fachgesellschaften selber am besten entscheiden können, ob in ihrem Fachgebiet noch weitere Zulassungen erteilt werden sollen oder nicht. Wenn überhaupt eine Steuerung innerhalb der Fachgebiete stattfinden soll, dann nur über eben diese Gremien!

Die MedGes erachtet nach wie vor eine Regelung mit den folgenden drei kumulativ zu erfüllenden Qualitätskriterien als die beste dauerhafte Lösung für eine Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzte in eigenverantwortlicher Tätigkeit (selbständig wie angestellt):

1. Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin: Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig – gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet.
2. Fortbildungsnachweis einfordern: Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
3. Sprachkompetenz: Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln:

Art. 36 Abs. 1 KVG (Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer)

Antrag: Leistungserbringer nach Artikel 35 Abs. 2 Buchstaben a-g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung gewährleisten *und über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen*.

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation.

Art. 36 Abs 2 KVG:

Antrag: Ersatzlos streichen

Begründung: Die Aus- und Weiterbildung wie auch die Qualität der Leistungserbringung werden durch zahlreiche Vorschriften des Bundesrechtes, des Kantonalen Rechts sowie durch die Fachgesellschaften geregelt, es besteht hier kein zusätzlicher Regelungsbedarf.

Abs. 36 Abs. 3 und 3 bis KVG:

Antrag: ersatzlos Streichen

Begründung: Eine Wartefrist nach Abschluss der Weiterbildung ist strikt abzulehnen. Dies würde zu einem zweijährigen Vertragsausschluss trotz Vertragsfreiheit zu Lasten der jungen Ärztinnen und Ärzte führen. Zudem müssen die Kantone die Möglichkeit haben, aus wichtigen Gründen, so zum Beispiel bei einer Unterversorgung, ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.

Art. 36 Abs. 4 KVG

Antrag: ersatzlos streichen

Begründung: Die Formulierung ist zu unpräzise, d.h. der Bundesrat kann beliebige Auflagen festlegen, dies ist klar abzulehnen.

Art. 36 Abs. 5, 6 und 7 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen

Begründung: Eine neu zu bildende Organisation wird ausser Kosten und mehr Bürokratie nichts bringen. Die Ärzte würden in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten, d.h. den Versicherern wird eine viel zu grosse Machposition eingeräumt, dies ist klar abzulehnen.

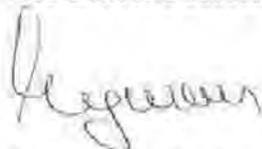
Art. 55a Abs. 1 - 5 Keine Bemerkungen

Art. 55 Abs. 6: Antrag: ersatzlos streichen

Begründung: Es ist nach der Gesetzesvorlage völlig unklar, basierend auf welchen Kriterien die Höchstzahl der Zulassungen in einzelnen Fachgebieten festgelegt werden sollen. Den Kantonen soll ein breites Ermessen erteilt werden. Solche Entscheidungen werden weil willkürlich auch gerichtlich kaum überprüfbar sein, was aus rechtsstaatlichen Gründen klar abzulehnen ist.

Wir bitten Sie unsere Argumentation in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen bestens dafür.

Mit freundlichen Grüssen
MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BASEL



Dr. med. Felix Eymann, Präsident



Dr. iur. Jennifer Langloh, Geschäftsführerin



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Alla cortese attenzione
Egregio Sig.
Consigliere federale
Alain Berset
Dipartimento federale dell'interno DFI
Inselgasse 1
CH-3003 Berna

Trasmessa solo via e-mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Mezzovico, 20 ottobre 2017

Consultazione sulla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale (progetto post-moratoria II in consultazione fino al 25 ottobre 2017)

Osservazioni OMCT

Premessa

L'Ordine dei medici del Canton Ticino ringrazia per la possibilità che gli è stata offerta di esprimersi in merito alla revisione della LAMal concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale e auspica che, alla sua presa di posizione, così come alle altre che dovessero giungere dal Canton Ticino, venga dato il giusto peso in quanto testimonianza di un Cantone di frontiera particolarmente toccato dagli effetti dell'apertura del mercato sanitario e che quindi ha delle esigenze più marcate in termini di vigilanza, di controllo della qualità e dell'economicità e di pianificazione delle prestazioni.

La presenza sempre più marcata di operatori sanitari, soprattutto medici, provenienti da formazioni, culture e consuetudini diverse dalle nostre ha comportato non poche difficoltà per le autorità cantonali di vigilanza sanitaria, già messe sotto pressione dall'aumento esponenziale delle istanze di libero esercizio durante la finestra temporale di 18 mesi senza nessuna moratoria.

Non da ultimo il forte incremento del numero dei medici nel periodo senza moratoria è coinciso con un aumento dei costi della salute che però, sappiamo, è attribuibile anche ad altri fattori, fra cui l'evoluzione della tecnica e, in modo particolare per il nostro Cantone, l'invecchiamento della popolazione.

In questo contesto l'OMCT ritiene inevitabile ed è quindi favorevole a una pianificazione anche del settore ambulatoriale, purché non diventi un esercizio inutilmente complicato, macchinoso e burocratizzato e soprattutto non diventi un'occasione per rafforzare i poteri degli assicuratori malattia nel processo di autorizzazione della fatturazione a carico della LAMal, togliendo ai cittadini pazienti la facoltà di scegliere liberamente il proprio medico e ai medici l'indipendenza e l'autonomia nel valutare le cure più appropriate (purtroppo non sempre più economiche).



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Il progetto del Consiglio federale (CF) non rispecchia questi presupposti e, nella forma messa in consultazione, va quindi respinto.

Qui di seguito esponiamo le nostre argomentazioni, dopo un breve riepilogo degli antefatti, dell'evoluzione del numero di operatori sanitari in Ticino dal 2011 ad oggi e delle proposte formulate dal CF nella revisione messa in consultazione.

1. Cronologia delle moratorie

Nel 2001, contestualmente alla firma degli Accordi bilaterali, la Svizzera ha introdotto, per una durata di tre anni, la prima moratoria delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). L'obiettivo era quello di dare ai Cantoni gli strumenti necessari per gestire il previsto ampio afflusso di medici dall'estero, impedendo, rispettivamente limitando il numero di nuovi operatori abilitati a fatturare a carico della LAMal.

La moratoria è stata successivamente confermata di tre anni in tre anni fino al 2011, con un allentamento per i pediatri e i medici di famiglia dal 2009 al 2011.

Dal 1. gennaio 2012 al 30 giugno 2013 si è aperta una finestra temporale in cui in Svizzera l'accesso alla fatturazione a carico dell'AOMS è rimasta libera e incondizionata.

Considerata la pressione crescente degli operatori provenienti dall'estero e l'aumento considerevole e progressivo dei premi di cassa malati, nel luglio del 2013 la moratoria è stata reintrodotta con urgenza per ulteriori tre anni, ma con un'importante eccezione per i medici che hanno lavorato almeno tre anni in un centro di perfezionamento svizzero riconosciuto (moratoria "light").

Nel 2015 il Consiglio federale (CF) ha trasmesso al Parlamento un messaggio per una gestione strategica duratura del settore ambulatoriale (FF 2015 1905). Il progetto prevedeva l'attribuzione ai Cantoni della competenza di limitare le autorizzazioni a fatturare a carico LAMal sulla base di non meglio precisati criteri di qualità. Veniva però escluso espressamente il criterio discriminante dei tre anni in un centro di formazione svizzero riconosciuto, poiché ritenuto contrario alla libera circolazione delle persone. Questo progetto è stato rielaborato dal Parlamento fino a diventare una proroga della moratoria in vigore, questa volta senza limiti temporali: di fatto una "perpetuazione" della moratoria.

Quando le sorti sembravano ormai definite, il 18 dicembre 2015, a sorpresa e per un solo voto, il Consiglio nazionale ha deciso l'abolizione di ogni vincolo, respingendo il progetto in votazione finale.

Dopo un intenso lavoro di convincimento il Parlamento federale, il 17 giugno 2016, a pochi giorni dalla scadenza, ha deciso di prorogare la moratoria ancora per tre anni, fino al 30 giugno 2019, incaricando (nuovamente) l'esecutivo federale di elaborare altre soluzioni definitive.

Il 5 luglio 2017 il Consiglio federale ha presentato il progetto di revisione oggetto della presente consultazione, dando un termine fino al 25 ottobre 2017 per formulare delle osservazioni.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

2. La situazione in Ticino dal 2001

2.1 In generale

Il Ticino, Cantone di frontiera, vive intensamente, la libera circolazione delle persone, nel settore sanitario, ma anche in altri settori.

Questo significa che se da una parte siamo i primi a beneficiare del libero mercato, dall'altra ne subiamo gli effetti collaterali in maniera più accentuata, rispetto ad altri Cantoni svizzeri.

Nel campo economico-professionale la libera circolazione ha creato distorsioni come la sostituzione sistematica di personale indigeno con personale estero e fenomeni di dumping salariale.

Nel mercato sanitario, il libero mercato ha aperto le porte ad operatori sanitari, soprattutto medici, provenienti da formazioni, culture e consuetudini diverse e in un settore dove la formazione, la preparazione e l'etica degli operatori è un punto centrale per la sicurezza dei pazienti, che devono poter continuare ad avere fiducia nel loro curanti, è doveroso disporre di strumenti di controllo dell'offerta e in particolare dell'appropriatezza, della qualità e dell'economicità della stessa.

2.2 L'impatto degli accordi bilaterali sul numero di operatori sanitari

Gli Accordi bilaterali CH/UE e in particolare l'Accordo sulla libera circolazione delle persone hanno avuto un impatto devastante sul numero degli operatori sanitari con il libero esercizio in Ticino, con conseguenze dirette sui costi della salute e sull'apparato amministrativo cantonale che si è ritrovato a dover affrontare un importante aumento della mole di lavoro (dal 2001 al 2015 le nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciate ogni anno dall'Ufficio di sanità sono aumentate del 340%).

Lo snellimento delle procedure per il riconoscimento dei diplomi ai prestatori di servizi transfrontalieri 90 giorni con l'entrata in vigore, il 1 settembre 2013, della Legge federale sull'obbligo di dichiarazione e sulla verifica delle qualifiche professionali dei prestatori di servizi in professioni regolamentate (LDPS) potrebbero esaltare ulteriormente questa situazione già problematica.

Gli operatori sanitari attivi in Ticino il 31 dicembre di ogni anno sono più che raddoppiati dal 2001 al 2015 passando da 3167 unità a 6999. Oltre a questi vanno poi considerati anche gli operatori sanitari che esercitano l'attività a titolo dipendente non sotto la propria responsabilità professionale, che non abbisognano dell'autorizzazione al libero esercizio (ad esempio infermieri e medici assistenti attivi in strutture ospedaliere).

Fatta eccezione per i medici, la cui progressione è stata condizionata dalle moratorie, per tutti gli altri operatori, dopo l'introduzione dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC), diversamente da quanto ci si poteva attendere, il picco iniziale non si è stabilizzato, ma l'aumento è stato costante e progressivo.

È importante sottolineare che l'aumento del numero dei medici, dei dentisti, dei farmacisti, dei veterinari, degli psicologi e degli psicoterapeuti, è sicuramente da ricondurre all'arrivo di operatori stranieri in quanto, il numero di nuove autorizzazioni di libero esercizio rilasciato ai titolari di diplomi svizzeri è rimasto costante, contrariamente a quanto avvenuto per gli operatori sanitari provenienti dall'estero.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

2.3 L'impatto degli accordi bilaterali sul numero di medici

In Ticino le differenti moratorie si sono rivelate efficaci per contenere il numero di operatori sanitari attivi nell'ambulatoriale extra-ospedaliero (essendo che all'ambulatoriale ospedaliero non sono state mai applicate).

Secondo i dati dell'Ufficio di sanità tra il 2002-2009, periodo di applicazione stretta della moratoria, non è stato registrato nessun aumento dei numeri di concordato attivi. Un aumento lieve è stato invece riscontrato tra il 2010 e il 2011, anni in cui vi è stato uno allentamento della moratoria per i medici di base e i pediatri.

Nella finestra temporale senza moratoria il Ticino ha conosciuto un'importante crescita dei numeri di concordato del (+28%), che si è attenuata con la reintroduzione della moratoria nel luglio del 2013.

3. L'attuale moratoria, punti di forza e debolezze

L'attuale sistema di limitazione del numero di medici che lavorano a carico della LAMal, che prevede l'importante eccezione per i medici che hanno esercitato almeno tre anni in un centro svizzero per il perfezionamento professionale e che è in vigore dal 1. luglio 2013 ha dato buoni risultati in Ticino, che lo ha applicato rigorosamente, ma solo al settore ambulatoriale extra-ospedaliero (escludendo l'ospedaliero).

L'esame del presupposto dei tre anni è stato delegato al nostro Ordine professionale, ciò che ha permesso la creazione di proficue sinergie con l'Ufficio di sanità e la consolidazione della rete di controllo esistente nel nostro Cantone. Si tratta di un passo avanti, nella direzione auspicata anche dal nuovo art. 42 LPMed che entrerà in vigore il 1. Gennaio 2018 e che prevede la possibilità di delega di compiti di vigilanza agli Ordini professionali.

In questi anni di esperienza abbiamo potuto constatare che il presupposto di un periodo di "pratica" nei centri di perfezionamento è fondamentale per garantire una presa a carico socio-sanitaria di qualità; possiamo inoltre affermare che la maggior parte dei medici stranieri con cui siamo venuti in contatto per l'espletamento del nostro compito di controllo degli anni di pratica nei centri di perfezionamento, hanno accolto senza problemi la normativa e la sua applicazione pratica.

Il sistema che prevede quale criterio di qualità un periodo di pratica in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto è risultato soddisfacente e merita quindi di essere confermato.

Nel contempo però andrebbe affinato e precisato a nostro modo di vedere come segue.

Innanzitutto esso dovrebbe essere orientato alla professione che il medico intende esercitare a carico del nostro sistema sociale e quindi essere svolto interamente in quella determinata specialità. Dovrebbero inoltre essere rispettate le categorie di ciascun centro, ovvero, se un ospedale è riconosciuto 1 anno per la formazione, lo stesso dovrebbe valere per l'ammissione a fatturare a carico LAMal.

Non si può infine prescindere dal criterio linguistico – che in Ticino non può comunque limitarsi alla lingua del Cantone, ma deve contemplare anche una seconda lingua nazionale, essendo la farmacopea, le indispensabili relazioni intercantonali e interdisciplinari e altri importanti strumenti di lavoro esclusivamente in lingua francese o tedesca - e dalla garanzia della formazione permanente con la produzione regolare dei relativi attestati.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Con enorme piacere l'OMCT ha preso atto che la FMH negli ultimi mesi ha deciso di sostenere, almeno parzialmente, questa direzione sviluppando tre criteri di qualità cumulativi che i medici devono presentare per accedere alla fatturazione LAMal:

1. Attività clinica nella disciplina nella quale si richiede l'ammissione;
2. Attestati di formazione continua;
3. Comprovate competenze linguistiche.

L'OMCT sostiene assieme alla FMH un sistema di gestione delle ammissioni fondato su questi tre criteri, con l'aggiunta, per i medici italo-foni, dell'autonomia in una seconda lingua nazionale.

4. Il progetto del CF in sintesi

Il progetto del CF prevede un sistema fondato su tre livelli di intervento, che riassumiamo brevemente qui di seguito.

4.1 Primo livello

Il primo livello si fonda sull'inasprimento delle condizioni per esercitare le professioni mediche universitarie deciso con la modifica della LPMed del 20.3 2015, la cui entrata in vigore è prevista per il 1. gennaio 2018. Si tratta da una parte dell'obbligo per chi esercita una professione medica universitaria di disporre delle conoscenze linguistiche necessarie all'esercizio della professione e dall'altra dell'iscrizione obbligatoria al registro Medreg con verifica ufficiale dei diplomi da parte della Mebeko.

4.1 Secondo livello

Il secondo livello di intervento prevede un inasprimento delle condizioni per esercitare a carico della LAMal per alcune categorie di fornitori (medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, persone dispensanti cure previa prescrizione, laboratori, centri di consegna di mezzi e apparecchi diagnostici e terapeutici, imprese di trasporto e salvataggio, istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici), attraverso l'istituzione di una procedura formale di autorizzazione che verrà concessa sulla base di criteri di qualità (solo ulteriormente) sviluppati dal CF e che riguarderanno, a seconda del tipo di fornitore, la formazione di base, il perfezionamento e le strutture necessarie ad assicurare la qualità delle prestazioni.

Il progetto prevede di affidare il compito di rilasciare le autorizzazioni a un'autorità amministrativa federale gestita da assicuratori (tipo SASIS).

Il CF potrà inoltre prevedere prima dell'autorizzazione un periodo di attesa di due anni dopo la fine del perfezionamento e una prova delle conoscenze del sistema sanitario, prova che chi potrà dimostrare di aver svolto in Svizzera un periodo di pratica di almeno due anni nel campo di attività oggetto della domanda non dovrà sostenere.

L'esercizio a carico della LAMal sarà inoltre soggetto ad oneri relativi all'economicità e alla qualità delle prestazioni che tutti gli operatori dovranno rispettare, pena una sanzione che va dall'ammonizione fino all'esclusione dall'attività a carico della LAMal. Questi oneri che saranno disciplinati dal CF riguardano misure di sviluppo della qualità e la comunicazione di dati necessari a tale scopo.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

4.1 Terzo livello

Il terzo ed ultimo livello di intervento passa da un ampliamento delle competenze dei Cantoni i quali potranno fissare numeri massimi per i medici in uno o più campi di specializzazione e prevedere un'autorizzazione “aggiuntiva”.

I numeri massimi saranno applicabili all'insieme dei medici attivi nel campo ambulatoriale (extraospedaliero e ospedaliero).

5. Il parere dell'OMCT in generale

SÌ ALLA RINUNCIA DI TARIFFE DIFFERENZIATE E DELLA LIBERTÀ DI CONTRARRE

L'OMCT giudica positivamente la rinuncia del CF all'adozione di tariffe differenziate per regione, misura ritenuta giustamente in contraddizione con il principio dell'economicità (cfr. rapporto esplicativo pagg. 14 e 15) e la rinuncia alla flessibilizzazione dell'obbligo di contrarre; anche se lo spauracchio della libertà di contrarre sembra non essere ancora completamente debellato.

SÌ AL RAFFORZAMENTO DELLE COMPETENZE DEI CANTONI NELLA PIANIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'OMCT giudica positivamente anche il rafforzamento delle competenze dei Cantoni (nuovo art. 55a) che potrà portare a un'“autorizzazione aggiuntiva cantonale” nell'intero settore ambulatoriale, o per singole specializzazioni. I Cantoni, già competenti per la pianificazione dello stazionario, devono disporre degli strumenti per monitorare e controllare anche il settore ambulatoriale. La possibilità di limitare il numero dei medici in uno o più campi di specialità, dopo aver stabilito il fabbisogno sul proprio territorio, risponde alle necessità di federalismo e offre ai Cantoni la possibilità di maggiore controllo sui costi di sanità.

SÌ AD UN'AUTORIZZAZIONE FORMALE MA IN BASE A CRITERI SEMPLICI ED EFFICACI

L'OMCT è altresì favorevole all'istituzione, per alcuni fornitori di prestazioni, fra cui i medici, di una procedura formale di autorizzazione per poter fatturare a carico della LAMal e di prevedere a questo scopo criteri di qualità aggiuntivi rispetto a quelli attualmente richiesti per poter esercitare. La procedura deve però essere semplice e basarsi su criteri chiari e facili da verificare, ma soprattutto le condizioni devono essere previste nella legge e non via ordinanza. La procedura di autorizzazione non deve inoltre appesantire inutilmente l'apparato amministrativo, né comportare per i medici un carico di burocrazia eccessivo e ciò in considerazione di due aspetti. Per poter svolgere la sua attività il medico è già oggi costretto a confrontarsi quotidianamente con numerose regole e procedure, che lo allontanano dai suoi pazienti. L'obiettivo deve essere quello di snellire l'esistente e non di creare ulteriore burocrazia. Rispettivamente non bisogna trascurare il dato secondo cui se la popolazione potesse scegliere come riorganizzare le spese statali, essa diminuirebbe il budget dell'amministrazione pubblica del 24%, mentre aumenterebbe quello della salute dell'8% (Schell F. & Salvi M. (2016). Avenir Suisse. Finances fédérales à l'épreuve. 1ère partie. Avenir Suisse, Zürich, octobre 2016).

NO AL RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEGLI AM

Siamo invece assolutamente contrari che l'autorizzazione formale a fatturare a carico della LAMal sia affidata agli AM, rafforzando la loro posizione nel determinare con quali operatori collaborare. Questa impostazione rende i medici troppo dipendenti dagli assicuratori e restringe pertanto la loro



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

autonomia. I pazienti perderebbero la libera scelta del medico perché di fatto questa soluzione tende all'abolizione dell'obbligo di contrarre. Non da ultimo, nella loro doppia posizione di partner tariffali e autorità di rilascio delle autorizzazioni essi incombono in un inaccettabile conflitto di interessi.

La soluzione è tanto più inaccettabile se le condizioni in base alle quali rilasciare l'autorizzazione si fondano su una delega in bianco al CF, come nel presente progetto.

Per quanto concerne le condizioni strutturali cui il rapporto esplicativo fa riferimento in modo molto sommario ("ad esempio per le organizzazioni che impiegano persone che dispensano prestazioni previa prescrizione, la qualifica del loro personale, gli equipaggiamenti necessari, la delimitazione del campo di attività quanto al luogo dell'intervento, agli orari ai pazienti ai quali forniscono le prestazioni (...)" ; cfr. pag. 11 rapporto esplicativo) riteniamo si tratti di condizioni relative alla pianificazione dell'offerta, che riguarda scelte politiche di competenza dei Cantoni e quindi non affidabili agli AM.

L'autorizzazione va rilasciata da un'autorità imparziale che sarebbe logico fossero i Cantoni (già competenti per il rilascio del libero esercizio).

Non fosse possibile allora questa autorità amministrativa dovrà essere paritetica e non composta dai soli AM.

NO AL PERIODO DI ATTESA DI DUE ANNI E ALL'ESAME SULLE CONOSCENZE DEL SISTEMA SANITARIO

Il periodo di attesa di due anni al termine del perfezionamento è poco efficace e non porta nessun valore aggiunto al curriculum dei fornitori che fanno richiesta di poter fatturare a carico della LAMal. Esso penalizzerebbe inoltre ingiustificatamente i giovani medici che terminati gli studi intendono assumersi le responsabilità di un'attività in proprio. Essi saranno costretti a restare negli ospedali i cui costi, peraltro, negli ultimi anni sono aumentati anche più di quelli degli studi medici. Si tratta quindi di una soluzione controproducente e in contrasto anche con i mezzi stanziati dalla Confederazione per favorire la formazione di medici nelle nostre università.

La prova/l'esame delle conoscenze del sistema sanitario rappresenta un'inutile complicazione burocratica, evitabile con il periodo di pratica obbligatorio di tre anni in un centro di perfezionamento riconosciuto, così come previsto, per quanto concerne i medici, dall'attuale sistema di limitazione delle autorizzazioni.

NO AD ULTERIORI ONERI PER I MEDICI

Assoggettare l'esercizio a carico della LAMal a oneri relativi all'economicità e alla qualità attanaglierebbe ulteriormente l'attività del medico che è già sottoposta a sufficienti criteri di qualità e di economicità delle cure.

