



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Rapporto sui risultati della consultazione sull'avampro- getto di legge federale sul Centro per la qualità nell'assicu- razione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

3003 Berna, 13 maggio 2015

Sommario

1	Situazione iniziale	4
2	Riassunto dei pareri	4
2.1	Sintesi	4
2.1.1	Cantoni.....	4
2.1.2	Organizzazioni dei medici e degli infermieri	6
2.1.3	Fornitori di prestazioni, ospedali, case di cura e aiuto e cura a domicilio	12
2.1.4	Assicuratori	15
2.1.5	Associazioni mantello dell'economia	16
2.1.6	Partiti politici.....	17
2.1.7	Altre istituzioni del settore sanitario	18
2.1.8	Altre organizzazioni.....	24
2.1.9	Pazienti, utenti, privati.....	25
2.2	Pareri generali	27
2.3	Osservazioni sulle singole disposizioni dei progetti	152
	<i>Articolo 1</i>	152
	<i>Articolo 2 capoverso 1</i>	155
	<i>Articolo 2 capoverso 2</i>	159
	<i>Articolo 3 capoverso 1</i>	160
	<i>Articolo 3 capoverso 2</i>	169
	<i>Articolo 4 capoverso 1</i>	170
	<i>Articolo 4 capoverso 2</i>	187
	<i>Articolo 4 capoverso 3</i>	202
	<i>Articolo 4 capoverso 4</i>	203
	<i>Articolo 5</i>	203
	<i>Articolo 6</i>	210
	<i>Articolo 7 capoverso 1</i>	213
	<i>Articolo 7 capoverso 6</i>	216
	<i>Articolo 8 capoverso 1</i>	217
	<i>Articolo 10 capoverso 1</i>	217
	<i>Articolo 12</i>	217
	<i>Articolo 13 capoverso 1</i>	220
	<i>Articolo 13 capoverso 2</i>	223
	<i>Articolo 14</i>	223
	<i>Articolo 15 capoverso 1</i>	224
	<i>Articolo 15 capoverso 3</i>	227
	<i>Articolo 18 capoverso 1</i>	227
	<i>Articolo 20 capoverso 1</i>	227
	<i>Articolo 20 capoverso 2</i>	229
	<i>Articolo 21 capoverso 1</i>	229

<i>Articolo 22 capoverso 1.....</i>	<i>229</i>
<i>Articolo 23 capoverso 1.....</i>	<i>230</i>
<i>Articolo 24.....</i>	<i>230</i>

<i>Allegato 1: elenco dei destinatari</i>	<i>233</i>
<i>Allegato 2: elenco dei partecipanti alla consultazione / abbreviazioni / statistiche</i>	<i>244</i>

1 Situazione iniziale

Con lettera del 14 maggio 2014, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha invitato le organizzazioni interessate a prendere posizione per scritto entro il 5 settembre 2014 nella consultazione in merito all'avamprogetto di legge federale sul Centro per la qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

La documentazione è stata inviata a 139 destinatari (vedi compendio nell'Allegato 1).

In totale sono stati presentati 152 pareri (89 di partecipanti invitati ufficialmente a partecipare alla consultazione e 63 di organizzazioni non invitate ufficialmente). 4 destinatari hanno ufficialmente rinunciato ad esprimersi (SUVA, Istituzione comune LAMal, Intergenerika, SIC Svizzera).

2 Riassunto dei pareri

2.1 Sintesi

Sono auspicati e approvati sia una migliore qualità sia un maggiore coinvolgimento della Confederazione nell'HTA. Una chiara maggioranza di partecipanti si è perfino schierata a favore di un ruolo più attivo della Confederazione nel settore della garanzia della qualità. Per *santésuisse* e Federazione dei medici svizzeri FMH deve trattarsi di un ruolo di coordinamento e *networking*. Alcune associazioni di fornitori di prestazioni (per esempio H+ Gli Ospedali Svizzeri) sono contrarie a un maggior coinvolgimento della Confederazione. Secondo H+ la Confederazione deve limitarsi a definire alcuni standard minimi.

Non sono invece omogenei i riscontri sulla forma che permetterà di incrementare la qualità e l'economicità. La creazione di un Centro per la qualità è così sostenuta ad esempio da GDK, Curafutura, SPO, DVSP, SAMW, SBK e SAB. Sono invece contrari segnatamente i fornitori di prestazioni H+, Curaviva e Spitex, nonché FMH e fmCh.

Anche i sostenitori del Centro propongono alcune modifiche. Chiedono innanzitutto di coinvolgere in modo più vincolante nel consiglio d'amministrazione i portatori d'interessi. SAMW e DVSP raccomandano invece un consiglio d'amministrazione indipendente da interessi particolari.

Alcune proposte tendono inoltre a integrare nel Centro organizzazioni esistenti (p. es. Sicurezza dei pazienti Svizzera, ANQ, Swiss Medical Board, Fondazione EQUAM) o ad accordare a queste ultime mandati di prestazioni a tempo illimitato.

Prima di essere riassunti, i pareri sono raggruppati per tipo di partecipante alla consultazione (Cantoni, organizzazioni di medici e infermieri, ospedali/case di cura/aiuto e cura a domicilio, assicuratori, associazioni mantello dell'economia, partiti politici, altre istituzioni della sanità pubblica, altre organizzazioni, pazienti, utenti e privati).

2.1.1 Cantoni

GDK e tutti i Cantoni approvano l'intento del Consiglio federale di impegnarsi maggiormente su scala generale e nazionale per la **promozione della garanzia della qualità, l'aumento della sicurezza dei pazienti e la valutazione delle prestazioni mediche**. Con un deciso impulso in avanti e programmi, misure, criteri e metodi da attuare in modo più trasparente su tutto il territorio si possono realizzare i miglioramenti della qualità necessari nella sanità pubblica svizzera. Diversi Cantoni sono chiaramente favorevoli all'intento di riunire, coordinare e consolidare le prestazioni di garanzia della qualità attualmente fornite da diversi attori pubblici e privati. GDK e diversi Cantoni ritengono importante che le misure da adottare su scala nazionale per rafforzare la qualità e controllare l'economicità abbraccino l'intero processo di cura, e quindi anche le cure ambulatoriali, Spitex e le case di cura.

GDK e la maggioranza dei Cantoni sostengono la **creazione di un centro nazionale per la qualità**.

Sotto il profilo dell'organizzazione, della gestione e delle attività di collaborazione del Centro, GDK e diversi Cantoni ritengono che l'attuale concezione del Centro non preveda un'adeguata rappresentanza di tutti gli attori che hanno svolto o svolgono compiti nell'ambito della garanzia della qualità, della sicurezza dei pazienti e dell'HTA. Secondo GDK e diversi Cantoni è essenziale dare continuità alle attività di attori finora attivi nel settore come ANQ, Sicurezza dei pazienti Svizzera e Swiss Medical Board. GDK e diversi Cantoni (LU,

AG, SG, SO, BS, UR, AR, GL, SZ, TI, JU) chiedono una collaborazione partenariale con tutti gli attori; inoltre gli attori di rilievo, in particolare i Cantoni, i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e altri attori finora attivi nel settore come ANQ, sicurezza dei pazienti Svizzera e Swiss Medical Board, devono essere obbligatoriamente coinvolti e rappresentati.

GDK, AR e BS attendono un esame approfondito di modelli di organizzazione alternativi, compresa la soluzione «rete» menzionata nel rapporto esplicativo.

GDK ritiene necessario chiarire e precisare i compiti e le prestazioni del Centro e la possibilità di affidare l'adempimento di alcuni compiti a organizzazioni terze. Devono inoltre essere regolate le ripercussioni delle conoscenze ricavate dalle HTA sulle assicurazioni sociali e sui fornitori di prestazioni.

GDK e diversi Cantoni ritengono necessario **chiarire**, in relazione con il Centro, quali siano **i compiti e i ruoli** di ciascun attore e quali i compiti e i ruoli della Confederazione e dei Cantoni, anche al fine di evitare doppioni. La legge dovrebbe disciplinare in modo più chiaro la relazione tra il Centro e i Cantoni.

L'allestimento di **piattaforme** è rifiutato da OW e ritenuto insufficiente da NE, mentre ZH lo ritiene un vantaggio.

Diversi Cantoni (AI, AR, BL, GL, GR, SZ, AR, TG, ZH, ZG) **rifiutano sia l'istituzione di un Centro per la qualità sia la nuova legge**. Sostengono che la LAMal attribuisca già alla Confederazione competenze sufficienti per occuparsi scrupolosamente di garanzia e sviluppo della qualità, e delle relative ripercussioni sui costi, nonché per emanare direttive vincolanti. Secondo alcuni Cantoni (ZH, TG, AI, UR, TI), questi compiti potrebbero essere disciplinati in un'ordinanza relativa alla LAMal.

Alcuni Cantoni (GR, AI, UR, AR) ritengono che sarebbe più efficiente rendere disponibili nel contesto dell'**Ufficio federale della sanità pubblica** (UFSP) o delle strutture esistenti del Dipartimento competente (AG) le **risorse necessarie** ai compiti della Confederazione in materia di qualità. GR sostiene che l'attuazione delle direttive della LAMal sulla promozione e il rafforzamento della qualità sia un'attività sovrana di natura amministrativa. Questo genere di attività deve essere eseguita in seno all'amministrazione centrale della Confederazione e non delegata a un istituto di diritto pubblico.

Alcuni Cantoni (ZH, ZG, TG, UR) fanno notare che i Cantoni e diversi attori privati e pubblici hanno messo a punto strumenti per uno sviluppo e un'ottimizzazione costante della qualità sotto i profili tecnologico e strutturale. La **collaborazione** tra le diverse istituzioni private o pubbliche è sperimentata e finora ha dato prova di efficacia. Questa cooperazione e questo know how devono essere conservati e ulteriormente promossi. Invece di un istituto di diritto pubblico creato dalla Confederazione sarebbe più utile un maggiore **impegno a livello di coordinamento** che, secondo alcuni Cantoni (ZH, TG), potrebbe essere semplificato costituendo una società anonima di pubblica utilità sul modello della Swiss DRG AG.

Secondo GDK alcuni Cantoni dubitano che vi sia il **fondamento costituzionale** necessario per istituire il Centro.

GDK e diversi Cantoni (UR, NW, OW, AG, BE, SO, BS, NE, TI, VS) non ritengono appropriato che il piano dell'avamprogetto **si limiti all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie AOMS**. Almeno in un secondo tempo dovrebbe essere esaminata la possibilità di estendere la normativa agli altri organismi e assicurazioni sociali che finanziano le prestazioni (AINF, AI, AM, Afam).

GDK e alcuni Cantoni (AG, BS) dubitano che sia ragionevole scegliere la **forma giuridica** dell'istituto di diritto pubblico.

Per quanto concerne i **compiti**, la GDK ne approva la **struttura d'insieme**. Per poterne valutare i benefici, questi dovrebbero però essere formulati con maggiore concretezza, il che è ritenuto necessario anche da alcuni Cantoni (GL, BL, BS). Occorre un mandato di prestazioni più chiaro, altrimenti non è possibile escludere eventuali **doppioni** con programmi attuali. Per approfittare delle esperienze fatte, i programmi e gli strumenti di misurazione già disponibili dovrebbero se possibile essere integrati nei compiti del Centro (NW). Tenuto conto dell'aumento dei compiti nel settore della salute vi è un'urgente necessità che la Confederazione o un organismo indipendente da essa incaricato verifichino in modo più severo l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche (NW, OW) e che siano stanziati maggiori risorse a tal fine. Si deve approfittare dell'esperienza delle **organizzazioni esistenti come Swiss Medical Board**, fondata dai Cantoni insieme ad altri partner, e Swiss HTA (GDK, BS, LU, OW, SG); i loro rapporti devono essere integrati nelle

decisioni della commissione federale delle prestazioni. Nell'ambito della futura organizzazione, allo Swiss Medical Board dovrebbe essere affidato un mandato di prestazioni permanente nel settore della HTA o dovrebbe essere studiata una soluzione di questo tipo (GDK, BS, BE, OW, UR). I compiti del Centro che figurano nell'elenco – l'individuazione e il rilevamento di informazioni sulla qualità, l'avvio di programmi di garanzia della qualità ecc. – sono compiti che la LAMal attribuisce alla Confederazione (GR). Manca una normativa chiara sulle responsabilità nel settore della garanzia della qualità (AG).

GDK e diversi Cantoni (NW, OW, AG, LU, SG, BS, TI, GE, FR, VD/JU, NE) ritengono che le regole sul **consiglio d'amministrazione** debbano essere adeguate al fine di aumentare l'accettazione dei portatori d'interesse. Nel consiglio d'amministrazione dovrebbero essere rappresentati i principali attori della sanità pubblica (Cantoni, fornitori di prestazioni, assicuratori, industria, Confederazione) che dovrebbero poterne proporre i membri. Il consiglio d'amministrazione deve essere indipendente e deve poter esercitare un'attività direttiva.

Per quanto concerne il **finanziamento**, occorre rilevare che alcuni Cantoni (NW, BE, GE, OW, LU) approvano la normativa sul finanziamento dei compiti in materia di garanzia della qualità e di sicurezza dei pazienti con un contributo degli assicuratori per ciascuno dei loro assicurati, GDK e una maggioranza di Cantoni rifiutano il contributo o lo ritengono troppo elevato (UR, AR, JU, ZG, AR, GR, AI, GL, SG, BS, TI, VS, FR). Il finanziamento dovrebbe essere garantito dalle imposte generali e graverebbe finanziariamente anche i Cantoni e i Comuni tramite la riduzione dei premi e i premi non pagati. I fondi previsti, 32 milioni di franchi l'anno, sono ritenuti insufficienti per gli scopi perseguiti. In considerazione del mandato legale della Confederazione, il finanziamento con fondi federali dei compiti nel settore della HTA è considerato corretto da GDK e diversi Cantoni (BS, OW, GE).

2.1.2 Organizzazioni dei medici e degli infermieri

(Äg_BE, fmCh, Medici di famiglia, FMH, ÄGT, AGZ, KKA-CCM, AGSZ, ChiroSuisse, KAeG SG, UWÄG, ÄgBL, Dakomed, SGPMR, Union, SOG, SGED, VKZS, SGMO-agsz, HGS, SAGB, SGN, SBV-ASMI, VSAO, SGAP, BÄV, SVM, SGR-SSR, SFSM, WÄV, SGA, m-net, SGAR-SSAR, SGGG, SGHC, SGG, SGV, SBK, SVPL-ASDSI, SGV, SGR)

(SGN, SGA, SGG, SGMO-agsz, SSMO sostengono le stesse posizioni di FMH; SGHC e SGGG le stesse di fmCh; SFSM le stesse di SOG, Union le stesse di Dakomed, UWÄG si allinea con ANQ e «die Medizin hat dem Menschen zu dienen», SMV sostiene i criteri pubblicati da CCM e FMH, AGZ si allinea al parere di FMH e KKA, AGSZ oltre alle proprie opinioni sostiene il parere di FMH, KHM fa riferimento al parere delle organizzazioni di medici)

SGV approva complessivamente l'elaborazione della legge.

La Svizzera dispone di uno dei migliori sistemi sanitari al mondo e pertanto SGA, FMH, SGPMR e SGMO-agsz, SGAP, SVPL-ASDSI, SGR approvano l'intento della Confederazione di **promuovere e sviluppare ulteriormente gli sforzi nel settore della qualità**. Tenuto conto dell'importante settore e mercato nazionale delle prestazioni sanitarie di circa **70 miliardi di franchi**, la SBV considera **ovvio** che le istituzioni **si sforzino di migliorarne la qualità** e approva in linea di massima questo impegno. SVM condivide il principio del progetto. SVM è d'accordo con il principio del progetto.

SGED/SSD e KKA approvano espressamente lo stanziamento di **fondi supplementari** per le misure volte a garantire e aumentare la qualità.

VKZ, FMH e SGMO-agsz accolgono con favore l'impegno della Confederazione volto a elaborare **fondamenti legali** al fine di garantire la qualità e la sicurezza dei pazienti.

Numerose organizzazioni (SGMO-agsz, KKA, FMH, SGA, KAeG SG, Dakomed, Union, SGG, SVM) auspicano una stretta collaborazione per la **definizione della qualità**, alcuni ritengono tuttavia che si tratti di un compito delle società specializzate o dei fornitori di prestazioni (m-net) e non dell'amministrazione, troppo lontana dalla prassi (Medici di famiglia, KAeG SG, SOG, SFSM). SOG e SFSM reputano che il controllo e la garanzia della qualità devono essere delegati esclusivamente ai medici. Per Dakomed e Union affidare a un'organizzazione parastatale la facoltà di definire la qualità in medicina è problematico.

La Confederazione deve emanare **regole vincolanti** per le prestazioni dell'assicurazione sociale malattie fondate sugli standard delle associazioni professionali e specialistiche, regole che le associazioni devono approvare nell'ambito di consultazioni (SBK). Le misurazioni, gli indicatori e le banche dati uniformi devono essere vincolanti per tutti i fornitori di prestazioni (SVPL-ASDSI).

Dakomed e Union ritengono che i controlli della qualità abbiano un'importanza enorme anche nel settore della **medicina complementare**.

SGA e FMH chiedono **di riconoscere gli aspetti della qualità delle strutture e dei processi**, la dotazione in personale e le basi legali in materia di orari di lavoro come fondamento della qualità e della sicurezza dei pazienti. Secondo la più recente letteratura, negli Stati Uniti sono state abbandonate le **misurazioni del risultato** e l'accento è stato posto sui processi. La relazione tra la situazione sul lavoro e la sicurezza dei pazienti è inoltre completamente sottaciuta (VSAO). Secondo Dakomed e Union, gli assicuratori verificano l'economicità concentrandosi eccessivamente sui costi del settore ambulatoriale. Per quanto concerne la qualità della logistica, sul piano federale sono già previsti i controlli dei raggi X e dei laboratori.

Inoltre, malgrado l'impossibilità di applicare alla Svizzera il modello sanitario americano, l'Amministrazione federale fa riferimento a un **controverso studio americano** (FMH, SGMO-agsz).

Numerose organizzazioni ritengono essenziale che sia **la Confederazione a coordinare le attività** (SBK, SGED/SSSED, KKA, ChiroSuisse, KAeG SG). La Confederazione deve assumere la sua funzione di coordinamento e networking (FMH, SGMO-agsz, Medici di famiglia), promuovendo la collaborazione, sfruttando sinergie ed evitando doppioni nel contesto dell'economia nazionale (SGA, FMH, SGMO-agsz).

SBK accoglie con favore l'impegno della Confederazione per **sostenere i Cantoni** nel loro compito di responsabilità della garanzia della qualità nel settore della sanità. Il Consiglio federale deve anche sostenere l'impegno dei diversi **portatori di interessi** per l'**adempimento delle disposizioni legali** sulla garanzia della qualità (SGHC, fmCh).

Quanto proposto della Confederazione **non permette di raggiungere gli scopi** perseguiti dal progetto di legge (con l'eccezione della riduzione dei costi che ne risulta secondo SGPMR, KKA, SGR), di conseguenza FMH e SGMO-agsz rifiutano l'avamprogetto. VSAO e SGPMR mettono fortemente in dubbio che le misure proposte abbiano per effetto di ottenere un massiccio aumento della qualità. Lo svolgimento dei compiti elencati nell'avamprogetto da parte di diversi portatori di interessi già avviene in modo trasparente con una buona e comprovata qualità (SGR).

In Svizzera vi è già un sistema sanitario di elevata qualità (VSAO). In questa situazione, parlare di lacune nella sicurezza dei pazienti (m-net, FMH, SGMO-agsz) sembra indicare che la qualità del sistema sanitario è insufficiente (VSAO) e che quest'ultimo non è né adeguato né efficiente (m-net, FMH, SGMO-agsz).

La proposta del Consiglio federale di istituire un Centro nazionale per la qualità non è compatibile con i compiti che risultano dalla LAMal (fmCh). L'Esecutivo pare piuttosto voler realizzare progetti interni dell'Amministrazione, come la «Strategia della qualità della Confederazione» o il programma «Sanità2020» (fmCh). Tuttavia, il primo compito del Consiglio federale è di attuare la volontà del legislatore e non di lasciarsi guidare dalla sua visione (fmCh).

ÄG_BE, fmCh, Dakomed, Union, VSAO, BÄV e SVPL-ASDSI **rifiutano** completamente il progetto di legge. Oltre a SGV, scettica sull'idea del Centro, alcuni rifiutano il Centro nella **forma prevista** (fmCh, UWÄG, SBV, VSAO, m-net, SMV) perché inutile nella situazione attuale, mentre altri dubitano dei suoi vantaggi o della sua efficienza (SOG, SFSM, SGAP) o ritengono che il Centro sarebbe causa di **doppioni** (SGAR, KAeG SG, UWÄG, SGPMR, SMV, SGR-SSR, SBV, SGED, Medici di famiglia, SGR), senza creare sinergie (SGR). Non dovrebbe in particolare essere istituito **un istituto di diritto pubblico** (ÄG_BE, FMH, SGA, SGED, BÄV, ÄgBL, SGR). È chiaro che di fatto il Centro sarebbe gestito dal Consiglio federale e **non avrebbe alcuna indipendenza** (fmCh). ÄgBL **non desiderano che un Centro di controllo** decida quali prestazioni LAMal rimborsare. Con il pretesto della qualità potrebbe dare adito a un eccessivo dirigismo (SBV). Inoltre, un Centro non è necessario (SMV) perché vi sono già **altre strutture** (SGAP, SVPL-ASDSI, SBV) o perché non rappresenta una soluzione adeguata (KAeG SG) tenuto conto delle numerose attività dei fornitori di prestazioni e degli altri portatori d'interessi (SOG, SFSM, SGAP).

AGSZ mette in dubbio l'**economicità dell'istituto** perché in fin dei conti si propone di istituire un Centro costoso che non risolve i problemi attuali, ne pone di nuovi e crea un apparato burocratico con **compiti e competenze non chiaramente definiti** (SGHC). Non è chiaro nemmeno come saranno coordinate in futuro le

attuali, consolidate attività dei diversi attori della sanità con l'operato del nuovo Centro federale per la qualità (fmCh). Anche se nella lettera accompagnatoria si sostiene che il prosieguo dell'impegno dei diversi attori in materia di qualità «non è messo in questione dall'avamprogetto», nel testo di legge non vi è alcuna indicazione di una prevista collaborazione (fmCh).

Il Centro non è accettato perché costituirebbe un ulteriore strumento per raggiungere un eventuale obiettivo della medicina statale (AGSZ, HGS). Il Centro viene inoltre rifiutato perché la nozione di qualità su cui si fonda l'avamprogetto è incompatibile con l'etica ippocratica (HGS).

Il Centro è rifiutato anche per il motivo che **nelle diverse strutture vi sono sufficienti sistemi interni di garanzia della qualità** creati esclusivamente da medici (SOG, SFSM).

HGS ritiene che un Centro di controllo sia superfluo poiché una buona assistenza medica si fonda su attività di formazione, perfezionamento e formazione continua scientifiche e di qualità, nonché sull'impegno delle associazioni professionali.

Per SGA, FMH, SGMO e AeGBL è incontestato che la Confederazione può svolgere un **compito di coordinamento e networking** nel settore. Molte organizzazioni di medici chiedono tuttavia di rielaborare l'attuale progetto di legge dando la preferenza a una **soluzione di networking** (SGA, FMH, Dakomed, Union, KAe Sg, KKA, KAeG SG, SFH, SGMO).

I network devono essere responsabili dell'esecuzione, la Confederazione deve elaborare **condizioni quadro, direttive e obiettivi** ed essere responsabile dei **controlli**. Per analogia con la Commissione federale delle vaccinazioni CFV si potrebbe istituire un **organo consultivo** (KAeG SG) o un **servizio di coordinamento** per le questioni di qualità. Una variante di network lascerebbe maggiore libertà agli attori e sarebbe molto più flessibile (Medici di famiglia).

Per quanto concerne l'**organizzazione**, molte associazioni della sanità (ÄgBL, SVM) sono **scettiche nei confronti degli sforzi accentratori** che non permettono di coordinare la qualità e avrebbero per conseguenza la perdita della peculiarità locale, come già è il caso per alcuni trattamenti e misure di prevenzione, come ad esempio le reazioni polemiche al rapporto del Medical Board sui programmi di screening per il cancro al seno (SVM). La forma dell'**istituto di diritto pubblico** della Confederazione prevista per il Centro è considerata contraria al sistema (AGZ) e rifiutata (ÄgBL, AGZ). Il Centro, **responsabile unicamente nei confronti del Consiglio federale e affrancato dal controllo parlamentare**, sarebbe un centro di potere la cui attività porrebbe limiti regolamentari all'assistenza sanitaria (ÄgBL). Il Centro non sarebbe sufficientemente controllato né sul piano politico né sul piano professionale (HGS). Contrariamente a quanto asserito, l'indipendenza del Centro, parzialmente finanziato con fondi di terzi, non sarebbe garantita (HSG).

FMH è favorevole all'orientamento della Confederazione anche per il fatto che il Centro **non avrebbe competenze sovrane** (FMH, SGMO-agsz). È ora il momento di trarre insegnamenti e conclusioni dalle discussioni e dalle procedure giuridiche nel settore della medicina altamente specializzata (FMH, SGMO-agsz).

Tuttavia, il Centro avrebbe **dimensioni troppo ridotte** a fronte delle 44 specialità mediche che vi sarebbero rappresentate e lo stato della scienza sarebbe arretrato di mesi o addirittura anni (SOG, SFSM). Se il Centro per la qualità dovesse essere realizzato, sarebbe indispensabile allestire strutture snelle e assicurare la **rap-presentanza dei fornitori di prestazioni**, in particolare delle professioni mediche universitarie (Chiro-Suisse). Inoltre, il Centro dovrà coinvolgere meglio i diversi attori. Se gli attori interessati a livello di qualità fossero implicati nell'accertamento del bisogno, anche i fornitori di prestazione dovrebbero far parte degli organi direttivi del Centro (Medici di famiglia). Se la legge sarà approvata come proposto, la presidenza di SGV auspica di poter seguire da vicino la futura attuazione con la funzione di consulente o eventualmente anche come membro della **presidenza** del Centro.

FMH e SGAR sono molto interessati a un rilevamento nazionale dei dati ai fini della garanzia di qualità, che sarebbe reso obbligatorio per tutti i fornitori di prestazioni da una legge federale e richiedono pertanto uno stretto coinvolgimento delle società specializzate e delle organizzazioni mantello nello sviluppo e nella realizzazione di un Centro nazionale per la qualità.

VKZS obietta che le responsabilità e le **competenze** dei Cantoni **non sono chiare**.

Medici di famiglia ritiene difficile capire esattamente come i vari attori saranno concretamente coinvolti nel progetto. Sarebbe inoltre cruciale menzionare **in modo chiaro ed esplicito** le organizzazioni professionali interessate, delle quali naturalmente dovrà essere definito anche il tipo di coinvolgimento. Il loro ruolo dovrà essere importante e legato a competenze decisionali strategiche.

Le associazioni dei medici sono dell'opinione che anche la chiara **ripartizione dei ruoli** degli attori non debba essere modificata (fmCh).

FMH appoggia il fatto che il Centro **non assuma le attività degli attori**, ma le sostenga con **basi scientifiche e progetti concreti**.

L'organizzazione SAQM è un esempio di come sia possibile, nell'arco di due anni, creare un clima di impegno e fiducia grazie al networking e al coordinamento (SGR).

Il tipo di **finanziamento** del Centro è sostenuto da Medici di famiglia. È importante che l'impegno per migliorare la qualità sia assicurato da un finanziamento sostenibile e il modello della Confederazione sembra ideale a tale scopo.

La legge dovrà prevedere basi che consentano al Centro di effettuare adeguamenti finanziari (SMV).

ÄGBL accoglie con favore la predisposizione di **mezzi finanziari supplementari**. Il finanziamento dovrà essere assicurato con un massimo di 1 franco per persona e anno attraverso i premi e per il resto tramite le imposte (SBK).

SMV fa notare che i pazienti e coloro che pagano i premi non dovranno essere gravati da costi amministrativi poco produttivi.

Le modalità di finanziamento proposte per il Centro non sarebbero del tutto evidenti (SGA, FMH, KAeG SG, SGMO-agsz). Non è chiaro se i 32 milioni di franchi annui previsti saranno effettivamente impiegati in modo efficiente (VSAO).

I mezzi necessari per allestire un Centro per la qualità potrebbero essere utilizzati in modo più proficuo direttamente nei **rispettivi programmi nazionali di ricerca** (PNR) (Dakomed, Union).

Diverse organizzazioni non sono concordi nell'affermare che le misure di garanzia della qualità assicurate dai fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal e i costi ad esse legati sono già oggi considerati nelle tariffe concordate (SGA, FMH, KKA, KAeG SG). Sono infatti proprio i fornitori di prestazioni, che attraverso il lavoro quotidiano con i pazienti contribuiscono a migliorare la qualità e il loro impegno a **non essere rappresentati adeguatamente dall'attuale tariffa**. Se la Confederazione intende davvero impegnarsi nell'ambito della qualità dell'assistenza medica, dovrebbe predisporre i mezzi necessari anche a livello di fornitori di prestazioni (SGA, FMH, m-net, KKA, SGMO-agsz). I fornitori di prestazioni dovrebbero essere ricompensati adeguatamente per il loro lavoro nel campo della qualità (FMH, SGMO-agsz).

L'**effetto di contenimento dei costi** è rimesso in questione (ÄG_BE, SGA, FMH, ChiroSuisse, SGPMR) o non è considerato sostenuto da prove sufficienti (KKA, SGMO-agsz, FMH). Sorge l'impressione che non si tratta di garantire la qualità delle prestazioni mediche ma piuttosto di adottare misure economiche di risparmio per ridurre l'assistenza sanitaria (BÄV). Non si possono attendere né un contenimento dei costi (SGED, m-net) né un aumento dei benefici per i pazienti (SGED). La relazione stabilita tra efficienza e costi fa sì che, in una situazione in cui i costi sono importanti, venga messa in questione l'efficienza (HGS). L'aumento della qualità va di pari passo con l'aumento dei costi (SMV).

L'ipotesi del risparmio dei costi non è motivata (SOG, SFSM). Misure di contenimento dei costi possono essere sviluppate soltanto sulla base di estese **analisi dei benefici** (ÄGBL, Medici di famiglia). È indispensabile tenere conto dei costi globali per l'economia nazionale (KAeG SG), poiché i costi e i benefici non riguardano un luogo o settore soltanto (m-net).

Molte società (SOG, SFSM) temono un **aumento dei costi per i medici** e le loro attività. Inoltre, SOG e SFSM temono che il Centro provochi un ulteriore aumento dei compiti amministrativi dei medici.

Di per sé la **riduzione dei costi** dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) non potrebbe essere **un obiettivo primario** di un lavoro sostenibile sulla qualità (FMH, SGMO-agsz). O il Consiglio federale indica in modo **trasparente nella legge** che vuole influire sui costi dell'AOMS con una «legge federale sulla qualità» o **elimina dal testo di legge ogni menzione al riguardo** (SGA, FMH).

Occorre **innanzitutto** attendersi **costi più elevati** senza alcun effetto complessivo di contenimento dei costi, contrariamente a quanto sostenuto dal DFI; quindi un'estensione dei compiti attualmente basati sulla LAMal non sarebbe efficace (ÄG_BE). Mentre l'articolo 58 capoversi 1-3 LAMal (dopo la consultazione delle organizzazioni interessate) permette di prevedere un impiego appropriato dei mezzi, soprattutto per il **controllo** di esami e trattamenti costosi, l'avamprogetto mira a estendere il controllo della qualità all'intero catalogo delle

prestazioni (cfr. l'art. 58 cpv. 4 AP-LAMal prevede vasti programmi e progetti) (ÄG_BE), il che è assolutamente eccessivo (ÄG_BE).

Criteri, misure diagnostiche e terapeutiche la cui qualità è riconosciuta dovrebbero poter essere impiegati a beneficio dei pazienti e non dovrebbero essere rifiutati dalle casse malati per motivi di costi o in base a direttive interne (KKS, m-net). Le direttive di natura economica sul trattamento dei pazienti distruggono il **rapporto di fiducia** tra medico e paziente indispensabile a ogni trattamento (HGS).

Le associazioni dei medici ritengono che le **piattaforme nazionali** siano un importante strumento che dovrebbe essere sancito nella legge (FMH, ÄG_BE, SGA, FMH, SGED, Medici di famiglia, fmCh, KKA, m-net, KAeG SG, SGMO) con l'indicazione dei diritti e degli obblighi dei membri (fmCh). Le piattaforme e gli organi decisionali del Centro dovrebbero imperativamente includere i gruppi professionali e i partner sociali in funzione del loro rispettivo peso (SBK).

ÄG_BE sostiene le **finalità dell'HTA**. Diverse organizzazioni di medici danno un sostegno unanime alle richieste di verificare regolarmente secondo i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità le prestazioni che figurano attualmente nell'elenco delle prestazioni e di promuovere le innovazioni (FMH, SGMO-agsz).

Medici di famiglia non mette in questione la competenza della Confederazione in materia di HTA. Medici di famiglia e m-net accolgono con molto favore la **separazione delle fasi di decisione, assessment e appraisal**. Questa separazione di poteri va rispettata in ogni caso (Medici di famiglia, m-net). Per numerose organizzazioni di medici è importante che l'assessment sia effettuato dalla Confederazione in maniera indipendente, che l'appraisal sia di competenza delle università e che infine la decisione sia presa dalla Confederazione (Medici di famiglia, m-net, KAeG SG, FMH, SGMO-agsz). Dakomed e Union chiedono che siano istituiti comitati di specialisti anche per valutare se le prestazioni della medicina complementare debbano essere integrate e mantenute nell'AOMS; chiedono anche che le fasi di assessment, appraisal e decisione siano chiaramente separate. Il processo di convergenza attualmente in corso tra i diversi attori rivela chiaramente che la Confederazione deve avere competenza decisionale (FMH, SGMO) e le università devono curare gli aspetti scientifici (FMH, SGMO).

Va tenuto conto dei miglioramenti dell'attuale sistema di HTA proposti dalla CDG-N (fmCh). La procedura in caso di contestazioni va provvista di un fondamento **vincolante** sia nella fase di assessment sia in quella di appraisal (fmCh).

Le **decisioni della CFPF** devono poter essere consultate e devono essere prese in base a criteri chiari (fmCh).

I compiti inerenti all'HTA dovrebbero tuttavia essere trasferiti a organizzazioni già esistenti come lo **Swiss Medical Board** (ÄG_BE). SGA e FMH chiedono che la Confederazione prenda obbligatoriamente in considerazione e utilizzi di conseguenza uno Swiss Medical Board indipendente e in cui siano rappresentati i principali partner del settore sanitario, in quanto le risorse limitate (a livello sia finanziario sia di personale) non consentono la creazione di doppioni; tutto ciò dovrà naturalmente avvenire nel rispetto dei principi della separazione dei poteri (SGA, FMH). Gli insegnamenti dello Swiss Medical Board dovranno essere tenuti in debito conto (metodo QUALY) (fmCh). Inoltre, gli insegnamenti tratti dal progetto SwissHTA dovrebbero essere integrati segnatamente per quanto concerne la metodologia e l'applicazione pratica dei criteri EAE (fmCh). Nell'ambito delle attività dello Swiss Medical Board è attualmente in corso un processo di convergenza con i principali attori (Cantoni, fornitori di prestazioni, assicuratori, industria, mondo scientifico). Tale processo consentirà di soddisfare in modo più che adeguato le esigenze nazionali e in parte anche quelle internazionali nel settore HTA (SGA, FMH). Il coinvolgimento degli istituti universitari e l'evoluzione a livello metodologico consolideranno nettamente il ruolo centrale dello Swiss Medical Board nel contesto HTA (SGA, FMH).

L'incertezza riguardo al ruolo dello Swiss Medical Board non contribuirebbe all'attendibilità dell'avamprogetto, in quanto da una legge federale che dovrebbe disciplinare le attività HTA in Svizzera è lecito attendersi che una questione di tale importanza venga chiarita già prima della procedura di consultazione (fmCh).

La descrizione dei ruoli degli attori nel settore HTA tralascerebbe il fatto che anche i **Cantoni** (cfr. Medical Board di Zurigo), i fornitori di prestazioni (p. es. con i registri) e gli assicuratori-malattie (come acquirenti di prestazioni) potrebbero e dovrebbero fornire un contributo essenziale nel settore HTA (fmCh). La collaborazione con organizzazioni che oggi si occupano di HTA non sarebbe ben definita e non chiarirebbe se il principio di sussidiarietà sia tenuto nella dovuta considerazione (fmCh).

HGS è contraria a riprendere programmi angloamericani e dell'Unione europea, così come già fatto da Swiss Network for Health Technology Assessment SNHTA, SwissHTA e Swiss Medical Board. Tali programmi andrebbero sospesi e certamente non implementati in una legge federale (HGS). L'accentramento, la medicina di Stato e l'applicazione di misure di razionamento porterebbero a un peggioramento dell'assistenza sanitaria (HGS). Nel progetto del Centro per la qualità la scientificità non sarebbe più garantita (HGS).

Le conseguenze del progetto di legge sull'economia vengono illustrate chiaramente per quanto riguarda eventuali riduzioni dei costi, ma non per quanto concerne le ripercussioni di una **regolamentazione HTA troppo restrittiva** e potenzialmente nociva per l'innovazione a livello di piazza economica svizzera. Questo punto deve essere assolutamente corretto (fmCh).

Prima che la Confederazione istituisca una nuova struttura burocratica i cui costi previsti per i contribuenti ammontano a 11 milioni di franchi all'anno, andrebbe condotto un **dibattito di fondo** in merito allo scopo e ai metodi di applicazione dell'HTA (fmCh).

Per **finanziare** le attività del Centro nel settore HTA è stato previsto un budget annuale di 10 milioni di franchi, 7 dei quali da destinare alla redazione di rapporti HTA. Il finanziamento dovrebbe avvenire esclusivamente con fondi federali. Ci si chiede tuttavia perché il modello proposto da SwissHTA, molto più vantaggioso per i contribuenti, non sia stato considerato. Tale modello prevederebbe un finanziamento paritetico dell'attività HTA di un istituto tramite emolumenti degli operatori del settore tecnologico, finanziamenti pubblici (Confederazione) e attraverso l'AOMS (contributi), con un budget complessivo di 15 milioni di franchi (fmCh).

Medici di famiglia e m-net criticano che l'**applicazione delle prescrizioni relative alla qualità** siano previste solo rispetto all'AOMS. Le riflessioni sulla qualità non dovrebbero riguardare solo la LAMal. Varie associazioni auspicano l'elaborazione di un punto di vista integrativo e sovraordinato delle diverse assicurazioni sociali (non un'ottica limitata alla LAMal) e un approccio sostenibile e orientato all'economia nel suo complesso (FMH, SGA). Gli obiettivi del progetto di legge descritti non possono infatti essere raggiunti con una semplice ottica limitata alla LAMal, in quanto una parte essenziale dei benefici come pure dei costi non rientrerebbe nel campo di applicazione della legge (FMH, SGA, m-net, BÄV).

Secondo SVPL-ASDSI i mezzi finanziari potrebbero essere più utili a iniziative e strutture già esistenti. **Sicurezza dei pazienti** è una piattaforma nazionale volta a sviluppare e sostenere la sicurezza dei pazienti in Svizzera. Il suo compito è di sviluppare attività nel settore della qualità e di promuoverne l'attuazione grazie al networking e alla collaborazione. Questa Fondazione si è guadagnata legittimazione e una buona esperienza sul campo.

fmCh trova particolarmente inaccettabile l'intenzione del Consiglio federale di assumere la direzione della Fondazione per la sicurezza dei pazienti con una sorta di «unfriendly takeover». Ciò contravviene infatti agli articoli 5 e 9 della Costituzione federale (fmCh). La Fondazione per la sicurezza dei pazienti fornisce un contributo fondamentale alla sicurezza dei pazienti. La sua esistenza è pertanto irrinunciabile (SGA, FMH) e allo stesso modo deve continuare a essere garantito il sostegno alle attività di Sicurezza dei pazienti Svizzera (SGA, FMH, SGMO-agsz). La soppressione progettata dei fondi destinati a sostenere le attività della Fondazione avrebbe carattere di ricatto e contravverrebbe quindi all'articolo 5 e all'articolo 9 della Costituzione federale (fmCh). In quanto membro della Fondazione per la sicurezza dei pazienti, fmCh rifiuta con decisione l'intenzione della Confederazione di assumere la direzione della Fondazione con un tentativo di pressione finanziaria. Accoglierà con favore e sosterrà espressamente ogni tipo di azione legale intentata contro tale proposito (fmCh). L'integrazione della Fondazione per la sicurezza dei pazienti è rifiutata con vigore (KKA, m-net).

È invece chiesto il riconoscimento dello Swiss Medical Board, che gode di sempre maggiore sostegno da parte dei portatori d'interessi grazie al processo di convergenza in corso, che raggiunge gli standard scientifici più elevati con la costituzione di un consorzio di istituti universitari e che ha adeguato costantemente i propri metodi agli standard internazionali (FMH, SGMO-agsz). Uno Swiss Medical Board indipendente e sostenuto dai principali partner del settore sanitario dovrebbe essere tenuto in debita considerazione e sfruttato dalla Confederazione (SGMO-agsz, FMH).

Sarebbe più utile creare un **servizio specializzato in seno all'UFSP**, che si occupi del trasferimento delle conoscenze e dell'esecuzione delle disposizioni in materia di qualità già contenute nella LAMal (fmCh). La Confederazione dovrebbe elaborare condizioni quadro, disposizioni e obiettivi e sarebbe responsabile del controllo, mentre le reti si occuperebbero dell'esecuzione (m-net). A tale scopo sarebbero sufficienti strutture

snelle. Analogamente a quanto accade per la Commissione federale per le vaccinazioni CFV, potrebbe essere istituito ad esempio un organo consultivo per le questioni inerenti alla qualità, in luogo del pianificato Centro per la qualità, costoso e complesso da realizzare (KKA, m-net).

KKA esprime grande perplessità anche in merito al **personale che sarebbe coinvolto nei vari organismi** del Centro (KKA).

fmCh è disponibile a partecipare all'**elaborazione dell'avamprogetto**. Diverse organizzazioni chiedono di partecipare all'elaborazione del progetto (SFSM, SOG) o dell'avamprogetto di legge (ÄG_BE, fmCh).

Una soluzione percorribile sarebbe per esempio la creazione di un **organo consultivo** in luogo del Centro per la qualità (KKA).

Il **rapporto esplicativo** illustra numerose attività già esistenti e in corso in materia di qualità, facendo derivare da esse la necessità di costituire un Centro o, in altre parole, utilizzando questa elencazione per legittimare il processo legislativo. Allo stesso modo, alcuni partecipanti alla consultazione sono stupiti e sconcertati dal fatto che molte attività nell'ambito della qualità non siano per nulla citate – consapevolmente o inconsapevolmente (SGA, FMH, KKA, m-net, AGSZ, KAeG SG, SGMO-agsz).

In alcuni punti il testo è formulato in modo così vago (SVPL-ASDSI) da non permettere di comprendere concretamente come dovrà essere l'attuazione pratica e quale portata avrà (SGAP).

Il rapporto esplicativo non tematizza a sufficienza il fatto che devono essere sfruttate le sinergie ed evitati i doppioni (FMH, SGMO-agsz).

2.1.3 Fornitori di prestazioni, ospedali, case di cura e aiuto e cura a domicilio

(H+, K3, VLSS, Spitex, PKS, Curaviva, Swiss Reha, senesuisse)

(K3 sostiene le stesse posizioni di H+, Curaviva e senesuisse)

H+ e Spitex **accolgono con favore** l'intenzione della Confederazione di continuare a rafforzare l'**impegno per la qualità e i programmi** per la sicurezza dei pazienti in Svizzera e di mettere a disposizione fondi supplementari a tale scopo.

Swiss Reha è d'accordo con gli **obiettivi perseguiti** – promozione della garanzia della qualità nel settore sanitario, coordinamento delle attività, assicurazione del finanziamento – e sostiene l'impegno della Confederazione per incrementare qualità, trasparenza e sicurezza dei pazienti nel settore sanitario svizzero.

Sono apprezzati in particolare lo stanziamento di **fondi finanziari supplementari**, il rafforzamento del coordinamento e del sostegno nell'ambito del networking e la diffusione di iniziative inerenti alla qualità (Swiss Reha).

Secondo Spitex il **compito della Confederazione** dovrebbe essere quello di assumere un **ruolo sussidiario e di coordinamento**. Nel progetto di legge manca tuttavia il coinvolgimento dei fornitori di prestazioni, soprattutto in relazione alla pubblicazione di dati (Spitex).

Ospedali, cliniche e case di cura ritengono che i fornitori di prestazioni abbiano compiuto notevoli progressi per quanto concerne la qualità e la sicurezza dei pazienti (H+). Per contro, allo stato attuale mancherebbero definizioni generali nonché obiettivi e responsabilità vincolanti (H+). La versione della LAMal in vigore attribuisce già alla **Confederazione** tutti i diritti necessari ad attuare misure in materia di qualità (**art. 58 LAMal**) e a valutare le prestazioni (**art. 33 LAMal**). Diritti che la Confederazione finora **non avrebbe praticamente mai sfruttato** (H+, PKS).

In luogo della creazione di un'istituzione statale, bisognerebbe puntare maggiormente sulla **collaborazione**, che in Svizzera si è più volte dimostrata efficace, e sul sano spirito di **competizione** tra gli attori coinvolti, che dovrebbero essere stimolati con incentivi adeguati a potenziare la ricerca di una maggiore efficacia e di una migliore efficienza (Curaviva, senesuisse).

Le possibilità e le modalità di raggiungimento degli **obiettivi** formulati dalla Confederazione attraverso un Centro nazionale per la qualità sarebbero più che discutibili, in quanto in questo progetto non si individua un beneficio concreto a favore dello sviluppo della qualità (Swiss Reha). Il ruolo e i compiti del Centro nonché la collaborazione con altri attori sarebbero formulati nell'avamprogetto in modo vago e lascerebbero uno **spazio eccessivo all'interpretazione** (Swiss Reha). Inoltre, alcune delle istanze formulate, in particolare per quanto

concerne le prescrizioni in materia di qualità in merito alle pianificazioni ospedaliere e agli elenchi degli ospedali da parte dei Cantoni potrebbero essere soddisfatte anche avvalendosi dell'**attuale base legislativa** (Swiss Reha).

La constatazione che al rapporto «Strategia nazionale sulla qualità della sanità pubblica in Svizzera» del 2009 e al rapporto relativo alla sua concretizzazione del 2011 debbano ora seguire i fatti è accolta con favore da K3. Tale associazione valuta positivamente anche il fatto che le attività praticate dalla Confederazione non sostituirebbero né la garanzia della qualità né l'impegno attualmente profuso dai vari partner del settore sanitario. Gli obiettivi perseguiti potrebbero tuttavia essere realizzati in modo più semplice ed efficace **sostenendo le organizzazioni esistenti** e senza creare una struttura parallela nella forma di un Centro per la qualità.

Il **rafforzamento del carattere vincolante** delle misure in materia di sicurezza e **la creazione di trasparenza** nell'ambito della realizzazione e dei risultati sarebbero già realtà, in quanto tutti gli ospedali e le cliniche avrebbero già raggiunto il maggior grado possibile di obbligatorietà. Per tale ragione un'organizzazione di maggiori dimensioni (oltre all'UFSP) con un know how più limitato rispetto all'UFSP **non sarebbe necessaria** nell'ambito dell'interazione con gli attori coinvolti nella misurazione e nello sviluppo della qualità (PKS).

Un Centro potrebbe fare tutto (ma non regolamentare e sanzionare): basi, proposte, ricerca, programmi/progetti nazionali, rilevamento di indicatori e pubblicazioni, rendendo possibile la costituzione di strutture parallele, che Swiss Reha ritiene superflue.

La nuova definizione di «Centro» non modifica le critiche a livello di contenuti (H+). Il Centro per la qualità proposto **non sarebbe necessario** (K3), ma addirittura controproducente e mobiliterebbe inutilmente le risorse (H+, PKS). Questo progetto di legge per la garanzia della qualità, in quanto mostruosità statale (Curaviva, senesuisse), va respinto (VLSS, PKS, Spitex). In particolare, non si dovrà consentire la creazione di un'istituzione di diritto pubblico (VLSS). Curavia e senesuisse sono dell'avviso che l'istituzione proposta nel presente avamprogetto sarebbe in parte dotata di **facoltà al limite del poliziesco**. Curaviva e senesuisse ritengono che si correrebbe il rischio di favorire prescrizioni e compiti sproporzionati, costosi e addirittura insensati invece di promuovere le soluzioni pragmatiche e motivanti delle imprese e delle associazioni.

La Confederazione dovrebbe mettere da parte il progetto del Centro e destinare invece i mezzi a disposizione a **coordinare l'impegno dei fornitori di prestazioni**, sostenere ulteriori programmi e **consolidare le istituzioni** già presenti (H+, PKS, K3).

I lavori in materia di qualità oggi in corso presso diversi partner del settore sanitario non devono essere integrati o sostituiti da un Centro nazionale per la qualità (H+). Il progetto di legge non illustra in che modo il nuovo Centro dovrebbe migliorare la qualità delle prestazioni e aumentare la sicurezza dei pazienti (H+). Il Centro in sé non crea **alcun valore aggiunto** (H+). Una nuova organizzazione aumenterebbe la complessità e modificherebbe processi e ruoli degli altri attori, assorbendo risorse (H+).

Curaviva e senesuisse mettono in dubbio che il Centro sia in grado di eseguire i propri incarichi in modo soddisfacente soprattutto per quanto concerne il **settore delle case di cura**.

Per tale ragione VLSS chiede di ritirare il progetto di legge, sostituirlo con un testo più snello e adeguato agli interessi pubblici in gioco e **sottoporre a nuova consultazione** questo progetto di legge aggiornato.

Una nuova organizzazione aumenterebbe la **complessità**. Dal momento che il Centro non sostituirebbe i partner esistenti, entrerebbe in gioco un nuovo attore (H+). È pertanto da preferire una **soluzione sotto forma di rete** che preveda il consolidamento delle organizzazioni esistenti (H+). Gli obiettivi prefissati possono essere raggiunti anche senza creare un Centro, unendo correttamente le forze e conferendo le competenze ai giusti partner (H+).

L'importante **ruolo di networking e di coordinamento** di tutti gli attori e di tutte le attività sempre citato nelle discussioni a margine come uno dei compiti principali del Centro non sarebbe contemplato nella legge. Gli organi menzionati (consiglio di amministrazione, direzione e ufficio di revisione) non soddisferebbero questa esigenza (H+).

I compiti e gli obiettivi del Centro per la qualità **non sono definiti con sufficiente precisione** (PKS). Lo stesso vale per la collaborazione e il networking del Centro per la qualità con i partner e con le altre istituzioni del settore sanitario. La gamma di interessi è troppo ampia e i dati non sono abbastanza concreti (PKS, PSS).

Mancherebbero soprattutto le condizioni quadro per poter valutare la qualità dei percorsi di trattamento integrati. Inoltre, le misurazioni della qualità nel settore ambulatoriale dovrebbero coincidere o essere armonizzate con quelle nel settore ospedaliero (PKS).

Per quanto concerne il **ruolo degli attori**, nei loro pareri Curaviva e senesuisse fanno notare che l'istituzione del Centro per la qualità secondo il presente avamprogetto potrebbe significare una massiccia **riduzione delle competenze cantonali** già esistenti nel **settore delle case di cura**.

L'approccio top down sarebbe in contrasto con l'organizzazione decentralizzata del settore sanitario nella quale soprattutto i Cantoni hanno un ruolo fondamentale (H+).

Poco chiara sarebbe anche la definizione delle priorità, con il rischio che utili iniziative in materia di qualità potrebbero perdersi lungo il percorso (Swiss Reha, Curaviva, senesuisse). Swiss Reha è dell'avviso che bisognerebbe concentrarsi soprattutto sugli elementi del mandato legislativo di assicuratori-malattie e fornitori di prestazioni in vigore dal **1996 e non ancora attuati**.

I collegamenti o una **futura collaborazione** tra il Centro nazionale e gli attori finora esistenti è stato solo accennato ma **non illustrato in modo chiaro** (Swiss Reha). Il ruolo degli altri attori nel settore della misurazione e dello sviluppo della qualità non viene definito o viene descritto in modo non sufficientemente preciso (PKS).

Le cliniche e gli ospedali rappresentati dai membri di K3 sono dell'avviso che le attività volte a sviluppare la qualità e a garantire la sicurezza dei pazienti sono da intendersi come **compiti** primordiali di **qualsiasi impresa** (K3). Da una parte sussiste l'obbligo di fornire ai pazienti il miglior trattamento possibile, dall'altra è nell'interesse di ogni impresa che intenda sopravvivere offrire un livello di qualità e sicurezza buono o se possibile anche superiore alla media (K3).

Il rapporto esplicativo (pagina 3) menziona che i processi e i ruoli degli attori esistenti resteranno invariati (H+, Curaviva, senesuisse). I dubbi in merito tuttavia sono molto forti. Inoltre, bisognerebbe tenere presente che gli attori oggi presenti si ritirerebbero per attendere la costituzione del Centro federale, invece di continuare a impegnarsi in questo ambito (H+). Bisogna inoltre considerare che l'impegno sinora profuso continuerebbe a sussistere ma sarebbe ulteriormente ampliato con programmi, prescrizioni e controlli statali (Curaviva, senesuisse).

La qualità determinante potrebbe e dovrebbe essere definita solo dalle organizzazioni specializzate competenti. Questo principio non è però contenuto nel progetto di legge. Inoltre, non vi è nessuna indicazione che l'Accademia svizzera per la qualità nella medicina ASQM fondata da FMH sarà presa in considerazione (SVLSS).

Invece di creare un Centro nazionale per la qualità, gli attori coinvolti (ANQ e i suoi partner H+, santésuisse, UFSP, assicuratori sociali, Cantoni, Principato del Liechtenstein, GDK, Fondazione per la sicurezza dei pazienti Svizzera) dovrebbero essere rafforzati o maggiormente coinvolti (PKS).

Le organizzazioni esistenti nell'ambito della misurazione e dello sviluppo della qualità sono composte e rappresentate da persone attive a livello pratico; per tale ragione godono di un ampio consenso che non potrebbe essere replicato da un Centro federale per la qualità (PKS, Curaviva, Spitex).

Nel quadro dei progetti relativi alla qualità, l'Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio collabora già con notevole successo con l'Ufficio federale della sanità pubblica, con l'Ufficio federale di statistica e con Obsan (Spitex).

Curaviva e senesuisse temono che la mole di dati raccolti sia eccessiva, che il rilevamento risulti troppo complesso e dispendioso e che al momento della pubblicazione i dati siano già obsoleti. Ciò si ripercuoterebbe negativamente anche sulle case di cura e sul loro personale. L'idea di rilevamenti e valutazioni supplementari di dati dovrebbe essere verificata sotto il profilo del rapporto costi-benefici (Curaviva, senesuisse).

Un pagamento o un indennizzo degli istituti di cura e del loro personale di cura e assistenza per questa attività non sarebbe previsto nell'avamprogetto (Curaviva, senesuisse).

Per quanto concerne il **finanziamento**, Curaviva e senesuisse, fanno notare che il Centro comporterebbe ulteriori **costi per i contribuenti**, senza un beneficio documentabile. Per Curaviva e senesuisse, tuttavia, l'aspetto più negativo di questo ulteriore dispendio di tempo sarebbe la corrispondente riduzione del tempo dedicato alla cura e all'assistenza dei pazienti.

È innanzitutto evidente che questo progetto comporterebbe un aumento dei costi, e, in contraddizione con le affermazioni del DFI, **non avrebbe quindi più un effetto di contenimento dei costi** (VLSS). Un ampliamento dei compiti già in essere sulla base della LAMal non sarebbe decisivo sotto questo aspetto (VLSS).

Le **piattaforme nazionali** sono uno strumento importante con il quale incanalare nella giusta direzione l'adempimento dei compiti di garanzia della qualità (VLSS).

Benché l'importanza delle piattaforme nazionali sia citata nel rapporto esplicativo, il testo di legge non ne fa menzione. Il diritto di audizione si limiterebbe invece ai controlli scientifici sistematici che dovrebbero essere eseguiti al fine di garantire la qualità e un impiego mirato delle prestazioni (VLSS).

Per l'**Health Technology Assessment** non è necessario creare un Centro, bensì chiarire il contenuto e i processi dell'omologazione delle prestazioni, della professionalizzazione delle strutture e dell'incremento dei mezzi finanziari (H+).

Ad esempio, l'esistenza della **Fondazione per la sicurezza dei pazienti** risulterebbe minacciata se la Confederazione intendesse realizzare all'interno del suo Centro programmi per la sicurezza dei pazienti oggi gestiti dalla Fondazione (H+). H+ apprezza il sostegno dei progetti pilota della Fondazione da parte dell'UFSP e vede questo modello come il più adatto anche per progetti futuri (H+).

La circostanza che per il **settore medico-ambulatoriale non** sono ancora stati applicati **contratti relativi alla qualità**, come menzionato nel **rapporto esplicativo**, corrisponde ai fatti. Per tale ragione la Confederazione dovrebbe eventualmente concentrarsi su questo elemento invece di criticare o addirittura mettere a rischio lavori e organizzazioni già esistenti. La Confederazione non ha mai sfruttato il proprio diritto a prescrivere requisiti in materia di qualità e non ha mai comunicato agli attori del settore sanitario quali sono le sue aspettative nei loro confronti (H+).

Il **rapporto esplicativo sul progetto di legge** non menziona che la mozione 12.3333 «Garanzia della qualità. Creare le basi per paragonare le prestazioni delle case per anziani e di cura» è stata respinta all'unanimità dal Consiglio di Stato. Sussiste dunque – anche in riferimento ai voti parlamentari – la volontà univoca del legislatore di non costringere le case di cura ad accettare l'imposizione di una strategia di qualità della Confederazione, ma di dare la precedenza alla soluzione messa a punto dal settore (Curaviva, senesuisse).

Curaviva e senesuisse non condividono la valutazione estremamente negativa dei lavori sinora svolti nel settore della qualità e dell'impiego mirato delle prestazioni. Soprattutto negli istituti per la cura degli anziani e dei disabili, sia la qualità in termini medici sia in particolare l'altrettanto importante qualità di vita delle persone interessate sono migliorate enormemente.

2.1.4 Assicuratori

(curafutura, Groupe Mutuel, MTK, RVK, santésuisse, SVV)

La maggior parte degli assicuratori **non è favorevole** al Centro, la cui creazione è sostenuta solamente da MTK.

Curafutura accoglie con favore l'impegno della Confederazione nell'ambito della garanzia della qualità e della valutazione delle tecnologie sanitarie e **riconosce la potenziale utilità della creazione di un Centro**. Lamenta tuttavia l'assenza di spiegazioni concrete (obiettivi formulati in modo chiaro) e di una presa di posizione chiara in merito al coinvolgimento sostanziale dei portatori d'interessi. Sotto molti aspetti la Confederazione disporrebbe già oggi delle competenze e degli incarichi necessari. In particolare, il Centro non dovrebbe occuparsi da sé di HTA e misure di garanzia della qualità, ma incaricare istituzioni e organizzazioni già esistenti. Inoltre, non sarebbe opportuno attribuire alla Confederazione la competenza di definire programmi e progetti nazionali per la garanzia della qualità e di stabilire un impiego mirato delle risorse (conflitti a livello di obiettivi).

Groupe Mutuel **accoglie con favore** la definizione di una strategia nazionale in materia di qualità e la formulazione dei relativi programmi da parte dei partner tariffali, **ma non è favorevole alla creazione di un Centro per la qualità**. È infatti del parere che la Confederazione dovrebbe limitarsi a fissare a livello legislativo le condizioni quadro nonché le misure/sanzioni da applicare in caso di mancato rispetto di tali condizioni. Queste ultime potrebbero essere integrate nella LAMal, senza bisogno di una nuova legge. Groupe Mutuel è favorevole anche alla collaborazione con i fornitori di prestazioni. L'organizzazione della garanzia di qualità potrebbe essere assunta dalle strutture esistenti e già riconosciute in questo ambito e in particolare da ANQ.

MTK sostiene gli obiettivi menzionati nell'avamprogetto relativi alla **fondazione di un Centro per la qualità** nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Approva in particolare il sistematico

esame periodico delle prestazioni esistenti, l'horizon scanning, l'apertura a una collaborazione nazionale e l'istituzione di piattaforme nazionali.

RVK sostiene l'impegno del Consiglio federale volto a **potenziare** l'economicità e l'assicurazione della qualità delle prestazioni e dei trattamenti nell'ambito dell'AOMS, ma non condivide la proposta di istituire un Centro per la qualità, la cui funzione non sarebbe ben definita. Inoltre, RVK non approva l'utilizzo dei premi ai fini del finanziamento. Infine si rinvia al parere di *santésuisse*, le cui osservazioni critiche e proposte alternative sono pienamente condivise.

santésuisse sostiene l'intento della Confederazione di **migliorare la qualità e contenere i costi**, ma ritiene che il **Centro per la qualità non rappresenti la scelta giusta** per raggiungere l'obiettivo. In questo contesto, il Centro creerebbe infatti doppiopioni per gli assicurati, senza apportare in cambio un valore aggiunto concretamente misurabile. *santésuisse* non è pertanto favorevole alla proposta di creazione di un Centro per la qualità. La Confederazione dovrebbe invece impegnarsi per migliorare le condizioni quadro, affinché gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possano assumere insieme i ruoli a loro assegnati nell'ambito della LAMal e portare avanti il lavoro in materia di qualità. Un punto critico è rappresentato anche dal carattere non vincolante delle prescrizioni in materia di qualità. Senza l'obbligatorietà, infatti, gli assicuratori-malattie non possono assumere appieno il proprio ruolo, vale a dire richiedere sanzioni presso il Tribunale arbitrale. Il Centro non garantirebbe agli assicurati sufficiente ascolto. Viene inoltre espresso parere sfavorevole per quanto concerne il finanziamento attraverso i premi. Inoltre, invece di creare nuove strutture parallele, dovrebbero essere sfruttate le **organizzazioni esistenti come EQUAM, ANQ, QUALAB o la Fondazione per la sicurezza dei pazienti**, che dispongono già del know how necessario. L'UFSP potrebbe assumere un ruolo di coordinamento, per il quale tuttavia la creazione di un Centro non sarebbe necessaria. Inoltre, la gamma dei compiti sarebbe confusa e incompleta. Vi sarebbe necessità di agire anche nel settore della valutazione delle tecnologie sanitarie e del riesame periodico delle prestazioni dell'AOMS. Molte prestazioni non sono state verificate a sufficienza rispetto ai criteri EAE. Non vengono tuttavia accettate né l'integrazione dei compiti HTA nel Centro né la regolamentazione nel quadro di una nuova legge federale. Il coordinamento del processo HTA non dovrebbe essere assunto dall'UFSP, bensì da un'istituzione esterna e indipendente nell'ambito delle condizioni quadro definite nel consenso SwissHTA.

SVV accoglie con favore l'intenzione del Consiglio federale di promuovere la qualità e l'economicità delle prestazioni e dell'assistenza nonché la trasparenza nell'assicurazione sociale malattie. Tuttavia ritiene la creazione del Centro **non adeguata a raggiungere tale obiettivo** e pertanto la rifiuta. Si teme infatti che un ulteriore attore possa rendere il contesto ancora più complesso. Gli assicuratori-malattie o le loro associazioni non parteciperebbero al Centro, che genererebbe invece ulteriori oneri per gli assicuratori-malattie. Il supplemento del premio sarebbe difficile da comprendere per gli assicurati. Si fa inoltre notare l'assenza di un'analisi relativa ai possibili effetti del Centro su altre assicurazioni (sociali). Un'ulteriore verifica dettagliata da parte dell'UFSP delle alternative al Centro sarebbe molto apprezzata. In questo senso sarebbero da considerare innanzitutto una revisione parziale della LAMal e il perseguimento degli obiettivi fissati nell'avamprogetto nell'ambito delle strutture esistenti.

2.1.5 Associazioni mantello dell'economia

(*asd, cP, economiesuisse, FER, SBLV, SGB, sgV*)

asd accoglie con favore l'**impegno in materia di qualità**, ma ritiene che il Centro non sia necessario. Rileva che i compiti del Centro per la qualità enunciati nell'avamprogetto si sovrappongono in molte aree alle attività di organizzazioni già esistenti, rendendo necessarie verifiche più approfondite.

L'istituzione di un Centro non convince *cP*, che si dichiara nettamente **a sfavore**. L'attività dell'UFSP verrebbe sostituita da procedure più complesse. Viene sostenuta la soluzione di rete, che si fonda sulle competenze sviluppate dalle diverse istituzioni.

Economiesuisse **respinge un istituto per la qualità a livello centrale e nazionale**, facendo notare come nell'ambito della gestione del sistema sanitario non vi sia un'impellente necessità di agire e le basi legali siano sufficienti. Una gestione della qualità a livello centrale presenta quattro ambiti problematici: le esperienze fatte all'estero con istituzioni centralizzate non sono incoraggianti (accenno all'istituto britannico per la qualità «NICE»); i ruoli e i compiti sono formulati in modo molto ampio; l'istituzione di una nuova struttura parallela

sarebbe inevitabile e genererebbe nuove necessità a livello di coordinazione; l'approccio centrale avrebbe l'effetto di ridurre la motivazione alla base e l'attenzione non dovrebbe essere posta unicamente sull'AOMS. Il finanziamento non potrebbe essere giustificato attraverso un ulteriore aumento dei premi, bensì tramite le imposte o una tassa da applicare ai fornitori di prestazioni. Bisognerebbe prendere in considerazione uno slittamento delle priorità verso l'**UFSP**.

L'istituzione di un Centro nazionale per la qualità **non convince** FER, che pertanto non accoglie con favore il progetto. FER ritiene che le strutture esistenti siano sufficienti e debbano essere sostenute al fine di consolidare il lavoro degli attori già presenti.

SBLV esprime molto **scetticismo** in merito al Centro e dubita che una tale istituzione consentirà di raggiungere gli obiettivi prefissati. Si teme che la creazione del Centro comporterebbe oneri aggiuntivi in termini di costi e di lavoro.

SGB accoglie con favore l'impegno della Confederazione nel creare basi legali e strutture che possano svolgere una funzione di coordinamento e di sostegno nell'ambito della garanzia della qualità e della sicurezza dei pazienti. Per contro, i campi d'azione sarebbero troppo ristretti; ad esempio quelli nel settore della **cura** e delle **condizioni di lavoro** dovrebbero essere **ampliati** e le misure proposte dovrebbero essere integrate con progetti orientati al processo di cura. Al personale dovrebbe essere applicata la legislazione sul personale federale. Le organizzazioni dei pazienti e i partner sociali dovrebbero essere rappresentati sia nel consiglio di amministrazione sia in seno alla Piattaforma nazionale.

sgv **respinge con decisione** l'istituzione di un Centro indipendente e **l'avamprogetto nel suo complesso**. Gli sforzi intrapresi negli scorsi anni sono stati molteplici e la sanità svizzera è sulla buona strada. La necessità di agire riguarda solo alcune aree limitate e gli obiettivi vanno perseguiti nell'ambito delle strutture esistenti (ANQ, SwissHTA) e in primo luogo con i mezzi attualmente a disposizione. Eventuali adeguamenti andrebbero integrati nella LAMal e non dovrebbero essere oggetto di una legge separata. Negli ambiti che necessitano di un intervento, la Confederazione dovrebbe agire con le attuali risorse di personale dell'UFSP. I costi previsti per il Centro sono troppo elevati e nuovi aumenti dei premi delle casse malati vengono nettamente respinti.

2.1.6 Partiti politici

(PPD, UDF, UDF Cantone di San Gallo, PS, PS60+, PLR, UDC)

La maggior parte dei partiti politici **rifiuta** la creazione di un **Centro** per la qualità. PS e PS60+ sono in linea di principio a favore del Centro, mentre tutti gli altri partiti si esprimono contro il progetto di legge.

Il PPD accoglie con favore l'impegno in materia di qualità, ma respinge la forma del centro di competenze. Si esprime invece a favore della **creazione di strutture e dell'organizzazione in seno all'UFSP**. Invece di istituire nuove strutture parallele, dovrebbero essere coinvolte istituzioni esistenti e di provata efficacia come ANQ, QUALAB o Stiftung für Patientensicherheit. L'applicazione dei requisiti in materia di qualità non sarebbe contenuta nel capitolato d'oneri. Il PPD sostiene la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) nonché l'esame di un impiego mirato e dell'utilità delle prestazioni. La considerazione delle esperienze internazionali è giudicata fondamentale. Si richiede altresì un finanziamento paritetico, ritenendo non giustificato un finanziamento derivante unicamente da coloro che pagano i premi.

UDF è del parere che un nuovo **Centro per la qualità non sia necessario**. Sostiene l'obiettivo di un controllo incisivo di efficacia, qualità ed efficienza nel settore sanitario, ma ritiene inutile la creazione di un Centro, in quanto le risorse disponibili potrebbero trovare un impiego più efficace e mirato grazie a un'ottimizzazione commisurata alle necessità e soprattutto a un migliore coordinamento delle organizzazioni e delle istituzioni esistenti. Il Centro sarebbe un'organizzazione parallela del tutto inutile, che quasi dal nulla detterebbe regole alle organizzazioni del settore sanitario e genererebbe costi senza un'effettiva controprestazione gonfiando i compiti amministrativi.

L'UDF del Cantone di San Gallo rifiuta il progetto del Centro. In particolare sottolinea che il rapporto tra professionisti della sanità e pazienti soffre sempre più della mancanza di tempo, generando costi. Il progetto di legge sarebbe un tentativo di far rientrare dalla porta di servizio il già fallito progetto della **legge sulla prevenzione** e rappresenterebbe un'inutile complicazione burocratica. Gli obiettivi sono meritevoli di sostegno, ma vi è il timore di un razionamento delle prestazioni sanitarie.

Il PS sostiene gli obiettivi della Confederazione e sottolinea che la fondazione di un Centro nazionale per la qualità rappresenterebbe una parte della **Strategia Sanità2020** definita dal Consiglio federale e soddisferebbe uno degli obiettivi fissati nei campi d'azione. Per il PS la Svizzera può in questo modo recuperare il ritardo rispetto ad altri Stati che hanno già avviato programmi simili e permettere alla popolazione di accedere a prestazioni mediche d'eccellenza e a cure più efficaci. In tal senso il progetto va dunque nella direzione giusta e pone gli interessi dei pazienti al centro degli sforzi. Il catalogo dei compiti viene approvato, nonostante il rapporto esplicativo presenti lacune in merito alle informazioni su trasparenza e coordinamento, che andrebbero migliorate. Il PS ritiene che i nuovi compiti andrebbero affrontati di concerto con gli ambienti specializzati nel settore della ricerca medica e sociale. Il Centro dovrebbe altresì confrontarsi in modo più approfondito con le strutture di assistenza e non limitare le sue attività all'ambito della LAMal. Le competenze del Centro devono essere ampliate affinché sia assicurata la funzione di regolamentazione e le raccomandazioni abbiano un carattere vincolante. Il maggior peso dell'HTA nella valutazione delle nuove tecnologie è ritenuto centrale.

PS60+ respinge l'avamprogetto e dubita che gli obiettivi prefissati possano essere raggiunti con la creazione di un Centro. Un tale istituto ha senso soltanto se, tra le altre cose, è competente per **dirigere, controllare e infliggere sanzioni**. Per ottenere miglioramenti della qualità, occorre innanzitutto investire nel personale per l'assistenza ai pazienti, perché la migliore garanzia di un'assistenza sanitaria di buona qualità è un personale ben formato. PS60+ ritiene che l'obbligo dei Cantoni di definire prescrizioni vincolanti in materia di qualità nei confronti dei fornitori di prestazioni dovrebbe essere rafforzato. L'importanza ascritta al settore di lunga degenza sarebbe insufficiente, i campi d'azione troppo ristretti e il settore della migrazione non sarebbe considerato.

Il PLR respinge il progetto di legge e quindi anche il Centro in quanto costosa struttura parallela e individua l'approccio corretto nella soluzione di rete. Negli ultimi dieci anni il settore della garanzia della qualità ha compiuto notevoli progressi. Il PLR ritiene che un Centro per la qualità soppianterebbe i progetti in corso, soffocando le innovazioni in questo importante settore. La realizzazione proposta solleva perplessità in merito alla questione dei costi. Inoltre, si creerebbero doppioni invece di sfruttare le sinergie. L'approccio top down è destinato a fallire. L'UFSP viene esortato ad adeguare la propria organizzazione in modo da soddisfare finalmente gli obblighi legali nel quadro degli articoli 22a, 32-33, 36-40 e 58 LAMal. A tal fine non sarebbe necessaria una nuova legge, ma sarebbe sufficiente adeguare o integrare la LAMal, fondandosi su misure e attività dei portatori d'interessi già esistenti e dimostrate efficaci (consenso Swiss HTA). In tal senso la Confederazione avrebbe una chiara competenza decisionale (decisione).

L'UDC ritiene che questo **impegno inefficace e centralistico** e un apparato di controllo tecnocratico vadano rifiutati con decisione. Termini come qualità, sicurezza ed economicità non devono illudere e distogliere dal fatto che con questo progetto la Confederazione intende perseguire un'ulteriore nazionalizzazione e standardizzazione, realizzata a spese di chi paga i premi e le imposte senza un ritorno di valore aggiunto. In merito agli obiettivi fondanti dell'avamprogetto non vi sarebbe nulla da obiettare, ma il percorso intrapreso per raggiungerli è quello sbagliato. Invece di seguire una tendenza statalista e centralistica, creando nuove e confuse competenze attraverso nuove leggi, la Confederazione dovrebbe assumersi le competenze che la LAMal già ora le attribuisce. Un Centro, in quanto struttura parallela, reprimerebbe l'impegno in materia di qualità già in corso e rivelatosi in larga parte molto efficace. I ruoli e i compiti formulati in modo aperto porterebbero a un ampliamento dell'attività di controllo. Le misure previste non ridurrebbero i costi, ma li farebbero aumentare. Ulteriori prescrizioni e misurazioni superflue porterebbero alla mancanza di risorse finanziarie e di personale, per esempio nell'assistenza ai pazienti, o a un ulteriore aumento dei costi. Andrebbero invece promosse l'autoreponsabilità e una sana concorrenza.

2.1.7 Altre istituzioni del settore sanitario

(ANQ, BFG, CSCQ, Caritas Schweiz, CardioVasc Suisse, EQUAM, Gesundheitsförderung Schweiz, Institute for Innovation & Valuation in Health Care, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Krebsliga Schweiz, Swiss Medical Board, Medical Woman Switzerland, PULSUS, QualiCCare, QUALAB, Strategic Advisory Board, SAMW, Swissnoso, Patientensicherheit Schweiz, sQmh, SRK, SSR, VASOS, FSP, labmed, EVS, SVBG, SSO, SVDE, pharmaSuisse, SDV, Verein Komplikationenliste VKL, K/SBL, ARLD, physioswiss, FAMH, Verein zur Förderung der Neurovegetativen und Ganzheitlichen Gesundheit)

ANQ sostiene l'impegno della Confederazione per il **miglioramento della qualità** e l'incremento della **trasparenza** e della **sicurezza dei pazienti** nella sanità svizzera. Sono apprezzati in particolare lo stanziamento di fondi finanziari supplementari, il rafforzamento del coordinamento e del sostegno nell'ambito del networking e la diffusione di iniziative inerenti alla qualità. ANQ percepisce il Centro per la qualità come struttura parallela delle organizzazioni già esistenti e ritiene che gli obiettivi del progetto **non possano essere raggiunti con l'istituzione di un Centro**. In virtù delle prestazioni finora erogate, ANQ sarebbe destinata anche in futuro a valutare la qualità nel settore delle cure ospedaliere e a pubblicare i risultati. Ad oggi la necessità di agire nell'ambito della misurazione della qualità risiede nel settore delle cure ambulatoriali nonché nei collegamenti tra il settore delle cure ambulatoriali e quello delle cure ospedaliere. Secondo ANQ la Confederazione dovrebbe creare condizioni quadro mirate per essere in grado di valutare la qualità dei percorsi integrati di trattamento. L'introduzione di misurazioni della qualità nel settore delle cure ambulatoriali dovrebbe avvenire in armonia con le misurazioni già effettuate nel settore delle cure ospedaliere.

BFG è dell'opinione che la **complessa creazione di un istituto di diritto pubblico** non sia necessaria per svolgere le attività menzionate nell'avamprogetto. L'UFSP ha infatti già oggi la possibilità di affidare incarichi a terzi. Ciò che serve non è un Centro per qualità, bensì un mandato di prestazioni per le organizzazioni già attive in questo ambito. Il settore HTA non necessita di «prestazioni di mantenimento», ma di una piattaforma di coordinamento attraverso cui gli studi HTA possano essere affidati a istituzioni che dovrebbero essere accreditate o certificate dalla Confederazione. Anche in questo caso la creazione in un'istituzione di diritto pubblico non sarebbe necessaria.

CSCQ, che effettua esperimenti round robin su incarico di Qualab, **sostiene** la creazione di un Centro per la qualità.

CTS accoglie con favore l'**impegno della Confederazione** per la qualità delle prestazioni e ritiene che la creazione del Centro per la qualità sia una misura importante. Raccomanda di includere tra gli obiettivi la garanzia delle pari opportunità per tutti nell'accesso alle prestazioni del sistema sanitario.

L'organizzazione CardioVasc Suisse accoglie con favore il proposito della Confederazione di promuovere **qualità, sicurezza dei pazienti e trasparenza** e stanziare i mezzi finanziari a tale scopo. Tuttavia, ritiene che il campo di applicazione della nuova legge dovrebbe andare oltre l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Un Centro per la qualità a livello federale non dovrà creare **strutture parallele**. Le iniziative efficaci e già esistenti dovrebbero essere ottimizzate e integrate in modo mirato e la complessità nella collaborazione tra gli attori dovrebbe essere ridotta e non aumentata. Allo stato attuale la necessità di agire risiede soprattutto nel settore delle cure ambulatoriali e nei collegamenti tra il settore delle cure ambulatoriali e quello delle cure ospedaliere.

EQUAM approva il fatto che la Confederazione desideri **rafforzare la promozione** di una garanzia della qualità da tempo rivendicata. Ritiene che un Centro della Confederazione dispendioso in termini di costi e risorse non sia necessario e che sia invece più utile **promuovere le istituzioni e le iniziative già esistenti**. Inoltre, un Centro per la qualità sarebbe dannoso per le attività di EQUAM, se tale fondazione non fosse coinvolta ma dovesse entrare in concorrenza con il Centro. Ciò vale ovviamente anche per altri operatori del settore. Per tale ragione EQUAM preferirebbe la variante «rete» con il coordinamento della Confederazione. La Confederazione dovrebbe sostenere le organizzazioni esistenti e non entrare in concorrenza con esse. EQUAM vorrebbe assumere un ruolo di primo piano nella garanzia della qualità nel settore delle cure ambulatoriali.

Gesundheitsförderung Schweiz sostiene gli obiettivi dell'avamprogetto in merito a miglioramento della qualità, sicurezza dei pazienti e riduzione dei costi nel sistema sanitario. La **creazione di un Centro** nonché l'istituzione della piattaforma nazionale della qualità e della piattaforma nazionale dell'HTA sono accolte con favore.

L'Institute for Innovation & Valuation in Health Care ritiene meritevole di approvazione il proposito della Confederazione di istituzionalizzare l'**HTA**. Una maggiore integrazione del Swiss Medical Board potrebbe contribuire a incrementare l'accettazione e a evitare strutture multiple.

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit accoglie con favore un **Centro per la qualità** nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I compiti del Centro dovrebbero essere integrati come segue: (1) elaborazione e promozione di strategie di miglioramento efficaci, efficienti e sostenibili; (2) sostegno e coordinamento di formazione e perfezionamento nel settore «gestione della qualità» con corsi riconosciuti a livello nazionale nell'ambito della medicina, dell'assistenza e delle professioni terapeutiche; (3) creazione e gestione di una rete per la gestione della qualità e di strategie di miglioramento nel settore sanitario

costituita da delegati di tutte le professioni mediche e sanitarie nonché (4) formulazione di proposte all'attenzione del Consiglio federale in merito alla nuova regolamentazione sulla responsabilità e sull'assunzione dei costi in caso di errori di trattamento.

Krebsliga Schweiz accoglie con favore l'**impegno della Confederazione**, che coincide anche con obiettivi cruciali del Programma nazionale contro il cancro 2011-2015 e con la Strategia nazionale contro il cancro 2014–2017 varata dal Dialogo «Politica nazionale della sanità». Sostiene l'intento di investire fondi supplementari in questo settore e di promuovere il coordinamento e la collaborazione tra i diversi attori del settore. Il rapporto menziona diversi sforzi in materia di qualità attualmente già in atto. Krebsliga Schweiz ritiene che questi dovrebbero essere portati avanti e sviluppati in modo che le loro raccomandazioni abbiano un carattere più vincolante. A tale scopo la ripartizione dei compiti e i ruoli dovrebbero essere definiti più concretamente. Nel settore dell'analisi e della garanzia della qualità in particolare è auspicata una concentrazione delle risorse.

Swiss Medical Board fa notare che un'organizzazione HTA gestita e controllata al 100 per cento dalla Confederazione e i suoi prodotti non sarebbero percepiti come indipendenti e neutrali. Anche il coinvolgimento degli attori negli organi consultivi non modificherebbe questa situazione. Swiss Medical Board sostiene pertanto la creazione di un'**agenzia HTA indipendente** a livello operativo dalla Confederazione e dall'Amministrazione federale, gestita con un mandato di prestazioni e fondata su una base finanziaria stabile. A tal fine bisognerebbe ampliare le strutture esistenti, sfruttando così le esperienze e le prestazioni già fornite da Swiss Medical Board e da altri attori ed evitando così i doppioni. Fa notare che con lo Swiss Medical Board e con la convergenza avviata con SwissHTA sono stati creati i presupposti e le strutture di base, che si adattano perfettamente a mettere in atto il coordinamento e l'esecuzione dei programmi HTA su incarico della Confederazione.

Medical Woman Switzerland approva in linea di massima il progetto di legge e in particolare il proposito di creare una **piattaforma nazionale indipendente**. Inoltre, è importante che i portatori d'interessi non siano bloccati dalla realizzazione del Centro. Gli incarichi inerenti alla valutazione delle tecnologie sanitarie dovrebbero essere organizzati in modo totalmente slegato da quelli relativi al settore della qualità.

L'associazione PULSUS ritiene che l'assunto di un effetto di riduzione dei costi e di miglioramento della qualità del progetto di legge manchi di qualsiasi fondamento. L'avamprogetto non considera i fornitori di servizi di qualità quali medici, dentisti e terapeuti né le organizzazioni competenti e promuove la creazione di **doppioni**. Per tale ragione PULSUS rifiuta il progetto con estrema decisione. PULSUS propone inoltre che il coordinamento del processo HTA non sia svolto tramite l'UFSP ma attraverso un'istituzione esterna e indipendente sulla base delle condizioni quadro definite nel consenso SwissHTA.

Verein QualiCCare è espressamente a favore degli sforzi del Consiglio federale per **incrementare la qualità e coordinare le misure in materia di qualità** nel settore sanitario svizzero. Tuttavia, QualiCCare considera la concentrazione sulla LAMal come una visione troppo limitata. QualiCCare ritiene che l'avamprogetto punti su un'**eccessiva centralizzazione** presso la Confederazione per quanto concerne l'attuazione dei compiti e non consideri a sufficienza le competenze degli attori del settore sanitario e le numerose attività già in essere nell'ambito della qualità. Quest'associazione stima inoltre che il nome in sé («Centro per la qualità») potrebbe dare adito a problemi di accettazione e preferirebbe pertanto una denominazione del tenore di «organo di coordinamento». Nel settore della valutazione delle tecnologie sanitarie QualiCCare sostiene l'esigenza di sottoporre a esame regolare secondo i criteri EAE le prestazioni già esistenti nel catalogo delle prestazioni e di effettuare un «horizon scanning» sistematico. Ritiene che la Confederazione, in quanto organo decisionale, non dovrebbe eseguire gli assessment HTA. Questo compito dovrebbe piuttosto essere assolto da partner economici esterni e indipendenti, mentre gli appraisal rientrerebbero nei compiti della nuova unità organizzativa e la decisione sarebbe compresa nella giurisdizione della Confederazione (Commissione federale delle prestazioni o Consiglio federale).

QUALAB accoglie con favore il fatto che la Confederazione intenda approfondire la promozione della garanzia della qualità da tempo invocata e sia pronto a stanziare **mezzi finanziari supplementari** a tale scopo. Ritiene tuttavia che la creazione di un ulteriore istituto non genererebbe **alcun valore aggiunto** in termini di garanzia della qualità nel settore delle analisi mediche di laboratorio. La promozione dovrebbe invece riguardare le istituzioni e le iniziative esistenti, che potrebbero così essere sviluppate tenendo conto degli interessi nazionali. Inoltre, la Confederazione dovrebbe adoperarsi con più decisione per garantire, esigere e verificare l'esecuzione delle relative misure.

Lo Strategic Advisory Board dell'UFSP ritiene che la creazione di un **Centro** nazionale darà un **forte impulso** al miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti. Il servizio di consulenza scientifica dell'UFSP approva il fatto che l'attuale Stiftung für Patientensicherheit verrà integrata nel Centro e ne costituirà il nucleo. Ciò è vantaggioso perché permette di approfittare dell'ampia accettazione di cui gode la Fondazione e di servirsi quindi della visibilità della tematica della sicurezza dei pazienti senza metterla in discussione. Il Centro dovrebbe collaborare con un ampio ventaglio di periti e organizzazioni partner per coinvolgere non soltanto tutti i settori clinici importanti ma anche tutte le discipline accademiche che hanno un ruolo da svolgere per migliorare la sicurezza e la qualità. Sarà necessario realizzare un sostanziale programma di formazione che spazierà da corsi per i pazienti e gli esperti del settore sanitario fino a programmi di PhD (in collaborazione con le università). Sarà importante anche elaborare una formazione che permetta ai manager di sviluppare il know how, gestire il cambiamento e concepire istituzioni sanitarie altamente affidabili. Occorrerà un impegno sostanziale anche per integrare la tematica della sicurezza dei pazienti e della garanzia della qualità nelle diverse formazioni cliniche. I compiti del Centro non dovrebbero consistere soltanto nell'implementazione di programmi di miglioramento ma anche nel coordinamento e nel sostegno delle **attuali attività** nel settore della misurazione della qualità, delle analisi e del miglioramento. La misurazione della frequenza degli adverse events (eventi dannosi per i pazienti) è una base importante per valutare la situazione della sicurezza. È però anche necessario tematizzare la sicurezza di funzione (affidabilità), il monitoraggio degli indicatori di sicurezza, l'anticipazione dei problemi di sicurezza, l'integrazione e l'apprendimento. Il Centro dovrebbe operare anche nella ricerca multidisciplinare per **migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità**. Inoltre, non va posto l'accento soltanto sull'implementazione delle soluzioni esistenti ma anche sull'innovazione e lo sviluppo di nuovi approcci. Infine, è della massima importanza fugare i dubbi sulla possibilità che un singolo Centro nazionale sia abbastanza efficiente da applicare i necessari programmi di miglioramento a una popolazione di 8 milioni di persone. Occorre tenere presente, in sede d'attuazione, la possibilità di sviluppare una rete di centri regionali (centres of improvement) per sostenere le piccole unità di fornitori di prestazioni.

SAMW constata che i tempi sono maturi per **creare un'organizzazione di questo genere**. L'istituto previsto svolgerà tre diversi compiti: garanzia della qualità, health technology assessment e sicurezza dei pazienti. La proposta che questi compiti siano affidati a tre diversi servizi sottoposti a un **organo di controllo** è di importanza centrale per il funzionamento del sistema. Ciascun settore deve essere gestito da un servizio – idealmente Swiss Medical Board per il settore HTA, ANQ per il settore della qualità e Stiftung Patientensicherheit per il settore della sicurezza dei pazienti. Va garantita l'**indipendenza** del Centro da interessi particolari. Le persone attive negli organi non dovrebbero soltanto disporre delle conoscenze e competenze necessarie ma dovrebbero anche assumersi la responsabilità per la neutralità e l'indipendenza del Centro nel suo interno e nei confronti del mondo esterno. Occorre inoltre rilevare che la limitazione all'AOMS riduce considerevolmente l'efficacia della legge. Le piattaforme nazionali devono essere previste dalla legge. Esse vanno prese in considerazione per definire gli obiettivi strategici. SAMW appoggia l'idea di un consiglio d'amministrazione composto da specialisti e non da rappresentanti dei diversi interessi.

Swissnoso considera con favore l'impegno della Confederazione per migliorare la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni, per promuovere la trasparenza in relazione alla qualità e all'impiego appropriato delle prestazioni, incentivare inoltre la sicurezza dei pazienti e sostenere la valutazione delle tecnologie sanitarie. Giudica inoltre positivamente l'intento di investire fondi supplementari in questo settore di compiti e di promuovere il coordinamento e la collaborazione tra i diversi attori del settore. Dovrebbero tuttavia essere adeguatamente coinvolte e consolidate **istituzioni sperimentate** come ANQ, Stiftung für Patientensicherheit, QualiCare o Swissnoso. Il campo d'applicazione della legge prevista è limitato all'AOMS. Quindi occorre assolutamente far sì che il **beneficio per i pazienti** resti prioritario e che l'impegno per migliorare la qualità delle prestazioni, finanziate dall'AOMS, rimanga fondato su una valutazione globale dei costi e dei benefici.