SÌ A CRITERI DI QUALITÀ CHIARI E SEMPLICI VERIFICATI DAI CANTONI

In definitiva l'OMCT difende una limitazione delle autorizzazioni più semplice ed efficace che si fondi sui criteri di qualità facilmente verificabili.

Per quanto concerne i medici l'OMCT appoggia la proposta della FMH di subordinare l'autorizzazione a fatturare a carico della LAMal ai seguenti tre criteri cumulativi, con un'unica aggiunta per quanto concerne il terzo criterio:



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

1. Attività clinica di almeno 3 anni nella disciplina oggetto della domanda di ammissione;
2. Obbligo di produrre regolarmente diplomi di formazione continua;
3. Competenze linguistiche accresciute con esame di lingua di livello B2 effettuato in Svizzera nella lingua del Cantone dove il medico intende esercitare e per gli italofoeni, autonomia in almeno una seconda lingua nazionale (tedesco o francese).

L'esame di queste condizioni potrà essere affidato ai Cantoni, i quali sono già competenti per rilasciare il libero esercizio e, se la pianificazione dell'ambulatoriale verrà attuata, dovranno anche autorizzare i medici dal profilo delle liste dei numeri massimi.

6 Commento articolo per articolo

Art. 35 cpv. 1

Nessun commento.

Art. 36 cpv. 1

Proposta di modifica: "..., se dispongono di un'autorizzazione da parte del Cantone".

Giustificazione: i Cantoni sono da sempre l'autorità competente a concedere l'autorizzazione al libero esercizio. Secondo il presente progetto sono anche competenti per prevedere un'autorizzazione aggiuntiva in base alle liste dei numeri massimi, dopo aver accertato il fabbisogno e il grado di copertura dello stesso. Risulta pertanto logico che siano competenti anche per rilasciare questa autorizzazione formale.

Art. 36 cpv. 2

Siamo d'accordo che i criteri di qualità debbano essere un presupposto. Non siamo d'accordo però che vi sia una delega in bianco al CF. I criteri di qualità devono essere previsti chiaramente a livello di legge e non solo per via di ordinanza.

Per i medici i criteri dovranno in ogni caso rispecchiare quelli sviluppati dalla FMH citati al punto 5.1 lett. k) relativi al periodo triennale praticato in Svizzera in un centro di perfezionamento, alla formazione continua e alla conoscenza della lingua/delle lingue necessaria/e per l'esercizio della professione.

Art. 36 cpv. 3

Da stralciare.

Giustificazione: l'OMCT considera improduttivo e inutile prevedere un tempo di attesa senza specificarne i contenuti. Inoltre non si considera in questa soluzione, prevista anche per "migliorare le qualifiche e le conoscenze del sistema sanitario", che i medici formati in Svizzera maturano già il grado di esperienza e di conoscenza necessario alla libera professione. Si tratta inoltre di una misura che penalizza eccessivamente i giovani medici che si sono formati in Svizzera e che hanno, durante il loro perfezionamento in Svizzera, (già) acquisito tutti gli strumenti necessari alla libera professione.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Art. 36 cpv. 3 bis

Da stralciare.

Giustificazione: la soluzione dell'esame delle conoscenze del sistema sanitario non offre, per quanto concerne i medici, le stesse garanzie qualitative del periodo di pratica in un centro di perfezionamento riconosciuto e non rappresenta una valida alternativa. Occorre continuare con la via attuale del periodo triennale in un centro di perfezionamento che ha dato buoni frutti.

Art. 36 cpv. 4

Da stralciare.

Giustificazione: si tratta di una formulazione estremamente aperta e inaccettabile. Il CF si ritroverebbe carta bianca sulla quale poter prevedere qualsiasi condizione. I medici sottostanno a un regime già abbastanza severo relativo all'economicità e alla qualità delle prestazioni. La trasmissione di informazioni è già regolamentata sufficientemente dalla LAMal e messa in atto con il progetto MARS.

Art. 36 cpv. 5

Da stralciare.

Giustificazione: La competenza per il rilascio delle autorizzazioni a fatturare a carico della LAMal dovrebbe incombere ai Cantoni, già coinvolti nella pianificazione dell'offerta. In alternativa potrebbe entrare in linea di massima un'autorità cantonale o federale rappresentativa di tutti i partner e non solo degli assicuratori malattia.

Il doppio ruolo degli assicuratori (partner tariffale e autorità che rilascia le autorizzazioni) comporta un inaccettabile conflitto di interessi.

Art. 36 cpv. 6

Da stralciare.

L'OMCT è contrario a un sistema di esame come proposto dall'art. 36 cpv. 3 bis. In ogni caso, se l'ipotesi dovesse diventare concreta l'organizzazione incaricata della procedura d'esame dovrà essere rappresentativa di tutti i partner (paritetica).

Art. 36 cpv. 7

Nessun commento.

Art. 36a , 37 e 38

Ribadiamo l'esigenza secondo il nostro ordine di definire nella legge le condizioni per esercitare a carico della LAMal.

Condividiamo per contro l'osservazione secondo la quale in virtù del nuovo art. 24 cpv. 1 b LATer non sarà più necessario precisare nella LAMal che i Cantoni fissano le Condizioni alle quali i medici sono assimilati ai farmacisti.

Art. 55 a cpv. 1

Condividiamo il rafforzamento delle competenze attribuite ai Cantoni i quali potranno, se lo riterranno necessario, limitare il numero di medici, in uno o più campi, attivi sul loro territorio. Questa impostazione risponde a un'accresciuta necessità di federalismo e di riconoscimento delle differenziazioni cantonali.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Condividiamo anche il concetto che la limitazione valga per tutto il settore ambulatoriale, compreso quello ospedaliero.

Art. 55a cpv. 2
Concordiamo.

Art. 55 a cpv. 3
Concordiamo.

Art. 55 a cpv. 4
Concordiamo.

Art. 55 a cpv. 5

Non riusciamo a capire come un medico possa attualmente, con o senza moratoria, esercitare in un istituto 35 cpv. 2 lett. n senza autorizzazione (almeno il numero C).

Non riusciamo in particolare a determinare la cerchia dei medici che hanno esercitato con autorizzazione un'attività dipendente o indipendente (come da lett. a) da quella medici che hanno esercitato alle dipendenze di un singolo medico o di un istituto di cui all'art. 35 cpv. 2 lett. n (come da lett. b).

La risposta ci sembra importante poiché il regime transitorio ha effetti rilevanti per i medici coinvolti.

Art. 55 a cpv. 6
Di principio da stralciare.

Restiamo perplessi, pur trattandosi di una facoltà concessa ai Cantoni, sul confronto tra l'aumento dei costi per assicurato (e non per malato!) rispetto all'aumento dei costi degli altri campi di specializzazione in quel Cantone, o della media nazionale in quella specialità. Questa impostazione è del tutto arbitraria poiché non tiene conto della struttura dei pazienti (ad es. per età o morbilità) di un dato Cantone, rispettivamente delle differenze fra Cantoni. Pensiamo per esempio in Ticino all'età media dei pazienti nettamente più alta di quella nazionale (2016: 50, 82 per il TI; 48,10 anni per la CH).

Art. 59 cpv. 1, primo periodo e cpv. 3 lett. g
Nessun commento.

7. Conclusione

L'OMCT è favorevole a una pianificazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali offerte negli studi medici, nei centri medici e negli ospedali. È anche favorevole a una selezione qualitativa degli operatori sanitari che possono esercitare a carico della LAMal. Ritiene tuttavia che questo progetto, pur avendo il pregio di rispondere a una necessità di federalismo e di riconoscimento delle differenziazioni cantonali, grazie al rafforzamento delle competenze dei Cantoni, metta i medici in una posizione sfavorevole rispetto agli AM, ciò che a nostro avviso, anche alla luce della recente giurisprudenza dei Tribunali, non riflette necessariamente un miglioramento dal profilo del contenimento dei costi o della qualità del sistema. Riteniamo in ogni caso che il controllo dei costi relativi al settore ambulatoriale delle cure non possa passare unicamente da una limitazione dei medici, ma debba imprescindibilmente considerare un nuovo sistema di finanziamento delle cure ambulatoriali, basato su una diversa ripartizione dei costi tra AM (finanziati dai pazienti) e i



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Cantoni, con percentuali comunque diverse dallo stazionario (es. 75% AM, 25% Cantone). È giunto il momento per i Cantoni di assumersi le proprie responsabilità nel finanziamento e nella pianificazione anche nel settore ambulatoriale, interrompendo la catena dei falsi incentivi che portano, per mere ragioni finanziarie, a trasferire delle prestazioni dallo stazionario (economicamente più favorevole alle tasche sei Cantoni) all'ambulatoriale ospedaliero interamente a carico degli assicurati. Occorre inoltre favorire l'insediamento di studi medici di famiglia e specialistici sul territorio, statisticamente meno costosi rispetto agli ospedali e geograficamente più prossimi al domicilio dei pazienti. Infine è da censurare senza esitazioni la delega esclusivamente agli AM di rilasciare le autorizzazioni ad esercitare a carico della LAMal, che dà vita al più bieco e pericoloso conflitto di interessi che si possa immaginare in ambito sanitario e senza alcun rispetto per la sicurezza dei cittadini pazienti. La professione medica non può rispondere unicamente a criteri economici poiché si fonda ancora su una vocazione di aiuto verso il prossimo. Ridurre la professione medica a un mero concetto economico (retribuzione dei medici) mette in forte pericolo la fiducia nel sistema sanitario e la sicurezza di ottenere cure appropriate per i cittadini pazienti. In mancanza di soluzioni politiche lungimiranti, che tengano conto delle osservazioni da noi espresse, l'OMCT invita a respingere il progetto di revisione in consultazione e propone di prolungare l'attuale moratoria per un'ulteriore triennio.

Con i migliori saluti,

ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti
Presidente



Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset
p.a. Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et
accidents
Division Prestations

par courriel à:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Lausanne, le 20 octobre 2017.

Consultation sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) relative à l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

La Société médicale de la Suisse romande, société faîtière des six sociétés cantonales romandes de médecine de la FMH, vous remercie de l'occasion qui lui est donnée de se prononcer sur le projet mentionné. Notre réponse concernera en particulier les médecins.

Nous ne discuterons pas ici l'exigence de la compétence linguistique que nous estimons essentielle. Elle est traitée dans la révision de la LPMéd.

Principe d'une régulation par les cantons

Les médecins des certains cantons romands, Genève notamment, ont adhéré au principe d'une régulation des admissions à pratiquer. Ils ont reconnu sa nécessité après avoir observé l'arrivée de médecins sans expérience du système de santé suisse, disposant dans certains cas d'une formation lacunaire, et engagés par des sociétés intéressées à des créneaux lucratifs plus qu'aux besoins globaux de la population.

Dans l'exemple genevois, canton touché très tôt par ce phénomène, les autorités cantonales ont mis en place un organe consultatif dans lequel les établissements hospitaliers publics et privés, ainsi que les médecins en pratique privée et les médecins hospitaliers ont pu communiquer leur appréciation de la situation locale concernant les besoins. C'est sur cette base et sur des données locales qu'un pilotage éclairé et raisonnable des admissions a pu être appliqué.

S'il n'est pas certain que ce modèle soit reproductible dans tous les cantons, il a permis d'apporter des corrections modérées en évitant de bloquer totalement l'admission de médecins formés en Suisse. Il aurait en effet été aberrant d'appliquer des corrections erratiques à court terme alors que le consensus admis est qu'une augmentation du nombre de médecins formés est nécessaire pour répondre aux besoins futurs, en tenant compte du souhait légitime de nos jeunes collègues de

consacrer une part plus raisonnable de leur temps à l'exercice de leur profession. D'autre part, de nombreux médecins sont liés géographiquement par l'activité de leur conjoint et ne peuvent facilement envisager une installation dans des régions périphériques.

Projet d'article 36

Le projet proposé donne au Conseil fédéral le devoir de fixer les règles de l'admission à pratiquer, sans l'obliger à justifier les mesures prises. Ainsi, il lui suffira d'invoquer de manière générique la défense de l'adéquation et de la haute qualité des soins fournis, puis justifier les mesures par la seule augmentation des coûts. Or nous savons que les coûts, sauf mesures de rationnement sévères, poursuivront leur progression dans les années à venir comme dans tous les pays qui disposent d'un système de santé avancé. C'est donc introduire dans la loi le principe de mesures technocratiques désincarnées, basées sur l'évolution des coûts plutôt que sur les besoins de la population auquel les médecins doivent répondre.

Le refus de l'admission sera lourd de conséquences pour un médecin formé en Suisse, sachant que, dans le domaine ambulatoire, il lui est pratiquement impossible de pratiquer sans être admis à exercer à charge de la LAMal. Il serait par ailleurs inadéquat qu'un médecin formé dans une spécialité y renonce pour s'installer comme médecin praticien, faute d'être admis s'il demande et obtient le titre de spécialiste. La discipline choisie dépend en effet des postes disponibles dans les établissements publics de formation plus que des besoins du secteur privé. La pression de ne pouvoir être admis à l'issue d'une formation de qualité constitue une incitation à s'installer rapidement, même avec une expérience limitée. Ceci vaut naturellement aussi pour les médecins internistes-généralistes. Le principe cardinal d'une formation académique rigoureuse, que nous défendons, disparaît de la loi.

Ce projet témoigne d'une perte de confiance de la classe politique envers le corps médical qu'elle entend mettre sous tutelle avec la conviction qu'il est incapable de se réformer et l'illusion qu'on pourra ainsi mettre fin à la hausse ininterrompue des coûts. Nous le regrettons et nous croyons voir dans cette attitude le désarroi de ceux qui craignent que le développement des soins prive d'autres branches économiques d'une partie de sa main-d'œuvre et surtout de sa substance économique. S'y ajoute la croyance qu'un système planifié permettra d'assurer une même qualité et disponibilité des soins à un coût inférieur, argument de propagande qu'aucun exemple ne permet de démontrer, comparant ce qui est comparable.

Le médecin coupable de la croissance des coûts?

Le corps médical fait l'objet de nombreux reproches destinés, comme nous le comprenons, à justifier des mesures autoritaires. Or si la médecine porte une responsabilité dans l'augmentation des coûts, c'est d'abord par son efficacité croissante qui permet à des malades gravement atteints de bénéficier d'une survie prolongée et de bonne qualité. Les exemples sont nombreux, notamment dans le domaine de l'oncologie ou de la chirurgie, mais également en cas de maladies chroniques qui frappent moins les esprits, mais sont néanmoins lourdes à porter et coûteuses. Quant aux consultations perçues comme futiles, il est impossible au médecin de banaliser un symptôme sans un examen de base.

De même, la prévention, qui est peu développée dans notre pays, repose principalement sur les médecins. Or le temps qui lui est consacré au cabinet n'est pas distingué dans les statistiques et il charge le compte des coûts des soins. Et on attend du médecin une grande modération dans l'exercice de sa profession tout en lui demandant de traiter ses patients selon les recommandations scientifiques les plus récentes.

La stratégie d'économie et la régulation atteignent leurs limites

Nous croyons que les efforts de régulation et d'optimisation des soins ont des limites. Les hôpitaux ont pu optimiser leur financement en transférant une partie de leur activité stationnaire vers leur secteur ambulatoire. Si ceci permet de stabiliser dans une certaine mesure le financement par les cantons, l'assurance-maladie obligatoire s'en trouve plus lourdement chargée. Ses primes augmentent d'ailleurs plus vite que les coûts des soins. Les conditions de travail se dégradent et d'autres corps de métier, à l'instar des infirmiers/infirmières, s'en plaignent de plus en plus. Des mesures bureaucratiques arbitraires ne feront qu'accélérer le phénomène, induisant une perte d'efficacité et un découragement des prestataires. Un nombre croissant de jeunes médecins souhaitent d'ailleurs un emploi salarié protégé par le droit du travail plutôt que le risque de l'entrepreneur que leurs prédécesseurs ont connu.

Un emplâtre pour cacher le besoin de réformer le financement de l'assurance-maladie

Nous sommes convaincus qu'aucune mesure, même dommageable pour la qualité des soins, ne permettra à notre pays de faire l'économie d'une réforme de son système d'assurance-maladie. Il faut cesser de considérer la progression des primes comme la dérive d'un système de santé fou, mais s'interroger enfin sur le mode de financement de l'assurance-maladie obligatoire. C'est le rôle du Parlement. Ou faut-il désormais considérer que les soins ne peuvent plus être assurés à tous? Cette question appelle une réponse politique et les prestataires de soins que nous représentons entendent bien rester fidèle à leur mission, fournir des prestations de qualité répondant aux connaissances scientifiques actuelles.

Remarques par article

art.36, al.1 et 2 Le texte en vigueur précise quel diplôme, ou reconnaissance de diplôme, il faut détenir pour être admis. Alors que la formation médicale prégrade est parfaitement définie en Suisse, ce nouveau texte ne fixe aucun fil rouge et confie au Conseil fédéral l'entière responsabilité de définir les critères d'admission. Le cursus de formation et les exigences pour obtenir le diplôme fédéral de médecin pourraient donc disparaître en faveur de critères politiques obscurs sous couvert d'exigences de qualité et d'adéquation. On comprend mal comment ces critères pourront être appréciés chez des médecins demandant leur admission, c'est-à-dire qui n'ont pas encore exercé sous leur propre responsabilité. La formation des médecins doit répondre à des exigences académiques claires auxquelles il convient d'adjoindre une formation pratique acquise pour l'essentiel au niveau postgrade. Cette seule constatation justifie le rejet de l'entier de cet article 36.

Il est vrai que la non-équivalence des formations européennes, reconnues automatiquement en vertu des accords bilatéraux, pose problème. Mais ce n'est pas en ajoutant une couche d'exigences supplémentaires, appliquées à tous les candidats à l'admission, qu'il sera possible de le résoudre car il est également impossible de juger la qualité des prestations de personnes qui n'ont pas encore exercé dans notre pays.

art.36, al.3 Un délai d'attente de deux ans avant admission est absurde lorsqu'il s'agit de médecins qui ont achevé leur formation postgrade. Il n'améliorera pas leur compétence et pourrait signifier, pour ceux qui arriveraient au terme d'un engagement hospitalier, une interdiction de travailler dans le domaine des soins ambulatoires. Nous considérons en revanche pertinent d'imposer une période de formation postgrade de trois ans dans le

domaine d'activité, dans un établissement reconnu en Suisse, comme le demande la FMH. Cette exigence de formation permet d'acquérir une bonne connaissance pratique du système de santé suisse. Il faut noter que, dans nombre de disciplines, les hôpitaux ont besoin d'un nombre de médecins plus important que dans le secteur ambulatoire privé. Une telle exigence de formation irait dans le sens d'un rééquilibrage.

art.36, al.3bis Compenser le manque d'expérience pratique par un examen théorique est illusoire. Cette mesure, complémentaire à celle de l'al.3, est insuffisante et doit être rejetée de même.

art.36, al.4 Les sociétés médicales réalisent depuis longtemps des efforts importants pour assurer des prestations de haute qualité et économiques. Il convient de les encourager et de les soutenir. Les mesures prises par le Conseil fédéral ne feront qu'augmenter les charges administratives sans contribuer efficacement aux efforts d'amélioration de la qualité.

art.36, al.4 et 6 Confier aux assureurs la gestion des admissions est surprenant. Il s'agit d'abord d'une responsabilité politique qui doit reposer sur des critères académique et professionnels. Il ne s'agit manifestement pas du champ de compétence des assureurs. Les autorités politiques estiment-elles qu'elle n'ont rien à espérer de la collaboration avec les médecins? Notre mission est de fournir des soins de qualité, répondant à la demande de la population. Celle du Parlement est de trouver les compromis acceptables dans le cadre constitutionnel. Une fois de plus, on utilise les assureurs pour convaincre l'électeur, sans le dire, qu'il faut restreindre l'accès aux soins puisque le système de primes par tête est devenu insupportable.

Compte tenu de l'obstruction dont les assureurs font preuve lorsqu'il s'agit d'adapter la pratique et les tarifs (selon LAMal), il ne fait guère de doute que les admissions ne seront pas définies en fonction de la qualité des soins ni en fonction des besoins, et qu'il sera peu ou pas tenu compte des compétences "métier".

Une régulation appropriée ne peut se faire qu'au niveau des cantons, ce qui est réglé par l'article 55a.

art.55a, al.1 La compétence cantonale de réguler les admissions nous paraît justifiée. Il appartient au canton, en fonction de la situation locale, de déterminer s'il y a lieu d'appliquer une régulation. Il faut toutefois disposer de statistiques des coûts appropriées, qui tiennent compte de la résidence principale des patients et non du lieu de soins. Sinon, il sera impossible d'évaluer le transfert des coûts ambulatoires vers les cantons fournisseurs d'emploi (lorsque les travailleurs consultent à proximité de leur lieu de travail) ou vers les cantons où la densité médicale est plus élevée, c'est-à-dire où il est plus facile d'obtenir un rendez-vous.

art.55a, al.2 Le taux d'occupation est simple à définir pour des employés, mais pas pour des médecins indépendants. Nous recommandons donc de tenir compte en premier lieu des besoins exprimés par les patients, besoins qui peuvent évoluer rapidement dans certaines spécialités. Nous craignons encore une fois que les critères proposés par le Conseil fédéral soient essentiellement technocratiques et ne tiennent guère compte de la réalité du terrain.

art.55a, al.3 Nous saluons ici la mention des représentants des patients et des fournisseurs de prestations. Pour donner un avis éclairé, ceux-ci doivent cependant disposer de données qu'ils n'ont souvent pas le moyen de produire eux-mêmes. Enfin, l'expérience démontre que l'obligation d'entendre ne signifie pas que le canton tienne compte des avis reçus.

art.55a, al.4 Cet alinéa est particulièrement vague. De nombreuses données doivent déjà être fournies par les médecins. Les enquêtes ou études supplémentaires qui pourraient être nécessaires représentent une charge importante qui ne peut pas être mise à la charge des prestataires.

art.55a, al.6 Cette disposition est un oreiller de paresse et surtout un alibi pour prendre des mesures inadéquates lorsqu'on est dans une tendance haussière à long terme. Avant de conclure qu'une augmentation des coûts dans une spécialité est due à un excès de prestataires, il faut connaître l'évolution des besoins, qu'elle soit due à l'évolution démographique ou celle des techniques de soins.

En conclusion

La Société médicale de la Suisse romande salue dans ce projet la confirmation de la compétence des cantons en matière de régulation des admissions. Elle accueille également avec satisfaction l'introduction du critère de compétence linguistique dans la LPMéd.

En revanche, nous rejetons entièrement le nouvel article 36 proposé. Les critères actuels sont simples et éprouvés et nous recommandons d'y adjoindre uniquement l'exigence d'une activité de trois ans dans la discipline considérés, au sein d'un établissement de formation reconnu en Suisse.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames et Messieurs, notre considération distinguée.



Pierre-Alain Schneider
président SMSR



SMVS / VSÄG
Société Médicale du Valais
Walliser Ärztegesellschaft

Office fédéral de la santé
publique OFSP

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset

Monsieur le Directeur
Pascal Strupler
3003 Berne

[abteilung-
leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Sion, le 10.10.2017

Prise de position de la Société Médicale du Valais sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations)

Monsieur le Conseiller fédéral Berset, Monsieur le Directeur de l'OFSP,
Mesdames et Messieurs,

Nous nous permettons de réagir à cette consultation stratégiquement importante pour le maintien de la qualité de prise en charge médicale en Suisse, malgré la pénurie médicale annoncée.