Patientensicherheit approva l'intento della Confederazione di dare maggiore importanza alla qualità dei trattamenti e alla sicurezza dei pazienti stanziando più fondi e di assumere così in maggiore misura la responsabilità attribuita dalla LAMal. Condivide l'opinione che vi sia **grande necessità di intervenire** nel settore e che i fondi e le attività attuali sono di gran lunga insufficienti. Approva che si uniscano le forze in un Centro nazionale, ma ritiene tuttavia necessario rielaborare il progetto di legge. L'**approccio top down** contrasta con l'organizzazione decentralizzata della sanità in Svizzera, in cui i Cantoni svolgono un ruolo particolarmente importante di partner. Un Centro nazionale per la qualità e la sicurezza dei pazienti deve assumere un **ampio ventaglio di compiti tenendo conto degli altri attori** che come finora continuano a occuparsi di aspetti importanti per

la qualità. Patientensicherheit si fonda sostanzialmente sul rapporto, del dicembre 2013, dello Scientific Advisory Board dell'UFSP. I compiti del Centro dovrebbero comprendere: (1) elaborazione e implementazione di standard e direttive nazionali, (2) coordinamento, sostegno e miglioramento di iniziativa esistenti nei settori della sicurezza e della gestione della qualità grazie a una continua innovazione, (3) elaborazione di un rapporto nazionale sulla comprensione della qualità e della sicurezza in Svizzera, (4) concezione ed esecuzione di una ricerca multidisciplinare sulla sicurezza e il miglioramento della qualità, (5) creazione e monitoraggio di un network di portatori d'interessi che non comprenda soltanto i principali attori della sanità, e le università, ma anche i pazienti e la popolazione, (6) elaborazione di un programma globale di formazione con offerte proprie e in stretta collaborazione con i partner, (7) elaborazione e implementazione di programmi nazionali su questioni concrete per incrementare la qualità e la sicurezza dei pazienti, (8) costante benchmarking e newworking su scala internazionale con istituzioni estere riconosciute nel settore della qualità e della sicurezza dei pazienti. In quanto **centro nazionale di competenza**, il Centro deve svolgere sia compiti normativi (think tank, innovazione, definizione di standard ecc.) sia compiti operativi (p. es. lancio ed esecuzione di programmi pilota sul piano nazionale, formazioni). L'**indipendenza** è un altro aspetto importante. I fornitori di prestazioni partecipano volontariamente ad attività da cui a priori non traggono profitto soltanto se sono persuasi che tali attività sono fondate e indipendenti. Inoltre, l'indipendenza di un istituto nazionale della qualità è una condizione per poter trattare i dati sensibili dei fornitori di prestazioni e migliorarne la qualità. In quanto organo direttivo superiore, il consiglio d'amministrazione eletto dal Consiglio federale non potrebbe definire da sé la strategia e non potrebbe quindi svolgere uno dei principali ruoli abitualmente confidati a un organo di questo genere. Il consiglio d'amministrazione diverrebbe così un organo esecutivo del Consiglio federale privo d'indipendenza.

Sotto il profilo strutturale, la normativa proposta si ispira ad analoghi istituti svizzeri con compiti di altro genere: il Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica, l'Accademia svizzera delle scienze, la fondazione Promozione Salute Svizzera o education 21. Tutte queste istituzioni rivestono la forma della fondazione, sono sovvenzionate dalla Confederazione mediante mandati di prestazioni (nel caso di education 21 anche dai Cantoni e dalla società civile) e riscuotono grande fiducia presso i portatori d'interessi.

Nel suo parere, Patientensicherheit formula una **proposta concreta quanto alla struttura del Centro nazionale**. Poiché il Centro deve riunire tre settori connessi ma di diverso contenuto, ci si può ispirare alla struttura dell'Accademia svizzera delle scienze. L'organizzazione mantello riunisce quattro diverse accademie con forme giuridiche, scopi e compiti diversi. Esse svolgono in comune determinate attività e hanno concluso con la Confederazione (SEFRI) una convenzione comune sulle prestazioni, fanno un rapporto annuale sui risultati raggiunti, ma sono ampiamente autonome quanto alla direzione, al budget e al ventaglio delle loro attività.

Nel suo parere sQmh non si pronuncia chiaramente né a favore né contro l'istituto previsto. sQmh **non prende posizione** su come approcciare la tematica. Se il Centro dovesse essere creato, sQmh affiderebbe a un elemento strutturale una **posizione coordinativa** dalla quale i temi principali possano essere indicati, prioritizzati e coordinati sul piano nazionale. sQmh è persuaso della necessità di coordinare e priorizzare temi e attività (poiché la Confederazione dovrebbe/deve formulare le regole), ma per elaborare direttive in materia di qualità e best practice il Centro dovrebbe essere dotato anche di libertà imprenditoriale. Il vincolo imperativo che propone la legge tra il miglioramento della qualità e il rafforzamento della sicurezza dei pazienti da un lato e il contenimento dei costi dall'altra, non è considerato affidabile bensì controproducente. Questo vincolo pregiudica le attività di qualità e mette l'accento sui costi e non sui benefici. Occorre piuttosto sensibilizzare i responsabili alla qualità, poiché le attività del settore devono sempre tenere conto degli oneri e dei benefici. Secondo la sQmh, l'attuazione delle regole sulla qualità implica sempre misure vincolanti e termini per la pronuncia di sanzioni. Inoltre, in materia di qualità occorre sempre mantenere al centro dell'attenzione l'assistenza sanitaria come sistema globale per fornire trattamento e assistenza trasversali ed evitare di focalizzarsi sui singoli elementi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

SRK è molto favorevole alle **finalità generali** della prevista legge federale. Raccomanda di inserire nell'elenco delle finalità la garanzia di pari opportunità di accesso a tutte le offerte della sanità. Rileva inoltre che è stato dimenticato un punto debole dell'ordinamento attuale: la lacunosa **assistenza sanitaria dei migranti**, un gruppo vulnerabile, con cui SRK è confrontata nella sua attività quotidiana. Molti studi hanno mostrato che i pazienti con una storia di migrazione alle spalle, in particolare se non parlano lingue nazionali o le capiscono poco, hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni sanitarie.

SSR ritiene giustificato un istituto nazionale soltanto se, tra le altre cose, è competente per **dirigere, controllare e infliggere sanzioni**. Senza queste competenze in tali settori non possono esservi miglioramenti. Il nuovo istituto indipendente dovrebbe collaborare con Stiftung für Patientensicherheit e ANQ completandone le funzioni senza tuttavia fare loro concorrenza. Secondo SSR non mancano indicatori riconosciuti della qualità, manca invece la volontà di applicarli e agire sulla scorta dei dati disponibili. Va data particolare importanza all'attuazione di misure di promozione della qualità e all'adempimento dei requisiti minimi. Il Centro dovrebbe quindi essere competente per irrogare sanzioni in caso di infrazioni intenzionali o ripetute contro le norme in materia di qualità.

Secondo VASOS numerosi paradigmi permettono di promuovere la qualità nel settore della sanità, alcuni dei quali sono più importanti di quello proposto con l'istituto nazionale per la qualità. Un istituto nazionale ha senso soltanto se, tra le altre cose, è competente per dirigere, controllare e infliggere sanzioni. Senza queste competenze in tali settori non possono esservi miglioramenti. Per ottenere miglioramenti della qualità, occorre innanzitutto investire nel **personale per l'assistenza ai pazienti**, perché la migliore garanzia di un'assistenza sanitaria di buona qualità è un personale ben formato e motivato.

FSP è favorevole all'avamprogetto e ne condivide l'impostazione generale. Ritiene che la finalità perseguita possa in parte essere raggiunta con il Centro previsto, ma rimane perplesso quanto a un Centro senza funzioni regolamentari o sanzionatorie e si chiede se non si debbano piuttosto definire alcuni **obblighi di collaborare**. Non dovrebbero tuttavia essere create strutture parallele, ragion per cui le organizzazioni specializzate e sperimentate, e le università, dovrebbero restare attive nel settore ed essere integrate nel network.

labmed, EVS e SVBG approvano l'impegno della Confederazione per sostenere i Cantoni nell'esercizio della loro responsabilità in materia di qualità e si dichiarano favorevoli a un **centro nazionale per la qualità**. Le associazioni professionali dovrebbero tuttavia poter continuare a svolgere il loro importante ruolo nel settore della garanzia della qualità e rimanere i principali interlocutori per il controllo della qualità delle professioni sanitarie. Il Centro deve collaborare intensamente con gli attori e le istituzioni esistenti e limitarsi a una funzione tecnica di sostegno e coordinamento. È importante che, per le prestazioni a carico delle assicurazioni sociali, la Confederazione emani regole vincolanti fondate sugli standard delle associazioni tecniche e professionali. Inoltre, labmed e SVBG sono favorevoli a finanziare il Centro più con il gettito fiscale che con i contributi degli assicurati, da limitare a un massimo di 1 franco per assicurato.

SSO riesce a identificarsi con gli obiettivi perseguiti dal progetto ma rifiuta sia la creazione di un Centro indipendente per la qualità sia l'avamprogetto. Vuole evitare i doppi impieghi. SSO accorda grande importanza alla garanzia e alla promozione della qualità e li sviluppa costantemente. Soltanto le competenti associazioni tecniche e professionali possono definire la qualità e fissarne i requisiti e i compiti elencati nell'articolo 4 dell'avamprogetto sono già svolti dai diversi portatori d'interessi e da altre istituzioni e organizzazioni. Inoltre, l'affermazione del rapporto esplicativo secondo cui il Centro dovrebbe permettere di contenere i costi non è dimostrata.

SVDE è favorevole all'impegno per migliorare la qualità e coordinare le relative attività. Sostiene la fondazione di un Centro per la qualità ma ritiene necessario **modificare alcuni punti** dell'avamprogetto. Le associazioni professionali dovrebbero conservare il loro ruolo attuale in materia di promozione della qualità e sostenere i programmi esistenti. Il Centro deve collaborare strettamente con gli attori e le istituzioni esistenti. Infine, SVDE auspica che il Centro sia maggiormente finanziato con le imposte e meno con i contributi degli assicurati, da limitare a 1 CHF per assicurato.

pharmaSuisse approva che la Confederazione si occupi maggiormente della garanzia della qualità nel settore sanitario. Rifiuta tuttavia il **presente avamprogetto**. Ritiene infatti che non contenga elementi convincenti a dimostrazione del fatto che il Centro sarebbe in grado di promuovere la qualità. I farmacisti hanno dato il loro contributo alla promozione e al controllo della qualità. È tenuto scarso conto delle misure già attuate con successo. L'avamprogetto suscita l'impressione di voler riunire tutto quanto finora messo in atto in un centro burocratico. pharmaSuisse propone una struttura leggera, che potrebbe anche essere integrata nell'UFSP. Tale struttura avrebbe tre obiettivi: creare un network comprendente gli attori e le loro esperienze, rendere compatibili i criteri svizzeri con gli standard internazionali e intervenire a titolo sussidiario se gli attori non adempiono ai loro compiti o lo fanno in misura insufficiente.

SDV approva l'intento del Consiglio federale di rafforzare e promuovere la qualità nel settore della sanità. Ritiene però problematico affidare il compito di definire e valutare la qualità in medicina a un'**organizzazione**

autonoma parastatale. Condivide il parere di Dakomed secondo cui occorre una soluzione dinamica di rete che coordini e promuova le istituzioni esistenti e integri il personale sanitario e i pazienti.

VKL fa notare che il previsto istituto farà aumentare l'effettivo del personale degli ospedali e pregiudicherà le **iniziative** del personale medico ospedaliero per migliorare la qualità. Le iniziative volontarie del personale specializzato e altri programmi e certificazioni sono più vicine alla prassi; essi garantiscono maggiore competenza medica rispetto a un organo superiore che imporrebbe agli ospedali nuovi oneri amministrativi senza apportare chiari benefici. Il nuovo istituto dovrebbe limitarsi all'Health Technology Assessment, poiché le altre funzioni sono già assunte da altri attori.

Secondo K/SBL e ARDL, tutti i fornitori di prestazioni nel settore sanitario ritengono molto importante la qualità dei trattamenti e delle terapie, ragione per cui un tale Centro **non è necessario**. Gli attuali strumenti di garanzia della qualità sono ragionevoli e sufficienti. Il Centro ha poco da spartire con la qualità promessa, si vogliono piuttosto realizzare massicci risparmi sui costi a scapito degli assicurati, rifiutando in determinati casi trattamenti necessari sotto il profilo medico con la motivazione che la loro qualità è insufficiente. K/SBL e ARDL rifiutano pertanto la legge prevista.

In linea di massima Physioswiss sostiene l'impegno della Confederazione per istituire un **Centro per la qualità** per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie collegando i diversi attori e le loro attività a favore della sicurezza dei pazienti in un Centro nazionale e sfruttandone le sinergie per rafforzare l'efficienza. Un Centro per la qualità deve imperativamente essere **vicino alla prassi e ai fornitori di prestazioni**; i diversi attori, come i Cantoni e i gruppi professionali, devono imperativamente esservi coinvolti. Il progetto di legge deve essere sostanzialmente rielaborato in modo da soddisfare questi requisiti. Inoltre, la legge deve garantire che il Centro per la qualità si occupi effettivamente di qualità e non di **risparmiare sui costi**. Finanziare il Centro è compito dello Stato e non dovrebbe essere a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria.

FAMH accoglie con favore l'impegno della Confederazione di migliorare costantemente la qualità e la sicurezza dei pazienti nel settore della sanità. Tuttavia, il proposto **Centro per la qualità** non è adeguato perché aumenta la complessità del sistema, vincola inutilmente risorse e mette a rischio istituzioni esistenti come Stiftung Patientensicherheit. Per quanto concerne i laboratori la qualità è già garantita dalla SAS. I mezzi previsti per il Centro dovrebbero essere messi a disposizione dalle istituzioni esistenti che si occupano di garanzia della qualità e la Confederazione dovrebbe concentrarsi sull'esecuzione delle leggi e ordinanze vigenti.

Verein zur Förderung der neurovegetativen und ganzheitlichen Gesundheit propone, a fondamento della discussione, la creazione di un «**Centro di competenza per la diagnostica umana, il monitoraggio clinico e il controllo della qualità medica**» che ritiene più in grado di dare un contributo per garantire la qualità della sanità svizzera di un «Centro nazionale per la garanzia della qualità». Un sistema di garanzia della qualità nel settore sanitario può essere creato soltanto fondandosi su solide basi diagnostiche. Un tale centro di competenza, a differenza dell'istituto proposto dall'avamprogetto, non genera costi supplementari a carico degli assicurati, migliora durevolmente le prestazioni diagnostiche e terapeutiche e contribuisce in modo determinante a ridurre i costi della salute e i premi delle casse malati.

2.1.8 Altre organizzazioni

(FASMED, GSASA, interpharma, scienceindustries, vips)

La maggior parte delle altre organizzazioni **rifiuta il progetto di legge e quindi il Centro** (FASMED, interpharma, scienceindustries, vips), perché preferiscono che queste attività siano svolte dall'UFSP (interpharma scienceindustries, vips) o prediligono una soluzione di rete sotto la direzione dell'UFSP (FASMED). GSASA raccomanda di rielaborare sostanzialmente il testo dell'avamprogetto al fine di coinvolgere attivamente gli attori del settore della sanità.

FASMED ritiene che sia importante **migliorare la qualità dell'assistenza** sanitaria. Rifiuta l'avamprogetto perché il Centro crea un'inutile struttura parallela i cui compiti e competenze non sono sufficientemente definiti. Preferisce la soluzione di rete sotto la direzione dell'UFSP che permette di valorizzare il know how esistente dei diversi portatori d'interessi. FASMED ritiene che le citate piattaforme nazionali vanno nella giusta direzione ma considera inaccettabile che i portatori d'interessi non abbiano il diritto di essere sentiti.

GSASA approva l'intento del Consiglio federale di rafforzare la qualità dei trattamenti e la sicurezza dei pazienti mettendo a disposizione maggiori fondi. Non nasconde la sua preoccupazione per quanto concerne le modalità d'integrazione del Centro nel panorama attuale della sanità e per l'**approccio top down**. Il Centro deve innanzitutto assumere un ruolo di coordinamento e riunire i progressi attuali. Va promosso il coinvolgimento attivo degli attori del settore della sanità e va adottato un approccio bottom up. Per il rimanente rinvia al parere di Patientensicherheit Schweiz.

Interpharma approva l'elaborazione della presente legge federale ma fa notare che presenta grandi lacune che ne rendono necessario un sostanziale rifacimento. La concentrazione sulle attuali attività e competenze è insufficiente mentre **è eccessiva la centralizzazione presso la Confederazione**. Vi è il rischio di introdurre surrettiziamente una forma di razionamento e di ostacolare l'accesso degli assicurati alle innovazioni. Si approvano il rafforzamento della qualità e dell'efficienza e numerose proposte per consolidare le relative misure (tra le altre misurazioni e qualità grazie a vasti programmi; accordi su normative vincolanti con i fornitori di prestazioni). Gli obiettivi vanno indirizzati alla qualità e all'efficienza con coerenza; nozioni centrali come la qualità devono essere sancite nella legge; le regole metodologiche devono essere disciplinate nella legge; occorre fondarsi sulle iniziative esistenti, e adottare una suddivisione dei ruoli coerente nell'ambito del processo dell'HTA; i portatori d'interessi devono essere coinvolti quanto prima e i gruppi di accompagnamento devono essere oggetto di una normativa vincolante; i programmi di lavoro e le priorità previsti devono essere equilibrati. Il ricorso alla collaborazione e al networking con l'estero deve essere limitato ai casi in cui è compatibile con gli obiettivi nazionali.

vips rifiuta la proposta di legge e respinge il progetto. Invece di dedicare le risorse a un Centro con **pesanti strutture** da istituire, sarebbe molto più efficiente mettere le risorse a disposizione dell'UFSP. Non è plausibile che si sia scartata la soluzione di rete grazie alla quale l'UFPS potrebbe sporadicamente attribuire mandati a istituzioni esterne adeguate. I mezzi previsti non permettono di realizzare gli obiettivi.

Scienceindustries riconosce il **bisogno di intervenire per incrementare la qualità e l'efficienza** nel settore sanitario, chiede però specialmente di non trascurare la prospettiva dell'economia. È pure richiesto un coerente coinvolgimento degli attori. A tal fine non occorrono nuove strutture istituzionali né un centro autonomo. Il coordinamento proposto potrebbe essere esercitato dall'UFSP, eventuali compiti supplementari dovrebbero però essere neutrali sotto il profilo dei costi per i cittadini e gli attori economici. L'attuazione deve basarsi sulle strutture e iniziative esistenti; deve inoltre prevedere una coerente suddivisione dei ruoli per coinvolgere tempestivamente i portatori d'interessi e garantire l'accettazione e l'implementazione dei risultati delle verifiche; deve pure prevedere una moderata collaborazione con l'estero a condizione che i metodi esteri siano conformi agli obiettivi svizzeri.

2.1.9 Pazienti, utenti, privati

(SKS, SPO, GELIKO, DVSP, ACSI, FRC, Alzheimervereinigung, Interpret, diversi privati)

SKS, SPO, GELIKO, DVSP, ACSI, frc e Interpret approvano l'impegno della Confederazione per **istituire un Centro nazionale per la qualità al fine di migliorare la qualità, impiegare le prestazioni in modo adeguato e promuovere la trasparenza e la sicurezza dei pazienti**. Occorre fare il possibile per evitare di creare **strutture parallele**. Vanno evitati **doppi impieghi** di risorse per non mettere a rischio la base di fiducia e di accettazione degli attori nei confronti del Centro. I programmi in materia di qualità già esistenti devono pertanto essere integrati nel Centro; le **istituzioni esistenti** come Stiftung für Patientensicherheit, Swiss Medical Board, ANQ, EQUAM, Verein Swisnoso, Verein QualiCCare e le organizzazioni di pazienti dovrebbero apportare le esperienze maturate vicino alla prassi.

Secondo SKS, ACSI e frc anche le organizzazioni di protezione dei consumatori devono essere integrate nella **piattaforma nazionale della qualità e nella piattaforma nazionale dell'HTA**, per rappresentare gli interessi e le esigenze dei pazienti e dei consumatori. Questa integrazione contribuirebbe a consolidare la competenza dei cittadini in materia di salute.

SPO preferirebbe integrare l'HTA e il coordinamento degli sforzi in materia di qualità in un istituto universitario poiché il previsto Centro per la qualità in realtà persegue obiettivi di ricerca.

ACSI e frc fanno valere che l'HTA dovrebbe in particolare concentrarsi sulla riduzione del numero dei trattamenti inefficaci o inutili.

Secondo SKS, ACSI e frc, per promuovere la qualità delle prestazioni, si devono obbligare i fornitori di prestazioni a mettere a disposizione dati anonimizzati e standardizzati. Devono essere verificati anche i medicinali che figurano nell'elenco delle specialità.

Per quanto concerne la **composizione del consiglio d'amministrazione**, SKS, ACSI e frc fanno notare che deve essere neutrale, non devono esservi rappresentati i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e altri attori, oppure deve essere prevista una rappresentazione paritaria di tutti gli attori rilevanti; per queste organizzazioni e DVSP dovrebbero farne parte sia i pazienti sia le organizzazioni di consumatori.

SPO accoglie il **piano di finanziamento** proposto. Secondo ACSI e frc la Confederazione dovrebbe farsi carico della metà del finanziamento. Gli assicurati dovrebbero avere un accesso facilitato alle informazioni poiché il finanziamento è effettuato con una parte dei loro premi. Anche GELIKO approva l'investimento di fondi supplementari per promuovere la qualità. Le relative disposizioni dell'avamprogetto sul ruolo e la suddivisione dei compiti tra il Centro e gli altri attori sono troppo vaghe e devono quindi essere redatte in modo più vincolante.

Secondo GELIKO vi è necessità di un intervento soprattutto nel settore dell'**assistenza sanitaria ambulatoriale**. Per DVSP la mancanza di una **cultura di rielaborazione degli errori** è una delle principali debolezze del nostro sistema sanitario e quindi il Centro per la qualità dovrebbe creare una tale cultura in tutti i settori. Inoltre, oltre a funzioni di sostegno e coordinamento, il Centro dovrebbe assumere anche funzioni regolamentari e sanzionatorie.

Schweizerische Alzheimervereinigung potrebbe approvare la creazione di un Centro per la qualità se la **qualità di vita dei pazienti** fosse messa al primo posto e le questioni di efficienza sottoposte a un metodo comparativo e non a una qualsiasi forma di valutazione della durata di vita. Le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati dovrebbero essere adeguatamente rappresentate.

Interpret considera che, per il Centro, i principali settori d'intervento dovrebbero essere la garanzia di **pari opportunità d'accesso all'assistenza sanitaria** per tutti, la garanzia della comprensione malgrado le difficoltà di comunicazione e la presa in considerazione degli aspetti e competenze transculturali, poiché la carente assistenza sanitaria della popolazione migrante è un importante problema non affrontato nella documentazione fornita.

Monika Halser auspica soprattutto un **punto di contatto** per i pazienti che sia indipendente, operativo e rilevante per la pratica e vuole che garantisca la qualità e la sicurezza dei pazienti e protegga la dignità umana; deve inoltre poter reagire rapidamente e senza formalità burocratiche se i pazienti non riescono a chiarire con i responsabili i casi di trattamenti inappropriati.

Marianne Wüthrich ritiene che la forma giuridica di «istituto di diritto pubblico della Confederazione con personalità giuridica propria» conferisca al Centro un **eccessivo potere** e riduca le possibilità di controllo legislativo. Il Centro va rifiutato perché sarebbe una centrale nazionale di direzione e sorveglianza con poteri non precisamente definiti che contraddirebbero il federalismo nella sanità. Manca peraltro la base costituzionale della prevista legge federale.

Dr. phil. Henriette Hanke Güttinger ritiene problematica in particolare l'origine dei **fondi di terzi** con cui, oltre ai contributi degli assicuratori e della Confederazione, il Centro sarà finanziato.

Sonja von Biezen e Moritz Nestor rifiutano il Centro proposto perché ritengono che si tratterebbe di una specie di **centro di controllo del valore della vita** che potrebbe rifiutare trattamenti con la motivazione che la qualità della vita futura dei pazienti sarebbe insufficiente. L'HTA implica mere considerazioni economiche riguardo al beneficio economico di un trattamento.

Prof. Dr. med. Ernst Genssenjäger ritiene che ridurre le **attività amministrative** liberandone i medici sia una misura inevitabile ed evidente di promozione della qualità. Con la creazione di un enorme e costoso Centro per la qualità si corre però il rischio di promuovere progetti controproducenti, burocratici e lontani dalla realtà.

2.2 Pareri generali

I pareri sono riportati secondo l'ordine dei destinatari di cui all'elenco dell'allegato 2.

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Le Conseil d'Etat tient tout d'abord à saluer la volonté du Conseil fédéral de mieux coordonner et de renforcer les moyens mis en oeuvre dans le domaine de la qualité des soins et de la sécurité des patients d'une part et de l'évaluation des technologies médicales d'autre part. La création d'un centre national de la qualité, tel qu'il est prévu dans le projet de loi apparaît tout à fait adéquate pour atteindre ces buts. Le Conseil d'Etat soutient ce projet et formule ci-dessous quelques propositions d'adaptation. L'association entre le centre pour la qualité et les cantons devrait être davantage formalisée dans le cadre du projet de loi. La mise sur pied de plateformes nationales semble en effet insuffisante.	VS
Im Grundsatz begrüssen wir die Absicht des Bundesrates, der Qualität der Leistungen mehr Gewicht zu geben, die Wirtschaftlichkeit systematischer prüfen zu wollen und dadurch die Ziele der Qualitätsstrategie weiterzuverfolgen. Das Gesetz in der vorliegenden Form lehnen wir jedoch ab. Wir fokussieren uns auf drei Anliegen, die zwingend berücksichtigt werden müssten, um einem neuen Bundesgesetz in der angedachten Form die Zustimmung zu erteilen. Der Bedarf nach einem nationalen Zentrum für Qualität vermag so zu wenig zu überzeugen.	GL
1. Allgemeine Bemerkungen - Der Kanton Thurgau begrüsst den Willen des Bundesrates zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, lehnt jedoch ein neues Gesetz ab. 2. Zur öffentlich-rechtlichen Anstalt bzw. zum Zentrum für Qualität - Damit in der Qualität der Gesundheitsversorgung Fortschritte möglich sind, braucht es - wie der Bundesrat ausführt - eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Definitionen von Qualität, den gewünschten Qualitätsstandards, den relevanten Indikatoren und den Auswirkungen auf die Kosten. Die Kompetenz des Bundes, in allen diesen Fragen Prüfungen und Abklärungen vorzunehmen und verbindliche Festlegungen zu treffen, ist im geltenden KVG bereits vorhanden. Die näheren Modalitäten wie auch die ebenfalls im KVG vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsvergleiche liessen sich in einer Verordnung zum KVG regeln. Dasselbe gilt für die Finanzierung der Aufgaben als gebundene Ausgaben des Bundes. Soweit sich das vorgeschlagene Gesetz demnach auf die Erfüllung von bereits gesetzlich verankerten Aufgaben ausrichtet, ist es überflüssig und deshalb abzulehnen. Die Kantone sowie eine ganze Reihe von privaten und öffentlichen Akteuren (die Versicherer und Verbände, die Fachgesellschaften, der ANQ, das Swiss Medical Board, die Stiftung Patientensicherheit und die Leistungserbringer) haben das vom Bund seit Einführung des KVG 1996 weitgehend unbesetzt gelassene Feld der Qualität in der Zwischenzeit besetzt. Es wurden Indikatoren, Verfahren und Instrumente zur stetigen technologischen und strukturellen Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität entwickelt. Die Zusammenarbeit unter den verschiedenen privat und öffentlich organisierten Institutionen ist eingespielt und hat sich im Wesentlichen bewährt. Dieses Zusammenwirken, das Engagement und Know-how müssen erhalten bleiben. Dazu braucht es keine öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes, sondern verstärkte Koordinationsbemühungen, die auch kein neues Bundesgesetz erforderlich machen. Die entsprechenden Aufgaben können über eine Institution, welche die Tätigkeit der heutigen Akteure koordiniert, besser wahrgenommen werden, als über eine an starre Regeln gebundene öffentlich-rechtliche Anstalt. Konkret stellen wir uns die Gründung einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft nach dem Modell der Swiss-DRG-AG vor: Aktionäre dieser AG wären nach einem zu bestimmenden Schlüssel der Bund, die Kantone und die wichtigsten in der Qualitätssicherung und -entwicklung tätigen Akteure. Diese AG wäre getragen vom gemeinsamen Willen der untereinander bestens bekannten Aktionäre. Die AG könnte über Einlagen der Aktionäre bzw. aus Erträgen für erfolgte Prüfungen und Abklärungen finanziert werden. Anstelle eines vom Bund eingesetzten Zentrums und auch gegenüber dem mitunter als Alternative zu einem Zentrum erwähnten „Netzwerk“ wäre eine gemeinnützige AG die logische und organische Weiterentwicklung der bisher schwerpunktmässig vorgenommenen Aktivitäten zur	TG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Qualitätssicherung und -förderung. Durch einen breit angelegten Aktionärskreis wären Fachkompetenz mit notwendiger Praxisnähe vereint und damit ein vernünftiger Um solchen Lösung das über die Jahre hinweg erarbeitete Knowhow und das Engagement der zahlreichen in der Qualitätsentwicklung tätigen Akteure nicht nur erhalten und koordiniert werden könnte, sondern eine zusätzliche Dynamik erhielte. Weil der Bund mitbeteiligt ist und der Bundesrat die Resultate der Untersuchungen dieser Aktiengesellschaft für allgemeinverbindlich erklären könnte, sind auch für ihn selbst - gegenüber der Lösung mit einem Zentrum - keine Nachteile auszumachen. Zusammenfassend begrüssen wir den Willen des Bundesrates, die gesetzlich verankerte Sicherung und weitere Förderung der Qualität in der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Wir unterstützen auch die Absicht, die heute von verschiedenen Trägern erbrachten Leistungen zur Qualitätsentwicklung zu bündeln und zu koordinieren. Indessen lehnen wir den mit dem Gesetzesentwurf über ein Zentrum für Qualität vorgeschlagenen Weg entschieden ab. Das neue Gesetz ist nicht notwendig, soweit es dem Bund darum geht, mit dem Zentrum seinen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung aus dem KVG nachzukommen. Diese Aufgabe kann und soll über eine Verordnung zum KVG erfüllt werden. Die zu gründende öffentlich-rechtliche Anstalt ist ebenfalls nicht notwendig zur Koordination und Bündelung des Know-how der heute in der Qualitätsentwicklung tätigen öffentlichen und privaten Akteure. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Gründung einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft nach dem Vorbild der Swiss-DRG-AG einfacher, günstiger, schneller und im Ergebnis mehr erfolgversprechender.	
Nous considérons que ce projet de loi mérite, sur son principe et dans ses intentions, d'être soutenu car il vise à répondre à une lacune de notre système de santé ou plutôt à un besoin qui n'est pas couvert aujourd'hui de manière satisfaisante, soit parce que certains acteurs ne disposent pas des ressources suffisantes pour l'assumer ou de la légitimité, de l'indépendance et de la neutralité requises pour le faire, soit parce que les acteurs déjà actifs sur ce créneau sont trop dispersés ou parce que leur champ d'intervention est mal délimité. Il n'en demeure pas moins que ce projet laisse encore ouvertes beaucoup de questions, notamment sur le plan de la gouvernance, mais aussi de la répartition et de la délimitation des tâches du centre, qui méritent des réponses et des réflexions nettement plus approfondies. Pour ce faire, une implication plus étroite des partenaires du système est absolument nécessaire avant de présenter ce projet aux Chambres fédérales. En effet, la structure fédéraliste de notre système de la santé impose, de notre point de vue, une implication plus forte des cantons, notamment via la CDS. La Suisse est un pays qui connaît un très haut potentiel de recherche et de développement pour de nouvelles prestations et techniques médicales en général et une très forte concentration d'entreprises actives dans ces secteurs. C'est notamment le cas dans la Région Capitale Suisse, région dont le canton de Neuchâtel fait partie et dont il est membre de l'association éponyme. Plusieurs raisons président à cette situation, dont une est indéniablement le niveau de prise en charge élevé de prestations médicales par l'AOS. Le secteur du medtech, du biotech et de la pharma comporte un fort potentiel de croissance, est générateur de rentrées financières pour les collectivités, mais aussi d'emplois, avec des effets certainement très positifs globalement sur l'économie nationale et régionale ainsi que l'emploi. Il n'en reste pas moins que cette situation contribue aussi aux coûts très importants de notre système de santé en général, de celui de l'assurance-maladie en particulier, ce d'autant plus que ce dernier connaît un mode de financement qui n'est guère social, mais aussi aux collectivités publiques que sont les cantons dans le cadre du mécanisme correctif de l'octroi de subsides aux assurés de condition économique modeste, qui n'est pas sans poser problème. Partant, la Suisse se doit de disposer d'une instance indépendante et neutre d'évaluation de la qualité des prestations prises en charge par la LAMal (HTA) qui puisse émettre un avis sur le rapport coût-efficacité des prestations en termes de santé publique ainsi que l'opportunité de leur prise en charge par l'AOS.	NE
Antrag: - Verzicht auf den Erlass des Gesetzes. Begründung - Zustimmung zu den Zielen des Bundes in der Qualitätssicherung Mit dem vorgeschlagenen Gesetz werden gemäss den Erläuterungen des Bundesrates folgende Ziele angestrebt:	ZG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
– Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen; – nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit; – Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diesen Zielen stimmen wir uneingeschränkt zu. Bundeszentrum für Qualität ist überflüssig - Der Bundesrat will zur Zielerreichung ein Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung unter der Kontrolle des Bundes schaffen und schlägt damit einen zentralistischen Lösungsansatz vor. Diesen Ansatz lehnen wir ab. Es ist hinlänglich bekannt, dass sich Qualität nicht befehlen lässt, sondern von den Akteuren an der Front erarbeitet werden muss. Transparenz wirkt dabei unterstützend, ebenso wie ein systematischer Know-how-Austausch. Mit dem ANQ und der Stiftung für Patientensicherheit haben sich in jüngerer Zeit zwei breit abgestützte Organisationen etabliert, die einerseits zur allgemeinen Sensibilisierung für die Qualitätsthematik beitragen und andererseits auch die Koordination und den Abgleich der Aktivitäten auf nationaler Ebene unterstützen. Gleiches gilt im Bereich der Bewertung von medizinischen Leistungen: Das Swiss Medical Board hat bereits gute Akzente gesetzt. Hier besteht somit ebenfalls eine Organisation mit Potential. Statt eine neue Organisation zu etablieren, müssen vielmehr die bestehenden Ansätze verstärkt und weiterentwickelt werden (innerhalb vom Bund zu definierender Rahmenbedingungen; siehe unten). Ein solcher föderalistischer und partizipativer Ansatz entspricht den bestehenden Strukturen besser und hat günstigere Aussichten auf Erfolg und Akzeptanz. Der Bund verfügt bereits über die notwendigen Kompetenzen - Die Akteure sind darin zu unterstützen, sich besser zu koordinieren und Synergien zu nutzen, um weitere Fortschritte in der Qualitätsverbesserung zu erzielen. Der Bund hat bereits im geltenden KVG die Kompetenz, in relevanten Bereichen (Definition der Qualität, gewünschte Qualitätsstandards, relevante Indikatoren, Auswirkungen auf die Kosten) Prüfungen und Abklärungen vorzunehmen und verbindliche Richtlinien zu erlassen (Art. 39 Abs. 2ter KVG; Art. 49 Abs. 8 KVG, Art. 58 KVG sowie Art. 77 KVG). Das vorgeschlagene Gesetz richtet sich zu grossen Teilen auf die Erfüllung von bereits gesetzlich verankerten Aufgaben und ist deshalb überflüssig. Schlussbemerkungen - Mit der Errichtung eines Zentrums für Qualität würden die Administration weiter aufgebläht und unausweichlich Mehrkosten generiert, ohne dass ein erkennbarer Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten gewonnen wird. Zudem wären Mitarbeitende mit dem nötigen Fachwissen zu rekrutieren, die entweder andersorts fehlen oder im Ausland rekrutiert werden müssten.	
Die von Ihnen im erläuternden Bericht zur Gesetzesvorlage formulierte Einschätzung der Schwächen der heutigen Situation teilen wir vollumfänglich. Damit die notwendigen Fortschritte in der Schweiz erreicht werden können, ist eine nachhaltige Investition in die Konzipierung, Umsetzung und Messung nationaler Qualitätsstandards im Gesundheitswesen unabdingbar. - Der Regierungsrat begrüsst daher ausdrücklich, dass der Bundesrat die Absicht hat, auf nationaler Ebene und umfassend massgeblich mehr für die Qualitätssicherung, Erhöhung der Patientensicherheit und die Beurteilung der medizinischen Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessment (HTA) zu tun. Den im Gesetz und im erläuternden Bericht formulierten Zielen können wir zustimmen. Wir sind ebenfalls der Meinung, dass für die notwendigen Qualitätsverbesserungen im Schweizer Gesundheitswesen mit flächendeckend umsetzbaren Programmen, Massnahmen, Kriterien und Methoden sowie einer grösseren Transparenz ein massgeblicher Schub nach vorne nötig ist. Der Regierungsrat unterstützt daher die Gesetzesvorlage und die Schaffung des nationalen Zentrums. Dass damit auch flächendeckende Massnahmen für die ambulante Versorgung, Spitex und Pflegeheime möglich werden, ist dabei ein zentrales Anliegen. Die Schaffung von beratenden Plattformen lehnen wir in der vorgeschlagenen Form ab. Nicht zuletzt möchten wir darauf hinweisen, dass die von Ihnen im erläuternden Bericht erwähnten und für das geplante Zentrum relevanten Ansatzpunkte in anderen Bundesgesetzen nicht vollständig sind. Nebst den aufgelisteten Gesetzen sind aus unserer Sicht vorrangig auch das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) zu erwähnen. Der vorliegende Gesetzesvorschlag stützt sich ausschliesslich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ab und bezieht sich explizit nur auf Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	OW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
(OKP) finanziert werden. Aus Sicht des Regierungsrats sollten die Aufgaben des zu schaffenden nationalen Zentrums und dessen Ergebnisse nicht nur auf die Optik der OKP beschränkt bleiben, sondern auch auf Leistungen bei Unfall und Invalidität angewendet werden müssen. Im Sinne einer Koordination und Bündelung der Kräfte sollte die sich abzeichnende Entwicklung, dass parallel zu den Leistungsbeurteilungen im Rahmen des KVG auch durch die UV und IV dieselben HTA nochmals vorgenommen werden, aufgefangen werden. Aus unserer Sicht ist es im Rahmen des Erlasses neuer gesetzlicher Grundlagen möglich, eine solche breite Verankerung und allenfalls eine entsprechende Ergänzung des Finanzierungsmechanismus auch in den anderen Sozialversicherungsgesetzgebungen vorzusehen. - Für die Aufnahme der von uns formulierten Anliegen danken wir Ihnen bestens.	
Die Absicht des Bundesrates, im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankerten Verpflichtungen wahrzunehmen, ist positiv zu werten. Ebenso ist eine Koordination und Bündelung und damit einhergehend eine Stärkung der heute von verschiedenen relevanten Akteuren erbrachten Leistungen im Bereich Qualität zu unterstützen. Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden lehnt den vom Bundesrat vorgelegte Vorentwurf zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: Vorentwurf) ab. Auf den vorgeschlagenen Erlass ist zu verzichten. Nachfolgend werden die zentralen Kritikpunkte näher ausgeführt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Definitionen der Qualität sowie eine Konkretisierung der Aufgaben des Bundes, unter Berücksichtigung, Abgrenzung oder Integration der heute von anderen Organisationen wahrgenommenen Aufgaben, sind hingegen erwünscht. Diese Aufgaben soll aber das Bundesamt für Gesundheit zu übernehmen. Der Vorentwurf sieht die Schaffung eines nationalen Zentrums in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit vor. Im Erläuternden Bericht zum Vorentwurf wird verschiedentlich betont, dass das nationale Zentrum als zentrale Anlaufstelle mit Koordinationsaufgaben funktionieren und nicht an Stelle der bestehenden Akteure treten will. Vielmehr soll es diese zielgerichtet unterstützen. Die institutionelle Ausgestaltung und die strukturellen Rahmenbedingungen des Zentrums lassen einen angemessenen Einbezug der relevanten Akteure sowie die Erhaltung und Förderung des bestehenden Know-hows und der Zusammenarbeit aber vermissen. Dies wird Doppelspurigkeiten und Abgrenzungsproblemen Vorschub leisten. Die Organisation der Aufgabenerfüllung ist deshalb grundlegend zu überdenken, vor allem auch weil ein angemessener Einbezug resp. eine angemessene Vertretung der relevanten Akteure (insbesondere der Kantone, aber auch der Leistungserbringer, Versicherer und allenfalls weiterer Akteure) sicherzustellen ist. Unter dieser Prämisse soll eine anders ausgestaltete Netzwerklösung verfolgt werden (vgl. S. 45 ff. des Erläuternden Berichts). Voraussetzung dafür ist natürlich, dass die personellen und finanziellen Ressourcen zur Erfüllung der Aufgabe zur Verfügung stehen.	AR
A. Allgemeines - Wir begrüßen den Willen des Bundesrates zur Sicherung und weiteren Förderung der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Mit dieser Zielsetzung nimmt der Bund seine im KVG verankerten Verpflichtungen wahr, auf den Erhalt und die Förderung von Qualität einzuwirken (Art. 39 Abs. 2ter KVG, Art. 49 Abs. 8 KVG, Art. 58 KVG, Art. 77 KVV). Positiv zu bewerten ist auch die Absicht, die heute von verschiedenen öffentlichen und privaten Akteuren erbrachten Leistungen in der Qualitätssicherung zu bündeln, zu koordinieren und zu stärken. Wir teilen die Ansicht, dass mit einer verstärkten Abstimmung, der Nutzung von Synergien, einer Bündelung der Kräfte und einem Abbau von Doppelspurigkeiten Fortschritte in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Gesundheitsversorgung der Schweiz möglich sind. Als zentraler Forschungs- und Spitalstandort in der Schweiz hat der Kanton Zürich ein elementares Interesse am Erhalt und der ständigen Weiterentwicklung der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Wir sind jederzeit bereit, unseren Beitrag zu deren weiteren Entwicklung zu leisten. B. Zum vorgeschlagenen Zentrum für Qualität - Damit in der Qualität der Gesundheitsversorgung Fortschritte möglich sind, braucht es – wie Sie zu Recht ausführen – eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Definitionen von Qualität, den gewünschten Qualitätsstandards, den relevanten Indikatoren und den Auswirkungen auf die Kosten. Die Kompetenz des Bundes, in allen diesen Fragen Prüfungen und Abklärungen vorzunehmen und verbindliche Festlegungen	ZH

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
zu treffen, ist jedoch im geltenden KVG bereits vorhanden (vgl. vorne Ziff. A). Die Einzelheiten wie auch die ebenfalls im KVG vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsvergleiche liessen sich in einer Verordnung zum KVG regeln. Dasselbe gilt für die Finanzierung der Aufgaben als gebundene Ausgaben des Bundes. Soweit sich das vorgeschlagene Gesetz demnach auf die Erfüllung von bereits gesetzlich verankerten Aufgaben ausrichtet, ist es überflüssig und deshalb abzulehnen. Die Kantone sowie eine ganze Reihe von privaten und öffentlichen Akteuren (die Versicherer und Verbände, die Fachgesellschaften, der ANQ, das Swiss Medical Board, die Stiftung Patientensicherheit und die Leistungserbringer) haben das vom Bund seit Einführung des KVG 1996 weitgehend unbesetzt gelassene Feld der Qualität in der Zwischenzeit besetzt. Es wurden Indikatoren, Verfahren und Instrumente zur stetigen technologischen und strukturellen Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität entwickelt. Die Zusammenarbeit unter den verschiedenen privat und öffentlich organisierten Institutionen ist eingespielt und hat sich im Wesentlichen bewährt. Dieses Zusammenwirken, das Engagement und Knowhow müssen erhalten und weiter gefördert werden. Dazu braucht es keine öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes, sondern an Koordinationsverpflichtungen gebundene Zuwendungen des Bundes, wozu – wie erwähnt – auch kein neues Bundesgesetz erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer effizienten Bündelung, Koordination und Verstärkung der Erkenntnisse und Anstrengungen in der Qualität wird damit keineswegs bestritten; die Vorteile einer gemeinsamen Plattform und übergeordneter Strategien sind klar nachvollziehbar. Anstelle eines vom Bund eingesetzten Zentrums und auch gegenüber dem mitunter als Alternative zu einem Zentrum erwähnten «Netzwerk» wäre eine gemeinnützige AG die logische und organische (schweizerische) Weiterentwicklung der bisher schwerpunktmässig vorgenommenen Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -förderung. Durch einen breit angelegten Aktionärskreis wären Fachkompetenz mit notwendiger Praxisnähe vereint und damit ein vernünftiger Umgang in den Schnittstellen gesichert. Es ist zu erwarten, dass mit einer solchen Lösung das über die Jahre hinweg erarbeitete Knowhow und das Engagement der zahlreichen in der Qualitätsentwicklung tätigen Akteure nicht nur erhalten und koordiniert werden könnten, sondern eine zusätzliche Dynamik erhielten. Weil der Bund mitbeteiligt ist und der Bundesrat die Ergebnisse der Untersuchungen dieser AG für all - gemeinverbindlich erklären könnte, sind auch für ihn selbst – gegenüber der Lösung mit einem Zentrum – keine Nachteile auszumachen. C. Fazit - Zusammenfassend begrüssen wir den Willen des Bundesrates, in der Sicherung und weiteren Förderung der Qualität in der Gesundheitsversorgung eine Führungsrolle zu übernehmen. Wir unterstützen auch die Absicht des Bundes, die heute von verschiedenen Trägern erbrachten Leistungen zur Qualitätsentwicklung zu bündeln und zu koordinieren. Den mit dem Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität vorgeschlagenen Weg in dieses ambitionöse Ziel lehnen wir indessen ab: Das neue Gesetz ist nicht notwendig, soweit es dem Bund darum geht, mit dem Zentrum seinen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung aus dem KVG nachzukommen. Diese Aufgabe kann und sollte über eine Verordnung zum KVG erfüllt werden. Die zu gründende öffentlich-rechtliche Anstalt ist ebenfalls nicht notwendig zur Koordination und Bündelung des Knowhow der heute in der Qualitätsentwicklung tätigen öffentlichen und privaten Akteure. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Gründung einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft nach dem Vorbild der Swiss-DRG-AG einfacher, günstiger, schneller und im Ergebnis mehr erfolgversprechend.	
Der Kanton Graubünden nimmt mit Befriedigung zur Kenntnis, dass das Eidgenössische Departement des Innern nun endlich gewillt ist, die dem Bund im KVG seit 1994 auferlegten Verpflichtungen, auf den Erhalt und die Förderung von Qualität einzuwirken, wahrzunehmen. Den zu diesem Zweck vorgelegten Gesetzesentwurf lehnen wir indessen ab und zwar aus folgenden Gründen: - Die Umsetzung der Vorgaben im KVG zur Förderung und Stärkung der Qualität stellt eine hoheitliche Verwaltungstätigkeit dar. Hoheitliche Verwaltungstätigkeiten sind innerhalb der zentralen Bundesverwaltung wahrzunehmen und nicht einer öffentlich-rechtlichen Anstalt zu übertragen. - Das vorgeschlagene Zentrum ist zur Erfüllung der dem Bund obliegenden Aufgaben im Be-	GR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
reich Qualität unnötig. Mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) steht dem Bund für die Erfüllung der ihm im Bereich Qualität obliegenden Aufgaben eine verwaltungsinterne Fachstelle zur Verfügung. Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist das BAG mit notwendigen Ressourcen auszustatten. 3. Ablehnung der öffentlich-rechtlichen Anstalt beziehungsweise des Zentrums für Qualität Bei der Umsetzung der Qualitätsvorgaben des KVG handelt es sich um hoheitliche Verwaltungstätigkeit. Entsprechend gehört die Umsetzung der mit dem neuen Gesetz verfolgten Zielsetzungen zum Aufgabenbereich der zentralen Bundesverwaltung, konkret des BAG. Gemäss dem erläuternden Bericht würden die Tätigkeiten des Zentrums darin bestehen, einerseits den Bund in seinem Zuständigkeitsbereich der Rahmenbedingungen/Vorgaben und Überwachung der Qualität des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, aber auch die Kantone und Tarifpartner in deren Zuständigkeitsbereichen zu unterstützen (S. 38). Diese Tätigkeiten können auch durch das BAG, und zwar gestützt auf die geltende Gesetzgebung, wahrgenommen werden. Die erfolgte Zielsetzung lässt sich viel wirksamer und schneller durch Bereitstellung der notwendigen Ressourcen im BAG erreichen als durch den Aufbau einer neuen Institution mit schwerfälligen Strukturen. Mit dem vorgeschlagenen Zentrum soll ja auch nichts an den Kompetenzen des BAG geändert werden. Das heisst nach unserem Verständnis, dass Aufgaben, die vom BAG wahrgenommen werden müssen, künftig an eine neue Institution ausgelagert werden, ohne dass diese mit irgendwelchen Kompetenzen ausgestattet wird. Nicht plausibel ist für uns die Begründung, weshalb nicht die Variante "Netzwerk" und stattdessen die Zentrumslösung verfolgt wird (Bericht Ziff. 1.8 am Ende): "Mit einem Verzicht auf das vorgeschlagene Zentrum zur Unterstützung der Akteure müsste die Initiierung und Durchführung der vielfältigen Tätigkeiten, die zur Erreichung der in Ziffer 1.7.1. genannten Ziele erforderlich sind, vom BAG ausgehen. Dazu müssten neue, grössere Organisationseinheiten im BAG aufgebaut werden. Eine solche zentrale Rolle des BAG könnte auf mangelnde Akzeptanz stossen. Ohne wesentliche Aufwertung gegenüber der heutigen Situation müsste die Zielsetzung jedoch als gefährdet betrachtet werden. Heutige Schwächen könnten nicht schlagkräftig angegangen werden, wie dies bei der vorgelegten Variante mit der Schaffung eines Zentrums der Fall ist." Die befürchtete fehlende Akzeptanz der Notwendigkeit der Schaffung einer Organisationseinheit im BAG für den Bereich Qualitätsförderung ist für uns kein stichhaltiges Argument zur Ausgliederung der entsprechenden Aufgaben an eine selbstständige Anstalt des Bundes. In diesem Zusammenhang stellt sich unwillkürlich die Frage, weshalb das Zentrum auf mehr Akzeptanz stossen soll als das BAG? Wir werden den Eindruck nicht los, dass die befürchtete fehlende Einsicht in die Notwendigkeit der Schaffung einer Organisationseinheit im BAG zur Erfüllung der Aufgaben im Bereich Qualität auch der Grund für die vorgesehene Finanzierung der in Aussicht genommenen selbstständigen Anstalt des Bundes über die Krankenversicherer ist. Das eigenständige Zentrum bedingt im Übrigen gleichwohl die Ansiedlung von entsprechendem Fachwissen im BAG, damit es sich fundiert mit den vom Zentrum erarbeiteten Berichten, Grundlagen und Untersuchungen auseinandersetzen kann, was ebenfalls personelle Ressourcen bedingt und damit zu Kosten führt. Auf diesen Punkt wird im erläuternden Bericht nicht eingegangen. Unklar ist für uns letztlich, ob der Bund überhaupt über die Verfassungsgrundlage zur Errichtung des vorgesehenen Zentrums für Qualität in der Krankenpflegeversicherung verfügt, gibt doch Art. 117 Abs. 1 der Bundesverfassung dem Bund einzig die Kompetenz, Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung zu erlassen. 5. Fazit Zusammenfassend begrüssen wir den Willen des Eidgenössischen Departements des Innern, in der Sicherung und Förderung der Qualität in der Gesundheitsversorgung die ihm obliegende Führungsrolle nun wahrzunehmen. Das zu diesem Zweck in Aussicht genommene Gesetz und die damit verbundene Errichtung eines als öffentlich-rechtliche Anstalt konzipiertes Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist indessen nicht notwendig, damit der Bund seinen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung aus dem KVG nachkommen kann. Diese Aufgabe kann und soll durch das Bundesamt für Gesundheit erfüllt werden. Mit der Errichtung eines Zentrums für	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes werden unnötige und aufwendige Parallelstrukturen geschaffen.	
Im Grundsatz begrüssen wir, dass auf nationaler Ebene mehr für die Qualitätssicherung, die Erhöhung der Patientensicherheit und die Beurteilung der medizinischen Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessment unternommen werden soll. Zur Begründung sowie zu weitergehenden Ausführungen verweisen wir auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, der wir uns anschliessen, namentlich auch in Bezug auf die Kritik an der vorgesehenen Finanzierung.	SH
Der Regierungsrat des Kantons Bern begrüsst, dass der Bundesrat die Absicht hat, auf nationaler Ebene und umfassend massgeblich mehr für die Qualitätssicherung, Erhöhung der Patientensicherheit und die Beurteilung der medizinischen Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessment (HTA) zu tun. Für die notwendigen Qualitätsverbesserungen im Schweizer Gesundheitswesen mit flächendeckend umsetzbaren Programmen, Massnahmen, Kriterien und Methoden sowie einer grösseren Transparenz ist ein massgeblicher Schub nach vorne nötig. Der Regierungsrat unterstützt daher die Gesetzesvorlage und die Schaffung des nationalen Zentrums. Dabei erachtet es der Regierungsrat als wichtig, dass die flächendeckenden Massnahmen zur Stärkung der Qualität und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit den gesamten Behandlungsprozess, so auch die ambulante Versorgung, Spitex und Pflegeheime einschliessen. Dies auch im Kontext der sich verkürzenden Aufenthaltsdauer im Spital und des Aspekts zunehmender Spezialisierung. Vor dem Hintergrund der stetig zunehmenden therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten ist es nötig, dass mehr finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, um bestehende und neue Leistungen zu überprüfen, damit die Vorteile von Innovationen genutzt und gleichzeitig die Verschwendung von Mitteln für nachgewiesene unnütze und unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden können. Die gewählte Organisationsform des vom Bundesrat vorgeschlagenen Zentrums in Form einer öffentlichen Anstalt mit klar eingegrenzter Aufgabenerfüllung erachtet der Regierungsrat als geeignet. Um die Akzeptanz zu erhöhen und die Chancen für eine partnerschaftliche, wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu steigern, ist der verbindliche Einbezug aller Akteure zentral. Mit dem vorliegenden Entwurf ist jedoch eine angemessene Vertretung aller Akteure nicht möglich. Der Regierungsrat fordert daher, dass die Kantone und die weiteren Akteure verbindlich in die Steuerung des Zentrums einbezogen werden. Insbesondere erachtet der Regierungsrat einen Einbezug der Kantone vor allem bei der Themenpriorisierung und Wahl der Indikationen zur Qualitätsüberprüfung als zwingend. Ebenso erscheint dem Regierungsrat eine Mitwirkungsmöglichkeit der Kantone bei den nationalen Programmen und Projekten angezeigt (im Rahmen von Hearings, Workshops und Vernehmlassungen). Ausserdem erscheint dem Regierungsrat die vorgesehene Möglichkeit des Zentrums, Drittmittel entgegenzunehmen und gewerbliche Leistungen zu erbringen, nicht ganz unproblematisch. Dem Bundesrat soll daher die Aufgabe übertragen werden, zur Verhinderung von Interessenskonflikten Ausführungsbestimmungen zu erlassen oder zumindest das vorgesehene Reglement zu genehmigen. Zudem erscheint dem Regierungsrat eine Aufgaben- und Rollenklärung zwischen allen Akteuren zentral, insbesondere auch zwischen Bund und Kanton, wenn es darum geht regulatorische Konsequenzen zu ziehen und konkrete Auswirkungen auf die Versorgungsplanung einzuschätzen. Dabei befürwortet der Regierungsrat, dass die Aufgaben mit hoheitlichem und regulierendem Charakter nicht an das Zentrum gehen. Allerdings ist klar aufzuzeigen, wie die Umsetzung verschiedenster Aufgaben praxisrelevant erfolgen kann. Ein weiterer Punkt, den es zu klären gilt, ist die Zusammenarbeit der bereits im Qualitätsbereich tätigen Akteure. Es erscheint zweckmässig und ressourcensparend, diese ganz oder teilweise ins neue Zentrum zu integrieren. Damit auf der Erfahrung des Swiss Medical Board aufgebaut werden kann, würde der Regierungsrat es begrüssen, wenn der Bund dem Board einen ständigen Leistungsauftrag für die Aufgaben im Bereich HTA erteilt. Was die Finanzierung des Zentrums und seiner Aktivitäten betrifft, stimmt der Regierungsrat dem vorliegenden Vorschlag des Bundesrates zu und begrüsst, dass die Kantone nicht in die Mitfinanzierungspflicht genommen werden.	BE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Schliesslich erachtet es der Regierungsrat nicht als zielführend, dass sich der vorliegende Gesetzesentwurf ausschliesslich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung stützt und sich explizit nur auf Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege bezieht. Die Aufgaben zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sollten die Leistungen bei Unfall und Invalidität einbeziehen und sich auch auf die entsprechenden Bundesgesetze abstützen.	
1. Grundsätzliche Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage Für den Regierungsrat des Kantons Uri ist Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ein wichtiges Thema. Dabei spielt es aus Sicht der Patientinnen und Patienten keine Rolle, um welchen Kostenträger es sich handelt (obligatorische Krankenpflegeversicherung [KVG], Zusatzversicherung [WG], Invalidenversicherung [IV], Militärversicherung [MV] oder Unfallversicherung [UVG]). Aus den Vernehmlassungsunterlagen kann jedoch der Eindruck entstehen, das schweizerische Gesundheitswesen hätte gravierende Qualitätsmängel, die raschmöglichst zu beheben seien. Dem ist klar zu widersprechen. Im Wissen darum, dass es in einzelnen Bereichen durchaus noch Optimierungspotenzial gibt, darf dem schweizerischen Gesundheitswesen ein sehr gutes, qualitatives Zeugnis ausgestellt werden. Dies wird auch jüngst durch den Gesundheitsbericht 2013 der OECD bestätigt, in dem die Schweiz von allen 34 OECD-Staaten die höchste durchschnittliche Lebenswartung aufweist. Im Bereich der Qualität bzw. der Erhöhung der Patientensicherheit besteht daher nach Auffassung des Regierungsrats der grösste Handlungsbedarf in der Vernetzung und Koordination der zahlreichen Qualitätssicherungsorganisationen und deren Messinstrumente. Zudem müssen die Ergebnisse vermehrt transparent ausgewiesen werden. Dass der Bund nun in diesen beiden Bereichen seine namentlich im Bundesgesetz über die Krankenversicherung zugewiesenen Aufgaben verstärkt wahrnehmen will, begrüsst der Regierungsrat. Der Regierungsrat spricht sich jedoch gegen die Schaffung eines nationalen Zentrums für Qualität aus. Daher lehnt er den Gesetzesvorschlag ab. Stattdessen sollen die Organisation und Strukturen im Bundesamt für Gesundheit (BAG) angepasst werden, damit die durch das KVG zugewiesenen Aufgaben wahrgenommen werden können. Zudem soll die bereits diskutierte Netzwerklösung weiterentwickelt werden. 2. Notwendigkeit des Gesetzes Der Kanton Uri erachtet die Schaffung eines neuen Bundesgesetzes als nicht notwendig. Denn die Verantwortung für die Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ist, wie bereits erwähnt, dem Bund durch das KVG übertragen. Somit liesse sich die Umsetzung der Ziele der Vorlage in einer Verordnung zum KVG regeln. Dadurch liessen sich auch Unklarheiten ausräumen, in welchem Verhältnis das neue Bundesgesetz zu den anderen Bundesgesetzen stehen soll. Denn es ist nicht klar, welche Auswirkungen die Vorlage auf die in anderen Gesetzen bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung und die damit verbundenen Kompetenzen hat. Offen sind auch die Auswirkungen der Gesetzesvorlage auf die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen des Bundes, der Kantone, der Leistungserbringer und Versicherer. Ihnen werden durch entsprechende Bestimmungen des KVG Aufgaben für die Qualitätssicherung zugewiesen. Insbesondere wäre zu klären, welchen Stellenwert die künftigen nationalen Qualitätskriterien für die Kantone im Rahmen der Versorgungsplanung einnehmen würden. 3. Organisation Mit der vorgeschlagenen Errichtung eines nationalen Zentrums wird das BAG mit seinem vorhandenen Netzwerk geschwächt. Dieses konnte die KVG-Aufgaben im Bereich der Qualität bisher nicht im gewünschten Mass wahrnehmen, weil die notwendigen Ressourcen fehlen. Anstatt diese Ressourcen neu in ein nationales Zentrum einzubringen, sollte vielmehr das BAG-Budget angemessen erhöht werden. Wir sind auch der Auffassung, dass deutlich weniger Mittel notwendig wären, wenn das BAG mit seinem Netzwerk diese Aufgaben übernehmen würde, anstatt ein zusätzliches aufwändiges Zentrum aufzubauen. So oder anders ist es wichtig, dass die bestehenden Organisationen, namentlich der ANQ, patientensicherheit schweiz und das Swiss Medical Board, in eine neue nationale Lösung integriert werden. Hierfür gibt es verschiedene organisatorische Möglichkeiten, die allesamt näher zu prüfen sind. Allen voran könnte diesen Organisationen ein entsprechender Leistungsauftrag durch das BAG erteilt werden.	UR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
4. Beschränkung auf die OKP Grundsätzlich erachten wir die Beschränkung der Vorlage auf die OKP nicht als zweckmässig. Im Sinne eines ersten praktikablen Schritts kann es jedoch durchaus Sinn machen, die Optik vorerst allein auf die OKP zu richten. Eine Ausweitung auf die anderen Kostenträger (ZV, IV, MV, UV) müsste nach den ersten Erfahrungen in einem zweiten Schritt geprüft werden. 5. Finanzierung Es ist notwendig, dass zur Stärkung der Qualitätssicherung und des HTA (Health Technology Assessment) mehr finanzielle Mittel als heute auf Bundesebene zur Verfügung gestellt werden müssen. Diese Bundesaufgaben dürfen jedoch nicht über die OKP-Prämien finanziert werden. Deshalb lehnen wir die vorgesehene Finanzierung zu/asten der OKP bzw. der Prämienzahlenden und der Kantone entschieden ab. Eine damit verbundene Prämienhöhung würde überdies auch die Kantone und Gemeinden über die Prämienverbilligung und über nicht bezahlte Prämien finanziell belasten. Anzumerken ist, dass auf Grund von Erfahrungen im Ausland davon auszugehen ist, dass die mit der Vorlage verbundenen Ziele mit dem geplanten Mitteleinsatz (30 Mitarbeitende mit einem Budget von 32 Mio. Franken pro Jahr) nicht erreicht werden können. So dürfte eine Erhöhung der finanziellen Mittel bereits nach kurzer Zeit unumgänglich werden. 6. Auswirkungen auf andere Organisationen Es ist uns ein Anliegen, dass die Tätigkeiten von bewährten Organisationen im Bereich der Qualitätssicherung, namentlich ANQ, patientensicherheit schweiz und Swiss Medical Board, fortbestehen. Diese drei Organisationen sollen zu einer Zusammenarbeit verpflichtet werden, damit sie ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen weiterhin einbringen können.	
Wir begrüssen die Anstrengungen des Bundes mit einem neuen Gesetz eine griffige nationale Qualitätsstrategie umzusetzen. Positiv zu bewerten ist die Absicht, die heute von verschiedenen öffentlichen und privaten Akteuren erbrachten Leistungen in der Qualitätssicherung zu bündeln, zu koordinieren und zu stärken. Wir teilen die Ansicht, dass mit einer verstärkten Abstimmung, der Nutzung von Synergien, einer Bündelung der Kräfte und einem Abbau von Doppelspurigkeiten Fortschritte in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Gesundheitsversorgung der Schweiz möglich sind. Zwingend muss aber der Einbezug der bereits bestehenden Institutionen (ANQ, Swiss Medical Board, Stiftung für Patientensicherheit) mit ihren jetzigen Aufgaben für die Umsetzung verbindlich im Gesetz geregelt werden. Ohne eine solche direkte Einbindung unterstützt die Regierung dieses Gesetz nicht. Die Kantone würden zudem die bis anhin vorhandenen Einflussmöglichkeiten auf strategischer Ebene weitgehend verlieren. Das Zentrum soll aber vor allem Grundlagen zur Qualitätssicherung liefern und dort operativ tätig sein, wo jetzt noch Handlungsbedarf besteht, d.h. vor allem im ambulanten Sektor und im HTA-Bereich (in Zusammenarbeit mit Swiss Medical Board). Besonders aus Sicht der (teil-)stationären Langzeitpflege sind die verstärkte Abstimmung, die Nutzung von Synergien und der Abbau von Doppelspurigkeiten ein wichtiges Anliegen. Dabei kann das Zentrum durchaus nationale Programme lancieren. Dies soll aber immer in Absprache mit den betreffenden Akteuren erfolgen. Die Regierung unterstützt das Ziel, mit der Umsetzung einer nationalen Qualitätsstrategie auch die Transparenz zu erhöhen. In diesem Zusammenhang ist unbedingt sicherzustellen, dass die Datenerhebung in enger Abstimmung mit den Leistungserbringern und in einem vernünftigen Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen erfolgt. Erwartet wird, dass diese gemeinsame Umsetzung im Gesetz klar vorgesehen wird. Da die Erteilung von Leistungsaufträgen sowie die partnerschaftliche Umsetzung von Massnahmen im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit für die Akzeptanz und wirkungsvolle Umsetzung ein zentraler Erfolgsfaktor ist, muss der künftige Verwaltungsrat zwingend aus Mitgliedern bestehen, welche die Akteure im Gesundheitswesen (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Bund) repräsentieren. Diese Mitglieder sollen von den Akteuren vorgeschlagen werden können.	SG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Was die in Aussicht genommenen Kosten betrifft, so sind diese aus unserer Sicht deutlich zu hoch. Es sollte nicht sein, dass mit der Schaffung eines Zentrums für Qualität die Gesundheitskosten ansteigen.	
Es ist wichtig, dass der Bundesrat auf nationaler Ebene umfassend mehr für die Qualitätssicherung, die Erhöhung der Patientensicherheit und die Beurteilung der medizinischen Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessment (HTA) unternimmt. Wir begrüßen daher die Gesetzesvorlage und die Schaffung eines unabhängigen nationalen Zentrums ausdrücklich. Für die Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) sollen angesichts der zunehmenden therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, damit die Vorteile von Innovationen genutzt werden können und gleichzeitig die Verwendung von personellen und finanziellen Ressourcen für nachgewiesen unwirtschaftliche oder sogar unnütze Leistungen möglichst vermieden werden kann. Mit der Rechtsform des Zentrums (öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes) sind wir einverstanden, vertreten allerdings die Ansicht, dass eine angemessene Vertretung der Akteure mit Aufgaben im Bereich von Qualitätssicherung, Patientensicherheit und HTA mit vorliegender Konzipierung des Zentrums kaum möglich ist. Um insbesondere eine partnerschaftliche, wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu erreichen, ist die Ausgestaltung des Verwaltungsrats des Zentrums anzupassen. Der Verwaltungsrat sollte die Akteure im Gesundheitswesen repräsentieren (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Bund). Wir schlagen einen Verwaltungsrat mit 9 Mitgliedern vor, wovon 3 Mitglieder auf Vorschlag der Kantone zu wählen sind. Zudem sollte der Verwaltungsrat klare Steuerungskompetenzen erhalten, damit er Herausforderungen und Themenbereiche selbstständig festlegen kann. Im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sollten die Aufgaben des zu schaffenden nationalen Zentrums und dessen Ergebnisse nicht nur auf die Optik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränkt bleiben, sondern auch auf Leistungen bei Unfall und Invalidität angewendet werden. Wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, sollen Aufbau und Betrieb des Instituts bei den Kantonen zu keinen finanziellen Mehrbelastungen führen.	SO
Le canton de Genève est tout à fait favorable à la création d'une structure nationale pour l'amélioration et le suivi de la qualité et de la sécurité des soins. La situation actuelle, fragmentée en plusieurs acteurs n'ayant pas de légitimité globale et ne couvrant pas tout le champ des prestations de soins, ne permet pas d'avoir une vision nationale ni de disposer de démarches (programmes) améliorant de façon substantielle la qualité des soins, au sens de leur efficacité, de leur efficience, de leur sécurité, de leur équité et de leur adéquation.	GE
Die Verbesserung der Qualität der Leistungen, die Erhöhung der Patientensicherheit sowie die Kostendämpfung in der Krankenversicherung sind unbestrittene Anliegen, denen allen Stufen der Politik hohe Aufmerksamkeit schenken. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie der Qualitätsbegriff im versorgungsbezogenen Sinne zu definieren ist. Letztlich geht es darum, dass im Interesse der Bevölkerung die Prozesse der Gesundheitsversorgung eine optimale - nicht maximale - patientenspezifische Wirkung (Outcome) erzielen: Durch den Bezug einer medizinischen oder pflegerischen Leistung soll der Gesundheitszustand resp. die Gesundheitszufriedenheit der einzelnen Patientinnen und Patienten so verbessert werden, dass deren Lebensqualität angemessen gesteigert wird. Indikatoren zur Messung des patientenspezifischen Outcomes sind indes kaum bestimmbar. Der vorliegende Gesetzesentwurf beruht unseres Erachtens auf einem Fehlschluss: Durch den Aufbau einer neuen Struktur auf Bundesebene sollen Vorgaben zu Struktur- und Ressourcenqualität der kantonalen und kommunalen Leistungserbringer erlassen werden. Die Erreichung solcher - nur bedingt adäquater - Vorgaben ist zwar messbar, führt jedoch nicht systematisch zu einer Optimierung des patientenspezifischen Outcomes. Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft sieht im vorgelegten Entwurf zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität daher kein effizientes Instrument, die angestrebten hohen Ziele im Bereich der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in der Krankenpflegeversicherung zu erreichen. Aufgrund der obigen Darlegungen lehnt der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der vorliegenden Fassung ab.	BL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Le gouvernement fribourgeois salue la création d'un centre national de qualité. Il s'agit en premier lieu d'une loi organisationnelle qui règle le fonctionnement et les responsabilités d'un nouvel organe. En termes d'objectifs, nous insistons sur le fait que le projet doit tendre vers une rationalisation (meilleure allocation des ressources selon les critères LAMal) et non pas vers une restriction des prestations selon le seul critère des coûts,	FR
Le canton soutient le projet de loi et la création d'un centre national dans le but de concrétiser la stratégie fédérale en matière : - d'assurance qualité et de sécurité des patients - d'évaluation des prestations médicales - Health Technology Assessment (HTA). La nature juridique et le cadre organisationnel du centre méritent d'être précisés. De même, ses tâches devront encore être définies plus en détail lors de la mise en œuvre de cette loi.	VD
Im Grundsatz begrüsst die Standeskommission die Absicht des Bundesrats, der Qualität der Leistungen mehr Gewicht zu geben, die Wirtschaftlichkeit systematischer prüfen zu wollen und dadurch die Ziele der Qualitätsstrategie weiterzuverfolgen. Den Gesetzesentwurf in der vorliegenden Form lehnen wir jedoch ab. - Damit in der Qualität der Gesundheitsversorgung Fortschritte möglich sind, braucht es - wie auch der Bundesrat selber ausführt - eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Definitionen von Qualität, den gewünschten Qualitätsstandards, den relevanten Indikatoren und den Auswirkungen auf die Kosten. Die Kompetenz des Bundes, in all diesen Fragen Prüfungen und Abklärungen vorzunehmen und verbindliche Festlegungen zu treffen, ist im geltenden Krankenversicherungsgesetz jedoch bereits vorhanden, und weitere Modalitäten liessen sich falls nötig in einer Verordnung regeln. Soweit sich das vorgeschlagene Gesetz demnach auf die Erfüllung von bereits heute gesetzlich verankerten Aufgaben ausrichtet, ist es überflüssig und deshalb abzulehnen. Gemäss Ziff. 3.1 des erläuternden Berichts will der Bund vermehrt seine Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung wahrnehmen, was zu einem vermehrten Ressourcenbedarf führt. Nicht überzeugend erläutert wird aber, weshalb diese Ressourcen in ein neu zu schaffendes Zentrum ausgelagert werden sollen. Sehr viel effizienter als der Aufbau einer neuen Institution mit schwerfälligen Strukturen wäre es doch, solche Ressourcen - so sie denn auch wirklich erforderlich sind - im Bundesamt für Gesundheit, der bereits heute zuständigen Behörde, bereitzustellen.	AI
Der Regierungsrat des Kantons Aargau begrüsst sehr, dass der Bundesrat seine Verantwortung im Bereich der Qualität der medizinischen Leistungen vermehrt wahrnehmen will. Es ist von grosser Wichtigkeit, die Qualität laufend zu überprüfen und wo nötig Verbesserungen vorzunehmen. Die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen müssen optimal zugunsten der Patientensicherheit und auch zugunsten der Wirtschaftlichkeit eingesetzt werden. Wichtig ist dem Regierungsrat, dass die bereits von verschiedenen Akteuren geleisteten guten Arbeiten im Bereich der Qualitätssicherung in die Arbeit des neuen Zentrums für Qualität in genügendem Masse einfließen. Folgende Punkte sind dem Regierungsrat im Hinblick auf das geplante Qualitätszentrum besonders wichtig: • Die Qualität der medizinischen Leistungen ist nicht nur für die Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) wichtig, sondern auch für die übrigen Sozialversicherungen wie beispielsweise die Unfallversicherung oder die Invalidenversicherung. Es müssen nach Ansicht des Regierungsrats alle Sozialversicherungsträger eingebunden werden, auch was die Finanzierung betrifft. Die genannten Zielsetzungen könnten auch im Rahmen der bestehenden Strukturen des zuständigen Departements umgesetzt werden. • Die Aufgaben des Zentrums sind nach Ansicht des Regierungsrats zu wenig konkret und zu wenig verbindlich. Für die Kantone wäre es insbesondere für die Spitalplanung, aber auch für die Tariffestsetzungen wichtig, über national einheitliche Qualitätskriterien zu verfügen. Bereits heute wird viel in das Thema Qualität investiert und viel gute Arbeit geleistet, um die Qualität laufend zu erhöhen. Bis heute gibt es aber keine Richtwerte bezüglich Beurteilung der Qualität. Der Regierungsrat ist sich bewusst, dass es sehr schwierig ist, die Qualität der medizinischen Leistungen zu beurteilen, erwartet aber gerade in diesem Bereich, dass das geplante Zentrum Lösungen bringt. Es muss sichergestellt sein, dass die bisherigen aktiven Akteure wie zum Beispiel der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Patientensicherheit	AG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Schweiz usw. angemessen in die neue Organisation eingebunden werden. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit ist anzustreben, wobei die Aufgaben und Kompetenzen klar geregelt werden müssen. Zusammenfassend hält der Regierungsrat fest, dass er grundsätzlich ein nationales Zentrum für Qualität begrüsst. Es muss aber sichergestellt werden, dass das neue Gesetz nicht zu mehr Bürokratie führt, sondern eine nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit und eine Kosten-dämpfende Wirkung auf die Gesundheitskosten stattfinden.	
Il progetto di legge risponde, nei suoi principi e nelle sue intenzioni, a una lacuna del nostro sistema sanitario già evidenziata nei rapporti pubblicati nel 2006 e nel 2011 da OCSE e OMS. Condividiamo l'esigenza di migliorare gli aspetti legati alla qualità in ambito sanitario al fine di meglio controllare efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni. La dispersione delle diverse iniziative già in vigore e la mancanza di coerenza e di coordinamento a livello nazionale rendono particolarmente difficile il monitoraggio della qualità sull'insieme del territorio. Pur con le riserve e le richieste di precisazioni indicate in seguito, riteniamo quindi che l'istituzione di un Centro di referenza nazionale sia nel suo principio una necessità reale. Le linee generali dell'avamprogetto sono condivise, così come gli obiettivi posti dal rapporto esplicativo in consultazione. La competenza di rafforzare la qualità e l'economicità delle prestazioni è già stata demandata alla Confederazione nell'ambito della LAMal. Ci si può pertanto chiedere se per la definizione di una modalità organizzativa per perseguire questi obiettivi, qual'è in fondo il contenuto del progetto di legge, occorra per l'appunto una normativa legislativa formale a sé stante anziché una semplice ordinanza d'esecuzione della LAMal.	TI
Dies ist die Stellungnahme des GDK-Vorstandes nach einer Umfrage bei den Kantonen. 1. Grundsätzliche Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage Die im erläuternden Bericht zur Gesetzesvorlage formulierte Einschätzung der Schwächen der heutigen Situation teilen wir weitgehend. Der GDK-Vorstand begrüsst daher, dass der Bundesrat die Absicht hat, auf nationaler Ebene und umfassend mehr für die Qualitätssicherung, Erhöhung der Patientensicherheit und die Beurteilung der medizinischen Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessment (HTA) zu tun. Den im Gesetz und im erläuternden Bericht formulierten Zielen können wir insofern zustimmen. Wir sind ebenfalls der Meinung, dass für die notwendigen Qualitätsverbesserungen im Schweizer Gesundheitswesen mit flächendeckend umsetzbaren Programmen, Massnahmen, Kriterien und Methoden sowie einer grösseren Transparenz ein massgeblicher Schub nach vorne nötig ist. Der GDK-Vorstand unterstützt daher die Schaffung des nationalen Zentrums. Dass damit auch flächendeckende Massnahmen für die ambulante Versorgung, Spitex und Pflegeheime möglich werden, ist ein zentrales Anliegen der Kantone. Vor dem Hintergrund der stetig zunehmenden therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten ist es nötig, dass mehr finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, um bestehende und neue Leistungen zu überprüfen, damit die Vorteile von Innovationen genutzt und gleichzeitig die Verschwendung von Mitteln für nachgewiesen unnütze und unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden können. Ob zum Erreichen der angestrebten Zielsetzungen ein neues Bundesgesetz erlassen werden muss, wird von einer Minderheit von Kantonen in Frage gestellt. Diese Kantone argumentieren, die Verantwortung für die Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit sei dem Bund durch das KVG übertragen und die Umsetzung der Ziele der Vorlage liessen sich somit in einer Verordnung zum KVG regeln. Die verfassungsrechtliche Grundlage für ein neues Gesetz wird von einigen Kantonen bestritten. Fazit 1: Damit die notwendigen Fortschritte in der Schweiz erreicht werden können, ist eine zusätzliche, nachhaltige Investition in die Konzipierung, Umsetzung und Messung nationaler Qualitätsstandards und in intensivierte HTA-Aktivitäten im Gesundheitswesen unabdingbar. Die Kantone und andere wichtige Partner sind jedoch im vorliegenden Vorschlag auf der strategischen und operativen Ebene nicht angemessen einbezogen. Für den GDK-Vorstand ist eine alleinige Steuerung des Zentrums durch den Bund nicht akzeptabel und mehrheitsfähig. Der verbindliche Einbezug der relevanten Akteure (insbesondere der Kantone, aber auch der Leistungserbringer, Versicherer und allenfalls weiterer Akteure) ist zwingend sicherzustellen, beispielsweise durch eine breitere Trägerschaft und Vertretungen im Verwaltungsrat.	GDK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wir sind der Ansicht, dass die angemessene Vertretung aller Akteure mit bisherigen und aktuellen Aufgaben im Bereich von Qualitätssicherung, Patientensicherheit und HTA gemäss vorliegender Konzipierung des Zentrums nicht gegeben ist. Die partnerschaftliche Umsetzung von Massnahmen im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist für die Akzeptanz und wirkungsvolle Umsetzung aber ein zentraler Erfolgsfaktor. Dieser partizipative Ansatz hat sich beispielsweise in der Stiftung für Patientensicherheit sehr bewährt. Fazit 2: Der GDK-Vorstand erwartet, dass alternative Organisationsmodelle, unter Einschluss der im erläuternden Bericht erwähnten Netzwerklösung, materiell eingehender geprüft werden. Die Kantone und weitere relevante Partner des Gesundheitswesens sind in den strategischen Leitungsgremien einzuschliessen. 3. Zusammenarbeit - Die Vorlage lässt viele Fragen offen, was die Zusammenarbeit mit bisher im Feld von Qualitätssicherung und HTA tätigen Akteuren anbetrifft. Bedenken, dass Doppelspurigkeiten geschaffen werden könnten, konnten nicht ausgeräumt werden. Eine Klärung der Aufgabenabgrenzung und Zusammenarbeit ist notwendig. - Aus Sicht der Kantone ist es essentiell, dass die Tätigkeiten des ANQ, von patientensicherheit schweiz und des Swiss Medical Board fortbestehen und somit das bisher Erreichte erhalten bleibt und fortgesetzt wird. In jedem Fall muss auf deren Erfahrungen und Vorleistungen aufgebaut werden. Die Rolle der Kantone im Verhältnis zum Zentrum und zu den erwähnten Organisationen ist in jedem Fall zu klären. Fazit 3: Wir erachten es als notwendig, für den ANQ, patientensicherheit schweiz und das Swiss Medical Board und allenfalls weitere Organisationen konkrete Optionen vorzulegen, wie diese Organisationen und deren Tätigkeiten entweder in das nationale Zentrum integriert werden oder mit einem ständigen Leistungsauftrag mit den Tätigkeiten beauftragt und auf eine stabile finanzielle Basis gestellt werden könnten. Um eine Bündelung und Koordination der Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung in der Schweiz zu erreichen, ist aus Sicht der Kantone eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen Akteuren zentral. Falls die Tätigkeiten von patientensicherheit schweiz im Rahmen der nationalen Programme in den Aufgabenbereich des Zentrums übergehen und sich die Stiftung anschliessend aufgrund der fehlenden Finanzierung auflösen müsste, wäre es ein Anliegen der Kantone, dass die übrigen bisherigen Aktivitäten und Projekte der Stiftung (wie z.B. CIRNET), in die die Kantone massgeblich mitinvestiert haben, vom nationalen Zentrum übernommen und weitergeführt werden. Des Weiteren erwartet der GDK-Vorstand im Sinne der verstärkten Koordination, dass die aufgegebenen Aktivitäten des Vereins QualiCCare zur Verbesserung der Behandlungsqualität chronisch Kranker in den Aufgabenbereich des Zentrums aufgenommen werden. Was die interventionsbezogenen Qualitätsregister angeht, sollte das Zentrum aus unserer Sicht nicht nur die konzeptionellen Grundlagen erarbeiten, sondern auch die Führung dieser Register übernehmen können. Fazit 5: Die Aufgaben und Leistungen des Zentrums und eine mögliche Aufgabenerfüllung durch bestehende Drittorganisationen sind zu klären und präzisieren. Fazit 6: Die Aufgaben und Leistungen des Zentrums und eine mögliche Aufgabenerfüllung durch das Swiss Medical Board sind zu klären und präzisieren. Zudem sind die Konsequenzen der HTA-Erkenntnisse für die Sozialversicherungen und die Leistungserbringer zu regeln.	
Die Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) begrüsst ausdrücklich die geplante Schaffung eines nationalen Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung. Dabei muss aber gewährleistet sein, dass mit dem neuen Zentrum keine unnötigen Doppelspurigkeiten entstehen, für welche nur zusätzliche Ressourcen eingesetzt werden müssten. Vielmehr ist darauf zu achten, dass bereits vorhandene Qualitätsprogramme sinnvoll integriert und Synergien genutzt werden können. Damit die Interessen und Anliegen der Patienten und Konsumenten angemessen vertreten werden können, fordert die SKS, dass auch Konsumentenschutz-Organisationen in der nationalen Qualitätsplattform und der nationalen HTA-Plattform integriert und mit den dazu nötigen Ressourcen ausgestattet werden. Abgesehen von den oben erwähnten Punkten unterstützt die SKS die in der Vorlage beschriebene Umsetzung des Qualitätszentrums.	SKS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Bund will mit dieser Vorlage sein Engagement zur Verbesserungen der Qualität im Schweizerischen Gesundheitswesen stärken mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Leistungen und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Geschaffen werden soll ein nationales Zentrum für Qualität. Dieses soll bestehende Aktivitäten in der Qualitätssicherung koordinieren und verstärken und den Bund, die Kantone und die Leistungserbringer mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützen. Hingegen soll das Zentrum nicht Regulierungen erlassen oder hoheitliche Aufgaben übernehmen. Die Hauptaufgaben dieses Zentrums sollen darin bestehen, nationale Qualitätsprogramme zu lancieren und Qualitätsindikatoren zu entwickeln, insbesondere für den ambulant-ärztlichen Bereich. Ein anderer wichtiger Teil besteht darin, Gesundheitstechnologien und medizinische Leistungen in der OKP zu bewerten (Health Technology Assessment, HTA) sowie den zweckmässigen Einsatz und den Nutzen der Leistungen, Behandlungsverfahren und Arzneimittel zu überprüfen. Ziel ist, die Zahl der nicht wirksamen, nicht effizienten und unnötigen Behandlungen und Eingriffe zu reduzieren, teure Fehl- oder Überversorgung zu vermeiden und damit die Qualität der Behandlung zu erhöhen. Das Zentrum soll in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geschaffen werden und von einem Verwaltungsrat aus mit maximal neun Fachleuten geleitet sowie eng mit Universitäten, Fachhochschulen und anderen, bereits in der Qualitätssicherung tätigen Organisationen zusammenarbeiten. Die strategischen Ziele würden vom Bundesrat festgelegt. Er soll dabei von einer nationalen Plattform für Qualität sowie einer Plattform für die Bewertung von HTA unterstützt werden, in denen die betroffenen Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind, insbesondere die Kantone, Patientenorganisationen, Leistungserbringer, Versicherer und das Bundesamt für Gesundheit. Für den Bereich Qualität und Patientensicherheit sind 22 Mio. Franken vorgesehen. Hier schlägt der Bundesrat vor, diesen Betrag bei den Versicherten einzuziehen. Das würde pro versicherte Person Fr. 3.50/Jahr machen. Die Kosten für den Bereich HTA werden auf 10 Mio. Franken geschätzt und sollen vom Bund übernommen werden. Der SGB begrüsst die Bestrebungen des Bundes, gesetzliche Grundlagen und institutionelle Strukturen zu schaffen, um koordinierend und unterstützend im Bereich der Qualitätssicherung und Patientensicherheit zu wirken. Zu den vorgeschlagenen Massnahmen haben wir folgende Bemerkungen und Anträge: Bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Nationalen Plattform fehlen die Sozialpartner. Wie oben erwähnt, sind die Arbeitsbedingungen ein wichtiger Faktor, um die Qualität und die Patientinnensicherheit zu gewährleisten. Wir beantragen deshalb, die Sozialpartner und die Patientinnenorganisationen sowohl in den Verwaltungsrat als auch in die Nationale Plattform aufzunehmen.	SGB
Le Comité de l'ASDSI salue l'intérêt et la volonté de vouloir renforcer la qualité et la sécurité des prestations des soins. De plus, des mesures, des indicateurs et des bases de données uniformes pour l'ensemble des acteurs du paysage sanitaire sont une nécessité. Nous soutenons pleinement ces deux principes. La proposition du projet de loi, plus particulièrement la création d'un nouveau centre, n'est pas une nécessité. Le centre proposé va accroître la complexité, démultiplier les instances et consommer des ressources importantes. Ces ressources pourraient - de notre point de vue – mieux servir les initiatives et les structures existantes. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), ayant pour objectif de coordonner et de mettre en place des mesures de qualité des résultats à un niveau national, en particulier la réalisation uniforme de mesures de qualité au sein des hôpitaux et cliniques, afin de documenter, de développer et d'améliorer la qualité fonctionne bien. Le dispositif et le plan de mesures, coordonnés par l'ANQ, pourraient être étendus à toutes les institutions sanitaires. La Fondation pour la Sécurité des Patients est une plateforme nationale dédiée au développement et à la promotion de la sécurité des patients en Suisse. Son objectif est de concevoir des activités et d'encourager leur implantation dans le cadre de réseaux et de coopérations. Cette fondation a acquis une belle expertise et légitimité. Les projets proposés portent leurs fruits. L'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM), fondée par la FMH, est émergente. Les sociétés médicales et soignantes édictent leurs règles de bonnes pratiques et de peer-review. Les instituts universitaires proposent des projets nationaux. Différents observatoires de la santé existent et fournissent d'excellentes prestations. Les organes de contrôle cantonaux sont fonctionnels et livrent un bon travail de	SVPL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
vérification du respect des normes. La nouvelle structure n'apportera pas de valeur ajoutée. La formulation du projet laisse trop de latitude d'interprétation et les intentions sont peu précises. La structure semble coûteuse, hypertrophiée et consommatrice en ressources. Les activités sont redondantes avec des initiatives et des mandats déjà existants et réalisés. Par conséquent, la création d'un nouveau centre induira de la confusion et pourra affaiblir les dynamiques existantes. Il nous semble toutefois approprié de réserver des moyens et des incitatifs pour renforcer les structures existantes, l'exploitation des indicateurs collectés et inviter des structures, actuellement peu actives dans les démarches qualité, à renforcer leurs efforts. Enfin, les dispositions légales en vigueur donnent la latitude d'action nécessaire à l'Etat. L'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des interventions reste un domaine à renforcer. Le projet de loi n'offre ni propositions, ni perspectives à ce sujet	
Der Spitex Verband Schweiz begrüsst es grundsätzlich, dass sich der Bund vermehrt in der Qualitätssicherung engagieren will. Im vorliegenden Entwurf vermissen wir jedoch den Einbezug der Leistungserbringer. Die Aktivitäten des Bundes sollten unseres Erachtens an deren bisherigen Bestrebungen anknüpfen. Der enge Einbezug der Leistungserbringer bildet zudem einen zentralen Bestandteil einer wirksamen und zielorientierten Qualitätssicherung. Dies gilt insbesondere auch im Zusammenhang mit der Publikation von Daten. Im Rahmen von Qualitäts-Projekten arbeite der Spitex Verband Schweiz bereits sehr erfolgreich mit dem Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Statistik sowie dem Obsan zusammen. Der Spitex Verband Schweiz sieht die Aufgabe des Bundes mehr in einer koordinierenden und subsidiären Rolle. Aufgrund dieser Überlegungen lehnt der Spitex Verband Schweiz den vorliegenden Entwurf zum Bundesgesetz über ein Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab.	spitex
1. Allgemeine Einschätzung INTERPRET begrüsst das Engagement des Bundes für die Qualität der medizinischen Leistungen und erachtet die Schaffung des Zentrums für Qualität als wichtige Massnahme zur Förderung einer qualitativ hochstehenden, effizienten und für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung. Die allgemeine Ausrichtung des Engagements, insbesondere die beiden Zielsetzungen „Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen“ sowie „Nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit“ scheint uns richtig. Auch die in der Qualitätsstrategie des Bundes definierten Zieldimensionen „Die Leistungserbringung soll sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle chancengleich erfolgen.“ haben unsere volle Zustimmung. 2. Mängel bei der Gesundheitsversorgung, insbesondere der Migrationsbevölkerung Im erläuternden Bericht des Bundesrats zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden einzelne Schwächen des schweizerischen Gesundheitssystems angeführt. Auf einen bedeutenden Missstand wird jedoch nicht eingegangen: Die mangelhafte Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung. Verschiedene Untersuchungen machen deutlich, dass der Zugang fremdsprachiger Patientinnen und Patienten zu den Angeboten des Gesundheitssystems erschwert und die Qualität der Gesundheitsversorgung mangelhaft ist. Zu nennen sind beispielsweise die Auswertungen der beiden Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung (GMM I, 2004, GMM II, 2010), Kosten-Nutzen-Untersuchungen zum Dolmetschen im Spitalbereich (Büro BASS, 2009) aber auch frühere Untersuchungen zur Situation fremdsprachiger Patientinnen und Patienten. Bischoff und Steinauer (2007: 345) ziehen aus verschiedenen Studien denn auch den Schluss: „Fremdsprachige Patienten erhalten tendenziell aufgrund fehlenden bzw. ungenügenden Informationsflusses eine der Situation unangemessene Behandlung.“ Dieser Befund ist nach wie vor aktuell, wie beispielsweise anlässlich der ersten nationalen Tagung des Netzwerks der Swiss Migrant Friendly Hospitals vom 19. September 2013 festgehalten wurde: „Studien zum Gesundheitsmonitoring haben eine deutliche Benachteiligung bei der Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung zur Schweizer Bevölkerung gezeigt“ (Swiss MFH, 19. Sept. 2013). In seiner im Rahmen dieser Tagung lancierten „Call to action“ fordert das Netzwerk Verbesserungen in vier Bereichen: Gewährleisten des	INTERPRET