C'est une thématique dans laquelle la SMVS s'engage fortement depuis quelques années au vu d'une situation particulièrement critique en Valais. Notre société médicale fait tout pour éviter une détérioration d'un système sanitaire qui a fait ses preuves et montré une amélioration notable de la survie et de qualité de vie des patients valaisans depuis les années 2004. En Valais, cette évolution aurait été impensable sans un rattrapage marqué par rapport au nombre de spécialistes, et donc, au total aussi l'augmentation du nombre de médecins en activité. Les données dont nous disposons en Valais démontrent que le rattrapage par rapport au nombre de spécialistes nécessaires afin d'assurer des délais de consultations raisonnables dans différentes spécialités pour des consultations non vitales dans les domaines par ex. ophtalmologie, gastro-entérologie, dermatologie, angiologie, urologie, gynécologie doit encore se poursuivre. D'ailleurs, même les assureurs l'ont admis dans leurs calculs adaptés partiellement lors de nos négociations tarifaires qui n'ont malheureusement pas abouti.

Ayant acquis des connaissances approfondies par rapport à différentes évolutions et facteurs majeurs qui ont impactés les coûts de la santé valaisanne depuis 2004, mise en place du TARMED, et qui ont été de façon injustifiable utilisés par les assureurs pour faire pression contre une adaptation légitime de la valeur du point TARMED valaisan, nous

trouvons d'autant plus choquant de lire les **prémises fausses** qui sont utilisées dans votre rapport explicatif joint à cette consultation importante. Votre argumentaire semble ignorer (ou vouloir ignorer) des faits et des évolutions bien établies et qui ont été même confirmées par différents jugements du Tribunal fédéral Suisse.

Vos arguments se basent sur une vision simpliste qui présume que l'augmentation des primes serait en rapport direct avec le nombre de médecins admis à pratiquer à charge de l'assurance de base, de surplus dans le domaine ambulatoire. Dans tout votre projet, on cherche en vain la notion de l'augmentation réelle des besoins en ressources médicales liées à une augmentation du nombre de cas, pourtant épidémiologiquement bien établie et en partie liée au vieillissement de notre population dans différentes maladies telles que les tumeurs, les démences, les maladies liées au style de vie (surpoids, hypertension artérielle etc.). On ne trouve pas non plus la notion des progrès de la médecine qui ont contribué à une diminution notable du taux de mortalité de nombreuses maladies en Suisse (cancers, maladies cardio-vasculaires) ainsi qu'à une meilleure prise en charge de différentes maladies chroniques et rares, conduisant à une morbidité réduite et des « économies réelles » par rapport à une diminution de complications et une diminution de la souffrance de nos patients. Pour simple illustration des faits connus et documentés de façon indépendante des corporations médicales, nous nous permettons de vous joindre l'extrait de la publication « *Le cancer en Valais 2016* » de l'Observatoire Valaisan de la Santé. De rendre responsables les médecins du coût des traitements améliorés et d'en conclure que la régulation du nombre de médecins disponibles permettra de diminuer l'augmentation des primes d'assurance-maladie relève d'une hypocrisie inacceptable, alors que justement, le mandat de tout médecin devrait être de traiter au mieux ses patients, selon les règles de l'art et des connaissances existantes.

Il est évident qu'une prévention primaire forte (diminution du tabagisme, de l'abus d'alcool, obésité, etc.) ou justement la politique aurait un rôle important à jouer (par ex. protection de la fumée passive), aurait un impact majeur sur les frais de la santé ultérieurs. Bien que les médecins s'impliquent aussi auprès de leurs patients dans la prévention primaire, puis secondaire, il est clair que les frais qui découlent des activités principales des médecins se répercutent sur les traitements, qui donc impactent les coûts de la santé et les primes.

Contrairement aux politiques qui ont failli à leur devoir de renforcer la prévention primaire dans différents domaines au niveau fédéral (plus particulièrement par rapport au tabagisme), les médecins exerçant en Suisse ont remarquablement bien répondu au mandat qui est le leur depuis 1990. Ceci est reflété entre autre par le constat cité par les auteurs de l'étude de la SAMW „*Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens*“ CH publié en 2012 (J. Trageser, A. Vettori, Dr. R. Iten et al): p.1 : „**Die OECD attestiert dem schweizerischen Gesundheitswesen im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern eine hohe Effizienz in dem Sinne, dass mit den heutigen Gesundheitsausgaben kein viel besserer Gesundheitszustand mehr erreicht werden könnte. Hingegen steht die Schweiz im OECD-Vergleich etwas weniger gut da bei der Frage, mit wie viel weniger Input der gleiche Gesundheitszustand erzielt werden könnte** (Kirchgässner, Gerritzen 2001).“

La conclusion des auteurs de l'étude ci-dessus est que l'inefficacité du système sanitaire suisse peut être estimée à env. 7 mia de sfr/ an – soit 10% des frais totaux.

Ceci signifie donc que le système sanitaires suisse, qui a été qualifié comme 3^e meilleur du monde entre 195 pays dans la publication « *Quality Index based mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries 1990-2015 (Global Burden of Disease Study)* » de Prof. Ch. Murray et al, May 18, 2017, atteint du point de vue des experts de la SAMW un taux d'efficacité de 90% !

Alors que ces publications d'une renommée certaine confirment clairement un haut niveau global de la qualité de la médecine suisse dans la prise en charge médicale individualisée dans le système existant, avec un taux d'efficacité de 90% (qui nous semble plus que remarquable), votre rapport suggère que les prestataires à charge de l'assurance maladie de base en Suisse devraient être sélectionnés de façon plus rigoureuse pour améliorer la qualité et l'économicité des prestations fournies. De notre point de vue, il serait important que les critères de sélection permettent au moins le maintien du niveau de qualité actuel qui est mis en péril, si le niveau de formation de base/d'une spécialité donnée diverge trop des exigences suisses. Pour améliorer un taux d'efficacité de 90% sans mettre en péril la qualité de fonctionnement et la sécurité de prise en charge par un système dual tel qu'existant en Suisse avec une médecine stationnaire et ambulatoire publique et privée performante, il nous semblerait indispensable de disposer d'une stratégie validée pouvant donner les garanties nécessaires. Il faudrait pour ce faire disposer d'un système alternatif proposant la même qualité avec un taux d'efficacité de 100%, sur lequel on pourrait calquer les modifications jugées utiles. Un tel système ne nous est pas connu !! Donc, toute modification substantielle du système sanitaire actuel présente un risque majeur par rapport au système dans son ensemble, alors que la perspective de gain serait l'hypothétique amélioration d'efficacité, pourtant déjà au-dessus de 80%- ce qui, d'un point de vue de management entrepreneurial, est communément admis comme optimal !

Par contre, nous constatons que différentes décisions imposées par le monde politique ces dernières années ont bel et bien conduit à des déplacements de frais sur les collectivités – en commençant par la décision du nouveau financement des hôpitaux introduite en 2012 et qui a provoqué un shift de 1 milliard de sfr/an sur la collectivité, sans véritable plus-value de qualité de traitement pour les patients ou d'économicité améliorée de façon globale. De façon surprenante, ce milliard semble oublié, alors que cela correspondrait à 1/7 des économies potentielles liées à une amélioration de l'économicité voulue du système de santé suisse. Qu'est-il devenu ?

Alors que les primes-maladie augmenteront encore en Suisse en 2018, nous sommes troublés par un constat : en Valais, plus de 38% des assurés se trouvent dans des caisses maladies dites « insolubles » par rapport aux réserves exigées « de par la loi » des assureurs. Ces réserves ont été augmentées de 500 sfr à 750 sfr/assuré depuis quelques années et correspondent à environ 7 milliards de sfr pour toute la Suisse. En consultant la base de données de l'Office Fédéral de la Statistique on constate que plus de 2/3 de ces réserves sont dans des investissements dits « non-sécurisés ». Connaissant l'aléatoire actuel sur les marchés boursiers, cela fait froid dans le dos de penser que nombreuses familles en Suisse auront de la peine à payer leurs primes destinées notamment à augmenter un pool de réserves plus que volatiles, et ce dans le contexte d'intérêts bancaires négatifs en Suisse pour des sommes de cette taille! D'autres décisions politiques par rapport à l'élargissement du catalogue de prise en charge de frais dans l'assurance de base ont eu et continuent d'avoir un impact important sur les primes.

Comment expliquer qu'au vu de toutes les données connues, de la complexité du dossier, de l'importance de l'impact d'une erreur politique dans le domaine de la santé, aucune étude scientifique n'ait été mise au concours pour analyser l'impact des différents aspects politiques, démographiques, épidémiologiques, scientifiques du progrès médical sur les coûts de la santé et surtout sur les prévisions futures en vue du fait que la génération des « baby-boomers » atteint l'âge où par la nature des choses, différentes maladies deviennent plus fréquentes et nécessiteront un traitement ? Et quelles mesures sont prévues pour mesurer l'impact qualitatif et quantitatif d'une intervention politique, telle que celle proposée dans la présente révision de loi ?

Comment expliquer l'acharnement sur les médecins, particulièrement ceux exerçant dans le milieu ambulatoire à leurs propres risques et périls – qui jusqu'il y a peu de temps travaillaient allègrement 60 à 80 heures/semaine au service des patients ? Avec une majorité des médecins de famille et spécialistes installés atteignant l'âge de 55 ans et plus, la jeune génération de médecins désirant à juste titre et à l'instar des médecins-assistants des hôpitaux suisses une semaine de travail de 50 h/semaine leur permettant d'avoir une work-life-balance équilibrée, il nous semble évident qu'une pénurie médicale, plus ou moins prononcée selon les régions, mais bien réelle partout en Suisse, est annoncée. Sur le terrain, nous constatons la difficulté des médecins ambulatoires à trouver des successeurs et de nombreuses communes où il n'y a plus de médecin de proximité disponible, alors que la patientèle âgée devient de plus en plus demandeuse de soins de proximité...

D'autant plus, il est incompréhensible que vous puissiez énoncer à la p.31 :

Fin 2014, la Suisse comptait plus de 41 médecins en exercice pour 10000 habitants, dont plus de la moitié en cabinet ou institution de soins ambulatoire, bien plus que dans la plupart des pays de l'OCDE. Bien que la densité de médecins puisse varier fortement entre les cantons (de 8,6 à Zoug à 42,5 à Bâle-Ville), on ne constate pas de pénurie de médecins. Comme relevé dans le rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017, on constatait déjà en 2011 dans une étude que le degré de satisfaction de la population quant aux soins reçus, ainsi que le degré de perception de signes de rationnement tout comme les résultats sanitaires mesurés sous l'angle de la mortalité évitable grâce aux interventions médicales, étaient pratiquement identiques en dépit d'une densité médicale présentant des différences très importantes.

Ceci est en contradiction claire avec des différences de mortalité pour des « morts évitables » entre les différents cantons Suisses et qui mériteraient d'être analysés de plus près, avant d'oser un énoncé tel que celui-ci-dessus (voir p. 37 « *Effizienz und Nutzung des Gesundheitwesens SAMW !* »).

Il y a aussi une contradiction flagrante avec la publication « OBSAN Dossier 56 » par Clémence Merçay, 2016 : « *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – situation en Suisse et comparaison internationale* », faite sous le mandat de la Confédération !

Nous nous permettons d'en citer quelques extraits :

p.9 : Différence statistiquement significative : En 2010 42.1% des répondants suisses jugeaient très facile à assez facile de recevoir des soins médicaux le soir et week-end et jours fériés sans avoir à se rendre aux urgences d'un hôpital. En 2016, ce taux chute à 27.7%.

p.10 : Hausse significative des répondants avec plus de 2 maladies chroniques de 15.8% en 2010 à 21.5 % en 2016.

p.12 : Par rapport au nombre de répondants qui disent avoir un médecin traitant, la Suisse chute de la 4^e à la 10^e position en comparaison internationale entre 2010 et 2016, en Suisse allemande, cette baisse est encore plus prononcée : de 95% à 88% (statistiquement significative).

p.19 : Par rapport à l'accès à un médecin spécialiste dans un court délai : moins d'un mois : chute de disponibilité d'un médecin spécialiste de 81.9% en 2010 à 73.2% en 2016, chute encore plus marquée pour une consultation dans <1 semaine : chute de 53.9% d'obtention d'un rendez-vous à 22.4% en 2016.

Face à ces données qui correspondent parfaitement au vécu des médecins du terrain, comment accepter les énoncés que vous utilisez pour justifier de quelconques mesures à prendre ?!

Nous jugeons choquant et inacceptable que le Conseil fédéral lance une consultation sur un domaine aussi important pour la relève médicale en se basant lui-même sur des assumptions dénuées de fondement et en induisant les instances consultées en erreur par rapport aux mesures à prendre.

Différentes propositions comme « *Les cantons pourront également bloquer toute nouvelle admission de médecin s'ils constatent une hausse importante des coûts dans un ou plusieurs domaines de spécialité* » (p.4 de votre « rapport explicatif ») sans même prévoir une analyse correcte des causes potentielles (nouvelles technologies, évolution épidémiologique etc.) ouvrent la porte à un arbitraire inacceptable qui ne correspond en rien à une régulation sensée, basée sur des besoins et évolutions avérées.

La SMVS ne peut cautionner que la LAMal introduise des mécanismes de ce type, dénué de toute base scientifique et épidémiologique, ignorant complètement l'aspect « coût-bénéfice » et visant simplement des économies à court terme sans considérer les conséquences néfastes à long terme.

L'introduction de la « clause du besoin » en 2003 par les milieux politiques montre à l'heure actuelle ses conséquences néfastes : pénurie de jeunes médecins de premier recours bien formés, une inondation par des médecins avec des formations pas toujours adaptées aux exigences du milieu sanitaire suisse, lors de la levée transitoire de cette clause du besoin par le monde politique. Il faut éviter de perpétuer de telles erreurs ayant des conséquences tragiques sur la viabilité et les frais de notre système sanitaire.

Nous déplorons d'être contraints à faire une telle prise de position et demandons un retour à des discussions et décisions basées sur des données et des faits cohérents. Le dérapage continu vers des négociations basées sur des informations biaisées tel que nous l'avons malheureusement découvert aussi lors des analyses faites en rapport avec les négociations tarifaires dans différents cantons ainsi qu'au cours des négociations avec les assureurs au sujet de la structure tarifaire TARMED révisée est à nos yeux inacceptable et intolérable. Les médecins suisses commencent à en prendre connaissance et n'accepteront plus de telles manipulations. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'est né le mouvement SOS Santé que nous soutenons. Nous réitérons donc les demandes formulées en septembre 2017 lors de la remise des 8'000 signatures : nous demandons à ce que les professionnels de la santé et les médecins soient impliqués intensément et de façon partenariale et proactive dans tous les projets politiques de réformes concernant notre système de santé.

Il nous semble donc urgent et indispensable que les mesures de remplacement de cette clause du besoin soient faites en collaboration étroite avec les milieux concernés – notamment la FMH – en tenant compte des réalités connues, afin d'éviter le risque de faire encore plus de dégâts par des décisions politiques inadéquates!

Nous exigeons aussi qu'il soit rendu public que les prémisses formulés dans cette consultation ne correspondent pas ni à la réalité du terrain, ni aux données scientifiques disponibles, mais semblent découler d'une volonté purement politique face à une compréhension lacunaire et partielle de la problématique des coûts de la santé et des facteurs multiples impactant la hauteur des primes.

Nous avons pleine conscience de la problématique qui pèse sur les assurés par rapport à des primes qui prennent l'ascenseur. Afin de pouvoir réagir de façon adéquate, il sied d'abord d'analyser et comprendre les différents facteurs qui les impactent et leur importance respective. Ce n'est que sur une telle base que des mesures intelligentes « évidence based » pourront être proposées et mises en route. Au lieu d'un activisme politique, les citoyens suisses ont besoin d'une stratégie cohérente, partagée. Les médecins n'ont pas attendu les ordres du monde politique pour lancer des réflexions sur différentes options permettant une meilleure utilisation des ressources disponibles. Ils ne peuvent par contre

rien contre l'évolution démographique et le vieillissement de la population. Depuis plus de 10 ans, des mesures du type « less is more » ont commencées à être développées et implémentées. La SGIM (SGAIM) a fait un travail considérable dans ce domaine et continue à le propager, sous l'égide de la SAMW.

Alors que les assureurs ont refusé d'entrer en matière par rapport à l'introduction de cette nouvelle approche collaborative et partenariale, la SMVS prépare un projet interprofessionnel avec pharmavalais dans le sens d'un « less is more together ».

Nous vous remercions Monsieur le Conseiller fédéral, Monsieur Berset, Monsieur le Directeur de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Monsieur Strupler, Mesdames et Messieurs, de l'attention que vous porterez aux arguments énoncés, ainsi qu'à ceux contenus dans les prises de position de la FMH, CCM et de la Société Médicale du Canton de Berne qui nous semblent particulièrement pertinentes et que nous soutenons pleinement.

Avec nos salutations les meilleures,



Dr. med. Monique Lehky Hagen
Présidente de la Société Médicale du Valais
Executive MBA focus healthcare

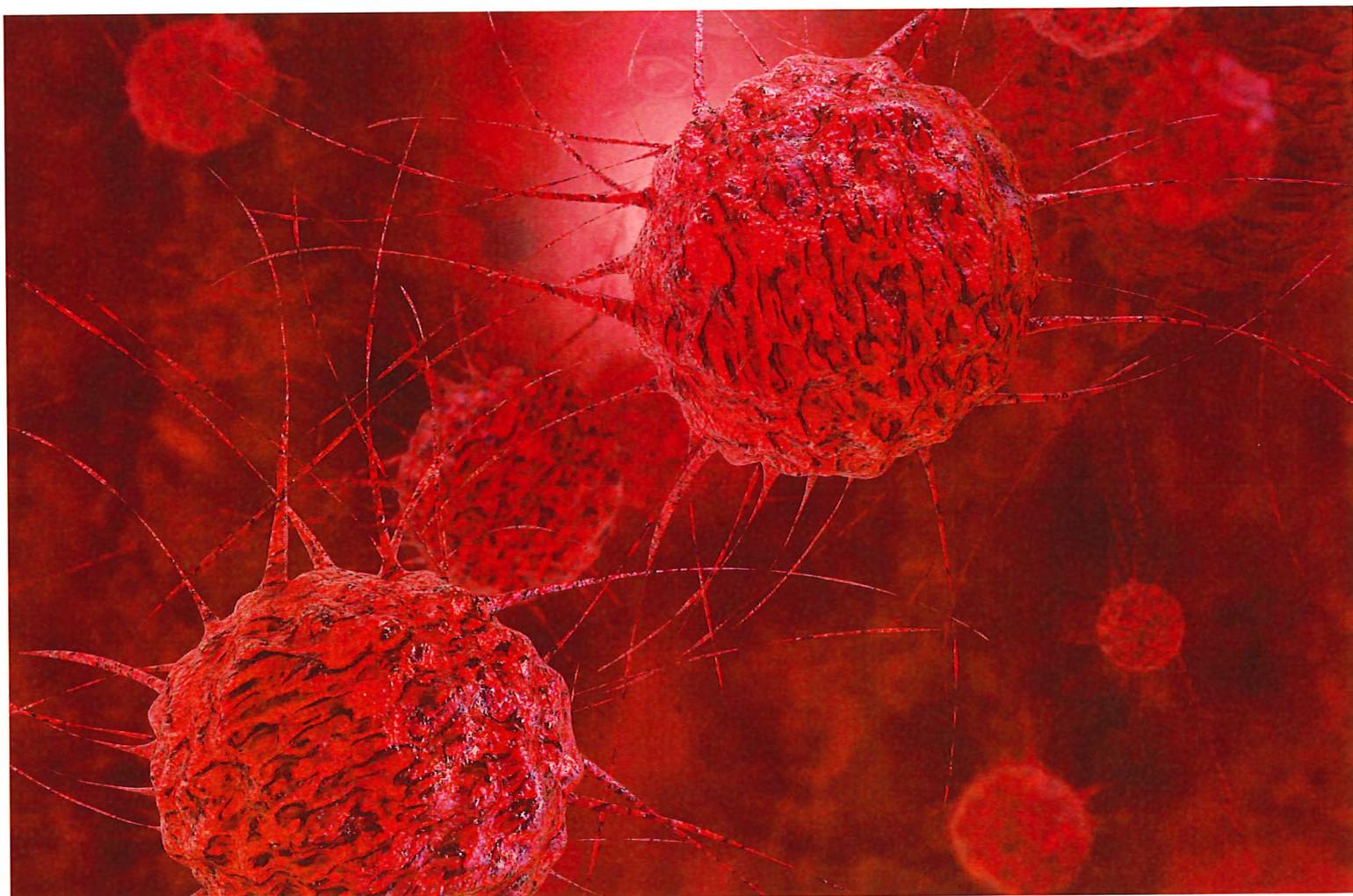
Annexe : Extraits « *Le cancer en Valais 2016* » de l'Observatoire Valaisan de la Santé

Copie :

- FMH
- CCM
- DSP, Médecin cantonal du Canton du Valais, Dr Christian Ambord

LE CANCER EN VALAIS

2016



III. Causes et facteurs de risque, prévention et traitements

1. Causes et facteurs de risque

Le cancer est une maladie dite chronique avec des causes multiples, telles que l'exposition à des agents cancérigènes comme le tabac, l'alcool, l'amiante, les radiations et certains virus. Le risque peut être particulièrement élevé lorsque ces facteurs sont combinés. Le risque augmente avec l'âge pour la plupart des cancers. Les cancers dont le risque est fortement déterminé par des facteurs génétiques représentent une petite minorité (entre 5 et 10%). Les causes de nombreux cancers restent inconnues.

Le tabac

C'est le principal facteur de risque évitable des cancers mais également des maladies cardio-vasculaires et respiratoires. Le tabac est responsable principalement des cancers du poumon, de la vessie, de la bouche, du larynx, de l'œsophage et du pancréas. Dans le monde, il serait la cause d'environ un décès sur 5 par cancer.

2. Prévention

De nombreux cancers peuvent être prévenus. La prévention primaire vise à réduire l'exposition au risque, par exemple en diminuant le tabagisme, l'abus d'alcool, l'obésité, l'exposition excessive au soleil ou en encourageant la pratique d'une activité physique régulière et la consommation de fruits et légumes. En Valais, comme en Suisse, la diminution du tabagisme est l'élément le plus fort qui permettrait de diminuer le nombre de cas de cancer.

La prévention secondaire a pour but de détecter à un stade précoce des cancers qui n'ont pas pu être évités par la prévention primaire. C'est le rôle du dépistage. Seuls certains dépistages sont actuellement recommandés par la ligue suisse contre le cancer, notamment pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus.

En Valais, le dépistage du cancer du sein est proposé via un programme organisé depuis 1999. Une étude de faisabilité du dépistage du cancer colorectal a débuté en 2016.

Comment décider s'il faut ou non dépister un cancer?

Un dépistage est recommandé uniquement s'il a fait la preuve qu'il apportait plus de bénéfice (par exemple en diminuant la mortalité par cancer) que d'inconvénients ou de risque pour la santé. Idéalement, il faut que des études cliniques randomisées aient démontré les bénéfices d'un dépistage.

Des dépistages individuels, hors programmes de dépistage sont réalisés pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Il n'y a pas de bénéfice clairement démontrés des dépistages du cancer de la prostate et de la peau.