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle; Sicherstellen einer effektiven Kommunikation über Sprachbarrieren hinweg; Stärken der transkulturellen Kompetenz von Beschäftigten im Gesundheitswesen; Fördern von diversitätsbezogener Forschung. Von vergleichbarer Deutlichkeit ist auch die Feststellung von H+, Die Spitäler der Schweiz: „Die Bundesverfassung regelt in Art. 6 u.a., dass niemand wegen seiner Sprache diskriminiert werden darf. Faktisch ist der Zugang für Fremdsprachige zur richtigen medizinischen Behandlung aber nach wie vor eingeschränkt“ (H+, Vernehmlassungsantwort zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer, 22. März 2012). Als Konsequenz aus dieser Feststellung fordert H+ unter anderem eine einheitliche, nationale Regelung zur Finanzierung von Dolmetschleistungen im Gesundheitsbereich. Die Unter- bzw. Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten hat nicht nur Konsequenzen für die betroffene Bevölkerungsgruppe, sondern wirkt sich negativ auf das gesamte Gesundheitssystem aus. Auch wenn diesbezüglich kaum wissenschaftlich erhärtete Studien vorliegen, liegt auf der Hand, dass zu spät erfolgende und/oder unangebrachte Behandlungen hohe Kostenfolgen nach sich ziehen. Die angestrebte Zweckmässigkeit der Leistungen wie auch deren Effizienz werden dadurch stark in Frage gestellt. 3. Bedeutung der Kommunikation Die Analyse obenstehender Befunde macht deutlich, dass die Ursache für die mangelhafte Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in erster Linie in bestehenden Verständigungsschwierigkeiten zu finden ist. Dies gilt sowohl für die Zugänglichkeit der Angebote als auch für die Qualität (Angemessenheit, Effektivität, und Wirtschaftlichkeit) der Dienstleistungserbringung. Eine Leistungserbringung, die „sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient“ sein soll und einen Schwerpunkt auf die Patientensicherheit legt, ist in höchstem Mass auf eine lückenlos funktionierende Verständigung angewiesen. Und auch der chancengleiche Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems setzt eine funktionierende Kommunikation voraus. Das Erreichen der in Kapitel 1 zitierten Zieldimensionen ist ohne reibungslos funktionierende Verständigung nicht denkbar. 4. Ergänzung der Inhalte und des Aktionsbereichs des Zentrums für Qualität Aus oben dargestellten Überlegungen wird deutlich, dass zahlreiche Aspekte bei der Ausgestaltung des Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der aktuell vorgesehenen Form nicht ausreichend berücksichtigt sind. Folgende Themen- und Aktionsbereiche müssen unserer Ansicht nach zwingend ergänzt werden: Sicherstellen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle. Als übergeordnetes Qualitätsmerkmal des Gesundheitssystems muss gewährleistet werden, dass die Gesundheitsversorgung allen gleichermaßen offen steht. Dazu besteht auch eine verfassungsrechtliche Verpflichtung (Chancengleichheit und Diskriminierungsschutz). Nicht von ungefähr stellt die Chancengleichheit einer von vier Pfeilern resp. Handlungsfeldern der Agenda „Gesundheit 2020“ dar. Dies erfordert jedoch gezielte Massnahmen insbesondere in den Bereichen Information und zielgruppenspezifischer Kommunikation. Gewährleisten der Verständigung über Kommunikationsbarrieren hinweg Der Bedeutung der gegenseitigen Verständigung zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten muss Rechnung getragen werden. Die Verpflichtung, die Verständigung sicherzustellen, liegt dabei eindeutig bei den Leistungserbringern (Stichwort: informed consent). Ist die direkte Kommunikation aufgrund sprachlicher und/oder kultureller Unterschiede erschwert, muss der Zugang zu Dolmetschleistungen gewährleistet sein. In Anbetracht der zentralen Rolle und Bedeutung, welche der dolmetschenden Person im Rahmen eines gedolmetschten Gesprächs zukommt, müssen auch für das Dolmetsch- und Übersetzungswesen minimale Qualitätsstandards definiert werden. Berücksichtigung transkultureller Aspekte und Kompetenzen Die Leistungsempfängerinnen und -empfänger des Gesundheitssystems zeichnen sich zunehmend durch ein hohes Mass an Diversität aus: Je nach Standort und Angebot sind über ein Drittel der Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft. Die Leistungserbringenden und -erbringer müssen für den Umgang mit dieser Diversität geschult sein.	
Der ANQ ist aufgrund seiner bisherigen Leistungen prädestiniert, auch künftig die Qualität im stationären Bereich zu messen und deren Resultate zu veröffentlichen.	ANQ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
In der Schweiz braucht es keine Parallelstrukturen zu bestehenden und bewährten Organisationen auf Bundesebene Der ANQ unterstützt die Bestrebungen des Bundes um Qualitätsverbesserung, mehr Transparenz und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Begrüsst werden insbesondere die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel, eine verstärkte Koordination und Hilfestellung bei der Vernetzung und Verbreitung von Qualitätsinitiativen. Dem nationalen Qualitätsvertrag sind bis auf wenige Ausnahmen alle Schweizer Spitäler und Kliniken (Akutsumatik, Psychiatrie und Rehabilitation), Kantone und Versicherer beigetreten. Der Vertrag verpflichtet die Mitglieder, an sämtlichen ANQ-Messungen teilzunehmen bzw. diese auch zu finanzieren. Der ANQ ist im stationären Bereich die einzige breit abgestützte und von allen Stakeholder anerkannte Qualitätsorganisation in der Schweiz. Dank dem ANQ und seinen Aktivitäten verfügt die Schweiz heute über ein international einzigartiges System zur Qualitätsmessung und –entwicklung in der stationären Versorgung. Es wird mehrmals betont, dass das Zentrum bestehende Organisationen auf keinen Fall ersetzen, sondern bisherige Arbeiten und Aktivitäten ergänzen und unterstützen will. Demgegenüber steht die sehr offene und breite Formulierung zur Rolle und zu den Aufgaben des Zentrums. Dabei decken sich verschiedene Aufgaben wie zum Beispiel die Auswahl der Indikatoren, die Art der Publikation oder das Vorgehen bei der Risikoadjustierung mit den aktuellen Aufgaben des ANQ für Qualitätsmessungen im stationären Bereich. Handlungsbedarf bei Qualitätsmessungen besteht heute im ambulanten sowie an den Schnittstellen zwischen den stationären und ambulanten Bereichen. Aus Sicht des ANQ sollte der Bund gezielt Rahmenbedingungen erschaffen, um die Qualität von integrierten Behandlungspfaden beurteilen zu können. Die Einführung von Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich sollte in Übereinstimmung mit den schon bestehenden stationären Messungen erfolgen.	
Wir lehnen den Gesetzesvorschlag ab und weisen die Vorlage zurück. Wir fordern die Behörden dagegen auf, die Strukturen und die Organisation im Bundesamt für Gesundheit (BAG) so anzupassen, dass dieses seinen Verpflichtungen gemäss Art. 22a KVG (Daten der Leistungserbringer), Art. 32 KVG (Voraussetzungen), Art. 33 KVG (Bezeichnung der Leistungen), Art. 36 bis 40 KVG (Zulassungsbestimmungen) und Art. 58 KVG (Qualitätssicherung) lückenlos nachkommen kann, wie es von der Politik erwähnt seien hier nur die diversen Empfehlungen der GPK-S - und der vips seit geraumer Zeit gefordert wird. Allgemeines Im erläuternden Bericht wird unter Ziff. 3.1 festgehalten: „Dem Bund werden im Grundsatz keine neuen Aufgaben übertragen.“ Es ist tatsächlich so, dass das BAG als zuständige Behörde die Pflicht hat, die im Bundesgesetz aufgelisteten Aufgaben lückenlos zu erfüllen. Tatsächlich ist dies heute aber nur partiell der Fall. Es seien dazu weitere Ressourcen nötig, wird ausgeführt. Nicht überzeugend erläutert wird aber, weshalb diese Ressourcen in ein neu zu schaffendes Zentrum ausgelagert werden sollen. Sehr viel effizienter als der Aufbau einer neuen Institution mit schwerfälligen Strukturen ist es, solche Ressourcen - so sie denn auch wirklich erforderlich sind - im BAG bereit zu stellen. Mit dem vorgeschlagenen Zentrum soll ja auch nichts an den Kompetenzen des BAG geändert werden. Das heisst nach unserem Verständnis, als dass Aufgaben, die vom BAG wahrgenommen werden müssen, künftig an eine neue Institution ausgelagert werden, ohne dass diese mit irgendwelchen Kompetenzen ausgestattet wird. Die Kompetenzen der Kantone werden mit diesem Bundesgesetz richtigerweise nicht tangiert. So wird im Bericht unter Ziff. 3.2 festgehalten: Für die Kantone ergeben sich mit der Vorlage keine Änderung ihrer bisherigen Aufgaben und Kompetenzen.“ Damit ist gleich auch dargelegt, dass die Aktivitäten des Zentrums zwar Auswirkungen auf die Spitäler haben können, jedoch nicht müssen, sind die Kantone doch bezüglich ihrer Gesundheits- und Spitalpolitik weitgehend autonom und können nicht in die Pflicht genommen werden. Allein die Einführung des monistischen Finanzierungssystems für Spitäler könnte diesbezüglich andere Voraussetzungen schaffen. Nicht plausibel ist die Argumentation, weshalb gegen eine Netzwerk- und für eine Zentrumslösung optiert wird (Bericht 1.8): „Mit einem Verzicht auf das vorgeschlagene Zentrum zur Unterstützung der Akteure müsste die Initiierung und Durchführung der vielfältigen Tätigkeiten, die zur Erreichung der in Ziffer 1.7.1 genannten Ziele erforderlich sind, vom BAG ausgehen. Dazu	vips

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
müssten neue, grössere Organisationseinheiten im BAG aufgebaut werden. Eine solche zentrale Rolle des BAG könnte auf mangelnde Akzeptanz stossen. Ohne wesentliche Aufwertung gegenüber der heutigen Situation müsste die Zielerreichung jedoch als gefährdet betrachtet werden. Heutige Schwächen könnten nicht schlagkräftig angegangen werden, wie dies bei der vorgelegten Variante mit der Schaffung eines Zentrums der Fall ist. Dazu gehört insbesondere der Umstand, dass eine zentrale Anlaufstelle für die Bereiche Qualitätssicherung und HTA fehlt und dass eine Bündelung der Fähigkeiten und des Wissens nicht im erforderlichen Ausmass erreicht werden kann." Wieso sollen grössere Organisationseinheiten ausserhalb und nicht innerhalb des BAG aufgebaut werden, sofern solche erforderlich sind? Wieso soll ein notabene neues Zentrum mit beschränkten Knowhow auf mehr Akzeptanz stossen als das BAG? Wieso sollen die heute etablierten und bewährten externen Strukturen verschiedener Akteure erwähnt sei hier zum Beispiel die FMH -zur Unterstützung des BAG bei der Erfüllung seiner Aufgaben nicht mehr eingebunden werden oder wieso sollen diese den Ansprüchen des BAG nicht mehr genügen? Wieso soll das BAG direkt nicht vermehrt punktuell Mandate an geeignete aussenstehende Institute erteilen, wie es die vips seit Jahren mit Bezug auf die Durchführung von professionellen Assessments im Arzneimittelbereich fordert? Wir beurteilen die Argumentation des EDI als nicht stichhaltig und vor allem ist sie auf eine Schwächung der Position des BAG und seines heute bestehenden, hervorragend funktionierenden Netzwerkes ausgelegt, was aus unserer Sicht nicht nur sachlich, sondern auch politisch unerwünscht ist. Konklusion Die Vorlage des EDI zielt auf eine Schwächung des BAG und seines heutigen Netzwerkes sowie auf die Errichtung neuer, aufwändiger und aus unserer Sicht unnötiger Parallelstrukturen. Die Ziele des Bundesgesetzes sind nicht neu, sie sind im KVG bereits enthalten. Seit Jahren wird von politischer Seite der Vorwurf immer wieder erhoben, das BAG erfülle seine gesetzlichen Aufgaben nicht. Das BAG begründet dies mit mangelnden Ressourcen. Um diese bereitzustellen, wird als Rezept die Errichtung eines Zentrums mit anfänglich 30 Mitarbeitenden und einem Budget von jährlich CHF 32 Millionen empfohlen. Schlicht unverständlich ist es, wieso nicht einfach das BAG-Budget allenfalls angemessen erhöht wird? Es ist auch anzunehmen, dass dieses Budget massiv entlastet werden könnte, wenn die Aufgaben weiterhin wie bisher beim BAG und seinem Netzwerk angesiedelt und nicht in ein zusätzliches aufwändiges Zentrum ausgelagert werden. Auch möchten wir nicht verhehlen, dass wir auf Grund der Erfahrungen im Ausland der dezidierten Meinung sind, dass die Ziele, die mit dem Bundesgesetz anvisiert werden, mit diesem dargestellten Mitteleinsatz nicht erreicht werden können. Es ist absehbar, dass diese Erkenntnis schon kurze Zeit nach der Errichtung eines Zentrums auch bei den Behörden Einzug halten würde und entsprechende Mehrmittel beantragt werden müssten. Aus diesen Gründen lehnen wir die Gesetzesvorlage ab und weisen die Vorlage zurück.	
Fehler im Gesundheitswesen, die zur Verletzung der Integrität eines Menschen führen, wiegen schwer. Und jeder Fehler ist einer zu viel. Der Schaden fällt bei Patienten, deren Versicherungen und den Steuerzahlern an, während die Verursacher für die Fehlleistung Rechnung stellen können und für die direkt verursachten Folgekosten nur selten aufkommen müssen. Fehler ziehen aus diesem Grund kaum finanzielle Konsequenzen für die Verursacher nach sich. Mit anderen Worten: Die Fehlbaren können nicht aus Schaden klug werden. Darum ist eine unabhängige, handlungsfähige und praxisrelevante Anlaufstelle für Patienten, die alleine der Qualität, der Patientensicherheit und dem Schutz der Menschenwürde verpflichtet ist, wünschenswert. Diese Anlaufstelle sollte nach erfolglosen direkten Klärungsversuchen der Patienten mit den Verursachern rasch und unbürokratisch auf Klagen reagieren können und so konstruktiv und ressourcenorientiert die meiner Erfahrung nach noch viel zu hohe Fehlerquote eindämmen helfen. Ich bin der starken Überzeugung, dass auch Patienten ihren Beitrag leisten müssen, indem sie Zeugnis über Fehlbehandlungen, Spitalinfektionen, Bankkontobehandlungen und Schäden etc. ablegen. Dadurch lassen sich gezielt nachfolgende Fehler eindämmen, bei weiteren Patienten unnötiges Leid vermeiden und viel Geld einsparen. Eine wirkungsvolle Eins-zu-Eins-Lösung, die Fehler direkt an deren Quelle ausmerzt.	pMH
Diese Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht abzulehnen. Insbesondere darf keine öffentlich-rechtliche Anstalt geschaffen werden. Zunächst fällt auf, dass primär mit höheren Kosten zu rechnen wäre, welche entgegen den Behauptungen des EDI wohl insgesamt keine kostendämpfende Wirkung mehr haben würden.	Äg_BE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Eine Ausdehnung der Aufgaben, welche bereits heute gestützt auf das KVG bestehen, ist unter diesem Aspekt nicht zielführend. Während Art. 58 Abs. 1-3 KVG (nach Anhörung der interessierten Organisationen) den zielgerichteten Einsatz der Mittel vor allem für die Überprüfung besonders kostspieliger Untersuchungen und Behandlungen vorsehen, soll die Überprüfung der Qualität mit der Gesetzesvorlage auf den gesamten Leistungskatalog ausgedehnt werden (vgl. EArt. 58 Abs. 4 KVG, welcher umfangreiche Programme und Projekte vorsieht). Dies ist völlig übertrieben. Anstatt die bisherige Aufgabe den zuständigen Behörden zu belassen, soll nun eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit Zusatzaufgaben errichtet werden. Dafür besteht keine Notwendigkeit. Die bestehende Aufgabe muss mit dem heutigen Personaletat des BAG bewältigt werden, soweit sie nach dem Grundsatz der Subsidiarität nicht durch bestehende private Institutionen erfüllt werden kann. Die nationalen Plattformen sind ein wichtiges Instrument, mit welchem die Erfüllung der Qualitätssicherungsaufgaben in die richtigen Bahnen gelenkt werden kann. Die Definition der massgeblichen Qualität kann nur und muss über die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen. Dieser Grundsatz ist in der Vorlage nicht verankert. Es fehlt auch jeglicher Hinweis auf eine vorgesehene Berücksichtigung der von der FMH gegründeten Akademie für Qualität in der Medizin SAQM. Diesen Umstand erachten wir als inakzeptabel. Obwohl die Bedeutung der nationalen Plattformen im Vernehmlassungsbericht erwähnt wird, finden diese im Gesetzestext keine Erwähnung. Das Anhörungsrecht beschränkt sich auf die systematischen wissenschaftlichen Kontrollen, welche zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen durchgeführt werden sollen. Wir begrüssen die Bemühungen, systematische wissenschaftliche Grundlagen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien zu schaffen (z.B. HTA). Die Durchführung entsprechender nationaler Projekten zur Weiterentwicklung der Methodik ist sinnvoll. Es ist aber unerfindlich, wieso hier trotz den bereits bestehenden intensivsten Aktivitäten das Rad neu erfunden werden soll. Die FMH ist Gründungsmitglied des SNHTA, Mitträgerin des Swiss Medical Board und war aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt. Anstatt die notwendigen Grundlagen selber durch eine öffentlich-rechtliche Anstalt oder durch das BAG zu erarbeiten, wäre es nach dem Gesagten zielgerichteter, auf bereits bestehende private Institutionen zurückzugreifen und diesen die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zu übertragen. Dafür genügt die Schaffung eines neuen Art. 33 Abs. 4bis KVG, ohne dass im Gesetz Arbeitsprogramme und Berichte vorgesehen werden müssen. Wir ersuchen Sie abschliessend darum, den Gesetzesvorschlag zurückzunehmen, durch eine wesentlich schlankere, den öffentlichen Interessen besser dienende Vorlage zu ersetzen und uns den verbesserten Gesetzesentwurf noch einmal zur Stellungnahme zu unterbreiten.	
Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt die in der Vorlage erwähnten Ziele betreffend die Qualitätsverbesserung, die Patientensicherheit und die Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Zur Erreichung dieser Ziele ist gemäss der Vorlage zur Vernehmlassung die Gründung eines Zentrums für Qualität vorgesehen. Die Schaffung eines solchen Zentrums sowie der nationalen Qualitätsplattform und der HTA-Plattform begrüsst Gesundheitsförderung Schweiz.	Gesundheitsförderung CH
Ganzheitliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Gesundheitswesen scienceindustries anerkennt grundsätzlich den Handlungsbedarf zur Steigerung der Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Mit Blick auf die demografische Entwicklung sowie die Herausforderungen bezüglich der künftigen Finanzierung unseres Gesundheitswesens müssen die Anstrengungen aber dahingehen, dass qualitativ hochstehende und innovative Leistungen belohnt werden. Dabei darf die volkswirtschaftliche Gesamtsicht nicht aus den Augen verloren gehen und die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht einfach dem Primat der einseitigen Kostendämpfung untergeordnet werden, wie dies die Gesetzesvorlage zum Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) leider vermuten lässt. Die Pharmaindustrie beweist seit Jahrzehnten, dass sie durch zahlreiche Innovationen die Qualität der Gesundheitsversorgung für eine breite Bevölkerung massgeblich steigern konnte. Aufgrund der Entwicklung neuer Medikamente und Therapien kann heute nicht nur zahlreichen Menschen in gesundheitlich prekären Situationen geholfen werden; auch werden dadurch langwierige Behandlungen nachweislich verkürzt und damit das Gesundheitssystem in einer	scienceindustries

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gesamtbetrachtung entlastet, sogar dann, wenn auch kurzfristig höhere Kosten anfallen mögen. Zudem erbringt die Pharmaindustrie insgesamt für den Wirtschaftsstandort Schweiz bekanntlicherweise eine herausragende Wertschöpfung und garantiert gleichzeitig mehrere tausend qualitativ hochwertige Arbeitsplätze. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung wird nur dann ihrem Begriff gerecht, wenn sie von diesem umfassenden Ansatz ausgeht. Kurzfristige Einsparungen von wenigen Millionen Franken im Gesundheitswesen werden sich nicht auszahlen, wenn sie im Ergebnis mittelfristig zum Wegfall von Milliardeninvestitionen in der Schweiz führen und diese gleichzeitig auch ihren Spitzenplatz in der innovativen Forschung und Entwicklung einbüßen wird, was weitere negative Folgen zeitigen wird. Ebenso werden solche Sparbemühungen dann fehlgehen, wenn die möglichen Kosteneinsparungen aufgrund neuer Therapieformen nicht genügend berücksichtigt werden und diese im Ergebnis der Bevölkerung auch nicht zur Verfügung stehen werden, was noch schwerer wiegt. Soweit die Vorlage- wie seitens des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) angesprochen- das Ziel der Kostendämpfung im Bereich der OKP verfolgt, ist diese Gesamtsicht von zentraler Bedeutung. Die Qualitätsprüfungen sowie Health Technology Assessments (HTA) müssen deshalb ernsthaft und zwingend auf alle Leistungsbereiche bezogen sein sowie eine Gesamtsicht garantieren, die den effektiven Mehrwert der Gesundheitsdienstleistung in einem ganzheitlichen Kontext erfassen. scienceindustries fordert deshalb den konsequenten Einbezug aller Akteure des Gesundheitswesens in ganzheitlich angesetzten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen, wobei letztlich eine volkswirtschaftliche Gesamtbetrachtung die Massgabe der Leistungsbewertung sein muss und nicht kurzfristige Kostendämpfungsmassnahmen, die aufgrund politischen Kalküls auf Einzelbereiche beschränkt bleiben. Effizienz und Wirksamkeit der jeweiligen Dienstleistungen können ehrlicherweise nur in einem Gesamtkontext beurteilt werden, wobei auch unpopuläre Fragen über Effizienzsteigerungen beispielsweise bei stationärer Leistungserbringung sowie ehrliche Wirksamkeitserhebungen in vielen alternativen Therapiemethoden inskünftig vermehrt zu thematisieren sein werden. Kein eigenständiges Zentrum Aus Sicht von scienceindustries bedarf es keiner neuen institutionellen Strukturen zur Bewerkstelligung der aufgezeigten Herausforderung. Wie auch der erläuternde Bericht darlegt, besteht bereits heute ein Netzwerk von Gremien und Initiativen, die sich mit der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung befassen. Wenngleich ein gewisser Optimierungsbedarf in der Zusammenarbeit dieser bestehenden Strukturen nicht in Abrede gestellt wird, so ist dieser Punkt weniger zentral, als die Diskussion über die künftige inhaltliche Ausgestaltung der besagten Prüfungen. Entscheidend wird sein, welche Methoden und messbaren Qualitätsindikatoren von den betroffenen Stakeholdern erarbeitet und definiert werden. Diese Diskussionen können aber auch ohne Bildung einer neuen Institution geführt werden. Die Zusammenführung bestehender und die allfällige Schaffung zusätzlicher Strukturen in einer neuen öffentlich-rechtlichen Anstalt rechtfertigt schon deshalb keine weiteren Kosten, als dass diese neu zu gründende Anstalt keinerlei Entscheidungskompetenzen erhielte, was im Übrigen begrüsst würde. Es handelte sich quasi um eine Plattform reiner Beratungsgremien, die im Ergebnis immer noch einzeln der Entscheidungsbehörde ihre Empfehlungen abgaben. Daran soll sich auch in Zukunft nichts ändern und selbst wenn diese Empfehlungen in inhaltlicher Hinsicht einen gewissen bindenden Charakter für die Entscheidungsbehörde haben können, so erfordert die Koordination der Tätigkeiten der einzelnen Beratungsgremien kein neues institutionalisiertes Zentrum mit kostentreibenden administrativen Grundlasten. Vielmehr kann diese Koordination, wo notwendig, auch durch das BAG unter regelmässigem Beizug der wesentlichen Stakeholder bewerkstelligt werden, wobei dem BAG die Aufgabe zukäme, diese Begleitgruppen regelmässig einzuberufen und die damit zusammenhängenden administrativen Tätigkeiten auszuführen (in Analogie zu den Begleitgruppen zum Humanforschungsgesetz). Die Begleitgruppen konstituieren sich selbst, umschreiben ihr Aufgabenkreise in Nachachtung gesetzlicher Vorgaben grundsätzlich autonom und legen die Methoden und entscheidenden Qualitätsindikatoren in ihren Beurteilungsbereichen eigenständig fest. Dem BAG käme in diesem Zusammenhang bloss eine koordinative Tätigkeit zu, indem es Über-	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
schneidungen zu vermeiden versuchte und die Beratungs- und Empfehlungsabläufe, wo notwendig, zeitlich koordinieren würde. Sinnvoll wäre dann immerhin eine Verankerung der jeweils notwendigen Begleitgruppen sowie deren Zusammensetzung und derer grundsätzlichen Beratungsaufträge, was auf Stufe der entsprechenden Spezialgesetze oder allenfalls auf Stufe einschlägiger bundesrätlicher Verordnungen geschehen könnte. In diesem Zusammenhang hält scienceindustries fest, dass die Übernahme allfälliger zusätzlicher Aufgaben durch das BAG sowohl für die Bürger (Prämienzahler) als auch für die Wirtschaftsakteure kostenneutral ausfallen muss. Soweit sich die Mehrkosten nicht vermeiden lassen, müssen diese durch das laufende Bundesbudget gedeckt und andernorts Einsparungen erzielt werden. Mehrausgaben rechtfertigen sich auch deshalb nicht, weil die Aufgabe der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung schon seit langem eine Aufgabe des BAG ist und es nicht einzusehen ist, warum die Ausführung eines seit langem bestehenden Gesetzesauftrags nun plötzlich wieder zu Mehrausgaben führen soll. Man wird den Eindruck nicht los, dass mit dem vorgeschlagenen Zentrum für Qualität in der OKP ein weiterer Verwaltungsapparat aufgebaut werden soll, der sich primär mit sich selbst beschäftigen wird. Denn Strukturen bestehen Unbestrittenermassen bereits und würden auch weiterhin fortbestehen; deren Arbeitsweise und Wirkungsgrad zu optimieren rechtfertigt keine zusätzliche finanzielle Belastung weder der Bürger noch der Wirtschaft. Abstützung auf bestehende Strukturen Der oben skizzierte Lösungsvorschlag ist, wo immer möglich, unter Einbezug und Abstützung auf bestehende Strukturen und Initiativen umzusetzen. Auch dem erläuternden Bericht ist zu entnehmen, dass ein Netzwerk solcher Strukturen existiert und es ist nicht einzusehen, weshalb diese mit institutionellem Aufwand neu formiert werden müssten. Aus Sicht von scienceindustries kann bei der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung bedenkenlos auf bestehende öffentliche wie private Organisationen oder Initiativen zurückgegriffen werden, wo sich diese zur Verbesserung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung eignen. Es seien in diesem Zusammenhang nur schon die Eidgenössischen Leistungskommissionen, das Swiss Medical Board oder auch das breit abgestützte Projekt Swiss HTA erwähnt. Massgabe der Verlässlichkeit der Empfehlungen, auf welche die Behörde im Endeffekt ihren Entscheid abstützt, muss die Professionalität und die Unabhängigkeit des Beratungsgremiums sein, indes nicht die Frage, ob dieses in einem öffentlich-rechtlichen Kontext eingebunden ist oder nicht. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen denn auch, dass die staatliche Zentralisierung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung nicht zu befriedigenden Resultaten führt, was Beispiel genug sein sollte, dieselben Fehler in der Schweiz nicht zu wiederholen. Soweit mittels verlässlicher und ausgewogener Zusammensetzung der jeweiligen Beratungsgremien deren Professionalität und Unabhängigkeit garantiert werden kann und diese dabei auch befähigt sind, eine gesamtheitliche Prüfung im eingangs erwähnten Sinne zu bewerkstelligen, werden diese Gremien nicht nur nachhaltige Empfehlungen abgeben, sondern deren Arbeit wird auch auf allgemeine Akzeptanz stossen. Ein Faktor, der nicht zu unterschätzen ist, kann das Schweizer Volk im allgemeinem hoheitlich empfundenem Handeln wenig abgewinnen und reagiert entsprechend ablehnend auf solche Ansinnen, umso mehr, wenn sie noch mit unnötigen Mehrkosten verbunden sind. Konsequente Rollenaufteilung bei frühzeitigem Einbezug der Stakeholder Gemäss anerkannten Standards sollen im Sinne einer fundierten und sachgemässen Entscheidungsfindung die Rollen in Empfehlungs- und Entscheidungsprozessen konsequent getrennt werden. Die empfehlenden Instanzen müssen ihre Überlegungen und Ansichten unabhängig in ihre Empfehlung einfließen lassen und die entscheidenden Instanzen ihren Entscheid gestützt auf diese Empfehlungen unabhängig fällen können. So wird auch im HTA-Prozess sinnvollerweise zwischen Assessments, Appraisal und Decision unterschieden. Diese für eine einwandfreie Governance notwendige Trennung zwischen Empfehlung und Entscheid kann unseres Erachtens mit der vorgeschlagenen Rechtsform einer einzigen öffentlich-rechtlichen Anstalt nur ungenügend gewährleistet werden. Auch wenn mittels internen Prozessen Kompetenzabgrenzungen vorgenommen werden könnten, so wären diese nach aussen nicht wirklich erkennbar und entsprechend intransparent würde eine solche Anstalt wahrgenommen. Ein Umstand, welcher der allgemeinen Akzeptanz durch die Öffentlichkeit sowie seitens	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
der betroffenen Akteure im Gesundheitswesen gegenüber einem solchen Zentrum nicht zuträglich wäre. Zurückhaltende Zusammenarbeit mit dem Ausland Grundsätzlich ist es sinnvoll, HTAs nicht unnötig zu duplizieren, da deren Erstellung mit grossem Aufwand verbunden ist. Auf ausländische HTA-Berichte kann jedoch nur äusserst beschränkt – wenn überhaupt – zurückgegriffen werden. Während bezüglich klinischer Aspekte von HTA-Berichten eine Übertragbarkeit in Einzelfällen geprüft werden kann, sind ökonomische Aspekte aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten des Gesundheitssystems nicht ohne weiteres übertragbar. Ausländische Assessment-Berichte und Appraisals sind deshalb grundsätzlich für die Schweiz unbeachtlich und höchstens dann übertragbar, wenn die im Ausland angewendete Methodik mit den Schweizer Zielsetzungen übereinstimmt. Diesen Umstand gälte es bei der Prüfung von entsprechend zurückhaltenden und seltenen Übernahmen unbedingt zu berücksichtigen. In diesem Kontext erlauben wir uns auch den Hinweis auf den Umstand, dass je stärker die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch inländische HTA-Methodiken geprägt sein werden, umso weniger der Auslandpreisvergleich (APV) bei der Bestimmung des gemäss Spezialitätenliste (SL) zu vergütenden Arzneimittelpreises eine Rolle spielen darf. Denn über diesen Vergleich werden HTA-Elemente ausländischer Behörden in die Preisgestaltung miteinbezogen, was dann immer deutlicher in diametralem Widerspruch zu den eigenständig bewerteten Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz steht. Insbesondere vor diesem Hintergrund ist eine nationale Emanzipation von ausländischen Zufälligkeiten in gleicher Masse für die Pharmaindustrie zu begrüßen, wie dies scheinbar für alle übrigen Leistungsbereiche im Gesundheitswesen auch gilt. Das Argument, Medikamente könnten eben auch auf den ausländischen Markt beschafft werden, verfängt dabei nicht, da dessen Preise sich zum einen an dessen Kostenstruktur orientieren, die eine andere als die hiesige ist, und zum andern in vielen Gesundheitsdienstleistungsbereichen ein beachtlicher "Einkauf" an ausländischen Fachkräften erfolgt. Sowenig hier ein Dumping gewünscht wird, sowenig steht es an, ein solches einer eminent wertschöpfenden Branche gegenüber zuzumuten.	
Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) existieren zahlreiche Bestimmungen über medizinische Qualität und Qualitätssicherung. Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung sind weitere, wesentliche Bestimmungen hinzugekommen. Viele dieser Bestimmungen sind bis zum heutigen Tag nicht oder nur teilweise umgesetzt worden. Wie nachfolgend unter "Grundlagen" ausführlich dargelegt wird, hat der Gesetzgeber den Bundesrat mit zahlreichen Vorstössen beauftragt, dieses Vollzugsdefizit zu beheben. Mit der vorgeschlagenen Schaffung eines Nationalen Zentrums für Qualität wird der Bundesrat diesem Auftrag jedoch nicht gerecht. Vielmehr scheint er, seine eigenen, verwaltungsinternen Projekte wie die "Qualitätsstrategie des Bundes" oder die Agenda "Gesundheit2020" realisieren zu wollen. Die vorrangige Aufgabe des Bundesrates ist es aber, den Willen des Gesetzgebers umzusetzen, und nicht, sich von eigenen Visionen leiten zu lassen. Die fmCh erachtet es als vordringlich, die Akteure beim Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen über Qualitätssicherung zu unterstützen. Zu diesem Zweck ist es aber nicht notwendig, ein neues Bundesgesetz einzuführen und ein eigenständiges Nationales Zentrum für Qualität zu errichten. Die heute vorhandenen gesetzlichen Grundlagen genügen vollauf. Sie müssen nur richtig umgesetzt werden. An der klaren Rollenverteilung der Akteure muss ebenfalls nichts geändert werden. Mit der Schaffung einer neuen Institution sind unnötige Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Krankenversicherungen programmiert. Insgesamt würde das neue Bundesgesetz neue, unnötige Probleme schaffen, hingegen echte nicht lösen. An der klaren Rollenverteilung der Akteure muss ebenfalls nichts geändert werden. Mit der Schaffung einer neuen Institution sind unnötige Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Krankenversicherungen programmiert. An wissenschaftlichen Grundlagen über medizinische Qualität und Qualitätssicherung mangelt es nicht. Ein neues Nationales Zentrum, welches sich an der Wissensproduktion beteiligt, braucht es nicht. Viel wichtiger wäre es, den Wissenstransfer von der Wissenschaft zu den Behörden zu fördern. Es wäre zweckmässig, eine Fachstelle im BAG	fmCh

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
zu schaffen, welche sich mit dem Wissenstransfer und dem Vollzug der bereits im KVG vorhandenen Qualitätsbestimmungen befasst. Eine solche Fachstelle soll sich aber nicht aktiv am Leistungsgeschehen beteiligen. Besonders stossend ist die Absicht des Bundesrates, die Stiftung für Patientensicherheit in der Art eines „unfriendly takeover“ zu übernehmen. Dies würde gegen Artikel 5 und 9 der Bundesverfassung verstossen. In diesem Punkt ist der Gesetzesentwurf als verunglückt zu bezeichnen. Nach Art. 2 Abs. 1 des Gesetzesentwurfs soll das Zentrum eine öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit sein. Nach Art. 2 Abs. 2 soll es in seiner Organisation selbständig sein und eine eigene Rechnung führen. Weitere Bestimmungen, die auf eine Unabhängigkeit des Zentrums hindeuten würden, sind nicht vorhanden. Dem Zentrum wird keine explizite Autonomie gewährt, wie dies beispielsweise für die ETH gemäss Art. 5 des Bundesgesetzes über die Eidgenössischen Technischen Hochschulen (ETH-Gesetz) zugestanden wird. Von Forschungsfreiheit, wie sie in Art. 5. Abs. 3 ETH-Gesetz festgelegt ist, ist im Gesetzesentwurf ebenfalls keine Rede. Daraus wird ersichtlich, dass das Zentrum faktisch durch den Bundesrat geführt wird und in keiner Weise unabhängig ist, jedenfalls nicht von der politischen Behörde. Damit wird aber eine klare Zielsetzung des Gesetzgebers missachtet. Dem Einbezug der Akteure wird im erläuternden Bericht immer wieder und zurecht ein hoher Stellenwert eingeräumt. Zu diesem Zweck ist die Schaffung von Nationalen Plattformen vorgesehen. In einer Nationalen Qualitäts-Plattform soll das BAG (sic!), die Kantone, Leistungserbringer/ Verbände, Versicherer und Patientenorganisationen vertreten sein. In diesem Gremium sollen die Strategie für die Ausrichtung und Priorisierung der Aktivitäten auf nationaler Ebene im Bereich der Qualität und des angemessenen Einsatzes der Leistungen beraten werden. Die Akteure sollen zusätzlich in konkreten Programmen und Projekten einbezogen werden, wie dies heute beispielsweise von patientensicherheit schweiz praktiziert wird. Leider sucht man im Gesetzesentwurf vergebens nach entsprechenden Bestimmungen, welche die Schaffung solcher Plattformen auch garantieren und regeln würden. Dementsprechend ist völlig offen, welche Rechte und Pflichten die Mitglieder dieser Plattformen haben werden. Es ist zu befürchten, dass diese Plattformen eine blosser Alibifunktion haben werden. Von einer Plattform, wie sie Frau Nationalrätin Bea Heim in der parlamentarischen Initiative 04.433 vorschwebte, sind wir hier meilenweit entfernt. Der Gesetzesentwurf stimmt damit auch in diesem Punkt nicht mit dem Auftrag des Gesetzgebers überein. Im erläuternden Bericht steht zur Rolle der „patientensicherheit schweiz“ folgendes: „Die Tätigkeiten von patientensicherheit schweiz, welche seit über 10 Jahren in der Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit in der Schweiz aktiv ist, könnte in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden. Festzuhalten ist, dass die heute von Seiten des Bundes zur Unterstützung der Aktivitäten der Stiftung gesprochenen Mittel wegfallen werden.“ Diese hier vom Bundesrat bekundete Absicht ist stossend und steht in eklatantem Widerspruch zur eingangs gemachten Behauptung, das Zentrum wolle sich nicht an die Stelle der Akteure setzen. Die in Aussicht gestellte Streichung der zur Unterstützung der Aktivitäten der Stiftung gesprochenen Mittel hat erpresserischen Charakter und verstösst damit gegen Artikel 5 (Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns) und 9 (Schutz vor Willkür und Wahrung von Treu und Glauben) der Bundesverfassung. Der Gesetzesentwurf ist in diesem Punkt als verunglückt zu bezeichnen. Das Vorgehen des Bundesrates ist umso weniger verständlich, als in der Diskussion, wie das nationale Zentrum aufgebaut werden soll, die Vorteile einer unabhängigen Stiftung für Patientensicherheit klar erkannt wurden. Als Mitglied der Stiftung für Patientensicherheit lehnt die fmCh die Absicht des Bundes, die Stiftung für Patientensicherheit mit den Mitteln eines finanziellen Druckversuchs zu übernehmen, entschieden ab und wird rechtliche Schritte, die sich gegen ein solches Vorhaben wenden würden, ausdrücklich begrüssen und unterstützen. In der vorliegenden Stellungnahme haben wir den Nachweis erbracht, dass der Bundesrat den Auftrag des Parlaments, das Vollzugsdefizit im Bereich der Qualitätssicherung zu beheben, nicht erfüllt hat. Er hat sich vielmehr von den eigenen, verwaltungsinternen Visionen leiten lassen. Im Ergebnis wird die Schaffung eines kostspieligen Zentrums vorgeschlagen, das die aktuellen Probleme nicht löst, sondern neue schafft und überdies einen bürokratischen Apparat in die Welt setzt, dessen Aufgaben und Kompetenzen nicht klar definiert sind. Die fmCh lehnt den	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gesetzesentwurf ab und empfiehlt dem Parlament, das Gesetz an den Bundesrat zur Überarbeitung zurückzuweisen. Die fmCh ist gerne bereit, sich aktiv an der Überarbeitung zu beteiligen. HTA: Bei der Beschreibung der Rollen der Akteure im Bereich HTA wird ausser Acht gelassen, dass auch Kantone (siehe Zürcher Medical Board), Leistungserbringer (zum Beispiel mit Registern) und Krankenversicherer (als Leistungseinkäufer) einen wesentlichen Beitrag im HTA-Bereich leisten können und sollen. Wie die Zusammenarbeit mit heute HTA-produzierenden Organisationen gestaltet werden soll, wird nur gerade in einem Satz erwähnt: „Diese [Organisationen] sollen mit ihren Aktivitäten weiterhin einen Beitrag zur [...] Unterstützung von HTA leisten“. Dieser Hinweis ist zu ungenau und stellt ernsthaft in Frage, ob dem Prinzip der Subsidiarität die ihm gebührende Beachtung geschenkt wird. Auf die Rolle des Swiss Medical Board wird zwar spezifisch eingegangen, jedoch nur um festzuhalten, dass für dieses zwei Entwicklungsmöglichkeiten denkbar sind. Einerseits die Weiterentwicklung zu einer „HTA-Agentur“ im Auftrag des Bundes oder die Rolle einer wissenschaftlichen HTA-Institution im Auftrag des nationalen HTA-Zentrums. Von einem Bundesgesetz, welches die HTA-Aktivitäten in der Schweiz regeln soll, darf erwartet werden, dass eine derart zentrale Frage schon vor der Vernehmlassung geklärt wird. Die hier belassene Ungewissheit trägt nicht gerade zur Glaubwürdigkeit des Gesetzesentwurfs bei. HTA: Dem Einbezug der Akteure wird im erläuternden Bericht immer wieder und zurecht ein hoher Stellenwert eingeräumt. Zu diesem Zweck ist die Schaffung von Nationalen Plattformen vorgesehen. In einer Nationalen HTA-Plattform soll das BAG (sic!), die Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer und Patientenorganisationen und die Industrie vertreten sein. Leider sucht man im Gesetzesentwurf vergebens nach entsprechenden Bestimmungen, welche die Schaffung solcher Plattformen auch garantieren und regeln würden. Dementsprechend ist völlig offen, welche Rechte und Pflichten die Mitglieder dieser Plattformen haben werden. Es ist zu befürchten, dass diese Plattformen eine blosser Alibifunktion haben werden. HTA: Zur Finanzierung der Tätigkeiten des Zentrums im Bereich HTA wird ein Jahresbudget von 10 Millionen Franken veranschlagt. Davon sind 7 Millionen Franken zur Erstellung von HTA-Berichten vorgesehen. Die Finanzierung soll aus schliesslich über Bundesmittel erfolgen. Hier stellt sich die Frage, warum das von SwissHTA vorgeschlagene, für den Steuerzahler wesentlich attraktivere Modell keine Berücksichtigung fand. Dieses sah eine paritätische Finanzierung der HTA-Tätigkeit eines Instituts über Gebühren der Technologieanbieter, über die öffentliche Hand (den Bund) sowie über die OKP (Beiträge) vor, notabene bei einem Gesamtbudget von 15 Millionen Franken. HTA: Im Abschnitt 3.3. des erläuternden Berichts werden die Auswirkungen des Gesetzesentwurfs auf die Volkswirtschaft erörtert. Hier werden nur mögliche Kosteneinsparungen erwähnt. Welche Auswirkungen eine zu restriktive, potentiell innovationsfeindliche HTA-Regelung für den Wirtschaftsstandort Schweiz haben kann, wird aber ausgeblendet. Dies muss unbedingt nachgeholt werden. Eine einseitige Kostenbetrachtung greift zu kurz. Es braucht auch eine langfristige Innovationsstrategie für die Schweiz. Wenn Kostendämpfung und Innovationsförderung in Einklang gebracht werden können, entsteht sowohl für den Patienten wie für die Schweiz der grösste Nutzen. HTA: In das Bundesgesetz über das Nationale Zentrum für Qualität wurde eine HTA-Komponente integriert. Aus der Vor- und Entstehungsgeschichte des Gesetzesentwurfs ist offensichtlich, dass der Bundesrat diese Komponente nachträglich eingebracht hat, um dem Swiss Medical Board rasch eine bundespolitische Alternative entgegensetzen zu können. Bei diesem Schnellschuss hat er es leider versäumt, die wichtigsten Lehren aus den jüngsten Entwicklungen im HTA-Bereich zu berücksichtigen. So ist es unverständlich, warum die von der GPK-N empfohlenen Verbesserungen am bestehenden HTA-System schlichtweg übergangen wurden. Dabei wäre es vordringlich, die hier erkannten Missstände zu beheben. Bevor ein neues Zentrum errichtet wird, sind hier konkrete Massnahmen gefragt. Die GPK-N fordert ganz klar eine grössere Transparenz bei den Umstrittenheitsverfahren. Sowohl die Phase des Assessments wie auch Grundlagen gestellt werden. Die Entscheidungen der ELGK müssen einsehbar sein und auf klaren Kriterien beruhen. Der aktuelle Zustand ist unbefriedigend und schafft viel Rechtsunsicherheit. Diese Mängel sind in aller erster Priorität anzugehen.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
HTA: Ebenso sollten die Lehren aus dem Projekt „Swiss Medical Board“ reflektiert und in das neue Bundesgesetz integriert werden. Zunächst ist die QALY-Methodik als Entscheidungsgrundlage kritisch zu hinterfragen. In den USA ist sie als solche verboten. Vom Swiss Medical Board wurde sie unkritisch übernommen und ohne offen deklarierte Zielsetzung eingesetzt. Eigentlich macht die QALY-Methode nur Sinn, wenn eine explizite Rationierung angestrebt wird. Diese kommt jedoch in der Schweiz nicht in Frage. Deshalb sollte die Anwendung der QALY-Methodik grundsätzlich und auf politischer Ebene diskutiert werden, bevor sie überhaupt zur Anwendung kommt. Im Ergebnis der Diskussion müssten entsprechende Bestimmungen in den Gesetzestext einfließen. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Swiss Medical Board haben weiter gezeigt, dass eine einwandfreie Anwendung der Evidenz-basierten Medizin (EBM) verlangt werden muss. Die Prinzipien der EBM sind leider noch nicht überall richtig verstanden worden. Beispielsweise muss deutlich gemacht werden, dass EBM nicht dazu dient, eine vorgefertigte Meinung, zum Beispiel über den Nutzen eines chirurgischen Eingriffs, zu untermauern, sondern zum Zweck hat, vorurteilsfreie Erkenntnisse aufgrund der gesamten verfügbaren Literatur zu gewinnen. Schliesslich musste festgestellt werden, dass das Swiss Medical Board bei der Erarbeitung von HTAs die medizinischen Fachgesellschaften partnerschaftlich einbeziehen muss. Ohne das Fachwissen der Fachgesellschaften ist es sehr schwierig, eine Dokumentation zu erarbeiten, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft und den laufenden Diskussionen in der scientific community“ entspricht. Die Lehren aus dem Projekt SwissHTA sind vor allen hinsichtlich Methodik und Operationalisierung der WZW-Kriterien zu integrieren. Schliesslich sind die Lehren aus dem Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts zu ziehen. Die Politik muss den impliziten Auftrag des Bundesgerichts akzeptieren und die Konsequenzen diskutieren. Das Thema Rationierung wird bisweilen tabuisiert. Doch es lässt sich durch blosses Ignorieren nicht aus der Welt schaffen. Schaffung eines nationalen HTA-Zentrums ist die richtige Gelegenheit, diese ebenso wichtige wie sensible Diskussion auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene zu führen. Ein weiteres Hinausschieben der Diskussion hätte nur zur Folge, dass sich das Bundesgericht in weiteren Fällen zu Rationierungsfragen äussern muss. Dieser Zustand wäre aber nicht haltbar. HTA Schlussfolgerung: Bevor der Bund eine neue Bürokratie errichtet, deren Betrieb pro Jahr 11 Millionen Steuerfranken kosten soll, muss eine grundsätzliche Debatte geführt werden, zu welchem Zweck und mit welchen Methoden HTA überhaupt eingesetzt werden soll. Insbesondere sollen folgende Fragen offen diskutiert werden: • Soll das aktuell geltende Vertrauensprinzip durch eine Positivliste abgelöst werden? • Wird eine explizite Rationierung angestrebt? • Soll ein HTA-Monopolist entstehen? Die fmCh ist dezidiert der Auffassung, dass das aktuelle Vertrauensprinzip beibehalten werden muss. Es ist innovationsfreundlich und verursacht ein Minimum an Bürokratie. Allerdings muss die geltende Regulierung hinsichtlich Transparenz, prozeduralen Standards und Rechtssicherheit wesentlich verbessert werden. Die fmCh empfiehlt dem Parlament, den Gesetzesentwurf an den Bundesrat zur Überarbeitung zurückweisen. Es ist zu empfehlen, die Themen Qualitätssicherung und HTA getrennt zu behandeln. Nur so kann eine differenzierte Diskussion geführt werden. Die Vermischung beider Themen in einem einzigen Bundesgesetz ist unglücklich und trägt zu einiger Verwirrung bei. Die fmCh ist gerne bereit, einen aktiven Beitrag an diese Überarbeitung zu leisten.	
La solution retenue, celle du centre pour la qualité, offre plusieurs avantages que MFE tient à souligner. Tout d'abord, si la mise en place de ce centre se déroule bien, il permettra de simplifier la coordination nationale et les liens entre les diverses parties prenantes. Il y a actuellement un grand nombre d'acteurs impliqués dans la qualité en Suisse et il est vital que la Confédération ne s'oppose pas à leurs efforts en voulant s'y substituer, mais les coordonne. Un financement fédéral est également à saluer, car l'indépendance financière des activités de qualité ne peut être indéfiniment assurée par les prestataires eux-mêmes. MFE tient ensuite à souligner que le débat sur l'amélioration de la qualité ne doit pas être lié à celui sur la diminution des coûts. En effet, les deux thèmes n'ont fondamentalement pas de liens entre eux. L'affirmation qu'une qualité plus élevée doit conduire à des coûts inférieurs est purement politique. En aucun cas des considérations politiques ne doivent influencer négativement l'amélioration	Médecins de famille

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
de la qualité. Dans le débat scientifique, il est important de faire cette distinction et de laisser aux politiques le soin de discuter des coûts. Si le rapport explicatif mentionne à de nombreuses reprises la création de plateformes nationales « qualité » et « HTA », cet objectif n'est pas concrètement présent dans le texte de loi. Il faut corriger ceci en inscrivant la création de ces plateformes dans le texte. Le champ d'application de l'avant-projet est trop restreint. Les réflexions concernant la qualité ne doivent pas être à-priori limitées en étant orientées par la loi sur l'assurance maladie obligatoire. Les besoins des patients ne seraient ainsi pas considérés dans leur ensemble. Par exemple il ne serait ainsi pas possible d'utiliser des arguments ou des preuves ne prenant pas en compte les coûts. Il est pourtant depuis longtemps connu que la majorité des facteurs qui assurent une bonne santé sont des facteurs externes ou environnementaux qui échapperaient au champ d'application. Il convient ainsi d'étendre le champ d'application de la loi, p.ex. à la prévention. Le rapport explicatif souligne que le centre ne doit pas agir à la place des acteurs déjà actifs actuellement dans le domaine de la qualité. Le rôle du centre pour la qualité de la Confédération serait donc complémentaire. MFE souligne que, si cette optique lui semble la meilleure, il est difficile de comprendre comment ces acteurs seront concrètement impliqués. Comme souligné plus haut, si la plateforme qualité n'est pas inscrite dans le texte de l'avant-projet, il est de plus difficile de savoir comment les acteurs seraient impliqués, et qui ils sont. Il est vital que les associations des professions concernées soient clairement et explicitement nommées. De plus, la manière dont elles seraient impliquées doit être spécifiée. Leur rôle se doit d'être important et il doit notamment être lié à la conception de la stratégie. Si les acteurs impliqués spécifiquement dans la qualité doivent être inclus à la réflexion, il faut également que les fournisseurs de prestations médicales dans leur ensemble puissent être représentés dans les organes de direction du centre. En effet, la qualité est un sujet d'une très grande complexité. Il est vital que les acteurs qui le comprennent le mieux, c'est-à-dire ceux qui ont une grande expérience pratique du domaine, soient impliqués. Concrètement, MFE souhaite que les prestataires soient directement liés à la conception de la stratégie. Ainsi le conseil d'administration du centre doit non seulement intégrer des prestataires de soins, mais également être associé à la conception de la stratégie. MFE est d'avis que la qualité doit être définie par les sociétés professionnelles concernées et non pas par l'administration, éloignée de la pratique. Seuls les professionnels, actifs dans le domaine de la médecine et ayant des contacts permanents avec les patients sont à même de pouvoir définir les concepts orientant la qualité en Suisse. Il en est de même pour la mise en œuvre. Les médecins de famille et de l'enfance ne mettent pas en cause la compétence de la Confédération en matière de HTA. Nous sommes très attachés à la séparation entre « Assessment », « Appraisal » et « Decision ». Cette séparation des pouvoirs doit être respectée à tout prix. Ainsi il est important que l'« Assessment » reste indépendant de la Confédération, alors que l'« Appraisal » soit l'apanage des universités et finalement, la Confédération se charge de la « Decision ». MFE reste ainsi sceptique quant au fait que la Confédération puisse construire un centre pour la qualité sans risquer de rompre l'équilibre fonctionnant actuellement. De plus il existe un risque important de créer des doublons car les acteurs réalisent actuellement un grand nombre de tâches. MFE serait satisfait avec une variante réseau qui laisserait plus de liberté aux acteurs en place et aurait l'avantage d'être flexible. Le rapport explicatif liste un grand nombre d'activités propres à la qualité. Il n'en reste pas moins que certaines activités ne sont pas citées, sans qu'il soit clair si cet oubli est volontaire ou non. Ceci est regrettable car si une liste est établie, il faut qu'elle soit exhaustive. Dans le cas contraire, il faut se contenter de principes ou de critères et rester ouvert. L'académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) de la FMH établit un inventaire des activités « qualité » en Suisse qui propose une image plus complète que celle offerte par le rapport explicatif. MFE soutient la manière dont le centre devrait être financé. Il est important que les efforts en vue d'améliorer la qualité en médecine soient assurés par un financement stable et régulier. Le modèle proposé par la Confédération semble ici idéal.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wir begrüßen, dass der Bund beabsichtigt, die Qualitätsanstrengungen und Programme für die Patientensicherheit in der Schweiz weiter zu stärken und hierfür zusätzliche Mittel zu sprechen. Das vorgeschlagene Qualitätszentrum ist dazu aber nicht notwendig, kontraproduktiv und bindet unnötig Ressourcen. Der Bund soll auf das Zentrum verzichten und stattdessen mit den vorgesehenen Mitteln die Anstrengungen der Leistungserbringer koordinieren, weitere Programme unterstützen und die heute schon vorhandenen Institutionen stärken. Eine Ergänzung des Art. 58 Abs. 4 KVG (neu) würde hierzu genügen. Ansonsten lehnt H+ die Vorlage ab und weist sie zurück. Allgemeine Würdigung der Gesetzesvorlage Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sehen in Qualität und Patientensicherheit ihre ur-eigene Aufgabe und Pflicht. Sie leisten bereits viel Qualitätsarbeit und Massnahmen zur Qualitätsverbesserungen. So bestehen z.B. der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) für Qualitätsmessungen und Transparenz sowie die Stiftung Patientensicherheit Schweiz für praxisorientierte und breit akzeptierte Programme, Ausbildungen etc. Aus Sicht der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen haben die Leistungserbringer beträchtliche Fortschritte in der Qualität und Patientensicherheit gemacht. Hingegen fehlen heute allgemeingültige Definitionen, verbindliche Ziele und Verantwortlichkeiten. Der Bund hätte im aktuellen KVG bereits alle Rechte, Qualitätsmassnahmen zu ergreifen (Art. 58 KVG) und Leistungen zu bewerten (Art. 33 KVG). Diese Rechte hat er bisher aber kaum genutzt. Viele dieser gesetzlichen Aufgaben, z.B. die Auswertung von Daten, das Ergreifen von Qualitätsmassnahmen und der Entscheid über die Finanzierung umstrittener Leistungen sollen gemäss vorliegender Gesetzesvorlage auch in Zukunft Angelegenheit des BAG, bzw. des Departements des Innern bleiben. Im Rahmen der Programme wie progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz unterstützt das BAG die Leistungsbringer bereits. Die Gesetzesvorlage und der Vorschlag eines vom Bund geführten Qualitätszentrums beinhalten aus unserer Sicht insbesondere folgende Schwächen: - Das Zentrum soll gemäss erläuterndem Bericht in Bereichen aktiv werden, wo heute schon Strukturen bestehen und Programme laufen (nosokomiale Infekte, Medikationssicherheit, Eingriffsverwechslungen). Der Bund sollte wenn schon das Augenmerk auf Bereiche richten, die im Bereich Qualität und Patientensicherheit noch nichts erarbeitet haben, nicht bestehende Strukturen und Aufbauarbeiten gefährden. - Das Zentrum wird als fachlich beratendes Gremium verstanden. Wie das Zusammenspiel mit Behörden und Leistungserbringern in der Realität aussehen soll, ist unklar. - Essentielle Aspekte wie z.B. der Einbezug von Patientinnen und Patienten, der Austausch mit der Zivilgesellschaft oder die Ausbildung dürfen nicht zu kurz kommen und sind im Gesetz nicht berücksichtigt. - Der Top-Down Ansatz steht im Kontrast mit der dezentralen Organisation des Gesundheitswesens in der Schweiz, in welchem insbesondere die Kantone als wichtige Gesundheitspartner eine zentrale Rolle spielen. Für die Patientensicherheit von entscheidender Bedeutung sind die Nähe zum klinisch-pflegerischen Alltag, sowie Unabhängigkeit und Neutralität, um eine echte Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bei den Leistungserbringern zu erreichen. Letztere sind essentiell, um ein tatsächliches Commitment, und nicht nur eine Scheinkooperation und -konformität zu erhalten. Eine Bundesorganisation, die Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramme erarbeiten will, ohne von den davon betroffenen Praktikerinnen und Praktikern getragen zu werden, hat weit grössere Akzeptanzprobleme als die heute bestehenden Organisationen, bei denen die betroffenen Akteure direkt beteiligt sind. Alle Massnahmen müssen letztlich von den Praktikerinnen und Praktikern umgesetzt werden, damit sie wirksam sind. - Der erläuternde Bericht (Seite 3) erwähnt, dass die Prozesse und Rollen der bisherigen Akteure unverändert bleiben sollen. Dies wird mitnichten so sein. Beispielsweise würde die Stiftung Patientensicherheit in ihrer Existenz gefährdet, wenn der Bund in seinem Qualitätszentrum neu die Patientensicherheitsprogramme realisieren will, die heute von der Stiftung geführt werden. Zudem müsste damit gerechnet werden, dass sich heute aktive Akteure zurückziehen und auf das Bundeszentrum warten, statt sich selber weiterhin zu engagieren. Die im Vorfeld	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
immer wieder besprochene wichtige Vernetzung und Koordination aller Akteure und deren Aktivitäten als eine der Hauptaufgaben eines solchen Zentrums sind im Gesetz nicht berücksichtigt. Die aufgezählten Organe Verwaltungsrat, Geschäftsleitung und Revisionsstelle bilden diesen Anspruch nicht ab. - Die Mitarbeitenden des Instituts bräuchten nicht nur einen medizinischen Praxishintergrund, sondern müssten diesen auch ständig erneuern. Es wird eine Anpassung an den sich ständig ändernden Wissenstand benötigt. Ein Zentrum ohne unmittelbaren Praxisbezug erscheint den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen ungeeignet, die Qualität und Patientensicherheit zu steigern. Ein Zentrum bräuchte zwingend die Mitarbeit der Leistungserbringer. - Obwohl das geplante nationale Zentrum für Qualität gemäss Art. 2 Abs. 2 in seiner Organisation und Rechnungsführung selbständig ist, besteht ein hoher Abhängigkeitsgrad gegenüber dem Bund. Der vom Bundesrat gewählte Verwaltungsrat als oberstes Leitungsorgan kann die wichtigste, für ein solches Gremium übliche Aufgabe, nämlich die Festlegung der Strategie, nicht wahrnehmen. Gemäss Art. 7 Absatz 6, b) sorgt er lediglich für die Umsetzung der strategischen Ziele des Bundesrates. Wie diese Umsetzung realisiert werden soll, wird nicht aufgezeigt. Der Verwaltungsrat ist somit ein ausführendes Organ des Bundesrates. Eine Unabhängigkeit ist damit nicht gegeben. Die heute laufenden Qualitätsarbeiten der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen müssen nicht durch ein nationales Qualitätszentrum ergänzt oder ersetzt werden. Aus dem Gesetzesentwurf geht nicht hervor, wie durch ein neues Zentrum die Leistungsqualität verbessert und die Patientensicherheit erhöht werden soll. Das Zentrum an sich schafft noch keinen Mehrwert. Eine neue Organisation erhöht aber die Komplexität und verändert die Prozesse und Rollen der anderen Akteure. Ausserdem absorbiert das Zentrum Ressourcen. Zu den bisherigen Kompetenzen des Bundes bringt die Gesetzesvorlage keine Neuerungen. Im Gegenteil verkompliziert ein zusätzlicher Akteur die bereits heute komplexe Situation. Der Bund schafft sich diverse Mehraufgaben im Bereich der Regelung des Zentrums (Personalverordnung, Rechnungslegungsvorschriften) und dessen Kontrolle und verwendet hierzu öffentliche Gelder, ohne dass ein klarer Mehrwert ersichtlich ist. Da die heutigen Umsetzungskompetenzen bestehen bleiben (Bund, Kantone, Tarifpartner) und das Zentrum keine Umsetzungsaufgaben haben soll, ist der Mehrwert auch diesbezüglich fraglich. Der Bund sollte die auf Eigeninitiative beruhenden Qualitätsarbeiten der Betriebe und die bestehenden Qualitätsorganisationen nicht durch ein neues Bundeszentrum konkurrenzieren und dadurch gefährden. Es wird im Bericht mehrmals betont, dass das Zentrum bestehende Organisationen auf keinen Fall ersetzen, sondern bisherige Arbeiten und Aktivitäten ergänzen und unterstützen will. Demgegenüber steht die sehr offene und breite Formulierung zur Rolle und zu den Aufgaben des Zentrums. Dabei decken sich verschiedene Aufgaben wie zum Beispiel die Auswahl der Indikatoren, die Art der Publikation oder das Vorgehen bei der Risikoadjustierung mit den aktuellen Aufgaben des ANQ für Qualitätsmessungen im stationären Bereich. Es erscheint aus unserer Sicht paradox, wenn die Leistungserbringer Kosten senken müssen, aber die Kontrolle über sie mit erheblichen Ressourcen ausgestattet werden soll, ohne dass dadurch die Qualität besser wird. Es ist zu befürchten, dass die Dokumentationsanforderungen und Administrationskosten bei den Leistungserbringern durch einen zusätzlichen Akteur weiter ansteigen würden. Die Vorlage geht auf diesen Aspekt nicht ein. Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sehen folgende Rollen für den Bund: - Der Bund kann als „neutraler Akteur“ die Aktivitäten der Leistungserbringer durch strategische Zielsetzungen, klare Verantwortlichkeiten, verbindliche Regeln und Definitionen koordinieren, vereinheitlichen und stärken. - Der Bund kann die für das Zentrum vorgesehenen Mittel dafür einsetzen, die bestehenden Programme und Strukturen zu stärken sowie Lücken zu füllen. - Der Bund kann die Forschung im Bereich der Qualität und Patientensicherheit fördern. Es ist zu prüfen, ob für Leistungsaufträge eine separate bundesgesetzliche Regelung notwendig ist oder ob dies nicht über minimale Anpassungen im KVG geschehen kann (H+ Vorschlag Art. 58, Abs. 4 (neu) KVG, siehe unten).	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Für das Health Technology Assessment braucht es ebenfalls kein zusätzliches Zentrum, sondern eine Klärung der Inhalte und Prozesse der Leistungszulassung zur sozialen Krankenversicherung, eine Professionalisierung der Strukturen, und folglich wahrscheinlich eine Aufstockung der Finanzen, um die Mehrarbeit zu erledigen. Alle vorangegangenen Bemerkungen beziehen sich auf die akutsomatischen Leistungen, Rehabilitation, Psychiatrie und Langzeitpflege. Zusammenfassend ist die Vorlage unseres Erachtens zu wenig zielgerichtet und ermöglicht einen zu grossen Interpretationsspielraum ohne klar ersichtlichen Mehrwert. Insbesondere gilt dies für das Qualitätszentrum. Die vorgesehenen Mittel und das Know-how können durch eine Stärkung der heute vorhandenen Programme und Strukturen viel besser gebündelt und eingesetzt werden. Detailbemerkungen zum Erläuternden Bericht Die aufgelisteten Qualitätsprobleme werden grösstenteils bereits von bestehenden Partnern im Gesundheitswesen angegangen (S. 8), z.B. nosokomiale Infekte, Medikationssicherheit, Sicherheit bei invasiven Interventionen. Kapitel 1.3 zeigt die bisherigen Aktivitäten der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen auf. Die erwähnte Lösungsansätze aus dem internationalen Umfeld und die Umsetzung von Qualitätsprogrammen aus dem Ausland können wie bis anhin der Stiftung für Patientensicherheit übertragen werden (S. 9). Die Stiftung für Patientensicherheit (S. 16) hat über die letzten zehn Jahre beste Aufbauarbeit geleistet und das Vertrauen der Partner und Leistungserbringer gewonnen. Im Bereich der Patientensicherheit hat der Bund mit der Stiftung einen strategischen Partner, dem er Projekte übertragen kann. Wir schätzen die Unterstützung der Pilotprogramme der Stiftung durch das BAG und sehen dieses Modell auch für künftige Projekte als das geeignetste. Was der Bund bis anhin bezüglich der Mortalitätsdaten (S. 17) getan hat, ist für die Öffentlichkeit nicht dienlich. Denn die Sterberaten sagen bezogen auf einen einzelnen Betrieb nichts direkt über die Qualität der erbrachten Leistungen aus und können auch nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. Das Heranziehen dieser Sterberaten als direkt vergleichbarer Qualitätsindikator ist irreführend und nicht zulässig, da je nach Spitalangebot und Patientenmix die Mortalität unterschiedlich ausfallen. Eine hohe Mortalität für eine bestimmte Behandlung lässt nicht zwangsläufig auf eine schlechte Behandlungsqualität schliessen. Die Ergebnisse der Mortalitätsstatistiken können durchaus durch die Fachleute genutzt werden, müssen aber differenziert und mit der notwendigen Vorsicht interpretiert werden. Peer Review-Verfahren (S. 17) können dazu beitragen, die Lücke im PDCA-Qualitätszyklus zu schliessen und den gesetzlichen Forderungen nach Massnahmen zur Überwachung und Sicherstellung der Qualität nachzukommen. Peer Reviews sind ein betriebsinternes Verfahren, das basierend auf der Analyse von statistischen Auffälligkeiten die Ausarbeitung von effektiven Verbesserungsmassnahmen in der Leistungserbringung an den Patienten zum Ziel hat. Das Verfahren basiert auf der intrinsischen Motivation und Teilnahme der Betriebe und deren Mitarbeitenden. Erklärt der Regulator das „Peer Review“-Verfahren für obligatorisch und legt er dazu noch die Rahmenbedingungen und Spielregeln fest, dann ist dies nicht mehr ein Peer Review, sondern eine externe Kontrolle. Das Verfahren ist deshalb nicht als externes Steuerungsinstrument geeignet, wenn es seine gewünschte Wirkung entfalten soll. Bei der Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren haben sich die Partner zu einer sehr guten Kompromisslösung gefunden. Nach aufwändigen Aufbauarbeiten funktioniert heute der ANQ gut, ist breit akzeptiert und kommt mittlerweile auch den gesetzlichen Forderungen nach Transparenz pro Institution nach. Dieses Beispiel zeigt klar auf, dass auch ohne strukturelle Grundlagen seitens des Bundes nationale Lösungen zur Qualitätssicherung entstehen können. H+ steht für diese Transparenz bei der Qualität der Spitäler. Dabei müssen aber Berichtszahlen korrekt abgebildet und mit den Beurteilungen der Spitäler versehen werden. H+ publiziert seit 2008 glaubwürdige und sinnvolle Spital-Informationen auf der Website www.spitalinformation.ch und pflegt insbesondere die nationale Vorlage des Qualitätsberichts, womit sichergestellt ist, dass die Berichtserstattung zur Qualität (Struktur- und Ergebnisqualität) schweizweit	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
einheitlich und leserfreundlich erfolgt. Hauptziel ist die Qualitätsverbesserung in den Spitälern (S. 18). Kapitel 1.6 zeigt die Schwächen des heutigen Systems auf. Dass im ambulant-ärztlichen Bereich noch keine Qualitätsverträge zustande gekommen sind, entspricht den Tatsachen. Deshalb sollte sich der Bund wenn schon hierauf konzentrieren und nicht bestehende Arbeiten und Organisationen kritisieren oder gar gefährden. Der Bund hat vom Recht, Qualitätsanforderungen zu verordnen, noch nie Gebrauch gemacht und den Akteuren im Gesundheitswesen bisher nie mitgeteilt, was er genau von ihnen erwartet. Deshalb ist es auch nicht korrekt vom Bund, die bisherigen Arbeiten der Akteure, insbesondere der Spitälern und Kliniken zu kritisieren. Kapitel 1.7 zeigt die beantragten Neuregelungen auf, die aus unserer Sicht unnötig sind. Eine neue Organisation erhöht die Komplexität. Da das Zentrum die bestehenden Partner nicht ersetzt, mischt ein zusätzlicher Player mehr mit. Eine Netzwerklösung mit der Stärkung bestehender Organisationen ist zu bevorzugen. Ein Zentrum, das nicht von Praktikerinnen und Praktikern getragen wird, hat grössere Akzeptanzprobleme als die heutigen Organisationen. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat über die letzten 10 Jahre grosse Aufbauarbeit geleistet und das Vertrauen der Spitälern und Kliniken gewonnen. Sie hat die Partner im Gesundheitswesen mit ihrer Kompetenz und Praxisnähe überzeugt. Die Begründungen im Kapitel 1.9 sind nicht standfest. Die angebrachten Ziele können auch ohne Schaffung eines Zentrums erreicht werden, wenn man die Kräfte richtig bündelt und Kompetenzen den richtigen Partnern zuweist.	
Vorbemerkung Patientensicherheit Schweiz wurde Ende 2003 von den Bundesämtern für Gesundheit und Sozialversicherung, zahlreichen Berufsverbänden und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gegründet. Alle an der Gründung beteiligten und weitere Organisationen sind im Stiftungsrat vertreten. Die bereits geäusserten, zum Teil noch informellen Meinungen und Haltungen gegenüber dieser Gesetzesvorlage gehen weit auseinander, von Zustimmung bis zu totaler Ablehnung. Wir gehen davon aus, dass jede dieser Organisationen eine eigene Vernehmlassungsantwort einreichen wird. Da es aus diesem Grund nicht möglich ist, eine konsolidierte Meinung des Gesamt-Stiftungsrates abzubilden, liegt die inhaltliche Verantwortung der vorliegenden offiziellen Stellungnahme von Patientensicherheit Schweiz in erster Linie beim Präsidium und der Geschäftsstelle. Allgemeine Würdigung Patientensicherheit Schweiz begrüsst ausdrücklich die Absicht des Bundes, der Behandlungsqualität und Patientensicherheit mehr Gewicht zu geben und dafür mehr finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen und somit auch seiner im KVG festgelegten Verantwortung vermehrt nachzukommen. Wir teilen die Meinung, dass in diesem Gebiet ein grosser Handlungsbedarf besteht, welcher mit den bestehenden Mitteln und Aktivitäten bei weitem nicht abgedeckt werden kann. Die Stiftung befürwortet die grundsätzliche Absicht, die verschiedenen Akteure und deren Aktivitäten im Bereich Qualität und Patientensicherheit in einem nationalen Zentrum zu verbinden und somit die Kräfte zu bündeln, Synergien zu fördern und mögliche bestehende Doppelspurigkeiten abzubauen. Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen nachhaltig zu verbessern stellt eine grosse Herausforderung dar, nicht nur in klinischer und technischer, sondern auch in kultureller und psychologischer Hinsicht. Die sich laufend erweiternden Behandlungsmöglichkeiten und technologischen Entwicklungen, die zahlreichen Schnittstellen in den Behandlungspfaden innerhalb eines Spitals, aber auch die Schnittstellen mit den vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen, die sich verschärfende Verknappung von qualifiziertem Personal, die tradierten Rollenverständnisse der verschiedenen Berufsgruppen und die zunehmende Informiertheit der Patienten und die Verpflichtung, sie und ihre Angehörigen in die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen einzubeziehen, stellen weitere hohe Anforderungen an ein effizientes und umfassendes Qualitätsmanagement. All dem muss bei der Ausgestaltung eines Gesetzes zur Schaffung eines nationalen Qualitätszentrums Rechnung getragen werden. Zentral zu berücksichtigen sind weiter die Praxisnähe, die Bedeutung der Nähe zu und einer hohen Akzeptanz bei den Leistungserbringern, eine Vernetzung mit den wichtigsten Akteuren im In- und Ausland, Neutralität und Transparenz.	Patientensicherheit