Les mesures de prévention structurelle (dénommée aussi environnementale) touchent l'environnement (social, économique, physique, législatif) et le plus souvent l'ensemble de la communauté. Ce sont par exemple les lois sur le tabac, l'alcool et leur taxation, l'éducation à la santé dans le cadre scolaire, le contrôle de l'alimentation ou des mesures visant à limiter certains polluants environnementaux. Ces mesures peuvent aussi contribuer à la prévention des cancers. Elles sont à la base des stratégies de prévention populationnelle.

3. Traitements = coûts

Les progrès technologiques permettent une plus grande efficacité de la prise en charge et des traitements, en particulier grâce aux innovations en matière d'imagerie, de chirurgie, de radiothérapie de chimiothérapie et de traitements ciblés. Relevons par ailleurs le développement récent de l'immunothérapie. Tous ces moyens ont permis et permettront certainement encore d'offrir une plus grande probabilité de guérison de certains cancers.

Les progrès en génétique et en épidémiologie génétique ouvrent également la possibilité de faire des diagnostics et des traitements, voire de la prévention, de plus en plus personnalisés.

Médecine personnalisée du cancer

Elle consiste à traiter chaque patient de façon individualisée en fonction des spécificités génétiques et biologiques de sa tumeur mais également en tenant compte de l'environnement du patient, de son mode de vie, etc. Le but est d'améliorer la performance des soins, d'éviter les traitements inutiles et d'améliorer la qualité de vie des patients. Un exemple de thérapie ciblée est l'herceptine, médicament destiné aux femmes souffrant d'un cancer du sein surexprimant le gène HER2.

IV. Démographie et mortalité en Valais

1. Une population vieillissante

La taille et la structure d'âge de la population sont des déterminants majeurs du nombre de cas de cancer en Valais. La population valaisanne était de 327'011 résidents permanents en 2013. Sa taille a fortement augmenté ces dernières années, avec un gain de 50'841 personnes, équivalant à une augmentation de 18%, entre 2000 et 2013 (Suisse : 13% d'augmentation entre 2000 et 2013).

Le vieillissement de la population est un élément essentiel de l'évolution démographique récente du Valais, et qui explique en bonne partie l'augmentation du nombre de cas de cancer en Valais. En 2013, 18% de la population avait 65 ans et plus et 5% 80 ans et plus. En 2025, 22 % de la population aura 65 ans et plus et 6% 80 ans et plus.

En 2013, en Valais, l'espérance de vie à la naissance était de 79.7 ans pour les hommes et de 84.8 ans pour les femmes. Entre 1980 et 2013, le gain d'espérance de vie à la naissance a été de 9.7 ans pour les hommes et 5.9 ans pour les femmes. L'augmentation de l'espérance de vie s'explique notamment par un recul de la mortalité par cancer.

2. Causes de décès et taux de mortalité

En 2013, le Valais a compté 2'629 décès, dont les principales causes sont indiquées dans la Graphique 2. Les maladies cardio-vasculaires (qui regroupent toutes les maladies touchant le cœur et les vaisseaux sanguins) ont causé la mort de 777 hommes et femmes (30% du total). Les cancers arrivent en deuxième position avec 729 décès (28%).

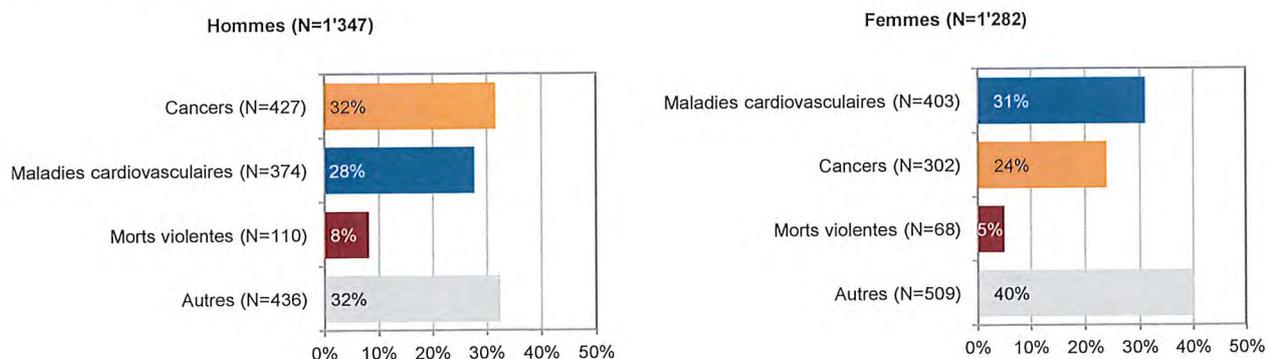
Les causes de décès diffèrent selon l'âge et le sexe (Graphique 3). La proportion de décès par maladies cardio-vasculaires augmente progressivement avec l'âge, pour devenir la première cause de décès chez les 80 ans et plus. Les cancers sont prédominants chez les hommes et femmes âgés de 40 à 79 ans. Dans la tranche d'âge 15 à 39 ans, les morts violentes représentent la majorité des décès chez les hommes, alors que chez les femmes, ce sont les cancers qui sont la première cause de décès de cet âge.

Entre 1995 et 2013, les hommes valaisans ont connu une forte diminution des principales causes de mortalité (Graphique 4). La diminution la plus forte est celle du taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires, qui est actuellement inférieure à celui du cancer. Il n'y a que peu de différence avec les taux observés au niveau Suisse.

Chez les femmes, le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires a également sensiblement reculé et se trouve actuellement égal au taux de mortalité par cancer, ce dernier s'étant stabilisé depuis une dizaine d'années. Il n'y a que peu de différence avec les taux observés au niveau Suisse.

Les causes de la baisse générale de la mortalité sont multifactorielles avec l'augmentation du niveau éducationnel, socio-économique, les améliorations dans le domaine médical, de la prévention et des changements des comportements individuels.

Graphique 2 : Causes de décès en nombre absolu (N) et en pourcentage (%), hommes-femmes, Valais, 2013 (Source : OFS)



VII. Conclusion

Après 25 années d'enregistrement du cancer en Valais, les données du RVsT ont permis de faire un état des lieux exhaustif sur le cancer en Valais et sur son évolution entre 1994 et 2013.

Alors que le nombre de cancers a augmenté régulièrement depuis 1994 et va continuer à augmenter du fait de l'accroissement et du vieillissement de la population, les taux standardisés d'incidence sont restés relativement stables depuis 1994 pour tous cancers confondus. Cela signifie que pour un âge donné le risque de cancer est resté relativement stable. **Par contre, la mortalité a nettement baissé depuis 1994, grâce aux importants progrès thérapeutiques et, probablement dans une moindre mesure, aux dépistages.** Toutefois, l'incidence du cancer du poumon et la mortalité de ce cancer ont augmenté chez les femmes.

Pour la première fois dans un rapport sur le cancer en Valais, des analyses ont été faites sur la probabilité d'avoir un cancer au cours de sa vie. Ces mesures permettent à chaque individu, à chaque âge de sa vie de connaître son propre risque de développer un cancer. Tous cancers confondus, ce risque, entre la naissance et l'âge de 80 ans, est de 40% chez les hommes et de 30% chez les femmes.

Enfin, avec l'accroissement et le vieillissement de la population, il faut s'attendre à une augmentation importante du nombre de cas de cancer dans la population du Valais dans les années à venir. Ceci indique que le cancer reste un enjeu majeur de santé publique en Valais, comme en Suisse dans son ensemble.

La lutte contre le cancer se fait par la prévention primaire, par la détection précoce (notamment grâce à certains dépistages) et par des traitements de plus en plus ciblés.



Delémont, le 8 septembre 2017

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Département fédéral de l'intérieur
DFI
Secrétariat général SG-DFI
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie

Monsieur le Conseiller fédéral,

C'est avec attention que nous avons pris connaissance de la mise en consultation de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie.

Les exigences de qualité et d'économicité dans notre société sont très importants et nous tiennent très à cœur et nous vous rejoignons sur le fait que renforcer la qualité de la pratique médicale est un point très important.

Cette qualité a un coût significatif dans notre pays. Trouver la juste adéquation entre la qualité demandée par notre société et les coûts engendrés pour atteindre ce niveau de qualité n'est pas forcément aisé.

L'efficacité de la pratique médicale est un sujet délicat et complexe. Il nous semble effectivement cohérent de mettre en place un système de répartition géographique de la pratique médicale selon les besoins. Tout comme il est important que cela puisse être régulé au niveau cantonal.

1. Dans votre projet de loi, le premier niveau d'intervention qui définit les procédures ou lois d'admission pour l'obtention d'un diplôme fédéral (ou reconnaissance d'un diplôme étranger) **nous semble essentiel**. Effectivement, un contrôle de la formation est la base pour l'accès à la pratique médicale.

2. Le deuxième niveau d'intervention ne nous paraît pas adéquat pour améliorer la qualité des soins. En effet, la délégation aux assureurs de l'autorisation de la délivrance des droits de pratique n'est pas correcte.

Par exemple, un jeune médecin diplômé pourrait voir sa pratique empêchée ou retardée parce que l'assurance l'en empêcherait. Le risque de dérive est grand.

De plus, **il n'est pas acceptable que les assurances puissent contrôler, voire sanctionner, les médecins sur des critères subjectifs de qualité**. Il existe là un réel manque d'indépendance. Et certains actes médicaux jugés de confort par les assurances risquent de ne plus être pris en charge de manière unilatérale par les assurances. A partir

de quand un traitement est jugé de confort ? Par exemple, au Royaume-uni, la douleur fait partie du confort.

Il serait beaucoup plus judicieux qu'un organe indépendant (des assurances et des prestataires de soins) s'assure du contrôle de qualité et de l'efficacité des prestations. Il nous paraît important que la qualité ne soit pas altérée par les mesures que vous proposez. **Les critères de qualité et son monitoring doivent être définis par les différents partenaires de la santé, avec une participation active du corps médical.**

Il s'agit d'un thème important et délicat. Aujourd'hui on parle d'implémenter des lois au risque de faire baisser la qualité. Alors qu'au contraire, **la qualité de la médecine devrait être améliorée, ce qui ne signifie pas forcément une augmentation des coûts. Donner unilatéralement le droit aux assurances de la liberté de contracter ainsi que du contrôle et du choix du remboursement de certains prestataires de soins est clairement une dérive et une baisse dans la qualité des soins.**

3. Concernant le troisième niveau d'intervention : nous sommes d'accord que les cantons puissent déterminer eux-mêmes le nombre des médecins pouvant pratiquer à charge de la LAMAL, mais pour autant que le taux d'activité soit défini y compris dans le domaine ambulatoire des hôpitaux.

En conclusion, nous vous demandons de remanier le deuxième niveau d'intervention en supprimant cette liberté de contracter que vous envisagez de donner aux assureurs **et de confier cette tâche de contrôle à un organe indépendant** explicitement séparé des assureurs afin d'éviter tout conflit d'intérêts.

Nous vous remercions déjà de l'intérêt que vous porterez à notre demande et espérons un retour constructif dans l'élaboration de cette loi. Nous restons à disposition pour tout renseignement et vous adressons, Monsieur le Conseiller fédéral, nos plus sincères salutations.



Dr Claude Schwarz

Président SMCJU



Dr Dumeng Décosterd

Secrétaire SMCJU

Copies :
Département de l'économie et de la santé, Jacques Gerber, ministre
SSA, Nicolas Pétremand

Par email:

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Lausanne, le 25 octobre 2017

**Consultation fédérale : révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
(admission des fournisseurs de prestations)**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Dans le délai imparti pour ce faire, nous avons l'avantage de vous faire part de notre position sur le projet de révision de la LAMal concernant l'objet mentionnée en exergue.

La volonté de renforcer les contrôles lors de l'admission des prestataires de soins de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins va se traduire par une réforme du système dans plusieurs directions.

En premier lieu, la Loi sur les professions médicales universitaires (LPMed) exigera des médecins, avant de pouvoir démarrer leur activité médicale, la maîtrise d'une langue nationale de leur région d'activité. Cette exigence sera concrétisée par un examen linguistique de niveau européen B2. Une telle exigence est aujourd'hui indispensable dans la mesure où la médecine s'exerce en équipe et que la maîtrise insuffisante d'une langue peut être source de problèmes. Il s'agit là d'un standard internationalement reconnu qui permet au titulaire de ce certificat de comprendre le contenu essentiel de sujets concrets ou abstraits dans un texte complexe, y compris une discussion technique dans sa spécialité. Il nous semble toutefois que cette exigence est insuffisante et qu'il faudrait plutôt viser le niveau C1 si le médecin veut être en mesure de défendre les intérêts de ses patients auprès des administrations et des assurances.

S'agissant du renforcement des conditions d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, il sied de relever que le Conseil fédéral se réserve la possibilité d'ajouter par voie d'ordonnance un délai d'attente de deux ans après la fin de la formation de base et postgrade pour limiter l'afflux de nouveaux prestataires de soins dans le seul domaine de l'ambulatoire. Ce délai d'attente pourrait être introduit uniquement dans certaines spécialités, mais il se pourrait également qu'il s'applique de manière générale à toute la médecine ambulatoire.

Ainsi, pour autant qu'un tel délai d'attente soit effectivement introduit, seul le domaine stationnaire serait donc ouvert aux médecins au bénéfice d'un titre postgrade de spécialiste (6 ans minimum pour le master, durée doublée pour un titre postgrade), ce qui doit impérativement conduire le Conseil fédéral à user d'une telle compétence avec la plus grande retenue. Cela est d'autant plus vrai que les barrières que met ce projet à l'admission de nouveaux médecins sont nombreuses.

En effet, le Conseil fédéral pourra également instituer une obligation de passer un examen sur le système de santé suisse, officiellement dans le but d'améliorer la qualité des prestations. Le seul moyen d'échapper à un tel examen serait d'avoir travaillé pendant le délai d'attente

Ainsi, il n'y aura plus d'admission automatique des médecins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins comme c'est le cas aujourd'hui. En effet, le projet mis en consultation introduit en quelque sorte la liberté de contracter par la petite porte, soit l'institution qui a été la plus âprement combattue ces dernières années par les médecins. L'alternative proposée par le Conseil fédéral consiste à mettre en place une véritable procédure d'admission à pratiquer à charge de l'aos, procédure organisée par les assureurs et qui les conduiraient à rendre des décisions au sens formel du terme pour admettre les futurs médecins pouvant pratiquer à charge. Il est prévu que les assureurs maladie désignent une organisation chargée de statuer sur les demandes par le biais de décisions au sens formel du terme. Ainsi, les décisions pourraient faire l'objet de recours au Tribunal administratif fédéral en première instance, puis au Tribunal fédéral sur recours de droit administratif, ce qui est censé garantir une égalité des requérants devant la loi et le respect des droits fondamentaux.

La Société Vaudoise de Médecine ne peut qu'être totalement opposée à une telle procédure qui constitue ni plus ni moins qu'une liberté de contracter concernant l'admission à charge de l'assurance. On voit mal comment le Tribunal administratif fédéral pourra juger dans des délais acceptables les recours qui seront déposés contre les décisions de refus prononcées par l'organisation désignée par les assureurs. Par ailleurs, on peine à comprendre la raison pour laquelle les sociétés de médecine, qui sont les organismes les plus à même de connaître le tissu médical sur leurs territoires respectifs sont exclues toute compétence dans le processus visé par le Conseil fédéral. Pour autant qu'une telle procédure d'admission soit maintenue au bout du processus de consultation, il conviendrait de laisser une place de choix aux sociétés médicales pour que la décision admettant ou non le candidat à pratiquer à charge de la LAMal ait un caractère paritaire et dispose d'une meilleure assise qu'une décision laissée à la seule appréciation des assureurs maladie, lesquels sont bien trop souvent éloignés des régions où se pratique effectivement la médecine. Comment est-il en effet possible de se prononcer sur la demande d'admission d'un médecin à pratiquer à charge dans la région d'Orbe alors que le siège de l'organisation des assureurs serait à Lucerne ? On ne peut donc que regretter que l'admission à pratiquer soit centralisée pour tout le territoire national alors que l'actuelle clause du besoin permet une application très décentralisée des prestataires de soins. Il sera rétorqué à cela que les cantons ont la compétence au sens de l'art. 55a LAMal de limiter les prestataires sur leur territoire, mais force est de constater qu'ils ne pourront qu'empêcher des médecins déjà admis par les assureurs et non des médecins qui auront préalablement été refusés.

Il conviendrait à tout le moins que les assureurs obtiennent un préavis de la part des sociétés cantonales de médecine qui sont véritablement les seules entités à s'appuyer sur une base solide, à savoir celle des médecins de la région considérée qui sont les plus à mêmes de savoir si une discipline médicale est sur ou sous représentée dans une région donnée. Une telle solution permettrait d'asseoir la légitimité de cette procédure d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le Conseil fédéral veut également imposer des charges aux médecins et se réserve la compétence de le faire. Ainsi, on apprend que ces charges pourront viser la qualité des prestations ainsi que la livraison des données nécessaires pour surveiller le respect de l'art. 59 a LAMal relative au caractère économique et à la qualité des prestations, comme la participation à des programmes ou des mesures de garantie et d'amélioration de la qualité des prestations prévues dans des conventions conclues avec les assureurs ou celles mises en œuvre par des organisations de fournisseurs de prestations (application de standards et méthodes, participation à des systèmes d'annonces des erreurs, cercles de qualité, etc.) Le contrôle de ces obligations et charges sera confié aux assureurs maladie. Tout sera réglé dans l'OAMal qui n'est pas connue à ce stade.

Il est évident que ce projet va vers une augmentation des charges administratives pour les médecins qui sont toujours plus occupés à remplir des obligations d'ordre administratif et qui devront bientôt passer plus de temps à remplir de la documentation plutôt que de pratiquer leur art.

En outre le non-respect, total ou partiel, des charges prévues à l'art. 36, al. 4, LAMal vient s'ajouter à la liste des manquements pouvant entraîner les sanctions mentionnées (art. 59, al. 3, let. g, LAMal).

Passons maintenant à l'examen de l'art. 55a LAMal relatif à la limitation du nombre de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le projet prévoit que le canton peut plafonner le nombre de médecins par le biais de l'autorisation cantonale à pratiquer à charge de l'aos. Cette limitation vient mettre une limitation potentielle supplémentaire aux médecins admis à pratiquer à charge par les assureurs au sens de l'art. 36 al. 5 LAMal du projet. C'est ainsi que les cantons auront la possibilité d'introduire la pratique de certaines spécialités à la délivrance d'une autorisation ad hoc. Dites autorisations ne seraient applicables qu'aux seuls médecins qui pratiquent en ambulatoire, mais elle s'appliquerait très largement tant aux médecins indépendants que dépendants, tant aux médecins qui exercent en hôpitaux qu'à ceux exerçant en institutions ambulatoires dispensées par des médecins (art. 35 al. 2 let. n LAMal).

Cela étant, les cantons doivent obligatoirement entendre les organisations de fournisseurs de prestations et les assureurs qui doivent communiquer gratuitement aux autorités compétentes qui en font la demande les données nécessaires à la détermination des plafonds. En d'autres termes, sous le prétexte de vouloir introduire un plafond dans les spécialités, les autorités cantonales pourront à l'avenir, sur simple demande, obtenir des données récoltées les centres de confiance. On peut là également regretter l'absence de détails supplémentaire dans la base légale. Les explications à l'appui de cette disposition laissent quelque peu songeurs dans la mesure où elles indiquent que les fournisseurs de prestations et les assureurs y compris leurs fédérations devront fournir des données de facturations et les relevés statistiques. Les cantons pourront également exiger des hôpitaux qu'ils fournissent les détails sur l'activité dans le domaine ambulatoire des médecins qu'ils emploient.

Certes l'alinéa 5 introduit en quelque sorte une garantie de droits acquis dans la mesure où les médecins ayant pratiqué avant l'introduction des plafonds ne seront pas concernés par cette limitation des admissions au sens de l'art. 55a LAMal. Cette garantie ne vaut que pour autant qu'ils continuent leur pratique de manière identique après l'introduction des plafonds. S'il y a un changement dans le lieu de pratique ou dans l'employeur, alors le changement sera soumis à autorisation.

En conclusion l'introduction d'une forme ou l'autre de liberté de contracter et toutes ses implications pour la profession médicale et les patients ne pourra qu'entraîner le lancement automatique et obligatoire d'un referendum par la FMH, ceci conformément aux décisions prises par sa chambre médicale.

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à la présente prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

SOCIETE VAUDOISE DE MEDECINE



Dr Philippe Eggimann
Président



Pierre-André Repond
Secrétaire général

| | | | | | | |
|------|--------------------------|-----|-----|----|----|-----|
| AmtL | GP | KUV | OeG | VS | | |
| DS | Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| DG | 26. Okt. 2017 | | | | | |
| CC | | | | | | |
| Int | | | | | | |
| RM | | | | | | |
| GB | | | | | | |
| GeS | | | | | 4 | ABC |
| Lst | | | | | VA | NCD |

Basel, den 25. Oktober 2017

Herr Bundesrat Alain Berset
Eidg. Departement des Innern EDI
Generalsekretariat des Innern
Inselgasse 1
3003 Bern
Per E-Mail:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)
Vernehmlassungsantwort der
VEREINIGUNG HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE BEIDER BASEL**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,

Wir möchten uns für die Möglichkeit bedanken, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung Stellung nehmen zu dürfen, was wir hiermit gerne innert Frist wahrnehmen. Als Berufsorganisation der Haus-Ärztinnen und Ärzte in den Kantonen Baselland und Basel-Stadt vertreten wir die Interessen von ca. 200 hausärztlichen Mitgliedern. Wir lehnen uns fast vollständig an die Stellungnahme der medizinischen Gesellschaft Basel an und nehmen somit wie folgt Stellung:

I. Allgemeine Bemerkungen:

Die VHBB Basel zeigt sich sehr besorgt über die durch den Bundesrat vorgeschlagenen drei geplanten Interventionsebenen. Wir sind der Überzeugung, dass die geplanten Massnahmen dazu führen werden, dass der sich bereits heute abzeichnende Mangel an niedergelassenen Haus-Ärzten weiter zuspitzen wird. Ambulante Leistungen werden dadurch durch kostenaufwändigere stationäre Leistungen ersetzt, was nicht zu dem gewünschten Kostenersparnis sondern eben zu einer Kostensteigerung führen würde.

Weil die bisherigen Zulassungsregulierungen betreffend Gesundheitskosten offensichtlich wirkungslos geblieben sind, werden durch den Bundesrat neue Massnahmen vorgeschlagen. Neu sollen in den Kantonen Gesamt-Höchstzahlen für alle (in Praxen, in ambulanten ärztlichen Institutionen und in Spitälern) im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte gelten. Zusätzlich zu dieser Gesamtlimitierung der Zahl ambulanter Ärzte werden trotz des bereits jetzt hohen Administrationsaufwands noch mehr administrative Hürden für die Gründung und den Betrieb von Arztpraxen aufgestellt: durch ein formelles Zulassungs- und Prüfungsverfahren der Versicherer (!), durch verstärkte Wirtschaftlichkeitskontrollen und obligatorische Qualitätsvorgaben sowie damit

zusammenhängende weitergehende Datenforderungen. Dieses Massnahmenbündel wird in Verbindung mit den nicht mehr betriebswirtschaftlich korrekt kalkulierten Tarife und den zu tiefen Taxpunktwerten einen bereits jetzt festzustellenden Trend massiv verstärken: **Dass der selbständige Arztberuf immer unattraktiver wird, und immer mehr gut ausgebildete Ärzte lieber in Spitälern verbleiben als den Sprung in die Praxis zu wagen**, respektive Ärzte ihre Praxen schliessen und zurück in Anstellungsverhältnisse in ambulanten ärztliche Institutionen gehen.

Durch die geplante Teilrevision KVG möchte der Bundesrat die Zulassung kontrollieren. Über Qualitätskriterien will er die Zulassungsanforderungen erschweren. Gerade die Möglichkeit des Bundesrates, auf Verordnungsebene bzw. auf Stufe KVV nach Belieben noch mehr Auflagen für niedergelassene Ärzte mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu erheben, lehnen wir klar ab.

Auch lehnen wir die in Art. 36 Abs. 3 geplante Wartezeit von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung ab. Dies würde zu einem Marktausschluss für junge Ärztinnen und Ärzte führen, obwohl diese schon länger in der Schweiz tätig sind und meistens auch ganz oder teilweise hier aus- und weitergebildet wurden. Wieso statt einer zweijährigen Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung die Möglichkeit der Ablegung einer Prüfung über die für Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitswesens eröffnet werden soll, ist völlig schleierhaft und nicht nachvollziehbar.

Völlig unverständlich ist für uns auch die den Versicherern durch Art. 36 Abs. 5 erteilte Machtposition. Damit würden die Ärzte als Leistungserbringer in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten. Schon jetzt ist diese Abhängigkeit gross. Aus Sicht der Ärzteschaft läge bei einer Doppelrolle der Versicherer gegenüber der Ärzteschaft als diejenigen, welche über die Vergütung von Leistungen und die Zulassung zur Leistungserbringung entscheiden, ein eindeutiger Interessenskonflikt vor. Ausserdem würde eine weitere extra für die Zulassungen zuständige Organisation den administrativen Aufwand unnötig aufblasen und weitere Kosten generieren. **Die Erteilung der Zulassungen soll weiterhin in der Kompetenz der Kantone bleiben und sicher nicht auf die Versicherer übertragen werden!**

Den Kantonen gibt der Bundesrat die Kompetenz, Höchstzahlen festzulegen, damit sie die Zahl der Ärztinnen und Ärzte direkt steuern können. Die Kantone sollen somit vorsehen können, dass kein Arzt oder keine Ärztin im betreffenden Fachgebiet mehr zugelassen wird, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets ansteigen (Art. 55 Abs. 6). Diese Massnahme ist absolut willkürlich, wir lehnen solche undifferenzierten Zulassungsstopps ausdrücklich ab! Eine solche Massnahme könnte zum Beispiel neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken, verhindern. Auch nachgewiesene kulturelle Unterschiede beispielsweise zwischen der Westschweiz und der Ostschweiz könnten so nicht genügend berücksichtigt werden.

Wir sind der Meinung, dass die kantonalen Fachgesellschaften selber am besten entscheiden können, ob in ihrem Fachgebiet noch weitere Zulassungen erteilt werden sollen oder nicht. Wenn überhaupt eine Steuerung innerhalb der Fachgebiete stattfinden soll, dann nur über eben diese Gremien!

Die MedGes erachtet nach wie vor eine Regelung mit den folgenden drei kumulativ zu erfüllenden Qualitätskriterien als die beste dauerhafte Lösung für eine Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzte in eigenverantwortlicher Tätigkeit (selbständig wie angestellt):

1. **Ärztliche Tätigkeit** in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin: Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig – gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet.
2. **Fortbildungsnachweis** einfordern: Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
3. **Sprachkompetenz**: Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln:

Art. 36 Abs. 1 KVG (Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer)

Antrag: Leistungserbringer nach Artikel 35 Abs. 2 Buchstaben a-g, m und n dürfen nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung gewährleisten *und über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen*.

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation.

Art. 36 Abs 2 KVG:

Antrag: Ersatzlos streichen

Begründung: Die Aus- und Weiterbildung wie auch die Qualität der Leistungserbringung werden durch zahlreiche Vorschriften des Bundesrechtes, des Kantonalen Rechts sowie durch die Fachgesellschaften geregelt, es besteht hier kein zusätzlicher Regelungsbedarf.

Abs. 36 Abs. 3 und 3 bis KVG:

Antrag: ersatzlos Streichen

Begründung: Eine Wartefrist nach Abschluss der Weiterbildung ist strikt abzulehnen. Dies würde zu einem zweijährigen Vertragsausschluss trotz Vertragsfreiheit zu Lasten der jungen Ärztinnen und Ärzte führen. Zudem müssen die Kantone die Möglichkeit haben, aus wichtigen Gründen, so zum Beispiel bei einer Unterversorgung, ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.

Art. 36 Abs. 4 KVG

Antrag: ersatzlos streichen

Begründung: Die Formulierung ist zu unpräzise, d.h. der Bundesrat kann beliebige Auflagen festlegen, dies ist klar abzulehnen.

Art. 36 Abs. 5, 6 und 7 KVG

Antrag: Ersatzlos streichen

Begründung: Eine neu zu bildende Organisation wird ausser Kosten und mehr Bürokratie nichts bringen. Die Ärzte würden in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten, d.h. den Versicherern wird eine viel zu grosse Machposition eingeräumt, dies ist klar abzulehnen.

Art. 55a Abs. 1 - 5 Keine Bemerkungen

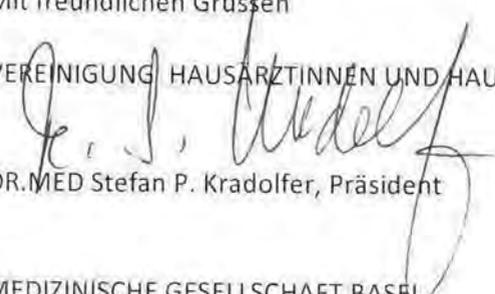
Art. 55 Abs. 6: Antrag: ersatzlos streichen

Begründung: Es ist nach der Gesetzesvorlage völlig unklar, basierend auf welchen Kriterien die Höchstzahl der Zulassungen in einzelnen Fachgebieten festgelegt werden sollen. Den Kantonen soll ein breites Ermessen erteilt werden. Solche Entscheidungen werden weil willkürlich auch gerichtlich kaum überprüfbar sein, was aus rechtsstaatlichen Gründen klar abzulehnen ist.

Wir bitten Sie unsere Argumentation in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen bestens dafür.

Mit freundlichen Grüßen

VEREINIGUNG HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE BEIDER BASEL

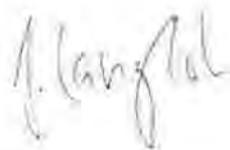


DR.MED Stefan P. Kradolfer, Präsident

MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BASEL



Dr. med. Felix Eymann, Präsident



Dr. iur. Jennifer Langloh, Geschäftsführerin

Von: Kinderaerzte Zuerich [mailto:info@kinderaerzte-zuerich.ch]

Gesendet: Donnerstag, 21. September 2017 09:45

An: _BAG-Abteilung Leistungen <Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch>

Cc: Reto Wiesli <reto.wiesli@polsan.ch>

Betreff: Vernehmlassung zum Entwurf über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

mfe Schweiz hat Ihnen bereits eine Antwort zu obiger Vernehmlassung gegeben. Die Vereinigung Kinderärzte Zürich schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme von mfe Schweiz an und nicht derjenigen, die Sie von der Ärztesgesellschaft des Kanton Zürich, AGZ erhalten haben. Kinderärzte Zürich vertritt rund 250 Pädiaterinnen und Pädiater im Kanton Zürich.

Gerne stehen wir Ihnen bei Rückfragen zur Verfügung und danken Ihnen für die Kenntnisnahme.

Beste Grüsse

Noelle Müller-Tscherrig
Geschäftsführerin

Geschäftsstelle Kinderärzte Zürich
Breitingerstr. 23
CH-8002 Zürich
Tel. +41 (0)79 449 62 06
info@kinderaerzte-zuerich.ch
www.kinderaerzte-zuerich.ch



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herr Bundesrat Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 20. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Die Teilrevision bezieht sich auf Gesetzesänderungen im Bereich der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern sowie deren Beschränkung auf Höchstzahlen. Gerne nehmen wir zum unterbreiteten Gesetzesentwurf wie folgt Stellung.

Position curafutura

curafutura lehnt die Vorlage in der vorliegenden Form ab, weil unter dem aktuellen System Ergebnis- und Finanzierungsverantwortung nicht übereinstimmen würden. Durch die fehlende Mitfinanzierung im ambulanten Bereich haben die Kantone kaum Interesse an einer kohärenten ambulanten Zulassungssteuerung.

Die Vorlage schränkt zudem die Freiheitsgrade von Leistungserbringern und Versicherern ein, verschärft die Ungleichbehandlung unter den Leistungserbringern und führt zu einem weiteren Bürokratieaufbau.

Begründung

curafutura setzt sich für eine qualitätsorientierte Zulassung von ambulanten Leistungserbringern ein. Eine definitive Übernahme der kantonalen Zulassungsbeschränkung kann aber nur Teil einer Gesamtlösung mit folgenden zwingenden Voraussetzungen sein:

a) Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)

Im Unterschied zur stationären Spitalplanung, welche auf einer Mitfinanzierung der Kantone basiert und damit eine gewisse Berechtigung hat, fehlt der ambulanten Planung bis anhin eine sachlogische Legitimation. Die ambulanten Leistungen werden heute ausschliesslich mit Prämiegeldern und Kostenbeteiligungen der Versicherten finanziert. Die finanziellen Konsequenzen aus den Planungsentscheiden der Kantone müssten folglich nicht die Kantone selbst, sondern die Versicherer und Prämienzahler tragen.



In einem solchen System stimmen Ergebnis- und Finanzierungsverantwortung nicht überein. Eine Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten im praxis- und spitalambulanten Bereich ist daher – unter bestimmten Voraussetzungen – nur gerechtfertigt, wenn die Kantone eine finanzielle Mitverantwortung übernehmen. Die von curafutura und weiteren Akteuren geforderte **einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)** ist deshalb eine **notwendige Bedingung**, damit ein weiterer und definitiver Ausbau der Zulassungsbeschränkung durch die Kantone legitimiert werden kann.

b) Weitere Voraussetzungen

1. Alle ambulanten Leistungserbringer, die vor dem Inkrafttreten der geplanten Revision bereits zugelassen sind, müssen die neuen Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllen (zweite Interventionsebene). Ebenfalls sollen bereits zugelassene Ärztinnen und Ärzte im praxis- und spitalambulanten Bereich nicht von einer allfälligen Zulassungsbeschränkung betroffen sein (dritte Interventionsebene). Diese Besitzstandsgarantie benachteiligt den Nachwuchs in der ambulanten Versorgung, ist innovationshemmend und kommt letztendlich einer Ungleichbehandlung gegenüber jüngeren Leistungserbringern gleich. curafutura fordert deshalb eine Ausdehnung des Geltungsbereichs auf alle bereits zugelassenen ambulanten Leistungserbringer.
2. Die Auflagen, welche die ambulanten Leistungserbringer für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erfüllen müssen, sind zu wenig konkret formuliert. Der Gesetzesentwurf führt Begriffe auf wie «qualitativ hochstehend», «zweckmässig» oder «Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen», die schon anderswo im Gesetz hinreichend erwähnt werden und im Hinblick auf eine qualitätsorientierte Zulassung keine sachliche Beschreibung darstellen. Um eine qualitätsorientierte Zulassung gewährleisten zu können, muss folgendes sichergestellt werden:
 - Leistungserbringer müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz mit einer Sprachprüfung nachweisen. Dieser Nachweis kann auch über eine Maturität oder ein Studium in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erbracht werden.
 - Der Nachweis zur kontinuierlichen Vertiefung und Erweiterung der beruflichen Kompetenzen und Fertigkeiten muss erbracht und konsequent kontrolliert werden (Fortbildungsnachweis bei Ärztinnen und Ärzten).
 - Ärztinnen und Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten ärztlichen Fachdisziplin tätig, gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).
 - Nicht nur Indikatoren zur Strukturqualität, sondern auch Prozess- und Ergebnisindikatoren, welche sowohl im Rahmen des Zulassungsentscheids als auch periodisch überprüft werden, sind zu berücksichtigen.
3. Die in Artikel 55a Absatz 4 E-KVG erwähnte Datenbekanntgabe an die Kantone führt zu einem unnötigen bürokratischen Mehraufwand. Sowohl die Leistungserbringer wie auch die Versicherer sind schon heute gesetzlich verpflichtet, umfangreiche Daten an das Bundesamt für Statistik (BFS) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu liefern. Eine 26-fache Zusatzerhebung durch die Kantone ist weder verhältnis- noch zweckmässig und ist auch gemäss Charta der öffentlichen Statistik zu vermeiden. Bedarf es zur Bestimmung von Höchstzahlen dennoch zusätzlicher Daten, so fordert curafutura mindestens, dass eine unabhängige Organisation mit der Datensammlung für die gesamte Schweiz beauftragt wird, welche ihrerseits die erforderlichen Daten den Kantonen weitergibt.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

c) Sonstige Kritikpunkte

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene zweijährige Wartefrist nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung ist wirkungslos und trägt nicht dazu bei, die Zulassung in der OKP nach echten Qualitätskriterien auszurichten. Ebenso verhält es sich mit der Prüfung über das schweizerische Gesundheitssystem, welche vom Bundesrat verordnet werden kann.

Die vorliegende Revision lässt ausserdem zentrale Fragen im Hinblick auf die Praktikabilität offen. So ist beispielsweise nicht klar, auf welcher Grundlage und in welchem Rahmen die in Artikel 36 Absatz 5 E-KVG erwähnte Organisation über die Zulassung der Leistungserbringer zu entscheiden hat. curafutura fordert hier eine entsprechende Präzisierung.

Unklar formuliert sind auch die Eckwerte «Beschäftigungsgrad» und «Patientenmobilität», welche die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen berücksichtigen sollen. Wir kritisieren insbesondere die Regelung mit den Beschäftigungsgraden, welche im Bereich der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten nicht praxistauglich ist.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, bestens.

Freundliche Grüsse
curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Saskia Schenker
Stv. Direktorin
Leiterin Gesundheitspolitik

Par courriel et courrier A

Monsieur
Alain Berset
Conseiller fédéral
Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Inselgasse 1
3003 Berne

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Martigny, le 16 octobre 2017

Révision LAMal : admission des fournisseurs de prestations

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous faisons suite à l'ouverture de la procédure de consultation le 5 juillet concernant le sujet mentionné en objet de ce courrier et avons l'avantage de vous faire parvenir la prise de position du Groupe Mutuel association d'assureurs (ci-après GM).

En bref

Le GM constate que le mandat défini par la CSSS-E n'a pas été respecté, mais il soutient la volonté du Conseil fédéral d'influencer l'évolution des coûts de la santé en introduisant la limitation de l'admission à pratiquer comme instrument de pilotage du domaine ambulatoire.

Par contre, le GM émet les réserves suivantes sur ce projet de modification de la LAMal, car :

- ce projet renforcerait les compétences cantonales en matière de planification ambulatoire, sans que les cantons en supportent les conséquences financières, conjointement avec les assureurs. Ainsi, en vue de renforcer cette responsabilité financière des cantons, le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires devrait être introduit ;
- le point fondamental, à savoir la définition des plafonds du nombre de fournisseurs de prestations admis à pratiquer par les cantons, n'est pas acceptable. En effet, afin de garantir un cadre cohérent pour l'approvisionnement des soins, les données nécessaires, les méthodes et les critères pour définir ces plafonds doivent être uniformes et donc définis au niveau de la Confédération, contrairement à ce que ce projet propose ;

Comme alternative au projet présenté par le Conseil fédéral, le Groupe Mutuel préférerait l'introduction de la liberté de contracter pour tous les fournisseurs de prestations ambulatoires, en collaboration avec ces derniers. Dans ce cadre, la Confédération définirait les données nécessaires, la méthode, et les densités optimales par spécialités. Sur cette base, le canton fixerait ses densités maximales en consultation avec les prestataires des soins et les assureurs-maladie. Les prestataires des soins et les assureurs-maladie auraient le droit de recourir contre la densité maximale fixée par le canton. Les prix des prestations et les conditions de contrat seraient ensuite négociés via des contrats individuels sur la base de critères clairs et justiciables.

Remarques préliminaires

L'actuel projet de modification partielle fait suite au postulat 16.3000 déposé par la CSSS-E et qui chargeait le Conseil fédéral de présenter un rapport sur les possibilités de développer un nouveau système de gestion des admissions, selon les besoins, de médecins habilités à pratiquer à charge de l'AOS. Plus précisément, le Conseil fédéral devait fixer les bornes supérieures et inférieures, à l'intérieur desquelles les cantons pourraient gérer les admissions dans leur domaine de compétence, ainsi qu'évaluer la pertinence d'introduire la liberté de contracter en cas de sur-approvisionnement.

Sur la base du rapport fourni, le Conseil fédéral a donc développé la proposition de révision partielle de la LAMal, actuellement en consultation. Cette proposition se développe autour de 3 axes d'intervention :

1. le premier axe s'appuie sur la LPMéd et la LPSan. Cet axe définit les critères de formation (de base, postgrade et continue), la reconnaissance des diplômes étrangers, ainsi que les connaissances linguistiques dont doit disposer un fournisseur de prestations ;
2. le deuxième axe concerne les partenaires tarifaires. Ce deuxième axe mentionne les critères de qualité et d'économicité que les fournisseurs de prestations doivent respecter, ainsi que l'organisation des contrôles pour les faire respecter ;
3. le troisième et dernier axe d'intervention explique le rôle des autorités, principalement cantonales dans la définition des plafonds concernant les spécialistes admis à pratiquer à charge de l'assurance.

Appréciation globale

Le GM constate que le mandat défini par la CSSS-E n'a pas été respecté, puisque ni dans son rapport du 3 mars 2017, ni dans son rapport explicatif relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations), le Conseil fédéral ne propose la fixation de limites supérieures et inférieures du nombre de prestataires de soins ou une ébauche de solution d'introduction de la liberté de contracter. De plus, le but de ce projet est de renforcer et d'augmenter la qualité et l'économicité des prestations. Mais, à ce stade, le projet ressemble plus à une déclaration d'intention qu'à des orientations concrètes.

Plus particulièrement, le premier axe d'intervention du présent projet est un simple rappel à la loi, puisque tous les critères mentionnés existent déjà dans la LPMéd, notamment en ce qui concerne les niveaux de formation (de base, postgrade et continue) ou la maîtrise d'au moins une langue nationale (art. 15 et 21 LPMéd). La reconnaissance des diplômes étrangers est également déjà définie à l'art. 15 LPMéd et est de la responsabilité de la Commission des professions médicales (MEBEKO)¹.

Quant au deuxième axe, le développement des critères de qualité et d'économicité est, à ce stade, difficile à évaluer puisqu'il se base sur des travaux en cours dont on ne connaît ni le terme ni les résultats. De plus, le GM considère que le développement de ces critères est l'affaire des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral pouvant intervenir subsidiairement dans ce domaine. Il salue par contre le contrôle du respect de ces critères par les partenaires tarifaires par l'entremise d'une organisation définie par leurs soins.

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/medizinalberufekommission-mebeko.html>

Le troisième et dernier axe est le plus critiquable, car il donne toute latitude aux cantons dans la définition des critères permettant l'établissement d'un plafond déterminant un sur-approvisionnement, de la méthodologie pour le calculer, ainsi que des données nécessaires à cette définition. De fait, les cantons utiliseraient les données que devraient leur fournir gratuitement les fournisseurs de prestations et les assureurs, sans qu'on ne sache quelles données seront exigées et pour quels calculs. Les cantons auraient ainsi accès à une grande quantité de données et cela sans aucune contrepartie. Le risque est donc grand de voir se développer 26 systèmes de gestion différents, ce qui complexifiera encore le système et obscurcira les multiples rôles, parfois contradictoires, qu'ont les cantons dans le système. Pour rappel, la pluralité des rôles assumés par les cantons dans le système de santé génère d'importants conflits d'intérêts, crée de fausses incitations et augmente significativement les coûts.

Le GM ne peut donc que désapprouver la délégation de la définition des plafonds aux cantons et l'absence de définition de critères de qualité et d'économicité, de méthodologie, ainsi que des données nécessaires au niveau national.

Evaluation des modifications proposées

Sur la base des considérations évoquées ci-dessus, le Groupe Mutuel émet les réserves suivantes sur le présent projet de modifications partielles de LAMal concernant la gestion des admissions à pratiquer à charge de l'AOS. Ses critiques se portent notamment sur les articles suivants :

Art. 36 Médecins et autres fournisseurs de prestations

Le GM soutient le renforcement des critères de qualité et d'économicité comme instrument de pilotage. Comme mentionné ci-dessus, le GM soutient la délégation du contrôle du respect de ces critères aux partenaires tarifaires.

Par contre, le GM considère que le développement de ces critères est l'affaire des partenaires tarifaires, que ces derniers doivent fournir les données utiles et nécessaires de manière transparente et que le Conseil fédéral ne devrait intervenir que de manière subsidiaire dans ce domaine.

Art. 36a, 37 et 38

Le GM n'a pas de remarque particulière à faire sur ce point.

Art. 55a Limitation du nombre de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

Le GM refuse la modification proposée.

Les critères et la méthodologie pour la définition des plafonds ne devraient pas être de la compétence des cantons, mais de celle de la Confédération. La méthodologie à utiliser pourrait être dérivée du modèle de régions de santé développé par santésuisse². En se basant sur les flux de patients, ce modèle définit des régions de santé plus ou moins grandes en fonction de la spécialité. Par exemple, les régions de santé pour la médecine générale et de premier recours correspondent peu ou prou aux cantons ; par contre pour les domaines très spécialisés (chirurgie de la main par exemple), seules trois régions seraient nécessaires.

² Pour un aperçu du modèle : http://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/GVRP_2017-06-21_Referat_VNold_fr.pdf

Une importante raison pour s'inspirer de ce modèle est qu'il se base sur une planification intercantonale des besoins. Son application devrait bien évidemment laisser une certaine marge de manœuvre aux cantons. Cette manière de faire renforcerait les compétences cantonales en matière de planification ambulatoire.

Contrairement aux prestations stationnaires financées en partie par les cantons (55%) et en partie par les assureurs-maladie (45%), les prestations ambulatoires sont entièrement à la charge des assureurs-maladie, donc des payeurs de prime. Ces différences de financement entraînent des effets pervers :

- les assureurs n'ont pas d'incitation à favoriser le transfert vers le domaine ambulatoire, puisque certains traitements stationnaires peuvent coûter moins aux assureurs-maladie qu'un traitement ambulatoire ;
- les établissements hospitaliers (en particulier ceux figurant sur les listes cantonales) ont intérêt à pousser le transfert vers l'ambulatoire pour alléger la facture cantonale ;
- les établissements hospitaliers ont tendance à favoriser le stationnaire pour les assurés au bénéfice d'une assurance privée complémentaire dans le but d'augmenter les rentrées financières de l'hôpital.

Afin de corriger ces effets pervers, ces nouvelles compétences cantonales en matière de planification ambulatoire devraient s'accompagner d'un renforcement de la responsabilité financière des cantons, ce que permettrait l'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.