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Um diesen Herausforderungen auf nationaler Ebene gerecht zu werden, ist zwar nach Auffassung von Patientensicherheit Schweiz die Stossrichtung zugunsten einer Bündelung der Kräfte in einem nationalen Zentrum richtig, der vorliegende Gesetzesentwurf bedarf jedoch einer grundlegenden Überarbeitung. Gefragt ist ein echter Quantensprung im Bereich Qualität und Patientensicherheit. Schon der Titel des Gesetzes könnte den Schluss zulassen, dass mit dem Fokus auf die obligatorische Krankenversicherung wichtige Teile des Gesundheitssystems ausgeschlossen werden. Essentielle Aspekte, wie z.B. der Einbezug von Patientinnen und Patienten bzw. der Austausch mit der Zivilgesellschaft oder die Ausbildung, dürfen nicht zu kurz kommen und müssen im Gesetz berücksichtigt werden. Der Top-Down-Ansatz steht im Kontrast zur dezentralen Organisation des Gesundheitswesens in der Schweiz, in welchem insbesondere die Kantone als wichtige Gesundheitspartner eine zentrale Rolle spielen. Für die Patientensicherheit von entscheidender Bedeutung sind die oben genannte Nähe zum klinisch-pflegerischen Alltag sowie Unabhängigkeit und Neutralität, um eine echte Akzeptanz und damit Kooperationsbereitschaft bei den Leistungserbringern zu erreichen. Letztere sind essentiell, um ein tatsächliches Commitment und nicht nur eine Schein-Kooperation und -Konformität zu erhalten. Die vorgeschlagenen Modalitäten des Zentrums müssen in dieser Hinsicht stark überarbeitet werden, um diesem Ansatz Rechnung zu tragen. C. Wichtige Aspekte eines Zentrums für Qualität und Patientensicherheit: 1) Philosophie und Ziele 2) Portfolio / Aufgabenbereich 3) Governance 4) Vernetzung 5) Finanzierung 1) Philosophie und Ziele Das Gesetz will den sensiblen Bereich von Qualität im Gesundheitswesen verbessern. Das Erzielen einer bestmöglichen Qualität hängt von ‚harten‘ (Messungen, Leistungen, Prozessen, Anreizen, Fachkompetenz etc.), aber auch von ‚weichen‘ (Kooperation, Vertrauen, Transparenz, Kommunikation) Faktoren ab. Die zugrunde liegende Philosophie in der Ausgestaltung eines solchen Zentrums unter Berücksichtigung all dieser Faktoren ist für das Erzielen der gewünschten Tiefen- und Breitenwirkung entscheidend. Die Rolle eines solchen Zentrums kann mit derjenigen eines ‚honest brokers‘ umschrieben werden, der unbestechlich und ohne Partei zu ergreifen das Beste für eine Erhöhung der Qualität und damit der Patientensicherheit und einen effizienten Umgang mit Mitteln anstrebt. Das Zentrum soll zudem Verantwortlichkeiten definieren und Unterstützung bei der Wahrnehmung dieser Verantwortung geben. Kritische Erfolgsfaktoren einer solchen Philosophie sind Unabhängigkeit und Praxis-Nähe. Unabhängigkeit: In Vorgesprächen wurde gegenüber dem BAG immer wieder auf die zentrale Bedeutung der Unabhängigkeit eines solchen Zentrums hingewiesen. Welche juristische Form auch immer gewählt wird -sie muss diesem Umstand Rechnung tragen, um die Rolle eines ‚honest brokers‘ ausfüllen zu können. Gerade in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern hat sich bei den Aktivitäten von Patientensicherheit Schweiz immer wieder gezeigt, dass ihre Unabhängigkeit einer der Schlüsselfaktoren für ein Vertrauensverhältnis und damit erfolgreiches Wirken ist. Immer dann, wenn die Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer gefordert ist (z.B. in Pilotprojekten, Forschungen, Datenerhebungen, Expertisen etc.), spielen die Unabhängigkeit und das in die Stiftung gesetzte Vertrauen eine bedeutsame Rolle. Die Leistungserbringer beteiligen sich nur freiwillig an Aktivitäten, von denen sie nicht a priori und primär selber profitieren, wenn sie Vertrauen in die Sinnhaftigkeit und Unabhängigkeit der Aktivitäten haben. Zudem ist die Unabhängigkeit eines nationalen Qualitätsinstituts Voraussetzung für den Umgang mit sensiblen Daten der Leistungserbringer und deren Nutzung für Qualitätsverbesserungen. Abgleich mit dem Gesetzesentwurf" Obwohl das geplante nationale Zentrum für Qualität gemäss Art. 2 Abs. 2 in seiner Organisation und Rechnungsführung selbständig ist, besteht ein hoher Abhängigkeitsgrad gegenüber dem Bund. Der vom Bundesrat gewählte Verwaltungsrat als oberstes Leitungsorgan kann eine der wichtigsten einem solchen Gremium zugeordneten üblichen Kernaufgaben, nämlich	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
die Festlegung der Strategie, nicht selber wahrnehmen. Gemäss Art. 7 Absatz 6, b) sorgt er lediglich für die Umsetzung der strategischen Ziele des Bundesrates. Wie diese Umsetzung realisiert werden soll, wird nicht aufgezeigt. Der Verwaltungsrat wird damit zu einem ausführenden Organ des Bundesrates; die Unabhängigkeit ist damit nicht gegeben. Abschliessende Bemerkungen Die Schweiz hat mit dem erklärten Willens des Gesetzgebers, sich vermehrt im Bereich Qualität im Gesundheitswesen zu engagieren, die einmalige Chance, ein Zentrum aufzubauen, welches national echte Verbesserungen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erzielen und international führend werden kann. Es gilt nun, die Struktur und die Rahmenbedingungen so festzulegen, dass der Gesetzgeber seine Verantwortung wahrnehmen kann, die Anspruchsgruppen eingebunden werden und zugleich ein genügend grosser Gestaltungsraum besteht, um die Herausforderungen proaktiv, flexibel, fachgerecht und partizipativ anzugehen. FAZIT: Patientensicherheit Schweiz begrüsst und unterstützt ausdrücklich die Absicht des Bundes, die massgebliche notwendige Verbesserung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit voranzutreiben und dafür mehr finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Schaffung einer Gesetzesgrundlage, damit ein Zentrum für Qualität aufgebaut werden kann, ist richtungsweisend; die Ausgestaltung des vorliegenden Gesetzestextes hingegen bedarf einer Neukonzeption. Patientensicherheit Schweiz schlägt deshalb ein Alternativ -Modell vor, welches aus Sicht der Stiftung den entscheidenden Faktoren Rechnung trägt.	
In der Bildung eines nationalen Zentrums für Qualität und mit den damit verbundenen Zielen kann u.E. kein konkreter Nutzen bezüglich der Qualitätsentwicklung und -messung erblickt werden. Die bisherigen Strukturen auf Bundesebene sind genügend. Ausserdem bedroht ein nationales Zentrum für Qualität viele individuelle Anstrengungen der Akteure im Gesundheitswesen, die sich bspw. im Rahmen von Zertifizierungen und Akkreditierungen (internationaler Standard) hinsichtlich Qualitätsentwicklung, -förderung und -messung bereits erfolgreich engagieren und zur Verbesserung wesentlich beitragen. Die Aufgaben und die Rolle des Zentrums für Qualität sind nicht genügend präzisiert. Dasselbe gilt für die Zusammenarbeit und das Networking des Zentrums für Qualität mit Partnern und anderen Institutionen im Gesundheitssektor. Der Interessensspielraum ist zu gross, die Angaben zu wenig konkret. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und dessen Partner H+, santésuisse, BAG, Eidgenössische Sozialversicherer, Schweizer Kantone, FL Liechtenstein und GDK, die Stiftung Patientensicherheit Schweiz sowie der abgeschlossene Qualitätsvertrag, dem neben Kantonen und Versicherer auch fast alle Schweizer Kliniken und Spitäler beigetreten sind, garantieren die Qualitätsmessung und -entwicklung ausreichend. Statt eines nationalen Zentrums für Qualität sind die genannten Akteure im Bereich Qualitätsmessung und -entwicklung zu stärken resp. stärker einzubinden. Das künftige Networking, die Zusammenarbeit und die Schnittstellen mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen, welche für die Qualitätsmessung und -entwicklung wesentlich sind, werden nicht definiert resp. nur ungenügend aufgezeigt. Es geht aus dem erläuternden Bericht und dem Gesetzesentwurf nicht hervor, wie durch das nationale Zentrum für Qualität die Patientensicherheit und die Leistungsqualität tatsächlich verbessert resp. erhöht werden. Somit fehlt es am Mehrwert. Entgegen den Ausführungen im Gesetzesentwurf und im erläuternden Bericht (S. 3) werden die bestehenden Strukturen, Arbeiten und Aktivitäten von Organisationen der Qualitätsmessung und Qualitätsinstitutionen gefährdet, laufen doppelspurig oder werden zumindest teilweise ersetzt. Die bestehenden Strukturen mit BAG, ANQ, einzelnen Spitälern und Kliniken und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen sind weniger aufwändig und weniger kostenintensiv als ein unnötiges Parallelkonstrukt i.S.d. nationalen Zentrums für Qualität. Die Aufgaben und Bereiche, in welchen das nationale Zentrum für Qualität aktiv sein würde, sind zu wenig präzise beschrieben. Die bestehenden Organisationen im Bereich Qualitätsmessung und -entwicklung setzen sich aus Personen aus der Praxis zusammen bzw. werden durch diese getragen, was zu einer breiten Akzeptanz führt. Dies kann von einem Bundeszentrum für Qualität, mangels dieser Stützung nicht gesagt werden.	PKS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Es fehlen überwiegend Rahmenbedingungen, um die Qualität von integrierten Behandlungspfaden beurteilen zu können. Beabsichtigte Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich sollten mit bereits bestehenden Qualitätsmessungen im stationären Bereich übereinstimmen bzw. abgestimmt sein. Durch die Bildung des nationalen Zentrums für Qualität werden wichtige Ressourcen unnötig gebunden, anstatt diese den anderen Akteuren im Bereich der Qualitätsmessung und -entwicklung zur Verfügung zu stellen. Diese öffentlichen Gelder sollten so verwendet werden, dass die dem Bund sprich dem BAG zur Verfügung stehenden Instrumente richtig genutzt und die heute schon vorhandenen Institutionen wie der ANQ und die Stiftung Patientensicherheit Schweiz gestärkt werden. Der Bund hat bisher von seinen Möglichkeiten nach Art. 58 KVG kaum Gebrauch gemacht. Es ist angebracht und angemessener, diese Instrumente vermehrt zu nutzen, als ein nationales Zentrum für Qualität zu schaffen. <u>Ad Ziffer 1.1., Ausgangslage, S. 8 des erläuternden Berichts:</u> Die erwähnten Qualitätsprobleme stimmen nicht mit der aktuellen Sachlage überein und wer den z.T. bereits von Qualitätsinstitutionen und anderen Akteuren des Gesundheitswesens bearbeitet. <u>Ad Ziffer 1.6, Schwächen im heutigen System, S. 28 des erläuternden Berichts:</u> Es gab und gibt durchaus Publikationen der Qualitätsmessungsinstitutionen wie vor allem des ANQ. <u>Ad Ziffer 1.7.1, Ziele der Vorlage, S. 30 des erläuternden Berichts:</u> Eine Stärkung der Verbindlichkeit von Qualitätsmassnahmen sowie Schaffung von Transparenz bei der Umsetzung und bezüglich der Ergebnisse ist bereits erfolgt, im Sinne dass alle Kliniken und Spitäler eine bestmögliche Verbindlichkeit eingegangen sind. Deshalb ist eine grössere Organisationseinheit (ausserhalb des BAG) mit beschränktem Knowhow als das BAG in Zusammenspiel mit den Akteuren der Qualitätsmessung und -entwicklung nicht erforderlich. <u>Ad Ziffer 1.7.6, Rollen der Akteure im Bereich Qualität und HTA, S. 40 des erläuternden Berichts:</u> Die Rolle der anderen Akteure im Bereich der Qualitätsmessung und -entwicklung wird nicht definiert resp. zu wenig präzise umschreiben. Es wird nicht aufgezeigt, wie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem nationalen Zentrum für Qualität aussehen soll. Aus all diesen Gründen lehnen die Privatkliniken Schweiz das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der OKP sowie die Schaffung eines nationalen Zentrums für Qualität ab. Das nationale Zentrum für Qualität ist nicht notwendig, wenn die Spitäler und Kliniken der Schweiz, darunter auch die Privatkliniken, sowie die Qualitätsinstitutionen wie der ANQ und die Stiftung Patientensicherheit Schweiz sowie weitere Akteure im Gesundheitssektor durch den Qualitätsvertrag an Qualitätsmessung und -entwicklung partizipieren. Stattdessen wären Letztere noch mehr zu unterstützen bzw. einzubeziehen.	
1. Einführende Bemerkungen FDP.Die Liberalen verlangte bereits in ihrem Positionspapier „Gesundheitsland Schweiz“ von Januar 2010, dass der Bund die Voraussetzungen für eine unabhängige Rating-Agentur schaffen soll. Diese Agentur soll eng mit den Leistungserbringern (insbesondere den Fachgesellschaften) und den Versicherern zusammenarbeiten, um standardisierte, risikoadjustierte Indikatoren zu entwickeln, um die Qualität im Gesundheitswesen zu messen. Der Patient soll sich über die Qualität der medizinischen Leistungen informieren können. Dies ermöglicht einen Qualitätswettbewerb, was medizinische Fehler, Folgekosten und unnötige Eingriffe verhindert. So wirkt sich der Qualitätswettbewerb auch kostendämpfend aus. Die FDP lehnt den vorgelegten Gesetzesentwurf ab. Die Ziele dieser Vorlage sind im KVG bereits erhalten. Mit der vorgeschlagenen Ausgestaltung des „Zentrums für Qualität“ würde eine teure Parallelstruktur zum BAG aufgebaut. Im erläuternden Bericht werden die laufenden Initiativen der verschiedensten Akteure im Gesundheitswesen im Bereich Qualitätsmessung und HTA aufgezeigt. Innerhalb der letzten 10 Jahre ist der Bereich Qualitätssicherung deutlich vorangekommen. Der Unmut im Parlament über die mangelnde Umsetzung dieser Bestimmungen im KVG hat zu diesen Entwicklungen beigetragen. Die Aktivitäten sind beeindruckend und die Liste ist bei Weitem nicht vollständig. Anstatt das bestehende Know-How zu nutzen und zu verlinken, will der Bund eine zusätzliche, schwerfällige und zum Teil prämiertenfinanzierte Struktur neu aufbauen. Das vorgeschlagene Zentrum würde die laufenden Projekte verdrängen und so Innovation in diesem wichtigen Bereich im Keim ersticken.	FDP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2. Qualität in der OKP In Deutschland wird zurzeit über die Schaffung eines medizinischen Qualitätsinstituts debattiert, welches 16 Millionen Euro pro Jahr kosten soll. In der Schweiz sollen sich die Kosten des neuen Bundeszentrums (im Bereich Qualität) auf 22 Millionen CHF pro Jahr belaufen (prämienfinanziert). Insofern wird hier die vorgeschlagene Ausgestaltung auch auf der Kostenseite hinterfragt. Anstatt Synergien zu nutzen, würden Doppelspurigkeiten aufgebaut. Mit dem Einbezug der etablierten Akteure wäre sichergestellt, dass das vorhandene Know-How, welches unweigerlich „die Nähe der Front“ bedingt, auch genutzt werden kann. Die vorgeschlagene „Top-Down-Vorgehen“ ist zum Scheitern verurteilt. So scheint es auch bezeichnend, dass die im Bericht erwähnten „nationalen Plattformen“ (Einbezug der Stakeholder im Gesundheitswesen) im Gesetz nicht genauer definiert werden. Grundsätzlich fordern wir das BAG auf, in erster Linie seine Organisation so anzupassen, damit es seinen gesetzlichen Verpflichtungen gemäss Art. 22a, 32, 33, 36-40 und 58 KVG endlich nachkommt. Anstelle von gesetzlichen Doppelspurigkeiten in der Form eines neuen Bundesgesetzes sollen die Rahmenbedingungen für die Schaffung einer unabhängigen Organisation geschaffen werden (Mo. 10.3440). Ein Netzwerkansatz, wo Aufträge vergeben und Arbeiten koordiniert werden, wäre in unseren Augen der zielführende Weg. 3. HTA - Die FDP befürwortet den Handlungsbedarf bei der Bewertung und Re-Evaluation von Gesundheitstechnologien. Es bedarf dafür keines neuen Bundesgesetzes - das bestehende KVG kann angepasst oder ergänzt werden. Auch im Bereich HTA soll der Bund das Rad nicht neu erfinden: Er soll sich auf die bestehenden und etablierten Massnahmen und Aktivitäten der Stakeholder im Gesundheitswesen abstützen (Konsens Swiss HTA). Wichtig ist, dass die Prozessschritte Assessment, Appraisal und Decision klar getrennt werden. Der Bund hat dabei eine klare Entscheidungskompetenz (Decision). Die wissenschaftlichen Arbeiten sollen aber nicht beim Bund angegliedert werden – sie sollen unabhängig von Politik oder Partikulärinteressen erfolgen.	
Wir ersuchen Sie abschliessend darum, den Gesetzesvorschlag zurückzunehmen, durch eine wesentlich schlankere, den öffentlichen Interessen besser dienende Vorlage zu ersetzen und uns den verbesserten Gesetzesentwurf noch einmal zur Stellungnahme zu unterbreiten. Diese Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht abzulehnen. Insbesondere darf keine öffentlich-rechtliche Anstalt geschaffen werden. Zunächst fällt auf, dass primär mit höheren Kosten zu rechnen wäre, welche entgegen den Behauptungen des EDI wohl insgesamt keine kostendämpfende Wirkung mehr haben würden. Eine Ausdehnung der Aufgaben, welche bereits heute gestützt auf das KVG bestehen, ist unter diesem Aspekt nicht zielführend. Die nationalen Plattformen sind ein wichtiges Instrument, mit welchem die Erfüllung der Qualitätssicherungsaufgaben in die richtigen Bahnen gelenkt werden kann. Die Definition der massgeblichen Qualität kann nur und muss über die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen. Dieser Grundsatz ist in der Vorlage nicht verankert. Es fehlt auch jeglicher Hinweis auf eine vorgesehene Berücksichtigung der von der FMH gegründeten Akademie für Qualität in der Medizin SAQM. Diesen Umstand erachten wir als inakzeptabel. Obwohl die Bedeutung der nationalen Plattformen im Vernehmlassungsbericht erwähnt wird, finden diese im Gesetzestext keine Erwähnung. Das Anhörungsrecht beschränkt sich vielmehr auf die systematischen wissenschaftlichen Kontrollen, welche zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen durchgeführt werden sollen.	VLSS
Die GSASA begrüsst die Absicht des Bundes, der Behandlungsqualität und Patientensicherheit mehr Gewicht zu geben und dafür finanzielle Mittel bereit zu stellen. Auch wir finden, dass ein grosser Handlungsbedarf besteht. Sehr zu begrüssen ist, dass dafür mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen. Dass die verschiedenen Akteure und ihre Aktivitäten über eine nationale Plattform verbunden und damit Kräfte gebündelt, Synergien gefördert und Doppelspurigkeiten abgebaut werden sollen, ist ebenfalls sehr wertvoll und zu fördern. Unsere Sorge gilt insbesondere der richtigen Einbettung dieses neuen Zentrums in die aktuelle Landschaft. Das schweizerische Gesundheitswesen ist historisch gewachsen, hat regional sehr unterschiedliche Kulturen und verschiedenste Rollenverständnisse der einzelnen Akteure. Dem im Bundesgesetz angedachte Top-Down-Ansatz v.a. bezüglich der Organisation des	GSASA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zentrums stehen wir skeptisch gegenüber. Es zeigt sich auch in anderen Ländern, dass Top-down Ansätze nur bedingt erfolgreich sind. Dies wird auch in der Fachliteratur breit diskutiert. Man ist dort einhellig der Meinung, dass verordnete Qualität kaum erfolgreich und vor allem nicht nachhaltig umgesetzt werden kann. Es muss deshalb das Ziel eines Zentrums für Qualität sein, primär eine koordinative Rolle zu übernehmen und die bereits bestehenden guten Vorstösse zu bündeln und deren Weiterentwicklung zu fördern. Nur durch die Praxisnähe der einzelnen Projekte und die Anerkennung durch die einzelnen Leistungserbringer kann Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen gefördert werden. Weiter bedarf es einer nationalen und internationalen Vernetzung der wichtigsten Akteure. Damit dieses unabdingbare Vertrauen geschaffen wird, braucht es zudem grösst mögliche Transparenz. Das schweizerische Gesundheitswesen ist dezentral organisiert und die Kantone übernehmen viele wichtige Funktionen. Die Kantone sind aber nach unserer Interpretation des Gesetzes nur am Rande berücksichtigt. Auch hier sehen wir einen Nachholbedarf. Die GSASA kommt zum Schluss den Behörden zu empfehlen, das Gesetz gründlich zu überarbeiten. Ziel muss es sein, eine nachhaltige Qualitätsentwicklung unter aktivem Einbezug der Akteure im Gesundheitswesen zu fördern. Es ist ein Bottom-up Ansatz zu bevorzugen und dem neuen Zentrum für Qualität eine Rolle für die Koordination der Projekte einzuräumen. Im Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme von Patientensicherheit Schweiz und begrüssen deren Lösungsvorschlag.	
Si personne ne peut s'opposer à la qualité, la création d'un centre suisse destiné aux lancements de programmes fédéraux sur la qualité et le développement d'indicateurs, en particulier dans le domaine des soins ambulatoires, ne nous convainc pas. Chargé en outre d'évaluer les technologies médicales et les prestations médicales dans un objectif de maîtrise des coûts de l'assurance-maladie, il risque la paralysie en raison des conflits d'intérêts qu'il aura à trancher. A relever que pour ces dernières tâches (HTA), il remplacerait l'OFSP sans garantie d'une meilleure qualité mais au prix d'un alourdissement des procédures. Nous soutenons l'ancienne variante 2 « réseau » qui s'appuyait sur les compétences développées par différentes institutions en respectant le génie helvétique et qui favorisait les échanges internationaux avec différentes aires linguistiques. La qualité ne s'obtient que rarement par des percées, par un pilotage de la seule qualité ou par la détection centralisée des innovations. Il est également établi que le bassin de population suisse avec la contrainte supplémentaire des différentes langues nationales n'atteint peut-être pas les seuils statistiques pertinents dans certains domaines. A relever enfin que dans la médecine moderne, les principaux défis se situent plutôt dans la mise en oeuvre des pratiques les plus adéquates. Ceci plaide pour des mesures dans les facultés de médecine et les autres lieux de formation ainsi que par la formation continue des prestataires de soins. La qualité des soins comme celle d'un système de santé passe par des multiples facteurs décentralisés plutôt que par la coordination déployée depuis un centre dédié. Le centre pour la qualité ne renforcera pas la qualité et nuira aux efforts actuels. Nous nous y opposons catégoriquement. Il s'agit de repenser ce projet en s'appuyant exclusivement sur les acteurs actuels, publics et privés, sans créer, en plus de l'OFSP, un autre centre. Le financement du centre prévu par le projet constitue une provocation à quelques semaines de la votation fédérale sur la caisse publique. L'OFSP et les partenaires tarifaires doivent assumer les tâches que la LAMal leur confie déjà sans qu'un prélèvement forfaitaire supplémentaire de frs 3,50 par assuré majeur leur soit imposé. Les 33 emplois prévus et les 22 millions nécessaires ainsi que l'organisation complexe de cet établissement de droit public semblent à la fois trop et trop peu. L'énumération des nombreux acteurs actuels ne permet pas non plus de savoir quels ont été les effets concrets des mesures en faveur de la qualité entreprises à ce jour. On s'étonne enfin du peu de mention qui est fait des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires.	pCP
Der SBK begrüsst die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in ihrer Verantwortung für die Qualität im Gesundheitswesen zu unterstützen und deren Aktivitäten zu koordinieren. Wir erachten es über die Koordination hinaus als wesentlich, dass der Bund für die Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung verbindliche Vorgaben macht, die sich auf standards von Berufs- und Fachverbänden abstützen und in Vernehmlassungen bei den Verbänden validiert werden.	SBK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die Finanzierung des Zentrums muss mit mehr Steuergeldern und weniger Pro-Kopf-Beiträgen geplant werden. Die Krankenversicherungsprämien dürfen nicht im vorgeschlagenen Mass erhöht werden. Wir stellen den Antrag, dass höchstens CHF 1.00 pro versicherter Person und der Rest über Einkommens- und Vermögensteuereinnahmen von Bund und Kantonen erhoben wird.	
EQUAM begrüsst, dass der Bund die längst geforderte Sicherung der Qualität verstärkt fördern will. EQUAM ist eigentlich der Meinung, dass es dazu kein teures und aufwändiges Zentrum des Bundes braucht. Vielmehr sollen die bestehenden Institutionen und Initiativen gefördert werden. EQUAM würde daher die Variante „Netzwerk“ (Variante 2) und deren Koordinationsaufgabe durch den Bund eher begrüssen. Chancen des Zentrums für EQUAM und andere Anbieter Die Aussage: Ein derart definiertes Zentrum setzt sich nicht an die Stelle der Akteure, sondern unterstützt diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten. Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen weder die Qualitätssicherung noch die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen. Die Weiterführung deren Aktivitäten ist durch die Vorgaben des KVG nicht in Frage gestellt und die Qualitätssicherung ist verbindlich gefordert. (S.4) wird von EQUAM insofern gewertet, dass Institutionen wie EQUAM als Anbieter von Qualitätsmessungen nicht vom Staat konkurriert werden sollen. Im Gegenteil: Wenn die Qualitätssicherung vom Bund verbindlich gefordert, die Erarbeitung von Indikatoren und die Messung der Qualität jedoch den bestehenden Anbietern überlassen wird, dann können letztere durch die Zusammenarbeit mit dem Zentrum gestärkt werden. EQUAM begrüsst die Aussage, dass die Zulassung der Leistungserbringer inklusive der kantonalen Planung der Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 36 bis 40 KVG) (S.14) erfolgen soll. So bietet das Zentrum eine Chance auch für Anbieter wie EQUAM, diesen Ansatzpunkt zur Qualitätssicherung noch konsequenter zu nutzen. Die Aussage "Das Zentrum selbst hat die Aufgabe, die vom Bundesrat verabschiedeten Programme zu planen, durchzuführen und zu evaluieren" (S. 35) steht im Widerspruch zur Aussage, dass die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten nicht die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen ersetzen sollen. 1.1 Ausgangslage (S.9) Die Bemerkung "Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen" stimmt so nicht. EQUAM bietet seit Jahren Qualitätsmessungen auf Basis entsprechender Indikatoren im Bereich der ambulanten Medizin an und kooperiert unter anderem zum Thema Indikatoren mit dem AQUA-Institut Göttingen, dem AOK-Bundesverband Berlin, sowie mit Praktikern und Experten des Gesundheitswesens. 1.3.1 Rechtsgrundlagen (S. 15) In Artikel 22a KVG, der seit dem 1. Januar 2009 in Kraft ist, werden die Leistungserbringer verpflichtet, dem Bund medizinische Qualitätsindikatoren bekannt zu geben. Die Qualitätsinformationen sind vom Bund zu veröffentlichen. Von EQUAM überprüfte und zertifizierte Institutionen haben mehrmals ihre Aktivitäten inkl. angewandter Qualitätsindikatoren bekannt gegeben. Ausserdem sind die von EQUAM angebotenen Instrumente mit Angaben zu den einzelnen Indikatoren öffentlich einsehbar (u.a. auf der Homepage). Nach Artikel 58 Absätze 1 und 2 KVG kann der Bundesrat systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen vorsehen und deren Durchführung den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen. Hier stellt sich die Frage, weshalb dieser Auftrag von Bundesrat nie wahrgenommen wurde. Gerade EQUAM wäre prädestiniert als sog. „andere Einrichtung“ die Qualitätsüberwachung im ambulanten medizinischen Bereich wahrzunehmen. 1.3.2 Bisherige Aktivitäten des Bundes (S. 17) Mit einem Projekt des Bundesamtes für Statistik (BFS) zum Aufbau der Statistiken in der ambulanten Gesundheitsversorgung - MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) wird auch die Erhebung von Leistungs- und Qualitätsdaten bei den ambulanten Leistungserbringern angegangen. Verschiedene Teilprojekte sind in Etappen über die nächsten Jahre	EQUAM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
geplant. EQUAM ist gern zu Gesprächen bereit, im Rahmen derer abgeklärt werden könnte, inwiefern Synergien zwischen der Arbeit des BFS und jener der Stiftung bestehen. 1.3.3 Bisherige Aktivitäten der Tarifpartner und Kantone (S.18) Die Aussage "Im ambulant-ärztlichen Bereich ist vor wenigen Jahren ein paritätisches Gremium geschaffen worden. Bis heute ist es indessen noch zu keinem nationalen Qualitätsvertrag für diesen wichtigen Bereich der Versorgung gekommen" wird im Anhang 2 (S.65) ergänzt durch die Erwähnung eines Vertrag(es) zur Erarbeitung von Konzepten für die Sicherung der Kontrolle der Qualität der Medizinischen Leistungserbringung (FMH) vom 12.10.2009. EQUAM hält wichtige Kompetenzen bereit, die in solch einem Gremium vonnöten sind und kann sich vorstellen mit den entsprechenden Institutionen Kontakt aufzunehmen, um eine mögliche Kooperation zu prüfen. 1.3.5 Qualitätsstrategie des Bundes (S. 21, Aktionsfeld 1 Führung und Verantwortung) Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, dass die Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit wirksam wahrgenommen werden können. Dies wird insbesondere durch den Aufbau von geeigneten Strukturen beim Bund sichergestellt. EQUAM unterstützt diese Aussage insofern, als dass die bestehenden Institutionen passende Rollen zugeteilt bekommen und der Bund diese koordiniert. Es bleibt die Frage, inwiefern der Bund Voraussetzungen schaffen und inwiefern er selber inhaltlich die Qualitätsarbeit betreiben will. Der Begleitbericht wie auch das Gesetz bleiben diesbezüglich ambivalent. Für EQUAM und andere Initiativen der Qualitätssicherung ist diese Frage jedoch entscheidend. Kommt dem Zentrum eine unterstützende und koordinierende Funktion zu, können Kooperationen eingegangen werden. Sieht sich jedoch das Zentrum für Inhalte und Umsetzung von Qualitätsstandards zuständig, so wird es für die bestehenden Initiativen zur Konkurrenz und befindet sich im Widerspruch zur hier zitierten Qualitätsstrategie des Bundes. 1.3.5 Qualitätsstrategie des Bundes (S. 21, Aktionsfeld 2 Umsetzungskapazitäten und Ressourcen). "Der Bund setzt für den Auftrag der Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation ein, die er neu schafft oder überträgt die Umsetzung an bestehende Organisationen. Der Bund setzt sich zudem dafür ein, dass auf den verschiedenen Ebenen Umsetzungskapazitäten und Ressourcen insbesondere für die Bewirtschaftung von Schwerpunktprogrammen bereitgestellt werden. Zudem sichert der Bund die Koordination mit anderen Aktivitäten bei Umsetzung und Vollzug des KVG." EQUAM steht der Schaffung eines nationalen Zentrums kritisch gegenüber und würde dem Bund eher eine Koordinationsrolle zuschreiben (Variante 2 „Netzwerk“). 1.3.5 Qualitätsstrategie des Bundes (S. 23) "In einem Konkretisierungsprojekt im Jahr 2010 wurden externe Expertinnen und Experten einbezogen..." EQUAM hätte es begrüsst, ebenfalls mit einbezogen zu werden. 1.6 Schwächen im heutigen System (S. 27) "Von verschiedener Seite wurden Zertifizierungssysteme für ambulante Einrichtungen entwickelt; es bestehen jedoch keine nationalen Standards, Messungen oder Verbesserungsprogrammen in diesem Bereich." Das EQUAM-Modul A basiert auf den Indikatoren des Europäischen Praxisassessments, welches in einem mehrjährigen Entwicklungs- und Validierungsprozess in Zusammenarbeit verschiedener europäischer medizinischer Fakultäten und Praktiker entstanden ist. Die EQUAM-Module zur Ergebnis- und Indikationsqualität basieren u.a. auf den QiSA – Indikatoren, welche durch ein internationales Expertengremium entwickelt wurden (Zusammenarbeit mit AOK bzw. AQUA-Institut). In diesem Sinne gibt es Standards, die über das „Nationale“ hinausgehen. Die Indikatorensets der EQUAM erlauben sowohl internationale, Deutschschweiz-weite, als auch diachrone Vergleiche. Zudem hat EQUAM während des letzten halben Jahres die Übersetzung seiner Standards auf Französisch vorgenommen und wird damit Qualitätsentwicklung und –zertifizierung in Zukunft auch in der Westschweiz betreiben können. Eine Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Qualität könnte die Auswertung, Publikation und Verbreitung der erhobenen Daten wesentlich vorantreiben. 1.6 Schwächen im heutigen System (S. 29) Als Schwäche wird erwähnt: "ungenügende Anreize, an den relevanten Messgrössen der	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Qualität, Sicherheit und Angemessenheit mit gezielten Massnahmen und Verbesserungsprogrammen zu arbeiten" dieses Problem beschäftigt auch die EQUAM. Die völlige Freiwilligkeit der Teilnahme an Qualitätsmassnahmen und die Kosten, die damit verbunden sind, haben zur Folge, dass es enorm viel Durchhaltevermögen und Argumentationskraft braucht, um Praxen und Ärztenetzwerke zur Qualitätsarbeit zu ermuntern. Die EQUAM ist gern bereit, ihre Erfahrungen und Kompetenzen für die Lösung dieser schwierigen Frage einzubringen und erhofft sich gleichzeitig von der Politik Massnahmen, die die Schaffung von Anreizen und Verpflichtungen vorantreiben. 1.7.1 Ziele der Vorlage (S. 30) Von Seiten des Bundes können, wie ausgeführt, mit den bestehenden Ressourcen nur sehr beschränkt Aktivitäten entfaltet werden (vgl. Ziff. 1.4.3 und 1.6). Dies betrifft insbesondere die Evaluation von Massnahmen im Bereich der Qualitätssicherung, deren Implementierung und erfolgreiche Umsetzung eng zu begleiten sind. EQUAM bestätigt diese Aussage und unterstützt die daraus gefolgerte Massnahme. Hingegen sollten die bestehenden Institutionen durch den Bund unterstützt und nicht konkurriert werden. D. h. der Bund sollte koordinieren, den Institutionen Aufträge erteilen und die Verpflichtung zu Qualitätssicherung verbindlich einfordern. 1.7.3 Rahmenbedingungen im Bereich Qualität (S. 32) Die Vorlage bewegt sich innerhalb der folgenden wesentlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen. - Die bisherige Kompetenzverteilung der Akteure in der Regulation bleibt gemäss Bundesverfassung und KVG unverändert. - Bereits vorhandene Kompetenzen sollen genutzt werden. - Das Zentrum arbeitet eng mit den Akteuren und bestehenden Institutionen zusammen. - Das Zentrum hat eine rein fachlich unterstützende und koordinierende aber keinerlei regulierende oder sanktionierende Funktion. EQUAM interpretiert dies so, dass die Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung den bisherigen Institutionen (wie z.B. EQUAM) überlassen wird und deren Kompetenzen genutzt werden sollen. Noch einmal: Der Bund soll unseres Erachtens nach die Aktivitäten anerkannter Akteure unterstützen, mit ihnen Kooperationen und Verträge zur Beforschung, Umsetzung und Auswertung von Qualitätsmassnahmen entwickeln und aushandeln. 1.7.6 Rollen der Akteure im Bereich Qualität und HTA (Rolle weiterer im Bereich Qualitätssicherung der Leistungen aktiven Organisationen, S. 39/40) Diese sollen mit ihren Aktivitäten weiterhin einen Beitrag zur Qualitätssicherung und Unterstützung von HTA leisten. Zu bestimmten Institutionen stellen sich spezifische Fragen zu deren zukünftigen Rollen und Einbindung im Rahmen der neuen Strukturen. Diese Fragen wurden mit den einzelnen Akteuren im Rahmen verschiedener, im August 2013 durchgeführten Stakeholdergespräche diskutiert. EQUAM bedauert, dass sie zu keiner Zeit zu diesen Gesprächen beigezogen wurde. EQUAM hat – als diejenige Institution, welche seit 1999 im Bereich der Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin tätig ist – durchaus den Anspruch, eine tragende Rolle zugesprochen zu erhalten (analog z.B. zum ANQ). 1.7.7 Organisation und Steuerung des Zentrums (S. 41) Das Zentrum arbeitet bei den ihm übertragenen Aufgaben mit bestehenden Fachinstitutionen von Universitäten, Fachhochschulen oder privatwirtschaftlich organisierten Organisationen zusammen. Eine Übertragung von Aufgaben an EQUAM ist erwünscht. 1.7.8 Nationale Plattform (S. 41) Ausserhalb der Plattformen braucht es die Beteiligung der Akteure in der Entwicklung von Programmen und von Indikatoren, um die konkreten Bedürfnisse einzubringen und die zielführende Umsetzung zu begleiten. Entsprechend sollen die Akteure zusätzlich vom Zentrum selbst in konkreten Programmen und Projekten einbezogen werden, wie dies heute bspw. von patientensicherheit schweiz praktiziert wird. Eine Beteiligung und ein Miteinbezug von EQUAM ist erwünscht; vor allem insofern, als dass EQUAM mit ihrer starken Vernetzung sowohl bei Praktikern als auch Experten des Gesundheitswesens als Schnittstelle und Vermittlerin fungieren kann; ähnlich wie patientensicherheit schweiz.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2.3 Organisation (Art. 7 Verwaltungsrat, S. 50) Die Mitgliederzahl des Verwaltungsrats ist auf sieben bis neun fachkundige Mitglieder festgelegt (Abs. 1). Der Verwaltungsrat ist mit Persönlichkeiten zu besetzen, die sowohl über Erfahrungen und Fachkunde im Gesundheitswesen wie auch im Management öffentlicher Verwaltungsorganisationen verfügen. EQUAM wäre prädestiniert entsprechende Personen mit dem geforderten Profil zu stellen. Hier wird noch einmal betont, dass dem Zentrum keine regulativen Funktionen in der gesundheitspolitischen Steuerung zukommen: Für EQUAM stellt sich hier die Frage, inwiefern sich das Zentrum damit nicht in eine schwierige Situation bringt: ohne die Möglichkeit, die Akteure des Gesundheitswesens auf gewisse Massnahmen im Qualitätsmanagement zu verpflichten, bleiben Bemühungen darum oftmals schwierig. Es wäre zu überlegen, ob die Politik ihre Funktion – nämlich gesellschaftlich bindende Entscheidungen herbeizuführen – hier nicht ernster nehmen sollte. Dies könnte aber auch durchaus unabhängig von der Realisierung des Zentrums oder parallel dazu in anderen Strukturen realisiert werden; z.B. auf Ebene der Kantone (Praxisbewilligung nur bei Nachweis eines anerkannten QM-Systems). Gerade die vom Bund zitierte OECD schreibt in ihrem Bericht zum Gesundheitssystem der Schweiz: „Swiss authorities are best placed to judge what institutional architecture and cooperation mechanisms would give effect to monitoring health outcomes and the performance of providers, but shifting away from self regulation (by service providers) would be a constructive guiding principle.“¹ Andererseits sieht EQUAM durchaus die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Qualität verstärkt und noch proaktiver auf Versicherer und deren Dachverbände zuzugehen, damit diese das Qualitätsmanagement gerade im ambulanten Bereich vermehrt durch die Schaffung entsprechender Anreize fördern. 3.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden (S. 59) Die Aussage (Erläuternder Bericht, 3.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden) Sie profitieren ebenfalls von Verbesserungen in der Qualitätssicherung, Patientensicherheit und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen durch die nationalen Programme und Projekte. ist schwer vorstellbar, v.a. auf Stufe der Gemeinden. Anhang 1 Rollen der Akteure im Bereich HTA und Qualität (S. 63) Zentrum für Qualität Erarbeitung von Grundlagen zu Handlungsfeldern, Systemen, Indikatoren und Massnahmen für die Akteure. Planung, Umsetzung und Evaluation nationaler Programm und Projekte Qualitätsplattform: strategische Beratung zur nationalen Strategie und Zielen des Zentrums. EQUAM kann sich aktiv an diesen Tätigkeiten beteiligen und mitwirken. Anhang 2 Übersicht Verträge nach Artikel 77 KVV (S. 65) Ärzte ambulant Hinweis: EQUAM bietet Indikatorensets an und wäre bereit zur Mitwirkung bzw. Ausarbeitung weiterer Instrumente. Anhang 2 Übersicht Verträge nach Artikel 77 KVV (S. 72) Zahnärzte Hinweis: EQUAM bereitet derzeit die Indikatoren des Europäischen Praxisassessments für Zahnärzte in der Schweiz auf. D) Abschliessende Stellungnahme Fazit und Empfehlungen Die Lektüre und Analyse des Gesetzes und des dazugehörigen Begleitberichts hinterlässt einen widersprüchlichen Eindruck: Einerseits will der Bund die bestehenden Akteure und Institutionen weder ersetzen noch konkurrieren. Andererseits schimmert immer wieder im Bericht durch, dass das Zentrum mehr leisten soll als nur bestehende Akteure und Institutionen enger zu koordinieren. Vielmehr scheint es, dass das entstehende Zentrum auch inhaltliche Arbeit im Qualitätsbereich erbringen will; von der Forschung bis zur konkreten Realisierung einzelner Projekte. Damit tritt der Bund in Konkurrenz zu bestehenden Anbietern in diesem Bereich, sofern nicht eine sehr enge Kooperation gesucht wird; was- zumindest für EQUAM - bisher keineswegs der Fall war. Schliesslich verwehrt der Bund dem Zentrum jegliche regulative Funktion. Dabei wäre es unserer Meinung nach genau die Aufgabe des Bundes im Bereich Qualität endlich Verbindlichkeiten herzustellen, falls die Vertragspartner dieses Ziel nicht auf vertraglicher Ebene erreichen können (Beispiel Labor: hier werden die Analysen nur vergütet, wenn an der obligatorischen externen Qualitätskontrolle teilgenommen wird). Insofern sollte der Bund die inhaltliche Arbeit den bestehenden Akteuren überlassen, bzw. diese	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
darin stärken und nur dort intervenieren, wo die privaten Institutionen keine zufriedenstellende Erfüllung der gesetzlichen Vorlagen erbringen. Der Bund sollte die koordinierende, inhaltliche und regulative Rolle des Zentrums klarer konzipieren, ohne von bewährten Prinzipien der Subsidiarität abzukommen und ohne Doppelspurigkeiten oder gar Konkurrenzsituationen zu schaffen. Forderungen: Sollte sich das Zentrum für Qualität realisieren, so fordern wir, je nach Ausgestaltung der Kompetenzen des Zentrums: - EQUAM soll vom Zentrum beauftragt werden, die Qualitätsmessungen im Bereich der ambulanten Medizin durchzuführen und soll bei der Entwicklung von Indikatoren und Standards mitwirken. oder: - Einsitznahme im Verwaltungsrat und/oder im operativen Beirat des Zentrums erhalten. Wir wünschen generell eine aktive und vermehrte Zusammenarbeit. EQUAM soll eine der Stiftung entsprechende Rolle als Akteurin im Bereich Qualität zugeordnet werden. Seite 10 von 10 Wir gehen davon aus, dass der Aussage von BR Alain Berset im Begleitschreiben zur Vernehmlassung Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen nicht die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen. Die Weiterführung deren Aktivitäten ist durch die Vorlage nicht in Frage gestellt und weitgehend verbindlich gefordert. auch entsprechend Folge geleistet wird und EQUAM eine aktive Rolle zugesprochen wird.	
2. Mit dem Zentrum würde eine Steuerungs- und Überwachungszentrale errichtet. Diese könnte Spitäler, Ärzte und Bürger bzw. Patienten durchleuchten und überwachen, deren Daten speichern und – in allererster Linie – daraufhin abtasten, wo auf Kosten der Patienten möglichst viele Leistungen gespart werden können. Das ist abzulehnen 3. Verfassungsgrundlage für das geplante Bundesgesetz fehlt Das Gesundheitswesen ist in der Schweiz seit jeher Sache der Kantone, und das ist auch gut so. Eine kleinräumige Organisation kann den mannigfachen gesundheitlichen Problemen der Menschen am besten gerecht werden. Gemäss Bundesverfassung hat der Souverän nur einzelne Kompetenzen dem Bund übertragen. Als „Verfassungsgrundlage“ nennt der Bundesrat ziemlich kühn Art. 117 Abs. 1 BV, der da lautet: „Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.“ Es leuchtet sicher auch jedem Nichtjuristen ein, dass Art. 117 Abs. 1 BV keine Verfassungsgrundlage für ein zentrales Steuerungszentrum ist. 4. Schwindelerregende Kompetenzen für das Zentrum und den Bundesrat In Artikel 3 und 4 des Entwurfes weist der Bundesrat dem Zentrum eine grosse Zahl von Zielen und Aufgaben zu, die er zum Teil auf einzelne Bestimmungen des KVG stützt. Für andere Ziele und Aufgaben hat er offenbar keine „passenden“ KVG-Bestimmungen gefunden: - So zum Beispiel für Art. 3 Abs. 1 d und Art. 4 Abs. 2 b, auf welche das Zentrum die Einschränkung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) zu stützen gedenkt. Allein schon wegen der nicht genau vorhersehbaren Machtfülle des Zentrums gemäss Artikel 3 und 4 ist das Zentrum abzulehnen. 5. Eine nationale Steuerungszentrale im Gesundheitswesen widerspricht dem schweizerischen Föderalismus Das Zentrum wäre ein weiterer Schritt, um das Gesundheitswesen nach und nach der kantonalen Hoheit zu entziehen und zum Bund zu verlagern. Gemeinden und Kantone würden mit dem Zentrum zunehmend zu blossen Vollzugsgehilfen für zentralistische Anweisungen. 6. Allein schon wegen seiner Kosten ist ein Bundeszentrum abzulehnen	pMW
1. Grundsätzliche Überlegungen Der Vorstand der SP60+ begrüsst die Bestrebungen des Bundesrats, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu stärken, doch bezweifeln wir, dass mit der Schaffung eines nationalen Zentrums die gewünschten Ziele erreicht werden können. Die Probleme in der Gesundheitsversorgung, welche sich negativ auf die Qualität auswirken, sind breit und können mit den vorgesehenen Massnahmen nur bedingt verbessert werden. Die Erfahrungen zeigen, dass gerade eine einseitig wirtschaftliche und ökonomische Ausrichtung des	SP60+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gesundheitswesens negativ Auswirkungen auf eine patientengerechte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung haben kann. Wir sind deshalb der Meinung dass der Fokus in der Qualität in der Gesundheitsversorgung aus der Sicht der Patientenversorgung beurteilt werden muss. Aus dieser Optik fehlen uns zentrale Aspekte welche in direktem Bezug zur Qualität in der Gesundheitsversorgung stehen. Ebenso fehlen uns Perspektiven bezüglich der Qualität in der pflegerischen Versorgung. 2. Ursachen für Qualitätsdefizite in der Gesundheitsversorgung Ursachen mangelnder Qualität im Gesundheitsbereich sind sehr oft systembedingt, wie die folgende Beispiele aufzeigen: - Ökonomische Vorgaben und unterschiedliche Finanzierungssysteme in den einzelnen Bereichen setzen falsche Anreize in der Patientenversorgung und wirken sich negativ auf die Qualität der Versorgung aus. - Wirtschaftliche Interessen der Leistungserbringer: Umsatz- und Renditeüberlegungen können zu einer Überversorgung bzw. zu unnötigen Dienstleistungen und einer Bevorzugung von privat versicherten Patienten führen. Andererseits können sie aber auch einen Kostendruck auslösen und in der Folge davon knappe Personalbestände und frühzeitigen Spitalentlassungen verursachen. - Unterschiedliche kantonale Angebote und Regelungen (vgl. unklare Eignerstrategien und Leistungsaufträge für verselbständigte öffentliche Spitäler, mangelnde Kontinuität in der Behandlungs- bzw. Versorgungskette, Pflegefinanzierung, fehlende Beschwerdestellen) - Willkürliche Leistungsgewährungen und Leistungsverweigerungen der Versicherer (vgl. Leistungen für Medikamente gegen seltene Krankheiten) - Arbeitsmarktliche und berufliche Engpässe (s. Rekrutierungsengpässe im Pflegewesen und ärztlichen Bereich) - Fehlende sektorenübergreifende Fallführung durch Pflegefachpersonen bei chronisch Kranken und Langzeitpatienten führen zu Fehler im Medikamentenmanagement und verlängern die Rehabilitationsphase. 3. Beurteilung der Vorlage Wie bereits erwähnt liegen die grossen Probleme im Bereich Qualität und Wirtschaftlichkeit im System der Gesundheitsversorgung in der Aufgabenverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden. Wie aus den Vernehmlassungsunterlagen zu entnehmen ist, soll das geplante nationale Zentrum die Kantone und Leistungserbringer in der Umsetzung lediglich unterstützen. Die SP60+ vertritt die Meinung, dass damit keine wirkliche Verbesserung in Bezug zu den aufgezeigten Problemen erreicht werden kann. Um eine wirkliche Verbesserung im Bereich der Qualität zu erreichen, müssen die Kantone in die Pflicht genommen werden, gegenüber den Leistungserbringern verbindliche Qualitätsvorgaben zu machen, diese periodisch zu überprüfen und wo nötig auch Sanktionen ergreifen. Dafür gilt es, die nötigen finanziellen Ressourcen bereit zu stellen, damit ein wirksames Qualitätsmanagement in den Institutionen des Gesundheitswesens eingefordert und die Umsetzung verbindlich überprüft werden kann. Wie eingangs erwähnt wurde aus unserer Sicht den Qualitätsproblemen in der pflegerischen Versorgung, namentlich der Langzeitpflege, zu wenig Beachtung geschenkt. Die vorgesehenen Handlungsfelder sind zu eng gefasst und müssen um den Bereich Pflege und Arbeitsbedingungen erweitert werden. Beide Bereiche leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Qualität und Patientensicherheit. Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld, das nicht angesprochen wird, ist der Migrationsbereich. Ältere Menschen mit einem Migrationshintergrund kennen oftmals die Angebote im Gesundheitswesen zu wenig und haben dadurch einen erschwerten Zugang. Mangelnde Sprachkompetenzen erschweren die Kommunikation und wirken sich negativ auf die Qualität der Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppe aus. Was die Entwicklung von Qualitätsindikatoren betrifft, haben die Berufs- und Fachverbände bereits wichtige Grundlagen erarbeitet. Beispielsweise hat der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Fachmänner SBK für die Überprüfung der Pflegequalität normative Vorgaben zur Qualitätsmessung und für die kontinuierliche Überprüfung der Einhaltung entwickelt.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
So zertifiziert die Concret AG als eine von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle akkreditierte Firma, Pflegeabteilungen in Spitälern/Spitexorganisationen und Pflegeheimen. Wie die Concret AG existieren in der Schweiz weitere zahlreiche akkreditierte Organisationen und Firmen, welche bereits über anerkannte Qualitätsindikatoren und Verfahren zu deren Überprüfung verfügen. Es braucht daher aus unserer Sicht kein Zentrum zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren, vielmehr müssen die bestehenden für die Leistungserbringer als verbindlich erlassen werden. Was es jedoch braucht, sind Ressourcen für das Personal, damit es vorgegeben Qualitätsnormen einhalten und umsetzen kann. Wir stellen im Weiteren fest, dass bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Mitglieder der nationalen Plattform die Sozialpartner fehlen. Wie oben erwähnt sind die Arbeitsbedingungen ein zentraler Faktor, um Qualität und Patientensicherheit zu gewährleisten. Die SP60+ beantragt daher, dass Sozialpartner, Patienten- und Seniorenorganisationen sowohl in den Verwaltungsrat als auch in die nationale Plattform aufzunehmen sind. 4. Schlussfolgerung Für die SP60+ ergeben sich aus den bisherigen Ausführungen die folgenden Schlussfolgerungen: 1. Zur Qualitätsförderung im Gesundheitswesen gibt es mehrere, zum Teil gewichtigere Ansätze als das vorgeschlagene nationale Institut für Qualität. Die SP60+ lehnt die Vorlage zum jetzigen Zeitpunkt aus den genannten Gründen ab. 2. Ein nationales Institut macht nur dann Sinn, wenn es auch steuernde, kontrollierende und sanktionierende Funktionen ausüben kann. Ohne diese Kompetenzen sind Verbesserungen in den erwähnten Schnittpunktbereichen nicht realisierbar. Unseres Erachtens fehlt es weniger an anerkannten Qualitätsindikatoren als am Willen ihrer Anwendung bzw. an der Umsetzung vorhandener Erkenntnisse. 3. Um eine Verbesserung in der Qualität zu erreichen, muss primär in personelle Ressourcen in der Patientenversorgung investiert werden denn gut ausgebildetes motiviertes Personal mit genügend zeitlichen Ressourcen ist der beste Garant für eine gute qualitative Gesundheitsversorgung. Leider zeigen die politischen Entscheide mit den aktuellen Sparpaketen in den Kantone in eine andere Richtung	
Wir begrüßen die Absicht des Bundes, die Qualitätsbestrebungen weiter zu fördern und zu entwickeln. Die mit der Gesetzesvorlage angepeilten Ziele (mit Ausnahme der implizierten Kostensenkung) sind zu unterstützen und stehen in keinem Gegensatz zu den Ausrichtungen der FMH. Sie erkennt den Handlungsbedarf und ist sich des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Diese Zielsetzungen sind jedoch mit dem Vorschlag des Bundes nicht zu erreichen – entsprechend lehnt die FMH den vorliegenden Gesetzentwurf ab. Die Ärzteschaft sowie viele weitere Organisationen setzen sich bereits lange und intensiv mit den verschiedenen Aspekten der Qualitätssicherung und -förderung auseinander, so dass bereits sehr viele Initiativen und Instrumente zur Verfügung stehen, welche den hohen Standard unseres Gesundheitswesens erst Vernehmlassungsverfahren zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung Qualität und Wirtschaftlichkeit) ermöglicht und über die Jahre weiterentwickelt haben. Dass der Bund hier eine koordinierende und vernetzende Aufgabe übernehmen kann, ist für die FMH unbestritten. Die Schweiz verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Für die FMH ist es daher zentral, dass der Qualitätssicherung und -verbesserung auch in Zukunft ein grosses Gewicht beigemessen wird. Von Defiziten bei der Patientensicherheit zu sprechen, findet die FMH hingegen weder adäquat noch zielgerichtet. Die Stiftung für Patientensicherheit leistet einen zentralen Beitrag zur Patientensicherheit in der Schweiz und entsprechend ist ihr Weiterbestehen zwingend. Gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf sind die nationalen Plattformen ein wichtiges Element. Im Gesetzestext finden wir hingegen keine verbindlichen Formulierungen. Weiter wird im erläuternden Bericht festgehalten, dass das Zentrum für Qualität eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Eine Evidenz für diese Aussage ist nirgends ersichtlich und	FMH, AGZ, SSMO, SGN