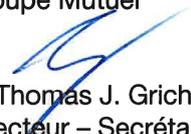
Comme le demandait le mandat à la base de ce projet, le Conseil fédéral devrait évaluer la pertinence d'introduire la liberté de contracter en cas de sur-approvisionnement. Cette partie du mandat n'a pas été réalisée. Du point de vue du GM, la liberté de contracter devrait être introduite. Dans ce cas, non seulement les assureurs-maladie pourraient choisir avec quels fournisseurs de prestations ils souhaitent conclure des contrats, mais l'inverse serait également vrai. Ainsi, en mettant en concurrence tous les fournisseurs de prestations, la liberté de contracter permettrait d'avoir un effet préventif contre l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux dans des régions déjà trop desservies, de garantir la qualité et l'économicité des prestations et éliminerait les offres inefficaces. Les assureurs seraient aussi tenus de conclure un contrat avec un nombre maximal de prestataires afin de garantir la fourniture des soins adéquate. Dans ce modèle, la Confédération définirait les données nécessaires, la méthode et les densités optimales par spécialité. Dans ce cadre, chaque canton définirait ses densités maximales du nombre de fournisseurs admis à pratiquer à charge de l'AOS en consultation avec les prestataires des soins et les assureurs-maladie. Les assureurs et les fournisseurs de prestations – partenaires sur un pied d'égalité – auraient le droit de recourir contre la densité maximale fixée par le canton et concluraient des contrats sur la base de critères clairs et justiciables.

Art. 59, al. 1, 1^{re} phrase et 3, let. g

Le GM n'a pas de remarque particulière à faire sur ce point.

En espérant que nos remarques aient l'heur de retenir votre attention, nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous présentons, Monsieur le Conseiller fédéral, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel


Dr Thomas J. Grichting
Directeur – Secrétaire général


Dr Stéphane Luyet
Expert



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per E-Mail

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
3003 Bern

Für Rückfragen:
Daniel Habegger
Direktwahl: +41 79 609 90 68
E-Mail: daniel.habegger@santesuisse.ch

Solothurn, 16. Oktober 2017

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Zulassung von Leistungserbringern, Stellung nehmen zu können.

Management Summary

santésuisse lehnt die unterbreitete Vorlage vollumfänglich ab, obschon gewisse positive Ansätze bestehen. Die «neuen» Vorschläge bilden jedoch weder eine umfassende Auslegeordnung, noch eine ausgewogene Lösung. Es fehlt an Weitblick, was die Entwicklung des ambulanten Bereichs angeht, sowie an Kohärenz und Nachhaltigkeit. Auch die vom Parlament verlangten freiheitlich-wettbewerblichen Alternativen zur bisherigen Zulassungssteuerung wurden nicht vorgelegt. Die Vorlage ist aufgrund ihrer Lücken und Inkohärenzen für den Gesetzgeber nicht diskussionsreif. Damit die Zulassungsfrage überhaupt umfassend und ausgewogen diskutiert werden kann, sind neue Vorschläge zu den bereits bestehenden unumgänglich. Mit der unterbreiteten Vorlage werden der lokalen Wirtschaftsförderung und der Strukturhaltung der Kantone zu Lasten der Prämienzahlenden und zulasten des Qualitätswettbewerbs noch weiter Tür und Tor geöffnet, als dies bereits heute der Fall ist.

Gemäss Vorschlag des Bundesrates soll künftig jeder Kanton nach Gutdünken über die Zahl der ambulanten Leistungserbringer entscheiden können. Folgen für die Finanzierung hätten die Entscheide der Kantone aber nicht. Auch die interkantonale Koordination des Angebots wird nicht ausreichend angegangen, womit notwendige Akzente gegen Strukturhaltung, Überversorgung und mangelnde Qualität ausbleiben. Die Folgen einer solchen Gesetzgebung wären absehbar: Die Kantone würden vorweg mit ihren Spitalambulatorien weiterhin und überwiegend «lokale Wirtschaftsförderung» betreiben, welche einseitig die Prämienzahlenden finanzieren müssten.

Damit treten weitere Mängel der bundesrätlichen Vorschläge zutage: Die Inkohärenz zwischen ambulanten Planungsentscheiden der Kantone und der finanziellen Verantwortung für deren Folgen würde noch weiter akzentuiert statt behoben.

Zu einer ausgewogenen, umfassenden Vorlage, die punkto Kosteneindämmung tatsächlich eine positive Wirkung entfalten könnte, ist es zwingend, dass das Parlament eine breite Palette von Vorschlägen diskutieren kann. Aus Sicht von santésuisse gehören dazu folgende Aspekte:

1. Konkrete Vorgaben des Bundes statt der Kantone für optimale Ärztedichten und für die verbindliche interkantonale Versorgungsplanung nach Versorgungsregionen. Der Bund hat dazu einen «Versorgungs-Index» zu erarbeiten (vgl. unten).
2. Konkrete Vorgaben, die zwingend auch in den Spitälern bzw. Spitalambulatorien angewandt werden müssen, was bis heute trotz gesetzlichen Vorgaben nicht der Fall war und ist. Die diesbezüglich notwendige Transparenz fehlt in den Spitälern vollständig.
3. Konkrete Vorgaben, die sicherstellen, dass bei Überversorgung an Leistungserbringern, insbesondere punkto Spitalkapazitäten ambulant und ambulant tätigen Ärzten, nicht die Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden in die finanzielle Pflicht genommen werden, sondern die Kantone, soweit sie diese Überversorgung zu verantworten haben.
4. Vorschläge hinsichtlich der Kongruenz von Kompetenzen und finanzieller Mitverantwortung im ambulanten Bereich, eventuell als separate Vorlage; der Zulassungsstopp darf nur in Kraft treten, wenn auch die Vorlage zur Kongruenz von Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung in Kraft tritt.
5. Vorschläge zur Flexibilisierung des starren Vertragszwangs bei Überversorgung: Die bestehende Auswahl der Versicherten an Leistungserbringern wird grundsätzlich nicht eingeschränkt, wenn bei Überversorgung mit neuen Leistungserbringern kein Vertragszwang besteht.
6. Vorschläge für gezielte Tarifabschläge, um die Auswirkungen der Überversorgung mindestens teilweise einzudämmen.

Einseitige «Kantonsvorlage»

Gegenüber der befristeten Zulassungssteuerung, die vom Parlament im vergangenen Jahr erklärermassen «ein letztes Mal» verlängert wurde, bringt die Vorlage keine wesentlichen Fortschritte. Die zusätzlichen Kompetenzen der Kantone, die Anzahl Leistungserbringer in Eigenregie zu definieren, sind unter anderem auch deshalb kontraproduktiv, weil keine ergänzenden, ausreichend konkretisierten und verbindlichen Anforderungen definiert werden (EFAS; Bildung von Versorgungsregionen). Dadurch werden die Interessenkonflikte der Kantone nochmals akzentuiert statt entschärft. Dies führt zwangsläufig zu inkohärenten Lösungen zu Lasten der Effizienz und Qualität der Versorgung.

Zulassungsentscheide und ihre finanziellen Folgen für die Krankenversicherung können sachlich nicht getrennt werden. Bei den vorliegenden Vorschlägen wird es verpasst, die derzeitigen Fehlanreize bei der Wahl der Versorgungsstufe zu beheben. Um diese Fehlanreize beheben zu können, muss gleichzeitig die gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten OKP-Leistungen eingeführt werden. Die Zulassungsentscheide der Kantone im ambulanten Bereich müssen mit finanziellen Konsequenzen für die Kantone einhergehen. Desgleichen müssen die Kantone zur interkantonalen Versorgungsplanung sowohl für den ambulanten, wie auch für den stationären Bereich verpflichtet werden. Der fehlende Wille zur interkantonalen Zusammenarbeit hinsichtlich optimaler Versorgungsregionen muss mit konkreten Ersatzmassnahmen des Bundes sanktioniert werden können. Wenn sich die Kantone der optimalen Versorgungsplanung gemäss Bundesvorgaben verweigern, sollen sie die übermässige ambulante Versorgung auch (mit-)bezahlen. Ohne finanzielle Mitverantwortung in dieser oder anderer Form wird es auch weiterhin nicht möglich sein, die Kantone zu einer bedarfsgerechten und zugleich wirtschaftlich-effizienten Versorgungsplanung zu bewegen.

Auch der Bundesrat hat bereits auf diese Problematik hingewiesen: In seiner Antwort zur Motion **02.3545 Gesundheitswesen. Schaffung von Versorgungsregionen** hielt er in Sachen der Unzulänglichkeiten der Mehrfachrolle der Kantone fest: «*Allerdings können die Vorteile, die mit*

dem Betrieb eines Spitals im eigenen Kanton verbunden sind (Arbeitsplätze, Einkommensquelle, Aufträge an Subunternehmer), ein Hindernis für interkantonale Planungen darstellen».

Übersversorgung und kantonaler Wildwuchs: Bund nimmt seine Kompetenzen nicht wahr

In seinen weiteren Ausführungen versteckte sich der Bundesrat vor 15 Jahren aber zu Unrecht hinter der Verfassung: Verfassungsmässig sei es «*die alleinige Entscheidung der Kantone, ob sie mit einem oder mehreren anderen Kantonen eine gemeinsame Spitalplanung, insbesondere auf regionaler Ebene, vereinbaren möchten. (...) So könnten die Kantone lediglich durch die Aufnahme der Planungspflicht in die Bundesverfassung zur gemeinsamen Spitalplanung verpflichtet werden*». Solche Verfassungsbedenken sind nicht nachvollziehbar: **Sowohl bei der Spitalplanung wie auch bei der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur OKP geht es um die Regelung der Leistungen der Krankenversicherung. Hierfür hat der Bund eine umfassende Regelungskompetenz. Diese muss nicht den Kantonsgrenzen folgen, wenn überregionale Lösungen sachgerecht sind.** Aus Sicht namhafter Verfassungsrechtler kann der Bund gemäss Art. 117 BV durchaus eine zentralisierte Bedarfsplanung einführen, er kann den Kantonen jedoch auch verbindlich vorschreiben, dass und wie eine gemeinsame Planung zu betreiben ist. Für die hochspezialisierte Medizin wurde dieser Weg bereits beschritten.

Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wies 2016 im Bericht «**Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten**» darauf hin, dass die bisherige «Steuerung» weitgehend ohne ausreichende Versorgungsdaten geschieht und ohne angemessene Berücksichtigung der realen Versorgungsregionen. Versorgungsregionen, die sich eben nicht an Kantonsgrenzen halten.

Vorschläge von santésuisse an eine ausgewogene und zeitgemässe Vorlage «Zulassung von Leistungserbringern»:

- a) Jede Art von Zulassungssteuerung muss sektorenübergreifend erfolgen, damit keine Ausweichbewegungen und Wettbewerbsverzerrungen erfolgen können. Die bisherigen Zulassungsstopps hatten gemäss übereinstimmender Sicht von voneinander unabhängigen Experten keine Auswirkungen auf den spitalambulanten Bereich, den mit Abstand grössten Kostentreiber der Krankenversicherung. Eine gesetzliche Formulierung, die den Spitalbereich beinhaltet, aber von den Kantonen wie bisher nicht umgesetzt wird, ist unbedingt zu vermeiden.
- b) Dichtezahlen der Übersversorgung müssen nach ärztlichen Kategorien definiert werden, wobei die entsprechenden Patientenströme bzw. Versorgungsregionen zu beachten sind. Die Vorgaben zuhanden der Kantone sind zwingend vom Bund festzulegen.
- c) Es müssen zwingende und konkrete Mindestanforderungen des Bundes hinsichtlich einer verbindlichen, überkantonalen Versorgungsplanung sowohl für den ambulanten, wie auch für den stationären Bereich definiert werden. Ansonsten kann in den stationären Bereich ausgewichen werden.
- d) Falls die Kantone sich nicht an die Dichtezahlen bzw. Obergrenzen halten und die interkantonale Koordination im Sinne der optimalen Versorgung und Effizienz nicht belegen, muss sichergestellt werden, dass nicht die Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden die Kosten der entsprechenden (ambulanten) Übersversorgung bezahlen müssen. Für diesen Fall ist ein Beschwerderecht der Krankenversicherer vor Gericht vorzusehen.
- e) Der Bund hat in diesem Zusammenhang einen «Versorgungs-Index» zu entwickeln, der die Verhältnisse punkto Versorgungsdichten in den einzelnen Kantonen – und in Berücksichtigung der realen Patientenströme – fest- und à jour hält. Die santésuisse-Gruppe ist gerne bereit, dazu ihr Know-how und die notwendigen Daten der SASIS AG zur Verfügung zu stellen.

- f) Bisherige und allfällige neue Planungskompetenzen der Kantone müssen zwingend auch im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden finanziellen Verantwortung einhergehen (gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen).

Nachfolgend nimmt santésuisse zu einzelnen Artikeln des Vorentwurfs Stellung:

Art. 36 Abs. 1:

Wenn dieser Artikel zur Folge hat, dass der starre Automatismus zwischen der Berufszulassung und der Zulassung der Leistungserbringer zur Abrechnung zu Lasten der OKP künftig getrennt wird, ist dies ein überfälliger Schritt in die richtige Richtung. Dies ist unabhängig von dieser Vorlage notwendig.

Art. 36 Abs. 2:

Optimale Struktur- oder Prozessqualität müssen bei Leistungserbringer im Gesundheitsbereich vorausgesetzt werden können. Für die Berufszulassung bzw. für gesundheitspolizeiliche Massnahmen sind die Kantone zuständig.

Die Erweiterung der Zulassungsbedingung mit Qualitätselementen, um zu Lasten der OKP abrechnen zu können, wird aus grundsätzlichen Überlegungen begrüsst. Allerdings ist für die Patienten – und damit auch für die Krankenversicherer – die Ergebnisqualität entscheidend. Die Teilnahme an Massnahmen zur Qualitätssicherung ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung zu Verbesserung der Ergebnisqualität.

Nur wenn die Patienten zum Voraus einer Behandlung die Ergebnisqualität eines Spitals oder Arztes kennen, haben sie eine echte Wahl. Je komplexer ein geplanter Eingriff ist, desto entscheidender ist diese Forderung.

Art. 36 Abs. 3:

Eine Wartefrist von zwei Jahren ergibt höchstens eine verzögerte Zulassung. Es handelt sich damit um eine Scheinlösung. Da zwei Jahre wartende Ärzte nicht zwei Jahre unbeschäftigt sein dürften, fragt es sich, was dieser Vorbehalt unter dem Strich für einen Nutzen für die Kostenentwicklung in der OKP bringt. Die betroffenen Ärzte dürften ihre Arbeit in einer Institution unter einer bestehenden ZSR-Nummer abrechnen lassen.

Art. 36 Abs. 3bis:

Dieser «Abschreck-Artikel» dürfte die Tätigkeit von Ärzten aus dem Ausland zu Lasten der OKP hinauszögern, aber nicht verhindern.

Art. 36 Abs. 4:

Hier muss es zwingend um Messdaten zur Ergebnisqualität gehen. Aus Sicht von santésuisse impliziert die konsequente Überprüfung und Einhaltung der WZW-Kriterien die Beurteilung der Ergebnisqualität.

Die Strukturqualität muss vorausgesetzt werden, um als Arzt tätig zu sein – sei es nun innerhalb oder ausserhalb der OKP. Für die Berufszulassung bzw. für gesundheitspolizeiliche Massnahmen sind die Kantone zuständig.

Art. 36 Abs. 5:

Wie oben erwähnt, wird die zweistufige Zulassung begrüsst: Die Zulassung zum Beruf muss grundsätzlich erteilt werden, wenn die formalen Voraussetzungen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung vorliegen. Die Zulassung zur Abrechnung zu Lasten der OKP darf hingegen kein Automatismus mehr sein.

Für die gemeinsame Organisation der Versicherer ist grundsätzlich die SASIS AG prädestiniert, welche bereits die ZSR-Daten verwaltet.

Im Grundsatz gelten die bereits oben erwähnten Einwände: Soweit sie nicht direkt dem Patienten bzw. der Ergebnisqualität zugutekommen, lehnt santésuisse mehr Bürokratie und Scheinlösungen ab: Die Qualität eines medizinischen Eingriffs ist die gesundheitliche Differenz von vorher zu nachher bzw. mit und ohne diesen Eingriff. Diese Differenz ist standardmässig messbar.

Die Krankenversicherer betrachten es nicht als ihre Aufgabe, anstelle der Zulassungsbehörde (Kantone) die Strukturqualität bzw. die Fortbildung der Leistungserbringer zu überprüfen. Die Krankenversicherer wollen hingegen aufgrund der ausgewiesenen Ergebnisqualität entscheiden können, mit welchen Leistungserbringern überhaupt Verträge eingegangen werden können.

Art. 36 Abs. 6:

Zur Strukturqualität äussert sich santésuisse nicht. Diese muss vorausgesetzt werden, um überhaupt ärztlich (am Menschen) tätig sein zu dürfen. Zuständig für Vorgaben und Kontrolle sind Bund und Kantone.

Art. 36 Abs. 7:

Die Gebühren müssen kostendeckend sein. Eine Quersubventionierung der Organisation der Versicherer z.B. durch die Prämienzahlenden wäre unstatthaft.

Art. 55a:

Obwohl sich die Patientenströme nicht an Kantonsgrenzen halten, sollen die Kantone die Höchstzahlen der Leistungserbringer gemäss Bundesrat neu eigenständig festlegen können. Gleichzeitig fordert der Bundesrat regionale Zusammenarbeit, ohne verlässliche Vorgaben zu machen und ohne klare Sanktionen für den Unterlassungsfall vorzusehen. Damit besteht keinerlei Gewähr, dass die Kantone im Sinne von optimalen Versorgungsregionen zusammenarbeiten.

Wenn der Bund keinerlei konkretisierte Zwangsmassnahmen bzw. finanzielle Konsequenzen gegen Kantone vorsieht, welche ungeachtet der Angebote der Nachbarkantone Strukturhaltung betreiben und teure Überkapazitäten, mitunter mit Qualitätsproblemen, produzieren, führt dies zu überhöhten Kosten bei ungenügender Qualität. Die Höchstzahlen pro Fachgebiet/ Ärztekategorie müssen in Berücksichtigung der realen Patientenströme auch deshalb zwingend vom Bund definiert werden, weil der Bund bei unsachgerechtem Verhalten der Kantone gar nicht einschreiten könnte, wenn er das entsprechende Know-how nicht selber aufbaut.

Bereits heute stimmen die Planungsentscheide der Kantone bzw. «ihrer» öffentlichen Spitäler im ambulanten Bereich nicht mit den direkten finanziellen Folgen überein. Die finanziellen Folgen müssen ausschliesslich die Prämienzahlenden tragen. Um diese Vorlage ausgewogen zu gestalten, muss deshalb gleichzeitig zwingend auch die **gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen** eingeführt werden.

Abs. 5:

Dieser Passus gewährt den bisherigen Leistungserbringern eine Besitzstandgarantie, womit suggeriert wird, dass diese in der Vergangenheit nicht für den Kostenanstieg verantwortlich waren. Genau das Gegenteil ist aber der Fall. Hinzu kommt, dass mit einem solchen Modell die nach dem jüngsten verfügbaren Wissen ausgebildeten Ärzte ausgeschlossen, die im System etablierten aber protegiert werden. Wenn der Kanton schon reglementiert, dann sollte er für die Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer (inkl. deren, welche in Spitalambulatorien tätig sind) öffentliche Submissionsverfahren ausgestalten, welche als wesentliches Kriterium nach der Qualitätsprüfung die Bereitschaft zur Vereinbarung tieferer als der in der entsprechenden Region gültigen Preise mit den Krankenversicherern beinhalten müsste. Eine solche Bestimmung ist aus Sicht der Krankenversicherer in einem Zulassungsstopp-System zwingend, wenn auch die sachlogisch idealste Lösung wäre, bei Überkapazitäten mehr Vertragsfreiheit zuzulassen.

Abs. 6:

Bei einem aussergewöhnlich starken Kostenanstieg soll der Kanton weitere Zulassungen zwingend verhindern müssen, falls die vorliegende Konzeption, welche santésuisse ablehnt, ins Recht übergeführt würde. Die Kann-Vorschrift ist unzureichend. Aus Sicht von santésuisse sind die vorliegenden Vorschläge aber insgesamt ungeeignet, die Kostensteigerung einzudämmen und den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern in Gang zu bringen.

Art. 59 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 Bst. g

Die Sanktionen, inkl. Tarifabzüge bei fehlender Qualitätsarbeit bzw. -transparenz, sollten an dieser Stelle aufgelistet oder aber mit einem Hinweis auf die betreffenden Artikel versehen werden.

Irritierend ist, dass der Bundesrat nach Art. 36 Abs. 4 die Auflagen festlegt, jedoch die Versicherer diese vor Schiedsgerichten einklagen müssen. Welche Instrumente stehen den Versicherern heute zur Verfügung? Wie erhalten die Versicherer die entsprechenden Informationen betreffend Teilnahme oder Umsetzung der Qualitätsmassnahmen? Und wie finanzieren die Versicherer das Prozessrisiko? Fazit: Art. 36 Abs. 4 kann heute praktisch nicht eingefordert werden.

Anders wäre die Situation, wenn die Leistungserbringer die seit Jahren geforderte Qualitätsarbeit bereits standardmässig ausweisen würden. Die Qualitätsvorlage, welche die Qualitätsarbeit durchsetzen und zu entsprechenden Resultaten führen muss, befindet sich aber erst im parlamentarischen Prozess.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen bei der Überarbeitung des Gesetzesentwurfs und stehen Ihnen für Fragen oder Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Direktorin



Isabel Kohler Muster
Leiterin Rechtsdienst santésuisse-Gruppe

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
3000 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Zürich, 24. Oktober 2017

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
Zulassung von Leistungserbringern – Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur randvermerkten Teilrevision des KVG Stellung nehmen zu können.

Der Schweizerische Versicherungsverband SVV setzt sich auch im Bereich der Krankenversicherung für die Förderung einer liberalen und sozialverträglichen Markt- und Wettbewerbsordnung ein. Dabei legen wir einen Schwerpunkt auf die private Zusatzversicherung und arbeiten im Bereich der sozialen Krankenversicherung mit Santésuisse und mit Curafutura zusammen.

Der SVV beurteilt die Vorlage aus folgenden Gründen kritisch:

Die Kantone sollen nach dem Willen des Bundesrates zusätzliche Planungs- und Steuerungskompetenzen erhalten. Damit besteht die Gefahr, dass sich 26 unterschiedliche kantonale Varianten der Zulassungssteuerung entwickeln. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Finanzierungssysteme von stationären und ambulanten Leistungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Kantone ein Interesse an einer sorgfältigen und korrekten Planung des ambulanten Angebotes haben. Sie können sich, solange sie sich an der Finanzierung ambulanter Leistungen nicht beteiligen müssen, durch eine Verschiebung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich finanziell massiv entlasten. Eine staatliche Intervention rechtfertigt sich nur dann, wenn eine Unterversorgung herrscht.

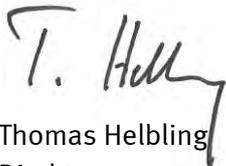
Der SVV stimmt mit dem Bundesrat insofern überein, als nun endlich konkrete Schritte zur Eindämmung der Entwicklung der Gesundheitskosten zu unternehmen sind.

Der vorliegende Vorschlag des Bundesrates ist jedoch nicht zielführend. Der SVV plädiert, anders als der Bundesrat, für eine Entflechtung der diversen Rollen der Kantone im Gesundheitssystem sowie für eine partielle Lockerung des Vertragszwangs. Ein solches Vorgehen würde eher dem Auftrag des Parlaments an den Bundesrat entsprechen, verschiedene Alternativen zur Steuerung des ambulanten Angebots zu prüfen, den der Bundesrat aus Sicht des SVV mit dem vorliegenden Entwurf nur ungenügend wahrgenommen hat.

Zusammenfassend kommt der SVV zum Schluss, dass die vorliegende Teilrevision des KVG zur Zulassung von Leistungserbringern abzulehnen ist.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Thomas Helbling
Direktor



Ann-Karin Wicki
Leiterin Ressort Kranken- und Unfallversicherung



Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zürich, dvsp@patientenstelle.ch, Tel. 044 361 92 56, Fax: 044 361 94 34, PC 85-277600-0

Office Fédéral de la santé publique
Division Prestations
3003 Bern

Abteilung-Leistung@bag.admin.ch

Zürich und Fribourg, le 20. octobre 2017

Révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie portant sur l'admission des fournisseurs de prestations

Procédure de consultation

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la procédure de consultation lancée suite à la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie portant sur l'admission des fournisseurs de prestations, la Fédération suisse des patients (FSP), association représentant les intérêts des patientes et des patients, vous remercie de l'opportunité de prendre position à ce sujet et a le plaisir de vous faire part des remarques suivantes.

A. Appréciation générale

La FSP salue vivement l'amélioration de la qualité et de l'économicité allant de pair avec cette révision. Le projet de loi s'inscrit dans la volonté générale exprimée par une majorité importante des acteurs politiques et de la santé de maîtriser les coûts de la santé. La FSP est fortement préoccupée par les hausses massives et continues des primes-maladie. Ces augmentations représentent un danger financier majeur, avant tout pour les familles et les personnes élevant seules leurs enfants avec un revenu plutôt bas, mais aussi, de manière plus globale et à terme, un risque pour l'acceptation d'un système solidaire en matière d'assurance-maladie.

La FSP souhaite rappeler que le non-renouvellement du moratoire sur l'implantation des cabinets médicaux, entre 2012 et 2013, a eu un effet catastrophique sur les coûts de la santé, conduisant à une augmentation massive. En outre, ces dernières années, le domaine ambulatoire, qu'il soit hospitalier ou en cabinet, a contribué pour moitié environ à la hausse des coûts de la santé. À l'aune de ces enseignements, la décision du Parlement du 18 décembre 2015 de rejeter la prolongation du moratoire, sans solution alternative, relevait pour le moins d'une certaine candeur.

À titre préliminaire, et sur les bases de faits énoncés précédemment, la FSP souligne dès lors la nécessité du projet présenté par le Conseil fédéral. La plupart des assuré-e-s suisses ne peuvent en effet pas se permettre que le Parlement prolonge ses hésitations. En outre, les autres solutions imaginées par certains, qu'elles soient extrêmes – comme l'introduction, même partielle, de la liberté

de contracter – ou irréalistes – comme la différenciation des tarifs selon les régions, doivent impérativement être abandonnées au profit de la solution présentée par le Conseil fédéral.

En ce qui concerne le contenu même du projet, la FSP se montre globalement satisfaite. Elle apprécie particulièrement le fait de lier la gestion des admissions avec des critères de qualité. Ceci doit permettre aussi bien de contrôler les coûts que d'améliorer la prise en charge des patient-e-s de manière générale. La FSP se montrera particulièrement attentive à l'application de ces critères de qualité et à leurs conséquences concrètes pour les patient-e-s dans le cadre de la relation soignant-soigné. La FSP relève avec plaisir que l'ensemble des fournisseurs de prestations sont concernés par le projet de loi, ce qui permet une approche globale de la gestion des coûts et de la qualité. En revanche, la FSP rejette complètement la proposition d'accorder aux assureurs la compétence de désigner une organisation statuant sur les demandes d'admission des fournisseurs de prestations.

Au demeurant, la FSP regrette que le projet se limite à la question de la limitation du nombre d'admissions, sans aborder celle du sous-approvisionnement. La FSP encourage donc vivement le Conseil fédéral à présenter prochainement d'autres mesures permettant de lutter durablement contre le sous-approvisionnement, notamment en lien avec la formation et l'orientation des futur-e-s médecins.

B. Prise de position sur les différentes dispositions

Premier niveau d'intervention : renforcement des conditions de pratique professionnelle

De manière générale, la FSP soutient la coordination entre les différentes législations, qui offre de la cohérence et permet de fonder le système d'admission sur des critères liés à la qualité.

En particulier :

- La FSP salue la volonté de fixer des exigences minimales quant aux compétences linguistiques. Il s'agit d'un premier pas indispensable pour permettre une meilleure compréhension entre les médecins et les patient-e-s.
- Les exigences liées à la formation continue sont aussi indispensables pour garantir une prise en charge de qualité.
- La FSP soutient l'institution d'autorités cantonales de surveillance. En revanche, elle plaide pour que les **associations de défense des patient-e-s soient intégrées** aux autorités de surveillance. En effet, cela accorderait aux autorités de surveillance une légitimité supplémentaire, dans la mesure où cela garantirait une représentation paritaire des différents intérêts, et cela reprendrait aussi la pratique actuelle de plusieurs cantons.

Deuxième niveau d'intervention : renforcement des conditions d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins

De manière générale, la FSP adhère à la proposition du Conseil fédéral de soumettre les fournisseurs de prestations visés à des exigences supplémentaires, outre celles figurant dans la LPMéd et la LPSan. En revanche, la FSP refuse vigoureusement de donner les clefs du système aux assureurs.

En particulier :

- La FSP estime que le délai de deux ans tel qu'il est prévu n'est pas idéal. Elle préfère la solution préconisée par la FMH de soumettre les médecins à l'**obligation d'exercer durant trois ans** au moins, à 80% dans un établissement de formation postgrade reconnu. La solution de la FMH est préférable car elle permet de garantir aussi l'acquisition d'une certaine pratique et une meilleure compréhension de l'environnement dans lequel le médecin évolue, dans une optique de qualité optimale des soins.

- La FSP rejette complètement la compétence donnée aux assureurs de désigner un organe chargé de statuer sur les demandes d'admission. La procédure doit être indépendante et permettre d'inclure les différents acteurs, de manière à ce que la légitimité et la qualité des prises de décisions soient garanties. À cet effet, la FSP propose de mettre sur pied une **commission réunissant, au niveau cantonal ou intercantonal, les différents acteurs de la santé**, à savoir les fournisseurs de prestations, les patient-e-s, les assureurs et les autorités cantonales.
- Sur le principe, la FSP admet la compétence donnée au Conseil fédéral d'imposer des charges liées à des critères de qualité et d'économicité aux prestataires pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire. La FSP souhaiterait toutefois que ces charges soient précisées, notamment en lien avec l'élaboration du projet de loi de la Commission de la santé du Conseil national, visant à renforcer la qualité et l'économicité. Ici encore, la FSP souligne que ces charges ne doivent pas permettre d'introduire une liberté de contracter « light » au bénéfice des assureurs.

Troisième niveau d'intervention : limitation de l'admission

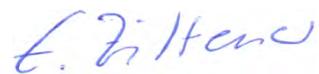
La FSP adhère entièrement à la proposition faite. Il est nécessaire que les cantons puissent conserver la compétence de limiter les admissions, de manière à limiter l'augmentation des coûts. La FSP est heureuse de constater, en outre, que les patient-e-s sont intégré-e-s au processus de détermination des plafonds et espère vivement que ce modèle de collaboration entre les autorités politiques et administratives, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les patient-e-s puisse s'étendre à d'autres domaines.

En particulier :

- La possibilité pour les cantons de fixer un plafond du nombre de médecins doit impérativement être conservée dans la loi, ainsi que l'implication des différents acteurs durant le processus de détermination.
- La prise en compte du taux d'occupation des médecins est nécessaire pour obtenir des chiffres précis et mener une politique cohérente. À cet effet, la FSP espère vivement que les sociétés de médecine, les assureurs et les cantons collaboreront en toute transparence et sans mettre les pieds au mur.
- Concernant l'art. 55a, al. 6, la FSP estime que cet outil devrait être assoupli de manière à mieux tenir compte des besoins de la médecine de premier recours. Si les coûts de la médecine généraliste, par exemple, venaient à augmenter, cela ne signifierait pas, per se, une augmentation des coûts de la santé. En effet, une augmentation des coûts de la médecine généraliste pourrait aussi découler d'une augmentation de la demande consécutive à l'amélioration de la concertation entre les différents acteurs, à une baisse de la fréquentation des spécialistes et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, ce qui serait en soi souhaitable.
- Ainsi, le **gel des admissions prévu par l'art. 55a, al. 6, nécessite des critères plus précis**, permettant de prendre en compte différents critères comme, entre autres, la densité et la structure de l'offre ainsi que les besoins et possibilités de la population locale (p.ex. dans une région, population particulièrement âgée ou moyens de transports limités). Ainsi, certaines implantations dans des régions moins bien desservies doivent être possibles.

En guise de conclusion, la FSP tient à exprimer son soutien au projet présenté par le Conseil fédéral, qui est globalement satisfaisant, et appelle le Conseil fédéral à renoncer aux points négatifs évoqués ci-dessous, en particulier les compétences accordées aux assureurs en matière d'admission. Elle espère que les acteurs concernés abandonneront les solutions extrêmes ou irréalistes et se rangeront derrière le présent projet, de manière à proposer, enfin, une véritable solution pour la limitation de l'augmentation des coûts de la santé. La FSP rappelle que cette augmentation a des conséquences

pécuniaires concrètes sur toute la classe moyenne du pays, qui ne pourra pas supporter encore longtemps de telles augmentations des primes.



Erika Ziltener
Présidente



Rebecca Ruiz
Vice-président

Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern

info@inclusion-handicap.ch
www.inclusion-handicap.ch

INCLUSION ■
HANDICAP

Dachverband der
Behindertenorganisationen Schweiz

Association faitière des organisations
suisse de personnes handicapées

Mantello svizzero delle organizzazioni
di persone con disabilità

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
CH-3003 Bern

Per Email an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 27. Oktober 2017

TEILREVISION DES BUNDESGESETZES ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (ZULASSUNG VON LEISTUNGSERBRINGERN): VERNEHMLASUNG

Stellungnahme von Inclusion Handicap zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Inclusion Handicap ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Inclusion Handicap hat unter anderem die Aufgabe, die Umsetzung sowie Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts und des Sozialversicherungsrechts zu fördern und so die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten des täglichen Lebens zu unterstützen.

1. Vorgaben des Behindertengleichstellungsrechts

Die **Bundesverfassung** verbietet in Art. 8 Abs. 2 Diskriminierungen wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Art. 8 Abs. 4 BV verpflichtet den Gesetzgeber, Massnahmen zur Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen. Demnach müssen die in Erarbeitung stehenden oder einer Revision unterliegenden Gesetze sowie Verordnungen immer auch unter dem Aspekt der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen überprüft werden. Führen sie zu einer direkten



oder indirekten Diskriminierung, sind sie mit Art. 8 Abs. 2 BV nicht vereinbar. Den Auftrag von Art. 8 Abs. 4 BV hat der Bundesgesetzgeber bis jetzt hauptsächlich durch den Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; SR 151.3) wahrgenommen, aber auch durch die Verankerung von behindertengleichstellungsrechtlichen Vorschriften in der Spezialgesetzgebung.

Auf völkerrechtlicher Ebene verpflichtet zudem auch die **UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (UNO-BRK; SR 0.109) zur Berücksichtigung von deren Anliegen, insbesondere auch im Gesetzgebungsverfahren (Art. 4 Abs. 1 lit. a+b BRK). Relevant im Zusammenhang mit der vorliegenden Vernehmlassung sind insbesondere die **Art. 25 und 26 BRK betreffend Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation**. Art. 25 Satz 1 verlangt die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung; Satz 2 enthält die Pflicht der Vertragsstaaten, alle geeigneten Massnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten haben, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation. Gemäss Art. 25 Satz 2 lit. a BRK stellen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in der derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen. Art. 25 Satz 2 lit. b BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden. Art. 25 Satz 2 lit. e BRK stipuliert die Verpflichtung, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, und hält fest, dass solche Versicherungen zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten sind. Nach Art. 26 Abs. 1 BRK schliesslich treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck werden die Vertragsstaaten verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, mitunter insbesondere auch auf dem Gebiet der Gesundheit, zu organisieren, stärken und erweitern.

2. Krankenversicherungsschutz und Rechte von Menschen mit Behinderungen

Mit unserer Stellungnahme möchten wir in einem ersten Schritt erneut generell auf die Bedeutung eines angemessenen, diskriminierungsfreien Krankenversicherungsschutzes für Menschen mit Behinderungen aufmerksam machen.

In der Schweiz werden Massnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen nach wie vor primär als Aufgabe der Invalidenversicherung erachtet. Dementsprechend werden Menschen mit Behinderungen oft mit IV-Bezügerinnen und –Bezügern gleichgesetzt. Dabei gerät die Tatsache aus dem Blick, dass weit mehr Menschen in der Schweiz von einer Behinderung betroffen sind. Gemäss der UNO-BRK gehören zu Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen,



wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Somit können insbesondere auch Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche sie in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränkt, von einer Behinderung betroffen sein. Die IV übernimmt medizinische Massnahmen nur bis zum vollendeten 20. Altersjahr; diese müssen ausserdem nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, sondern unmittelbar wegen der beruflichen Eingliederung notwendig sein und eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten lassen. Alle übrigen medizinischen Massnahmen fallen grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung.

Die grosse Mehrheit der Menschen mit Behinderungen benötigt mit Blick auf ein erreichbares Höchstmass an persönlicher Gesundheit zuverlässige Diagnosen, regelmässige Untersuchungen, medizinische Eingriffe und dauerhafte Behandlungen u.a. auch mittels Medikation, sowie medizinische Habilitations- und Rehabilitationsleistungen. Ihr Bedarf an qualitativ hochstehenden und erschwinglichen Gesundheitsleistungen ist je nach Behinderung um vieles höher als derjenige von Menschen ohne Behinderungen; von Verschlechterungen im Angebot von Gesundheitsleistungen sind sie demnach übermässig stark betroffen. Ein Krankenversicherungsrecht, das im Lichte der UNO-BRK dem Bedarf von Menschen mit Behinderungen an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen gerecht wird und sie aufgrund ihrer Behinderung nicht benachteiligt, ist für die Betroffenen deshalb von fundamentaler Bedeutung.

Bereits im Rahmen der **Vernehmlassung zu den Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)** vom 14. Oktober 2016 sowie zur **Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung** vom 21. Juni 2016 äusserte sich Inclusion Handicap zum Risiko einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen durch gesetzliche Anpassungen, die eine Gefahr bestimmter Kosten-/ Nutzenabwägungen mit sich brachten bzw. eine pauschale Limitierung von Tarifpositionen im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots vorsahen.

3. Kritische Würdigung der Vorlage

Nachfolgend soll entlang der im erläuternden Bericht unterschiedenen Interventionsebenen dargelegt werden, inwiefern das genannte Risiko aus unserer Sicht auch bei den vorliegend geplanten Änderungen virulent ist.

a) Zweite Interventionsebene

Inclusion Handicap macht mit Blick auf die Festlegung **von Voraussetzungen zur Gewährleistung** einer «**qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung**», welche im neu geplanten **formellen Zulassungsverfahren** zur Anwendung kommen sollen, darauf aufmerksam, dass deren **Konformität** mit dem **Behindertengleichstellungsrecht sichergestellt** werden muss. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass sich diese Voraussetzungen «je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbil-



dung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen» beziehen sollen (Art. 36 Abs. 2 KVG neu). Zudem kann der Bundesrat eine Prüfung zum Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verlangen (Art. 36 Abs. 3bis KVG neu). Im Zusammenhang mit diesen beiden Bestimmungen verweisen wir exemplarisch auf die Erläuterungen zur Anpassung von Prüfungen als einen Bereich, in welchem den **Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung** getragen werden muss, in MARKUS SCHEFFER/CAROLINE HESS-KLEIN, Behindertengleichstellungsrecht, Bern 2014, S. 390 ff.

Im Weiteren soll angemerkt werden, dass in Übereinstimmung mit der in der Lehre geltenden Definition die **Zweckmässigkeit** als «angemessene Eignung einer Behandlung im Einzelfall» im Sinne des besten diagnostischen/therapeutischen Nutzens zu verstehen ist, gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken, nicht jedoch allfälliger Wirtschaftlichkeitserwägungen.

Höchst problematisch erscheint uns denn aus behindertengleichstellungsrechtlicher Sicht auch insbesondere die in Art. 36 Abs. 4 KVG neu vorgesehene Verbindung der Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP mit **Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit** und Qualität der Leistungen, «namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten». Beispielhaft werden im erläuternden Bericht die Anwendung von Standards oder Methoden, die Teilnahme an einem Fehlermeldesystem, an einem Qualitätszirkel oder an Peer Reviews genannt. Während Inclusion Handicap das Bestreben um die Sicherstellung der Qualität und auch der Wirtschaftlichkeit nachzuvollziehen vermag, weisen wir mit Nachdruck darauf hin, dass Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen **nicht zu Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen führen dürfen**. Dieses Risiko wird im Folgenden erneut erläutert.

Grundsätzlich besteht, wie bereits erwähnt, bei einem grossen Teil von Menschen mit Behinderungen ein **gesteigerter Bedarf an Gesundheitsleistungen**, der oft mit **entsprechend höheren Kosten** einhergeht. Nach Erklärungen der SAGB benötigt die ärztliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen gemäss Erfahrung der Expertinnen oft und bereits bei einer normalen Konsultation **deutlich mehr Zeit** als bei Menschen ohne Behinderungen, um dieselbe Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Ausserdem sind **vermehrt Leistungen in deren Abwesenheit** zu erbringen (vermehrtes Aktenstudium, insbesondere auch schriftlicher Berichte über Verhaltensbeobachtungen; Nachvollzug von Langzeitverläufen in Ermangelung eigener anamnestischer Angaben durch die/den Patientin/en; Einholen von Fremdauskünften; ethische und rechtliche Abklärungen; Recherchen bei seltenen Krankheitsbildern; Suche nach geeigneten SpezialärztInnen). Die betroffenen PatientInnen weisen häufig besonders **komplexe Krankheitsbilder** auf, aus denen sich entsprechend komplexe medizinische Fragestellungen ergeben. Weitere Faktoren für einen erhöhten Zeitaufwand sind sehr oft bestehende **Kommunikationsbeeinträchtigungen**, welche Massnahmen für eine barrierefreie Kommunikation erfordern, bzw. eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit, sowie manchmal auch ein abwehrendes Verhalten von PatientInnen mit Behinderungen. Ferner müssen Symptome und mögliche



Nebenwirkungen von Medikationen bei manchen Menschen mit Behinderungen aktiv gesucht werden, da sie nicht geäussert werden. Schliesslich erfordert die Behandlung von Menschen mit Behinderungen auch eine ausführlichere Beratung des Umfeldes sowie das Vermitteln von auf Inklusion ausgerichteten Massnahmen, wie sie die BRK verlangt.

Da die genannten **Auflagen zur Wirtschaftlichkeit weder im Gesetzesentwurf** noch im erläuternden Bericht **näher definiert werden**, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Leistungserbringer je nach deren konkreter Ausgestaltung gezwungen sehen, gegenüber Menschen mit Behinderungen die skizzierten Leistungen **nicht mehr in der benötigten Form zu erbringen**, um dadurch nicht ihre Zulassung als zu Lasten der OKP tätige Fachpersonen zu gefährden.

Damit droht ein **Verstoss gegen das in Art. 25 BRK verbrieftete Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung**. Auflagen für Leistungserbringer, welche faktisch dazu führen, dass diese medizinische Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht mehr deren Bedürfnissen entsprechend anbieten können, gehören u.E. zu den **Strukturen und Praktiken**, die den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Gesundheitsleistungen faktisch einschränken und **gegen welche die BRK Position bezieht**.¹

Derartige Auflagen begründen zudem bedeutsame Pflichten für medizinische Leistungserbringer und stellen u.U. schwerwiegende Eingriffe in die Rechte von Menschen mit Behinderungen dar (vgl. obige Ausführungen). Eventualiter – d.h. wenn trotz der oben ausgeführten Risiken an Auflagen festgehalten wird – sollten diese deshalb wenigstens auf anderer Normstufe, d.h. **im KVG selbst**, sowie **hinreichend bestimmt und abschliessend** festgehalten werden, um dem **Legalitätsprinzip** Genüge zu tun, sowie eine Klausel vorsehen, dass Auflagen **nicht zur Benachteiligung** vulnerabler Gruppen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen **führen dürfen**.

Im Übrigen verfügen die Versicherer – wie im erläuternden Bericht (S. 13) ausgeführt – bereits jetzt über das Recht und die **Pflicht**, die Erfüllung vertraglicher bzw. gesetzlicher Anforderungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistung bei jedem Leistungserbringer **zu überprüfen**; gegebenenfalls können vor Schiedsgericht entsprechende Sanktionen verhängt werden. Diese bestehende Überprüfungsöglichkeit ist u.E. absolut ausreichend, um Fällen mangelnder Qualität oder tatsächlich unangemessen teuren bzw. überteuerten Behandlungen zu begegnen.

Problematisch erscheint uns ferner auch, dass die **Organisation**, welche über die Zulassung von Leistungserbringern entscheidet, durch die **Versicherer bezeichnet** werden soll (Art. 36 Abs. 5 KVG neu). Ein solches Vorgehen erhöht das Risiko einer einseitigen Gewichtung wirtschaftlicher Kriterien im Rahmen der Zulassung von Leistungserbringern. Patientenorganisationen bzw. Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen sollten

¹ Siehe zu solchen Strukturen generell FELIX WELTI, Gibt es ein Recht auf bestmögliche Gesundheit? Freiheits- und gleichheitsrechtliche Implikationen, in: Gesundheitsrecht (GesR), Heft 1 2015, S. 5.



deshalb **in gleicher Weise** wie die Versicherer an der Bezeichnung der Organisation **partizipieren**; im Mindesten müssen sie im Lichte von Art. 4 Abs. 3 BRK im Ernennungsverfahren **eng konsultiert** werden.

b) Dritte Interventionsebene

Auch die vorgesehene **Einschränkbarkeit der Anzahl Ärztinnen und Ärzte** mit einer Bewilligung zur Tätigkeit zulasten der OKP erscheint im Lichte der Verpflichtungen der Schweiz aus der **UNO-BRK problematisch**. In diesem Zusammenhang gilt es insbesondere die Aussagekraft der im erläuternden Bericht angeführten **OECD-Statistiken** zur Ärztedichte, auf welche sich u.a. auch Nationalrat Heinz Brand in seiner Interpellation 16.3821 („Ärztmangel als Scheinproblem?“) bezog, klar zu **relativieren**. Für den Bereich psychischer Erkrankungen kommt nämlich die im Auftrag des BAG erstellte Studie des Büro BASS zur Versorgungssituation in der Schweiz vom Oktober 2016 u.a. zum Schluss, dass die in den OECD-Statistiken angewandte Berechnung der Psychiaterdichte in Form von «Anzahl Köpfen» aufgrund der hohen Teilzeittätigkeit der Psychiater/innen in der Schweiz **kein guter Indikator für den Umfang des Behandlungsangebots** sei.² Es lasse sich allerdings auch nicht beziffern, in welchem Mass die so eruierte hohe Dichte das Behandlungsangebot im Vergleich zum Ausland dennoch erweitere und damit eine Behandlungslücke verringere.

In jedem Fall zeigt die Studie **Versorgungslücken** in der **psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung** von Erwachsenen in Bezug auf **spezifische Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen**, Ressourceneinsatz und fachliche Vernetzung auf. Wie auch in anderen Bereichen herrscht in der Psychiatrie z.B. ein Mangel an Angeboten zwischen Institutionen und ambulanter Behandlung (insb. **Tagesstrukturen**). Bei Kindern und Jugendlichen besteht gar eine **deutliche Unterversorgung**, die sich in Form von langen Wartefristen, Finanzierungsproblemen und einem **Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkräften** sowie an Angeboten in allen Regionen (Stadt, Agglomeration, Land) und in verschiedenen Settings (ambulant, intermediär, stationär) manifestiert. Es ist anzunehmen, dass analoge Untersuchungen in anderen Fachbereichen ähnliche Problematiken zu Tage fördern würden.

Aus diesen Ergebnissen der Studie lässt sich schliessen, dass im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung **keine Über-, sondern** im Gegenteil eine **Unterversorgung** herrscht,³ die im Bereich von Kindern und Jugendlichen u.a. gar mit einem **Mangel an niedergelassenen Fachkräften** sowie an **spezialisierten Fachkräften** und Fachkompetenzen für bestimmte Störungsbilder zu erklären ist (S. 85). Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitsbereich **dürfen somit keineswegs** dazu führen,

² Büro BASS, Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz, Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, 21. Oktober 2016, abrufbar unter <https://goo.gl/UVCbir> (zuletzt besucht am 04.08.2017), S. VI.

³ Die mangelnde Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch Betroffene trotz grundsätzlich hoher Psychiaterdichte ist laut Studienergebnissen vor allem auf die Verteilung der vorhandenen Ressourcen, Zugangsprobleme sowie den Optimierungsbedarf von Versorgungsstrukturen zurückzuführen (ibid., S. VI).



dass diese Unterversorgung **noch verschärft** würde. Genau diese Gefahr scheint jedoch zu bestehen, wenn die Kantone zwar den Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer (Art. 55a Abs. 2 KVG neu) sowie – gemäss erläuterndem Bericht (S. 14) - die Mobilität der PatientInnen „berücksichtigen“ und sich bei der Festlegung von Höchstzahlen mit anderen Kantonen koordinieren sollen (Art. 55a Abs. 3 KVG neu), **genauere Vorgaben** im Gesetz jedoch **fehlen**.

Das Risiko einer Verschärfung von Situationen der Unterversorgung wird u.E. noch verstärkt durch die in Art. 55a Abs. 6 KVG neu vorgesehene Möglichkeit zum **sofortigen Stopp jeder weiterer Zulassung** in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet, wenn dessen jährliche Kosten je versicherte Person im Vergleich zu anderen Fachgebieten stärker steigen. Hierbei gilt es unbedingt zu beachten, dass in Fachgebieten mit nachgewiesener **Unterversorgung eine Kostensteigerung** ja im Gegenteil als Indikator für eine sich bessernde Versorgungssituation **wünschenswert** ist. Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und umfassenden Versorgung entspricht im Übrigen – und aus menschenrechtlicher Sicht selbstverständlicherweise – auch den beiden grossen Handlungsfeldern „Lebensqualität“ und „Versorgungsqualität“ der Strategie „Gesundheit 2020“. In diesem Kontext sei auf Ziel 1.1, „Zeitgemässe Versorgungsangebote“, noch besonders hingewiesen, unter welchem u.a. auch eine **verbesserte Versorgungsforschung** als Massnahme vorgesehen ist.

Im Lichte dieser Ausführungen sollte u.E. im Gesetz festgehalten werden, dass für die Festlegung allfälliger Höchstzahlen durch Kantone der **Nachweis einer ausreichenden Versorgung** der Bevölkerung im betreffenden Fachgebiet erforderlich ist.

Schliesslich spricht sich Inclusion Handicap im Lichte von Art. 25 BRK klar **gegen die Beteiligung des Bundes** an Diskussionen bzw. gar die Förderung eines Modells aus, welches Gesundheitsakteuren **mehr Wettbewerbsfreiheit** gewähren würde (S. 16 erläuternder Bericht).

Wir danken Ihnen im Voraus für die Prüfung sowie Berücksichtigung unserer Anregungen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Julien Neruda
Geschäftsführer

Caroline Hess-Klein, Dr. iur.
Leiterin Abteilung Gleichstellung



Häringstrasse 20
8001 Zürich

Ihre Ansprechpartnerin:
Margrit Kessler
margrit.kessler@spo.ch

Herr Bundesrat Alain Berset
Vorsteher EDI
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Zürich, 25. Oktober 2017

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
(Zulassung von Leistungserbringern)
Vernehmlassung: Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die SPO dankt Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu der oben genannten Teilrevision des Bundesgesetzes KVG. Gerne nehmen wir Stellung aus Patientensicht.

Anforderung für Medizinberufe und Zulassungsbeschränkung

Die Zulassung von Ärzten soll vorwiegend über **Qualitätskriterien** gesteuert werden. Aus Patientensicht könnte auch eine **Lockerung des Vertragszwangs** mit Qualitätskriterien wie gute sprachliche Kenntnisse, adäquate Fachausbildung, drei Jahre Arbeit in der erlernten Fach-Disziplin an einer anerkannten Weiterbildungsstätte, akzeptiert werden. Die Krankenkassen müssen nur die Ärzte unter Vertragszwang nehmen, welche die geforderten Qualitätskriterien erfüllen.

Aus heutiger Sicht haben viele Ärzte aus dem Ausland keine vergleichbar gute Ausbildung wie unsere Mediziner. Sie kennen unser Sozialsystem nicht und sprechen oft unsere Sprache schlecht bis ungenügend. Würden diese Faktoren geprüft, wäre das aus Patientensicht und ihrer Sicherheit eine Win-win-Situation. Ob die Krankenversicherungen das richtige Gremium **sind** eine Organisation zu bestimmen, die diese Prüfungen vornimmt, ist fraglich. Eine Organisation müsste paritätisch auch mit Patientenvertretung

zusammengestellt sein. Das KVG verlangt eine klare Trennung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Diese Gewaltentrennung soll konsequent im Gesetz verankert werden. Die bezeichnete Organisation müsste paritätisch zusammengestellt und nur für die Überprüfung der Qualitätskriterien zuständig sein.

Fazit: Nur Leistungserbringer, welche die Kriterien erfüllen, hätten freien Zugang zur OKP. Dieses Modell ist EU-Kompatibel. Die EU hat keine Kompetenzen über den Vertragszwang in Schweiz zu entscheiden. In der Slowakischen Republik (Seite 18) ist dieses System bereits eingeführt. Artikel 36 Abs. 5 KVG gibt uns die Möglichkeit von den Leistungserbringern für Patienten wichtige Qualitätskriterien zu verlangen.

Aus Patientensicherheit ist eine **adäquate Fachausbildung** notwendig. Bevor eine Zulassung in die freie Praxis gegeben ist, müssen die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz in ihrer Facharzt-Disziplin **mindestens drei Jahre** an einer anerkannten Weiterbildungsstätte arbeiten. Ärzte müssen mit unserem Gesundheitswesen vertraut sein. Diese Erfahrung kann mit einer Anstellung in einer öffentlichen Institution erworben werden. Mit diesen Voraussetzungen kann verhindert werden, dass über 60-jährige Ärzte aus dem Ausland in der Schweiz eine Praxis eröffnen mit dem Ziel, unser Gesundheitswesen finanziell zu belasten. Oft bringen sie noch weitere Ärzte mit, die für sie arbeiten.

Für die Patientinnen und Patienten ist die **Kommunikation ein wichtiges Qualitätskriterium**. Dieses kann nur erfüllt werden, wenn der Arzt, die Ärztin die Sprache in seiner Tätigkeitsregion genügend beherrscht und entsprechend mit den Patientinnen und Patienten kommunizieren kann.

Die Zulassung der Ärzte ist seit der Einführung der bilateralen Verträge mit der EU ein Problem. In der Schweiz verfügen wir über gute Arbeitsbedingungen und entsprechend hohe Löhne. Das sind Anreize, die dazu führten, dass viele Leistungserbringer aus dem Ausland sich für einen Arbeitsplatz in der Schweiz interessieren. Wir sind auf die Einwanderung der ausländischen Ärzte angewiesen, weil wir selber aus Kostengründen über Jahrzehnte zu wenige Ärzte ausgebildet haben. Der Anteil von ausländischen Ärzten hat bald die 50% Marke erreicht.

Aus Patientensicht wird die Situation immer kritischer, weil immer mehr Ärzte nicht mehr aus den Nachbar- sondern aus weiter entfernten Ländern zuwandern und unsere Sprache schlecht bis gar nicht beherrschen. Patienten werden an Universitätskliniken von Ärzten aus der USA behandelt, die nur Englisch sprechen und Berichte auch in dieser Sprache schreiben.

Besonders bedenklich ist die Situation in den psychiatrischen Kliniken. Weil das Fachgebiet Psychiatrie unbeliebt ist und dort ein zusätzlicher Ärztemangel besteht, werden Ärzte angestellt, die kaum Deutsch sprechen. Wie diese mit den psychisch kranken Patienten kommunizieren können, ist nicht vorstellbar.

Wir begleiteten eine Witfrau, deren Mann wegen Sprachproblem des Arztes an einer Sepsis verstarb. Der Arzt hat den Patienten nicht verstanden und deshalb auch nicht die richtige Therapie eingeleitet.

Vor kurzem teilte mir eine Mutter mit, dass die Kinderärztin in der freien Praxis so schlecht Deutsch sprach, dass sich die 2 ½ -jährige Tochter weigert, weiterhin dorthin zu gehen.

Will eine Ausländerin sich zur Rotkreuzhelferin, einem Hilfsberuf, ausbilden lassen, so muss sie das Sprachniveau B2 vorweisen (Maturaabschluss für Fremdsprachen). Ärzte benötigen nur notwendige Sprachkenntnisse!

Die Sprache und verständliche Kommunikation ist für die Patientinnen und Patienten lebenswichtig. Deshalb muss vor der Anstellung oder vor der Vergabe einer Praxisbewilligung eine mündliche und schriftliche Prüfung verlangt und vorgewiesen werden.

In Grossbritannien starben so viele Kranke wegen ärztlichen Sprachproblemen, dass die geforderten Englischkenntnisse und deren Prüfung auf sehr hohem Niveau verlangt werden. Auch andere EU-Länder wie Deutschland verlangen das Beherrschen der deutschen Sprache.

In der Schweiz erfüllen berufstätige Ärzte die tiefsten Sprachanforderungen in Europa und angestellte Ärzte müssen die Sprachkenntnisse nicht einmal nachweisen.

Aus Patientensicherheit ist es wichtig, dass die Sprachkenntnisse in der Schweiz im Gesetz und nicht erst in der Verordnung geregelt werden.

Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz verlangt aus Patienten- und Qualitätssicherheit, **dass Ärzte, bevor sie angestellt werden, in ihrer Tätigkeitsregion die erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung B2 nachweisen müssen.**

Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 36 Abs. 5 KVG

Dieser Artikel lässt wichtige Forderungen zu.

gute sprachliche Kenntnisse

Adäquate Fachausbildung

drei Jahre Arbeit in der erlernten Fach-Disziplin an einer anerkannten Weiterbildungsstätte

Art. 36 Abs. 3 KVG

Der Bundesrat kann für die Leistungserbringer nach Absatz 1 vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorsehen.

Eine Wartefrist von zwei Jahren unmittelbar nach der Ausbildung können wir befürworten, eine Wartefrist, nachdem der Facharztstitel erworben wurde, hingegen nicht.

Art. 55a Abs. 3 KVG

Die Vertretungen von Patientinnen und Patienten müssen bei der Festlegung der Höchstzahl von Leistungserbringern zur Anhörung einbezogen werden. Diese gesetzliche Regelung ist aus Patientensicht sehr erfreulich.

Art. 55a Abs. 6 KVG

Wir befürworten wirksame Massnahmen gegen die Mengenausweitung. Es ist durchaus möglich, dass in einem Kanton in einem speziellen Fachgebiet die durchschnittlichen Kosten

besonders steigen, weil die kleineren umliegenden Kantone das Fachgebiet nicht anbieten. Wichtige Entscheidungen sollten regional und nicht nur kantonale geprüft und entschieden werden.

Wir bitten Sie unsere Stellungnahme zu berücksichtigen und unsere Überlegungen in den Vollzug einzubeziehen.

Mit freundlichen Grüßen



Margrit Kessler
Präsidentin



Anne-Marie Bollier
Mitglied Stiftungsratsausschuss



Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 25. Oktober 2017

Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 25. Oktober 2017 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Vorlage gesundheitspolizeiliche und gesundheitspolitische Massnahmen und damit Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit mit unterschiedlicher Zielrichtung vermischt.

- a) Die „Erste Interventionsebene“ der Vorlage ist gesundheitspolizeilicher Natur und soll dazu dienen, eine qualitativ hochstehende medizinische Leistungserbringung zu gewährleisten und eine solide Grundlage für die Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringer bilden.
- b) Die „Dritte Interventionsebene“ ist rein gesundheitspolitisch ausgerichtet, weil damit den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden soll, das Versorgungsangebot selber nach ihrem Bedarf zu regulieren, um angeblich auch etwas gegen steigende Kosten tun zu können. Sie sollen Höchstzahlen festlegen können, wenn sie beabsichtigen, die Zahl der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Derartige inputorientierte Systemeingriffe sind äusserst heikel und nichts anderes als ein Rückschritt in die Anfangsphase des Zulassungsstopps. Gegenüber dieser Anfangsphase kommt es sogar zu einer Verschlimmerung, weil damals zumindest Richtwerte durch den Bund definiert worden sind. Zielführender als eine inputorientierte Angebotssteuerung sind Anreize, die sich an der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen orientieren.

- c) Die „Zweite Interventionsebene“ stellt eine Mischform dar: Die zweijährige Wartefrist ist als gesundheitspolitische Massnahme zu qualifizieren, während die bisher geltende Dreijahresfrist von Art. 55a Abs. 2 KVG gesundheitspolizeilicher Natur war. Demgegenüber scheint das vorgesehene Zulassungsverfahren eher gesundheitspolizeilich motiviert zu sein: Der Bundesrat soll die Voraussetzungen festlegen, die notwendig sind, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Wie oben dargelegt sind WZW-konforme Anreize eher geeignet als eine über wie auch immer geartete Zulassungsbeschränkungen erfolgende Inputsteuerung.

In einer derart heterogenen gesundheitspolizeilichen und gesundheitspolitischen Regelung müssten sowohl Rechtsgrundlagen als auch Zuständigkeiten unterschiedlich ausgestaltet werden, was aber beim vorliegenden Entwurf nicht der Fall ist.

Gesundheitspolizeiliche Massnahmen dienen dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und der Patientensicherheit. Und diese gehören nicht in den Geltungsbereich des KVG, weil sie für alle medizinischen Untersuchungen und Behandlungen gelten müssen, egal wer diese finanziert. Es ist grundsätzlich falsch, gesundheitspolizeiliche Vorschriften zur Gewährleistung der Patientensicherheit auf die Zufälligkeit der Finanzierungsquelle einer Behandlung zu beschränken. Für gesundheitspolizeiliche Massnahmen sind die Kantone als Zulasser der medizinischen Leistungserbringer zuständig. Mit Konkordaten können sie ihre Tätigkeiten koordinieren.

Der Gesetzgeber hat übrigens inzwischen richtigerweise den Aspekt der Sprachkenntnisse per 1. Januar 2018 in das Medizinalberufegesetz aufgenommen.

Wir lehnen die gesundheitspolitisch motivierten Systemeingriffe im vorliegenden Entwurf grundsätzlich ab. Ferner hindert niemand die Kantone daran, ihre gesundheitspolizeilichen Massnahmen im Interesse der Patientensicherheit zu koordinieren. Der Bund muss sich auf den Vollzug des KVG fokussieren und auf der Basis von Qualitätstransparenz auch im ambulanten Bereich einen funktionierenden Qualitätswettbewerb ermöglichen, wie er mit den Aktivitäten des ANQ im stationären Bereich bereits entsteht.

Zusammenfassend beantragen wir Ihnen die Rücknahme und Überarbeitung der Vorlage.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Robert Leu, Präsident

Dr. Andy Fischer, Vizepräsident

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 27 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen
Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine
Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano
Expert Commission for Human Genetic Testing

CH-3003 Bern, BAG

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
3003 Bern

Per Mail an
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen: 609.0008
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen: BCR
Bern, 12. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Stellungnahme der Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 5. Juli 2017 hat das Eidgenössische Departement des Innern das Vernehmlassungsverfahren zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) eröffnet und interessierte Kreise eingeladen, dazu Stellung zu nehmen.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, uns zur Vorlage zu äussern und unterbreiten Ihnen nachstehend unsere Stellungnahme.

1. Generelle Bemerkung

Die Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK) ist besorgt um ein qualitativ und quantitativ gutes Angebot in allen Bereichen rund um die genetischen Untersuchungen, von der Indikationsstellung über die Laboranalyse bis zur Betreuung der betroffenen Personen. Weil auch die Zulassungsmodalitäten der Leistungserbringer die Sicherstellung einer hochstehenden Qualität und die Versorgungssicherheit für alle Patientinnen und Patienten, die genetisch beraten und/oder genetisch abgeklärt werden, mitbestimmen, nimmt die GUMEK zur Revisionsvorlage Stellung.

Bundesamt für Gesundheit
Cristina Benedetti
Wissenschaftliche Sekretärin der Kommission
Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Bern
Tel. +41 58 469 76 16, Fax +41 58 462 62 33
Cristina.Benedetti@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/gumek

2. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Artikel 36, Absatz 2

Für die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung sieht der Revisionsentwurf die Überprüfung verschiedener Kriterien vor. Es sind die Aus- und Weiterbildung, die notwendigen Strukturen, sowie die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems. Weiter können Massnahmen zur Qualitätsweiterentwicklung und die Lieferung der notwendigen Daten verlangt werden.

Für die erfolgreiche Patientenbetreuung sind ausreichende Sprachkenntnisse mindestens so wichtig wie die von Artikel 36 Absatz 2 erwähnten Faktoren. Wir bedauern deswegen, dass sie nicht zu den Voraussetzungen zur Zulassung zählen.

Im Übrigen sollten die notwendigen Sprachkenntnisse nicht nur von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland verlangt und geprüft werden, sondern auch von Schweizer Ärztinnen und Ärzten, die ausserhalb ihrer Sprachregion arbeiten möchten.

Wir ersuchen Sie, den Entwurf entsprechend anzupassen.

Artikel 36, Absatz 3bis

Die GUMEK teilt die Ansicht des Bundesrates, dass Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems eine unumgängliche Voraussetzung darstellen, damit Leistungserbringer ihre Leistungen in der erwarteten Qualität erbringen können.

Die Kommission befürwortet hingegen nur bedingt die vom Bundesrat vorgeschlagene Regelung. Die Forderung, dass die Arbeitstätigkeit in der Schweiz erst nach Abschluss der Weiterbildung für die Berechnung der zweijährigen Berufstätigkeit berücksichtigt werden kann, stellt eine unnötige Hürde dar.

Wir sind überzeugt, dass Leistungserbringer, die ihre Ausbildung im Ausland absolvieren und anschliessend ihre Weiterbildung (oder einen Teil davon) in der Schweiz absolvieren, während der Dauer ihrer 5-6-jährigen Weiterbildung die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems genau gleich erwerben wie ihre Kolleginnen und Kollegen, die in der Schweiz auch das Grundstudium absolviert haben.

Darum schlagen wir Ihnen folgende Formulierung vor:

Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Ausbildung ~~Aus- und Weiterbildung~~ nachweisen, sind von der Prüfung dispensiert.

Artikel 36, Absatz 5

Die GUMEK zweifelt daran, dass die Krankenversicherer sich optimal eignen für die Bezeichnung der Organisation, die über die Zulassung von Leistungserbringern nach Absatz 1 entscheidet. Dies weil dadurch die Organisation einseitig von einem finanziell massgebend beteiligten Partner zu bestimmen wäre.

Der Bundesrat nimmt im Art. 36 Abs. 5 die Möglichkeit bereits in Kauf, dass die Versicherer sich nicht einigen können und wäre in diesem Fall bereit, die Bezeichnung der Organisation selbst zu übernehmen („*Können sich die Versicherer nicht einigen, so bezeichnet der Bundesrat die Organisation*“). Wir schlagen darum vor, dass der Revisionsentwurf den Bundesrat für die Bezeichnung der Organisation nicht nur als „Notlösung“ vorsieht, sondern als zuständige Behörde, die mit der Organisation eine Leistungsvereinbarung abschliessen würde. Dieses Verfahren ist bereits erprobt und hat sich in anderen Bereichen bewährt (z.B. Swisstransplant, SIWF/FMH).

Als geeignete Organisation würde sich das SIWF eignen, das mit der Anerkennung der Weiterbildungstitel der Ärztinnen und Ärzte bereits vertraut ist. Für diese Aufgabe sollte es mit Fachpersonen aus allen betroffenen Berufsgruppen erweitert werden.

Als Alternative zum Bundesrat könnte auch das EDI in Frage kommen.

Art. 36, Abs. 5

~~*Die Versicherer bezeichnen Der Bundesrat (oder das EDI) bezeichnet eine Organisation, die über die Zulassung von Leistungserbringern nach Absatz 1 entscheidet. Können sich die Versicherer nicht einigen, so bezeichnet der Bundesrat die Organisation.*~~

Artikel 55a Absatz 3

Als Instrument zur Kosteneindämmung im ambulanten Bereich sieht der Revisionsentwurf für die Kantone die Möglichkeit vor, die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken.

Wir möchten darauf hinweisen, dass dieses Instrument, basierend auf einer kantonalen Souveränität, für die Versorgung im medizinisch-genetischen Bereich nur bedingt geeignet ist. Die medizinische Genetik, wie die hochspezialisierte Medizin, gehört zu den Bereichen, deren Angebot nicht homogen über die ganze Schweiz verteilt ist, sondern mehrheitlich in den Universitäts- und in den Kantonsspitalern angeboten wird. Darum kann eine Steuerung der Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzten nur unter Berücksichtigung eines grösseren Einzugsgebietes erfolgen, das weit über die Kantongrenzen hinaus reicht.

In diesem Zusammenhang weisen wir auch auf die nationale Strategie Seltene Krankheiten hin, die unter anderem die Bezeichnung von Referenzzentren vorsieht, welche die Betreuung aller betroffenen Patientinnen und Patienten Schweiz- bis europaweit sicherstellt.

Die Koordination erfolgt schweizweit in Absprache zwischen zahlreichen Partnern. Darunter zählen neben Leistungserbringern und Patientenorganisationen auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Da Patientinnen und Patienten, die genetisch beraten und/oder genetisch abgeklärt werden, sehr häufig ambulant betreut werden, wenn auch im Spitalsetting, bitten wir Sie, den Besonderheiten der Genetik Rechnung zu tragen und Art. 55a entsprechend anzupassen:

Vor der Bestimmung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten an. Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen. Bei Bedarf, namentlich bei Fachbereichen, die schweiz- bis europaweit alle betroffenen Patientinnen und Patienten an wenigen Standorten betreuen, werden zusätzlich weitere involvierte Partner angehört und in die Koordination einbezogen.

Auf Ihren Wunsch hin übermitteln wir die elektronische Version der vorliegenden Stellungnahme in word- und pdf-Format an die E-Mail Adresse abteilung-leistungen@bag.admin.ch.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen zur Beantwortung von Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Die Präsidentin

Prof. Dr. phil. nat. Sabina Gallati