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
entsprechend nicht nachvollziehbar. Für die FMH ist hier eine gesamtwirtschaftliche und nachhaltige Optik zentral – denn die Kosten und der Nutzen fallen nicht am gleichen Ort an. Vollständige und transparente Auflistung der geleisteten Arbeiten in der Schweiz. Die Entscheidungsträger müssen auf vollständige, umfassende und wenn mögliche symmetrische Informationen vertrauen können. FMH bietet hier jede mögliche Unterstützung an. Einbezug aller Leistungserbringer und Stakeholder / Partnerorganisationen. Anerkennung des Swiss Medical Boards, welches dank des laufenden Konvergenzprozesses stakeholdermässig zunehmend breit abgestützt ist, mittels eines Konsortiums universitärer Institute einen höchsten wissenschaftlichen Standard erreicht hat und die Methodik laufend internationalen Standards angepasst ist. Weiterführung der Unterstützung der erfolgreichen Aktivitäten von Patientensicherheit Schweiz. Adäquate Vergütung der Leistungserbringer für ihre Qualitätsarbeit und der damit verbundenen zunehmenden Dokumentationsaufwendungen. Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM kann als Beispiel betrachtet werden, wie innerhalb von zwei Jahren durch Vernetzung und Koordination das Vertrauen und das Commitment erarbeitet werden kann. Daher schlagen wir vor, dass der Bund seine koordinierende und vernetzende Funktion wahrnimmt, indem er mit einer gesamtwirtschaftlichen Optik die Zusammenarbeit fördert, Synergien nutzt und Doppelspurigkeiten vermeidet. Die von der FMH 2012 gegründete Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM (www.saqm.ch) arbeitet bereits seit zwei Jahren intensiv an dieser Thematik. So ist die MTK neben den Krankenversicherern im Dialog Qualität SAQM vertreten – und der Austausch und die Vernetzung dadurch gewährleistet. Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass das Zentrum sich «nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Sie können und dürfen die laufenden Qualitätsbestrebungen und deren Finanzierung durch die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzen.» Wir begrüßen diese Stossrichtung des Bundes – auch dahingehend, dass das Zentrum über keine hoheitsrechtlichen Kompetenzen verfügt. Aus den Diskussionen und juristischen Verfahren im Bereich der hochspezialisierten Medizin sollten nun auch die entsprechenden Schlussfolgerungen und Lehren gezogen werden. Wie bereits mehrmals festgehalten sind wir dezidiert der Meinung, dass die Definition und Festlegung der Qualität nur über die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen kann. Dieser Grundsatz ist aber in der Vorlage nicht verankert. Die ärztliche wie auch die medizinische Qualität darf nicht zentral festgelegt werden, sondern dort, wo sie zum Nutzen des Patienten im Alltag angewendet und weiterentwickelt wird – also bei den Leistungserbringern. Die FMH geht mit dem Bund einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien genutzt werden müssen. Diese zentrale Aufgabe wird im erläuternden Bericht aber nicht bzw. zu wenig thematisiert. Vorschlag FMH: Aufgrund der komplexen Natur von Qualität ist eine systematische Vernetzung mit den wichtigsten Akteuren zwingend. Wir sind uns dieser Herausforderung bewusst und haben in der SAQM sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Partnerorganisation die entsprechenden Gefässe geschaffen. Im Rahmen der regelmässigen Treffen des Forums Qualität SAQM werden die Ärzteorganisationen der FMH in Qualitätsfragen vernetzt und zu konkreten Thematiken finden wertvolle Wissenstransfers statt. Die Ärzteorganisationen sind stark in die Qualitätsarbeiten der SAQM und der FMH eingebunden, so dass in zwei Jahren eine solide und fundierte Basis der Zusammenarbeit entstanden ist. So wird sichergestellt, dass die Definition der medizinischen Qualität durch die dafür zuständigen Fachgesellschaften erfolgen kann und der Austausch horizontal und vertikal jederzeit gewährleistet ist. Im Rahmen des Dialogs Qualität SAQM steht den Partnerorganisationen eine ähnliche Plattform zur Verfügung. Selbstverständlich sind der Austausch und die Vernetzung nur möglich, wenn die betroffenen Organisationen anwesend sind. Entsprechend bedauerten wir die Abwesenheit des BAG am letzten Treffen des Dialog SAQM. Der Bund kann eine ähnliche Aufgabe auf berufsgruppen- und systemübergreifender Ebene übernehmen, indem er die wichtige Vernetzung und die zentrale Koordination ermöglicht	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
bzw. garantiert. Durch diese Aufgabe kann es dem Bund gelingen, das Vertrauen weiter zu stärken und die laufenden Arbeiten zu koordinieren. Der aktuell laufende Konvergenzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes- oder Partikulärinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten; die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund. Wir gehen vollkommen einig mit den Forderungen, die bestehenden Leistungen im Leistungskatalog regelmässig gemäss den WZW-Kriterien zu überprüfen und die Innovationen zu fördern. Vorschlag FMH: Im Rahmen der Aktivitäten des Swiss Medical Boards läuft zurzeit ein Konvergenzprozess mit den wichtigsten Akteuren (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Industrie, Wissenschaft). Dieser wird es erlauben, den nationalen und z.T. internationalen Bedürfnissen im Bereich HTA mehr als gerecht zu werden. Durch die Einbindung universitärer Institute und die methodische Weiterentwicklung wird das Swiss Medical Board seine zentrale Rolle in der HTA-Landschaft massiv stärken. Ein unabhängiges, von den wichtigsten Partnern des Gesundheitswesens getragenes Swiss Medical Board sollte vom Bund zwingend berücksichtigt und entsprechend genutzt werden. Die beschränkten Ressourcen (persönell wie auch finanziell) erlauben keinen Aufbau von Doppelstrukturen – all dies selbstverständlich unter der Prämisse der Gewaltentrennung. Zentrum vs. Netzwerklösung Wir haben uns stets für eine Netzwerklösung eingesetzt und mehrmals platziert, dass eine Ausarbeitung einer Netzwerklösung auch erfolgen soll. Die etwas «fadenscheinige» Begründung im erläuternden Bericht zu diesem Punkt ist für uns nicht nachvollziehbar. Daraus müssen wir schliessen, dass zu keinem Zeitpunkt der Wille bestand, eine solche Option in Betracht zu ziehen. Vorschlag FMH: Die aktuelle Vorlage des Gesetzentwurfes soll im Sinne einer Netzwerklösung umgearbeitet werden. Aktivitäten Der erläuternde Bericht präsentiert viele bereits bestehende und laufende Qualitätsaktivitäten und schliesst daraus auf einen Handlungsbedarf für ein Zentrum bzw. diese Auflistung wird als Legitimation für den Gesetzgebungsprozess verstanden. Entsprechend stellen wir mit Erstaunen und Befremden fest, dass – bewusst oder unbewusst – viele Qualitätsaktivitäten erst gar nicht aufgelistet sind. Der folgende Satz im erläuternden Bericht «...Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen...»(S. 9) zeugt von einer grossen Unkenntnis der Materie. Die Indikatoren «fehlen» insofern, dass die entsprechenden Behörden keine Kenntnis davon genommen und diese in den Vernehmlassungsunterlagen nicht aufgeführt haben. An dieser Stelle seien insbesondere die zahlreichen Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich wie etwa die «Q-Initiative» (EQUAM, MFA-Vernehmlassungsverfahren zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung Qualität und Wirtschaftlichkeit - ARGOMED, QBM des VEDAG, qualimed.net) erwähnt. Wenn eine Auflistung erfolgt, dann sollte diese so weit als möglich abschliessend sein. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen aufgrund unvollständiger und asymmetrischer Informationen erfolgen, zumindest Doppelspurigkeiten geschaffen werden und Wertschätzung für bisher Geleistetes zerstört wird. Als Beispiele sind die Nichtaufführung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM oder die Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich des Projekts «Qualitätsmedizin IQM», Konvergenzprozess HTA, zu erwähnen. Die SAQM führt periodisch eine Inventarerhebung bei den Ärzteorganisationen zu ihren eingeführten oder geplanten Qualitätsaktivitäten durch. Diese Resultate zeigen ein ganz anderes Bild als dasjenige auf, welches der erläuternde Bericht suggeriert. Vorschlag FMH: Für die FMH ist es zentral, dass Entscheidungen aufgrund vollständiger und wenn möglicher symmetrischer Informationen erfolgen. Im gesetzgeberischen Prozess der Einführung eines neuen Bundesgesetzes mit der entsprechenden Reich- und Tragweite ist zu erwarten, dass die Entscheidungsträger korrekt und vollständig informiert werden. Die FMH	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
unterstützt den Bund gerne bei der Erarbeitung einer vollständigen und korrekten Übersicht, was in der Schweiz auch seitens Leistungserbringer und Stakeholder bereits geleistet wird (z.B. Patientensicherheit Schweiz, ANQ, QualiCCare, Q-Initiativen, Qualitätszirkel, Supervisionen, Intervisionen, Q-Indikatoren, Zertifizierungen, Register etc.). Kostendämpfung / Kostensenkung Die Dämpfung bzw. Senkung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) können per se kein primäres Ziel in einer nachhaltigen Qualitätsarbeit sein. Sie sind es auch nicht im Text der Gesetzesvorlage: Ziel des Zentrums für Qualität gemäss Art. 3 ist die «...Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ... übernommen werden.» Die Dämpfung des Kostenanstiegs der OKP ist jedoch ein explizit erwähntes Ziel im erläuterten Bericht. Auf S. 13 steht, dass die «... Zielsetzung der Vorlage... insgesamt die Dämpfung der Kostensteigerung» sei. Die Gesetzesvorlage betrifft grundsätzlich nur den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das bedeutet, dass die Dämpfung der Kostensteigerung in der OKP bei der Umsetzung des Gesetzes ein mitbestimmender Faktor sein wird. Mit anderen Worten: Die Kostenkontrolle und -senkung in der OKP soll via Hintertür über das Bundesgesetz für Qualität eingeführt bzw. verstärkt werden, und die Lasten schliesslich jenseits der Grenzen des KVG sich selbst überlassen werden. Vorschlag FMH: Entweder macht der Bundesrat im Gesetz selbst transparent, dass er über ein «Bundesgesetz für Qualität» die Kosten in der OKP beeinflussen will, wodurch er den betroffenen Akteuren bzw. dem Stimmvolk die Möglichkeit eröffnet, zu dieser Absicht Stellung zu nehmen, oder er streicht sämtliche diesbezügliche Passagen in den Gesetzesmaterialien. Finanzierung und Rechtsform Die vorgeschlagenen Finanzierungsmodalitäten für das Zentrum sind nur bedingt nachvollziehbar. Keinesfalls enig gehen wir mit der Feststellung, dass die gemäss KVG erbrachten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten in den vereinbarten Tarifen bereits heute berücksichtigt sind. Es sind gerade die Leistungserbringer, welche in ihrer täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten zur Optimierung der Qualität beitragen und deren Aufwendungen keineswegs adäquat über den heutigen Tarif abgebildet werden. Will der Bund sich wirklich im Bereich der Qualität in der medizinischen Versorgung engagieren, dann muss er auch auf der Ebene der Leistungserbringer die dafür nötigen Mittel bereitstellen. Die Leistungserbringer müssen für ihre Qualitätsarbeit und Dokumentation adäquat vergütet werden. Die FMH wird mit der SAQM und ihren weiteren Unterstützungen der erwähnten breit abgestützten Organisationen ihre Arbeiten und Bestrebungen im Bereich Qualität weiter vorantreiben und sich selbstverständlich weiterhin konstruktiv in die Diskussionen einbringen. Für die FMH ist es jedoch zentral, dass die Ärzteschaft mit all ihren Organisationen und ihrem bisherigen Engagement nicht übergangen wird – denn die Qualität muss dort definiert werden, wo sie zum Nutzen der Patienten angewendet wird.	
Die AergteGesellschaft des Kantons Zürich AGZ nimmt gerne die Gelegenheit wahr, sich an der Vernehmlassung des Bundesgesetzes über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beteiligen. Die AGZ schliesst sich den Stellungnahmen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und der Konferenz der Kantonalen Aergtegesellschaften KKA an und teilt deren Ausführungen. In Ergänzung dazu hält die AGZ folgendes fest.	AGZ
Die KKA begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundes, die Qualitätssicherung im Schweizer Gesundheitswesen zu koordinieren. Sie erkennt den Handlungsbedarf und ist sich des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Die Schweiz verfügt heute weltweit über eines der besten Gesundheitssysteme. Für die KKA ist deshalb auch künftig eine optimale Qualität absolut zentral, denn nur so kann das hohe Niveau unserer Gesundheitsversorgung gehalten und verbessert werden. Die Botschaft sollte lauten: „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein“ - von pauschalisierenden Defiziten bei der Patientensicherheit zu sprechen, ist aber weder adäquat noch zielgerichtet.	KKA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf sind die nationalen Plattformen ein wichtiges Element. Im Gesetzestext finden wir hingegen keine verbindlichen Formulierungen diesbezüglich. Weiter wird festgehalten, dass das Zentrum für Qualität eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Eine Evidenz für diese Aussage ist nirgends ersichtlich und ist auch nicht nachvollziehbar. Für die KKA ist eine volkswirtschaftliche Gesamtkosten-Optik unerlässlich – da die Kosten und der Nutzen nicht nur am gleichen Ort respektive im gleichen Sektor anfallen. Der Bund muss Rahmenbedingungen, Vorgaben und Ziele erarbeiten und ist für die Kontrolle verantwortlich - die Netzwerke sind für die Ausführung verantwortlich. Dazu genügen schlanke Strukturen. Analog dem EKIF (Eidgenössische Kommission für Impffragen) könnte z.B. ein beratendes Gremium für Qualitätsfragen für den Bund geschaffen werden, an Stelle des geplanten, teuren und schwerfälligen Q-Institutes. Allenfalls wäre auch eine modifizierte Netzwerkvariante zu erwägen, wie sie ursprünglich angedacht wurde. Von der Qualität her anerkannte Kriterien sowie diagnostische und therapeutische Massnahmen müssen zugunsten der Patienten eingesetzt werden können und dürfen nicht von Seite der Krankenkassen aus Kostengründen oder aufgrund interner Richtlinien abgelehnt werden. Definition und Festlegung von Qualität Gemäss den Aussagen der Qualitäts-Experten ist Qualität schwierig messbar. Sie ist als Co-Produktion der Leistungserbringer mit dem Patienten und verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen zu verstehen. Die Schwergewichte der „Qualitätsmessungen“ wurden aus diesen Gründen in den letzten Jahren immer wieder verändert. Gemäss der neusten Literatur ist man in den USA wieder von den outcome – Messungen abgekommen und legt das Schwergewicht auf die Prozesse. Qualitätsfelder sind Wirtschaftlichkeit, logistische Qualität, Fachqualität und Servicequalität. Im ambulanten Bereich erfolgen heute betreffend Wirtschaftlichkeit die viel zu stark auf den ambulanten Kostensektor fokussierenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Versicherer. Bei der logistischen Qualität existieren bereits z.B. die Röntgen- und Labor-Qualitätskontrollen auf Bundesebene. Was die Fachqualität und die Servicequalität anbelangt, gehört deren Definition und Festlegung von entsprechenden Qualitäts – Indikatoren klar in die Kompetenz der Fachgesellschaften und können und dürfen nicht von der Bundesebene respektive von einem „Qualitäts-Institut“ festgelegt werden. Wie zudem bereits mehrmals festgehalten, sind wir dezidiert der Meinung, dass die Definition und Festlegung der Qualität nur über die Fachgesellschaften erfolgen kann. Die ärztliche wie auch die medizinische Qualität kann und darf nicht vom Staat festgelegt werden, sondern dort, wo sie zum Nutzen des Patienten im Alltag angewendet und weiterentwickelt wird – also bei den Leistungserbringern. Die KKA ist mit dem Bund einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien genutzt werden müssen. Diese zentrale Aufgabe wird im erläuternden Bericht aber nicht bzw. zu wenig thematisiert. Zentrum vs. Netzwerklösung Wir haben uns immer für eine Netzwerklösung eingesetzt und entsprechend mehrmals darauf hingewiesen, dass die Ausarbeitung einer Netzwerklösung erfolgen soll. Die etwas „faden-scheinige“ Begründung im erläuternden Bericht ist für uns nicht nachvollziehbar und entsprechend müssen wir daraus schliessen, dass zu keinem Zeitpunkt ein Wille bestand, eine solche Option in Betracht zu beziehen. Für die 2012 durch die FMH gegründete Akademie für Qualität in der Medizin SAQM ist die Vernetzung und die fachliche Unterstützung ein zentrales Anliegen. Die bisher rund 30 eingegangenen offiziellen Anträge an die SAQM belegen, dass ein grosses Bedürfnis an Vernetzung und Unterstützung besteht. Gerade, weil bereits heute etablierte und bewährte Akteure das BAG bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen, wäre eine Netzwerklösung bei weitem effizienter als der Aufbau eines neuen Zentrums mit schwerfälligen Strukturen. Aktivitäten Schon in der Botschaft zum Bundesgesetz wird bei den zwei Hauptaufgaben das Schwergewicht auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren gelegt, „insbesondere für den ambulant-ärztlichen Bereich“. Der erläuternde Bericht präsentiert viele bereits bestehende und laufende Qualitätsaktivitäten und schliesst daraus auf einen Handlungsbedarf für ein Zentrum bzw.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
diese Auflistung wird als Legitimation für den Gesetzgebungsprozess verstanden. Entsprechend stellen wir mit grossem Befremden fest, dass – bewusst oder unbewusst – viele Qualitätsaktivitäten gar nicht aufgelistet sind. Der folgende Satz im erläuternden Bericht (Seite 9) „... Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen...“ zeugt von einer grossen Unkenntnis der Materie. Die Indikatoren „fehlen“ insofern, dass die entsprechenden Behörden davon keine Kenntnis genommen haben und diese somit in den Vernehmlassungsunterlagen nicht aufgeführt wurden! Insbesondere seien an dieser Stelle die zahlreichen Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich erwähnt, wie z.B. die „Q-Initiative“, bestehend aus Argomed Ärzte AG - MFA (Mehrfacharzt), EQUAM Stiftung - Q-Module, medswiss.net - QMN (quali-med-net) und der VEDAG (Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften) mit dem QBM (Qualitäts - Basis - Modul) sowie die anderen QMS und die Instrumente von Hausärzte Schweiz MFE, um nur einige davon zu nennen. Was im drittletzten Abschnitt des erläuternden Berichtes unter Punkt 1.3.4 über EQUAM steht, zeigt allzu deutlich die grossen Wissens- und Informationslücken. Wenn eine Auflistung erfolgt, dann sollte diese so weit als möglich abschliessend sein – ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen aufgrund unvollständiger und asymmetrischer Informationen erfolgen, zumindest Doppelspurigkeiten geschaffen, und die Wertschätzung für bisher Geleistetes zerstört wird. Als Beispiele sind die Nichtaufführung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM zu erwähnen, oder die Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich des Projekts „Qualitätsmedizin IQM“ sowie der Konvergenzprozess HTA. Mit Befremden muss hier auch festgehalten werden, dass das BAG an der letzten Sitzung des Dialog-Gremiums der SAQM ferngeblieben ist. Die SAQM führt periodisch eine Inventarerhebung bei den Ärzteorganisationen zu ihren eingeführten oder geplanten Qualitätsaktivitäten durch. Diese Resultate zeigen ein ganz anderes Bild auf als das des erläuternden Berichtes suggeriert. Finanzierung und Rechtsform Die vorgeschlagenen Finanzierungsmodalitäten für das Zentrum sind nur bedingt nachvollziehbar. Keinesfalls einig sind wir mit der Feststellung, dass die gemäss KVG erbrachten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten in den vereinbarten Tarifen bereits heute berücksichtigt und deshalb nicht über separate Wege zu finanzieren seien. Es sind gerade die Leistungserbringer, welche in ihrer täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten zur Optimierung der Qualität beitragen und deren Aufwendungen dabei keineswegs immer adäquat über den heutigen Tarif abgebildet werden. Will sich der Bund wirklich im Bereich Qualität in der medizinischen Versorgung engagieren, dann muss er auch auf der Ebene der Leistungserbringer die dafür notwendigen Mittel bereitstellen. Das Gleiche gilt, wenn man die den Leistungserbringern zugedachten Aufgaben und Kompetenzen betrachtet. Die vom Bund definierten Anforderungen an die Leistungserbringer sind vielfältig und umfangreich wie beispielsweise die Verpflichtung zur kostenlosen Erhebung und Lieferung von Daten sowie die eigenverantwortlich umzusetzenden Massnahmen zur Qualitätssicherung in der Praxis. Demgegenüber steht einzig und allein die „Kompetenz“ den Bund im Rahmen der nationalen Plattformen – heisst Zentrum für Qualität – beraten zu dürfen. Will der Bund tatsächlich die Qualität fördern, mit dem Ziel die medizinische Versorgung im Sinne der Patientensicherheit zu optimieren, dann muss er zwingend die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen. Grösste Bedenken hat die KKA auch bei der personellen Besetzung der Gremien und Organe des Zentrums. In diesem Zusammenhang ist es äusserst befremdlich, dass willkürlich die Stiftung für Patientensicherheit – ein Verein der naturgemäss seine Partikularinteressen vertritt – in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden soll. Dies steht der geplanten Errichtung eines unabhängigen Zentrums für Qualität diametral entgegen und wird von der KKA dezidiert abgelehnt. III. Fazit Wie bereits erwähnt, ist sich die KKA des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Ziele nicht erreicht werden. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt, welche auf Basis von unvollständigen Informationen beruht, ist für die KKA nicht zielführend. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keine Synergien. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Auswirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden. Eine gangbare Lösung wäre z.B. der unter 1. aufgeführte Vorschlag der Schaffung eines beratenden Gremiums anstelle des Q-Institutes oder allenfalls einer modifizierten Netzwerkvariante, wie sie ursprünglich angedacht wurde. Die angestrebten Ziele unter Art. 3 sind klar zu unterstützen, aber mit der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes nicht zu erreichen.	
Après lecture du projet, nous ne sommes pas convaincus que la création d'un centre national pour la qualité permette de réaliser les objectifs énoncés, à savoir l'amélioration des soins, l'accroissement de la sécurité des patients et la maîtrise des coûts de la santé. En effet, le projet ne définit pas avec précision les compétences, le rôle et les tâches dévolues du centre pour la qualité, ni la coordination avec les autres partenaires et institutions existantes du secteur de la santé. Les structures qui existent déjà au niveau suisse sont à notre avis suffisantes. En particulier, l'association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) coordonne et réalise les mesures visant à garantir et à développer la qualité des soins à l'échelle suisse. L'ANQ, ses membres et partenaires, dont les cantons, H+, la CDS, la fondation suisse pour la sécurité des patients, santésuisse et les assureurs ont conclu un contrat qualité national auquel la plupart des prestataires, hôpitaux et cliniques ont adhéré. La création d'un centre national pour la qualité pourrait menacer l'engagement de ces acteurs du domaine de la santé qui oeuvrent avec succès au développement, à la promotion et à l'évaluation de la qualité des soins, notamment en matière de certification et d'accréditation. En lieu et place d'une structure fédérale qui ferait office de doublon, qui requiert des ressources non négligeables et qui n'aurait pas forcément la même acceptation, nous proposons de soutenir et de renforcer le travail des acteurs mentionnés précédemment. Enfin, nous relevons que l'article 58 de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) met des outils à disposition du Conseil fédéral qui lui permettent de prévoir notamment des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité et l'adéquation des prestations de soins dans l'assurance obligatoire. A notre sens, il serait indiqué que le Conseil fédéral utilise davantage cet instrument prévu par la loi.	FER
Die FSP begrüsst den vorliegenden Entwurf und ist mit der generellen Stossrichtung einverstanden. Allerdings steht für uns ausser Frage, dass keine Parallelstrukturen geschaffen werden sollen. Hierzu fordern wir ein klares Bekenntnis und konkrete Angaben, dass erprobte und erfahrene Organisationen sowie die Universitäten weiterhin ihre Leistungen entfalten können und in das Netzwerk einbezogen sind. Wir sind zudem der Ansicht, dass die Finanzströme im Gesundheitswesen bereits heute genauer evaluiert und geleitet werden können und müssen. Wir erachten die mit dem Entwurf verbundene Zielesetzung - nämlich die Verbesserung der Qualität der Leistungen, eine Erhöhung der Patientensicherheit sowie eine Kostendämpfung in der Krankenversicherung - selbstverständlich als richtig und können uns vorstellen, dass diese mit dem geplanten Zentrum mindestens zu einem gewissen Teil erreicht werden kann. Besonders wichtig scheint uns, die verschiedenen Kräfte und Projekte zu bündeln, Synergien zu nutzen und Doppelspurigkeiten weitgehend zu vermeiden. Nur so können die heutigen Einzelaktivitäten koordiniert, die notwendigen Informationen zusammengetragen und auch anerkannte Behandlungsrichtlinien verbindlich implementiert werden. Erlauben Sie uns abschliessend einen vielleicht etwas kecken Hinweis: Auffallend ist, dass bezüglich Herkunft der Mittel für das geplante Zentrum an gewissen Stellen allein auf die Versicherungen und den Bund hingewiesen wird¹. Auch wenn selbstverständlich alle wissen, dass letztlich die Prämien- und Steuerzahlerinnen und -zahler betroffen	FSP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sind, könnte ein expliziter Hinweis aus unserer Sicht dazu beitragen, die Ressourcen mit noch grösserer Umsicht und noch zielgerichteter einzusetzen, zumal sie nicht von „gesichtslosen Organisationen“, sondern letztlich von PatientInnen und BürgerInnen stammen. Wir sind überzeugt, dass es sich lohnt, sich das ganz bewusst vor Augen zu führen. Fussnote 1: 1 Unbestritten wird in Ziff. 1.7.9 des Berichts die Finanzierungslösung detailliert und nachvollziehbar dargestellt, ein weit früherer Hinweis schiene uns aber sinnvoll.	
Die SVP Schweiz lehnt diese nicht zielführenden und zentralistischen Bestrebungen des Bundesamts für Gesundheit und somit den vorliegenden Gesetzesentwurf mit aller Deutlichkeit ab. Die verschleiernenden Schlagworte wie Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit täuschen nicht über die Tatsache hinweg, dass der Bund hier eine weitere Verstaatlichung und Vereinheitlichung anstrebt, welche zu Lasten der Prämien- und Steuerzahler ohne Mehrwert vollzogen werden soll. Gegen die grundsätzlichen Ziele der Vorlage, kostendämpfende Strukturen, Patientensicherheit und Qualität zu gewährleisten, hat die SVP nichts einzuwenden. Der Weg ins Ziel ist aber der falsche. Die nun vorliegende Vorlage entspricht leider dem etatistischen und zentralistischen Trend, jedwede Probleme mit noch mehr Gesetzen und Regulierungen, Überwachung und Kontrolle lösen zu wollen. Diese Gesetzes- und Regulierungsflut, sowie der gleichzeitige Abbau der kantonalen Hoheit im Gesundheitswesen entsprechen aber nicht dem Schweizer Erfolgsrezept im Gesundheitswesen von Freiheit, Subsidiarität, Föderalismus und Marktwirtschaft. Anstatt sich mit immer neuen Gesetzen schwammige Kompetenzen zu zuschanzen, sollte der Bund endlich die ihm bereits zugeschriebenen Kompetenzen im Rahmen des bestehenden Krankenversicherungsgesetzes wahrnehmen. Ein neues staatliches Zentrum für Qualität schafft Parallelstrukturen, da es bereits Organisationen und Institutionen gibt, welche diese Aufgabe wahrnehmen. Die Leistungserbringer arbeiten bereits verbindlich an Qualitätsmassnahmen. Die im Bericht erwähnten Probleme bei der Qualität stimmen daher schon nicht mehr mit der aktuellen Entwicklung an der Basis überein. Eigenverantwortliche, praxisnahe und unbürokratische Verbesserungen sind im eigenen Interesse der Versicherungen und Leistungserbringer, vor allem wenn man den Wettbewerb mehr spielen lassen würde. Eine mögliche Verdrängung der bestehenden und durchwegs bereits bewährten Qualitätsbestrebungen der Branchen wäre die Folge dieses Eindringens des Bundes. Gleichzeitig führen die sehr weit und offen formulierten Rollen und Aufgaben dieses Zentrums zu einer Ausweitung der Kontrolltätigkeit gegenüber den Leistungserbringern und den Versicherern. Die systematische Datensammlung und politisch motivierte Verarbeitung sind eben schon eine Form der zentralen Steuerung. Das Entwickeln von Indikatoren, sowie das Unterstützen und Lancieren von Projekten ist bereits eine Form der staatlichen Lenkung. Koordination und Überwachung heisst denn auch Zentralisierung und Verstaatlichung. Diese Aufblähung der Bürokratie bedeutet schlussendlich eine Kostenabwälzung auf die Prämien- und Steuerzahler. Die Massnahmen sind entgegen aller Beteuerungen von Anfang an keineswegs kostendämpfend, sondern kostentreibend. Die Mehrkosten dieses Qualitätsmolochs von mehr als 320 Millionen Franken in den nächsten 10 Jahren bezahlen die Versicherten und Bürger. Zusätzlich werden mit solchen Massnahmen die Gesundheitsinstitutionen mit Vorschriften und überflüssigen Messvorschriften überhäuft. Dieser administrative Aufwand und die Gängelung durch Fragebögen sind aufwändig, kostspielig und leider meist fragwürdig, zumal schon strenge Qualitätskontrollen stattfinden. Somit werden finanzielle und personelle Ressourcen fehlen, welche bei der Patientenbetreuung verloren gehen oder aber das System wird nochmals verteuert. ...lehnt aber diesen technokratischen Kontrollapparat ab. Stattdessen sollte weiter Eigenverantwortung und ein gesunder Wettbewerb gefördert werden, welcher durch Konkurrenz von sich aus noch mehr Effizienz- und Qualitätsanreize im Gesundheitswesen setzt.	SVP
Grundsätzlich befürworten wir eine gute und effiziente Krankenpflege. Für den SBLV sind Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Kostenersparnisse, Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen, Erhöhung der Hygiene, Stoppen der Prämienspirale, Erhöhung des interdisziplinären Denkens sehr wichtig. Wir sind überzeugt, dass die Maxime „der Mensch und nicht die Krankheit steht im Mittelpunkt“ gelten muss.	SBLV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Jedoch bezweifeln wir, ob mit dem geplanten Zentrum für Qualität dieses Ziel erreicht werden kann. Zeigt sich doch, dass die Fachleute an der Front oft zur eigenen Absicherung oder zum Überdecken von Unsicherheiten weitere Untersuchungen verordnen. Letztlich zählen wie überall die Menschen, die bei den verschiedenen Anbietern arbeiten, ob die schon heute hohen Qualitätsanforderungen erfüllt werden können oder nicht. Aus unserer Sicht werden dem Versicherten Kosten aufgebürdet, ohne dass er darauf Einfluss nehmen kann. Ferner sehen wir, dass im Gesundheitswesen weitere administrative Stellen aufgebaut werden, die wiederum Kosten verursachen. Diese sind im Gesundheitswesen schon heute sehr hoch. Der Leistungsnehmer hat dadurch keine bessere Betreuung und auch keine bessere Pflege. Aus diesen Gründen sind wir sehr skeptisch, ob das vorgeschlagene Zentrum für Qualität wirken wird, oder ob damit nicht nur zusätzliche Arbeit und Kosten verursacht werden.	
Die Stellungnahme beinhaltet keine klare Zustimmung oder Ablehnung zum geplanten Institut. Für die sQmh bleibt offen in welcher Form das Thema angegangen wird. Die sQmh ist überzeugt, dass es sowohl eine Koordination und Priorisierung der Themen und Aktivitäten braucht (da soll/muss der Bund Vorgaben leisten), jedoch verlangt die Erarbeitung von Qualität und Bestpractice auch eine unternehmerische Freiheit Um zu verhindern, dass Qualitätsmanagement eine schlecht akzeptierte sinnlose Pflichtübung und einzig das Erfüllen gesetzlicher Vorgaben wird, braucht es eine Vielfalt von Methoden, gut abgestimmte Instrumente und Ideen zur Erreichung der formulierten Ziele. Nur so wird Qualität in den Alltag integriert. Dazu muss Qualität aber auch eng bei den Verantwortlichen der Versorgung und Leistung angesiedelt sein und entsprechend honoriert und unterstützt werden. Wichtig erscheint der sQmh, dass bei allen Leistungen, Arbeiten und Anstrengungen im Gesundheitswesen der Nutzen für die Betroffenen (Patienten, BewohnerInnen, Klienten) im Zentrum steht. So fokussieren die Arbeiten im Qualitätsmanagement auf die gute und die richtige Behandlung und Betreuung und die Zufriedenheit der Patienten, der Leistungsempfänger. Kurzum, dieser primäre Nutzen muss immer vor dem Gewinn stehen! Aus Sicht der sQmh kommen diese entscheidenden Haltungs- und Wertefragen im vorliegenden Entwurf zu kurz und können nicht genug betont werden. Nur so kann die Qualität nachhaltig in einer umfassenden Versorgung sichergestellt werden. Unter diesem Aspekt ist die im Gesetz vorgeschlagene zwingende Verbindung zwischen Verbesserung der Qualität, Erhöhung der Patientensicherheit und der Kostendämpfung nicht zulässig und kontraproduktiv. Eine solche Verknüpfung lähmt die Qualitätsaktivitäten und richtet den Fokus ständig auf die Kosten und nicht auf die Nutzenfrage. Vielmehr sind die Verantwortlichen im Bereich der Qualität zu sensibilisieren, dass die Qualitätsaktivitäten immer unter dem Aspekt Aufwand und Nutzen zu bearbeiten sind. Im Fokus der Qualität steht immer die Versorgung als Gesamtsystem im Sinne der sektorenübergreifenden Behandlung und Betreuung und darf sich nicht auf einen Teilaspekt der obligatorischen Krankenversicherung fokussieren. Auch hier sollte das Ziel im Gesetz angepasst werden und die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht mit Zielen vermischt werden. Eine wichtige Rolle bezüglich dem Überprüfen und Korrigieren nehmen dabei Instrumente und Methoden wie Peer Reviews, Audits, Assessments ein. Aus Sicht der sQmh erreichen diese Instrumente ihren Zweck jedoch nur, wenn die dazu nötigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit eine unabhängige Durchführung durch erfahrene, hochkarätige Fachpersonen sicher gestellt werden kann. Zudem ist wichtig, dass die Peers und Auditoren die explizite Kompetenz haben, Abweichungen zu formulieren und Empfehlungen auszusprechen und in einem zweiten Schritt die Umsetzung der Massnahmen oder deren Outcome zu überprüfen. Von den Peers und Auditoren wird ein Fähigkeitsnachweis verlangt, Vorgaben für die entsprechende Ausbildung sind zu erlassen. Der Bund darf nur Peer Reviews und Audits anerkennen, welche diese Vorgaben erfüllen. - Qualität heisst auch immer Transparenz. Die Resultate und Erkenntnisse solcher Überprüfungen, aber auch von Qualitätsmessungen und weiteren Qualitätsaktivitäten müssen zielgruppengerichtet und abgestuft transparent gemacht werden und allen Interessierten und Betroffenen zur Verfügung stehen. Zudem möchte die sQmh darauf hinweisen, dass die Begleitforschung und Evaluation unabdingbar sind und dazu die Zusammenarbeit mit Hochschulen und mit der Wissenschaft intensiviert werden sollte.	sQmh

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Für die Ausgestaltung des jetzt vorliegenden Gesetzentwurfs bedeuten die Ausführungen: Sollte ein Strukturelement geschaffen werden, erscheint uns eine koordinative Stelle, welche die wichtigsten Themen national aufwirft, priorisiert und koordiniert als zielorientierter. Wichtig ist, welche Organisation und Organisationsform auch immer gewählt wird, dass diese schlank bleibt und unbürokratisch, wirksam und schnell handeln kann, letztlich bleibt die Qualitätsverantwortung immer bei der Führung des Leistungserbringers. Die sQmh lässt offen, ob die Möglichkeit geschaffen wird, nur als Koordinator aufzutreten und Aufgaben zu delegieren oder selber eine aktive Rolle gemäss unseren Ausführungen zu übernehmen. Aus Sicht der sQmh stellt sich jedoch die Frage, ob die jetzt vorgeschlagene Organisationsform den WZW-Kriterien entsprechen würde.	
Die Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz unterstützt und fördert die Qualitätssicherung und die wirtschaftlichen Überlegungen zur Erreichung des optimalsten Zustandes im Gesundheitswesen. Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, einige Bemerkungen zum geplanten BG einfließen zu lassen. Neben den nachfolgenden Gedanken unterstützen wir die Stellungnahme der FMH. Bei der Durchsicht der Vernehmlassung fällt auf, dass die bisherigen Bemühungen der Ärzte kaum bis gar nicht beachtet werden und entsprechend keine transparente Information gewährleistet ist. Der Begriff „Qualität“, ist scheinbar neu. Haben sie beachtet, dass es SAQM, eine QBM-VEDAG, eine EQUAM/Argomed etc. seit Jahren gibt. Daneben wird durch die Fachgesellschaften die stete Verbesserung der Qualität angestrebt und durch kompetente Zielvorgaben kontrolliert. Selbst die Leistungsträger haben begriffen, dass die fortlaufende Qualitätssicherung in den bestehenden Netzwerken eine gute und wirtschaftliche Investition ist. Braucht es eine zusätzliche Oberaufsicht durch ein BG mit der Folge eines aufgeblasenen Verwaltungsapparates, welcher in fachlicher Kompetenz nicht an das Bestehende herankommt? Wird nicht eher ein weiteres Instrument geschaffen, welches dem kaum mehr zu verbergenden Ziel von Ihnen, Herr Bundesrat Berset, nämlich die Staatsmedizin, ins Auge fasst? Wenn dann noch der Preis / Jahr für die geplante Institution genannt wird, fragen wir uns, ob der Grundsatz von wzw auch im Bundesamt Anwendung findet. Wir sind uns bewusst, dass wir unsererseits keine juristisch spitzfindigen Argumente haben, aber braucht es für vernünftige Überlegungen Juristen? Bei uns sind nur Ärzte mit eigener Praxis im Vorstand. Wir lehnen eine Aufsicht durch das BAG durch die Schaffung eines zusätzlichen Verwaltungsapparates in Bezug auf Qualitätssicherung ab, weil die bestehenden Instrumente dazu vorhanden sind. Möglicherweise müssen diese noch gebündelt und koordiniert werden, aber eine finanziell günstigere Lösung mit bester Effizienz sollte geprüft werden.	AGSZ
1.Grundsatz Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz begrüsst und unterstützt grundsätzlich das Vorhaben des Bundes, ein nationales Qualitätszentrum zu schaffen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, zur Förderung der Transparenz sowie zur Steigerung der Patientensicherheit. Erfreulich ist, dass die erbrachte Qualität medizinischer Dienstleistungen damit einen höheren Stellenwert erhält. Ohne nationale Koordination durch den Bund können die Akteure (Tarifpartner und Kantone) mit den zurzeit bestehenden Aktivitäten und finanziellen Mitteln die notwendigen Massnahmen zur Erhöhung der Ergebnisqualität, Transparenz und Patientensicherheit nicht erbringen. Die komplexen und stark fragmentierten Strukturen im Medizinalwesen rechtfertigen eine zentrale Koordination. Zudem besteht dringender Handlungsbedarf in Bezug auf die Definition von Gesundheit. Die WHO-Definition von Gesundheit von 1948 kann den heutigen Ansprüchen der Komplexitätsverarbeitung nicht mehr genügen. Nötig ist der Fokus auf Experten, die mit Modellen aufzeigen, wie die Ziele in der Medizin und damit im Gesundheitswesen als komplexes adaptives System erreicht werden können.	SPO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2. Umsetzung der nationalen Koordination 2.1 Zentrum soll bestehende Institutionen einbinden Der Bund hat vorgängig die Variante „Netzwerk“ mit Übertragung von Aufgaben an bestehende Organisationen zur Umsetzung der Ziele geprüft. Die Steuerung eines solchen Netzwerkes wäre jedoch laut Bericht mit mehr Aufwand verbunden als eine Zentrumslösung. Die im Bericht erwähnten Vorteile einer Zentrumslösung überzeugen uns. Doch auch bei Schaffung eines Zentrums zur Koordination ist essentiell, dass die schon bestehenden Institutionen, die sich für Qualität und Patientensicherheit seit Jahren bzw. Jahrzehnten bemühen, in das vorliegende Konzept einbezogen werden. Vorgesehen ist laut Bericht eine nationale Vernetzung der Akteure durch eine kompetente Stelle. Der Gesetzesentwurf bringt aus unserer Sicht jedoch die Nutzung bestehender Organisationen zu wenig zum Ausdruck. Die lediglich unter Art. 5 des Vorentwurfs erwähnte Zusammenarbeit reicht dazu unseres Erachtens nicht aus. Die bestehenden kompetenten Institutionen, wie zum Beispiel die Stiftung für Patientensicherheit, das Swiss Medical Board, der ANQ und die EQUAM, müssen die Möglichkeit haben, ihre Leistungen und Erfahrungen ins Zentrum für Qualität einzubringen. Sie sind deshalb prioritär zur Aufgabenerfüllung zu beauftragen und in ihren bestehenden Bemühungen zu stärken. Der Gesetzesentwurf soll somit auch verbindlicher zum Ausdruck bringen, wie das Zentrum seine unterstützende und koordinierende Funktion für Inhalte und Umsetzung von Qualitätsstandards zu erfüllen gedenkt. Die bereits bestehenden Institutionen und Initiativen zur Steigerung der Patientensicherheit und Qualität sollen nicht konkurrenziert werden. Doppelspurigkeiten sind nicht nur wegen möglicher Ressourcenverschwendung zu vermeiden. Auch die Akzeptanz der Akteure hängt wesentlich davon ab, welche Kompetenzen mit dem Bundesgesetz den bestehenden Institutionen verbindlich übertragen werden. Können sie unter dem Zentrum als Steuerungsorgan ihr Knowhow weiterentwickeln, wird die Ablehnung durch die Wirtschaftszweige, wie zum Beispiel die Pharmaindustrie, abnehmen. Der Gesetzesentwurf ist somit aus unserer Sicht stärker auf die Bedürfnisse von bestehenden Institutionen auszurichten. Der Gesetzestext äussert sich beispielsweise nicht zu den im Bericht festgehaltenen Plattformen, d.h. weder Struktur der Plattformen noch die damit zusammenhängenden Prozesse und Abläufe sind im Gesetzesentwurf erwähnt. 2.2. Vertrauen der Leistungserbringer in das Zentrum Der Top-Down Ansatz einer zentralen Steuerung steht im Widerspruch zur föderalen Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens. Die Akzeptanz der Leistungserbringer gegenüber dem Qualitätszentrum ist Voraussetzung für die Lieferung von objektiven Daten, die zur Verbesserung der Qualität notwendig sind. Diejenigen Personen, die Daten liefern und bearbeiten, sollten möglichst unabhängig, neutral und nahe dem klinisch-pflegerischen Alltag sein. Die bereits bestehenden Institutionen (Stiftung Patientensicherheit, ANQ etc.) haben über die Jahre eine Vertrauensbasis zu den Leistungserbringern aufgebaut. Dieses Vertrauen gilt es zu bewahren, und es kann nur in gemeinsamer Kooperation weiter entwickelt werden. 2.3 Nationale HTA-Plattform (Health Technology Assessment) Die steigenden Kosten des Gesundheitswesens sind für viele Bürgerinnen und Bürger beunruhigend. Die medizinische und ethik-ökonomische Bewertung von Arzneimitteln und nicht-medikamentösen Diagnose- und Therapiemethoden ist unerlässlich, um den zweckmässigen Einsatz von Leistungen zu gewährleisten. Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates wies bereits 2009 zu Recht auf das ungenügende und lückenhafte System bezüglich frühzeitiger Erkennung und Bewertung von Innovationen hin.⁷ Ebenso sind bezüglich Reevaluation von Leistungen HTA-Prozesse nötig, um den zweckmässigen Einsatz zu verbessern.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2.4 Finanzierung Wir unterstützen das finanzielle Konzept, das vorsieht, von erwachsenen Versicherten für den Betrieb des Qualitätszentrums zusätzlich Fr. 3.50 pro Jahr aus Prämiegeldern zu beanspruchen. Die HTA-Tätigkeiten nicht mit Prämienbeiträgen, sondern mit Bundesmitteln zu finanzieren, erachten wir ebenfalls als sinnvoll. Denn dabei werden wissenschaftliche Grundlagen zu politischen und gesetzlichen Entscheidungen geliefert, die nicht immer im Interesse einzelner Patienten sind. Deshalb ist richtig und wichtig, HTA Aktivitäten nicht durch Krankenkassenbeiträge, sondern durch den Bund zu finanzieren. 2.5 Grosse Defizite in der Patientensicherheit im Bereich von Medizinalprodukten Wir nutzen die Gelegenheit, eine Bemerkung zur Patientensicherheit zu machen und weisen auf dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Anwendung von Prothesenmaterialien hin. Die Zulassungsvoraussetzungen der Medizinalprodukte sind punkto Patientensicherheit noch immer nicht ausreichend. Denn die Zertifizierungsstellen prüfen in der Regel nur, ob die EU-Normen erfüllt sind. Sporadisch sehen wir uns als Vertreter der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz mit geschädigten Patienten von fehlerhaften Prothesenmaterialien konfrontiert. Die jeweiligen Konformitätszentren prüfen die effektive Materialzusammensetzung von Gelenks-, Diskus-, Gefässprothesen oder Silikonimplantaten nicht. Ein behördlich kontrolliertes Register für Medizinprodukte mit Prüfung des Materials wäre eine wichtige Aufgabe, die das Qualitätszentrum übernehmen könnte. 2.6 Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität der medizinischen Leistungen Wie dem Strategiepapier „Gesundheit 2020“⁸ zu entnehmen ist, muss die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Zukunft noch mehr von den Patienten aus gedacht werden. Dazu gehört aus unserer Sicht insbesondere, Behandlungsergebnisse kritisch unter die Lupe zu nehmen und patientenrelevante Endpunkte zu fokussieren. Evidenz für echten therapeutischen Nutzen liegt erst dann vor, wenn die Behandlung das Leiden des Patienten nachweislich zu reduzieren vermag und sich damit die Lebensqualität verbessert. Noch zu oft wird primär die Wirksamkeit eines Medikamentes oder einer medizinischen Leistung untersucht, nicht jedoch, ob diese dem Patienten effektiv auch einen Zusatznutzen generieren. Für Patienten sind unabhängige und transparente Informationen über die Qualität medizinischer Leistungen zentral, damit sie selbstbestimmt entscheiden können. Deshalb unterstützen wir das geplante Zentrum im Streben, um die Transparenz bezüglich erbrachter Qualität zu erhöhen. Dabei wird die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen zur Erfassung von Patientenpräferenzen unerlässlich sein. Krankheitsunabhängige Patientenorganisationen, wie die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz, sind wichtige Anlaufstellen, die sich gegen die zunehmende Vortäuschung des therapeutischen Nutzens glaubwürdig einsetzen. Dazu gehört, Qualitätsergebnisse patientengerecht aufzuarbeiten. Damit leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Überbehandlung. Einen Beitrag, den wir gewinnbringend in Zusammenarbeit mit dem Zentrum einbringen können. 3.Fazit und Ergänzung Zusammenfassend halten wir fest, dass die Vorlage mit dem geplanten Zentrum für Qualität die wichtigen Ziele zur Steigerung der Qualität erfasst. Eine Koordination der notwendigen Massnahmen zur Erreichung der gesetzten Ziele erachten wir als sinnvoll. Die Umsetzung der Massnahmen wird aus unserer Sicht jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn die bereits bestehenden Institutionen dazu beigezogen und integriert werden. Dazu gehören insbesondere auch die Patientenorganisationen, die durch ihre Expertise im Umgang mit Patientenpräferenzen den Bund in seinen Bemühungen um Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit unterstützen können. Erwähnen möchten wir bei dieser Gelegenheit, dass wir es vorziehen würden, das HTA und die Koordination der Qualitätsbemühungen in ein Hochschulinstitut zu integrieren. Denn das geplante Zentrum für Qualität verfolgt Ziele, die im Kern Forschungsaktivitäten darstellen.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Das Hochschulinstitut müsste unabhängig sein von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen und dürfte insbesondere kein Sponsoring von der Industrie oder von den Versicherern entgegennehmen. Sinnvollerweise würde es an ein bestehendes Gesundheits-Cluster an einer Universität, ETH oder Fachhochschule angegliedert. Ein derartiges unabhängiges Institut hätte aufgrund seiner Glaubwürdigkeit wohl auch international eine Ausstrahlung. Zudem würde ein solches Forschungszentrum sicherlich weniger Widerstand wecken als die Schaffung einer neuen zentralen Behörde.	
Wir haben Verständnis dafür, dass das EDI Massnahmen treffen will, um die Vorgaben des KVG zu erfüllen. Es ist auch in unserem Sinne und bereits jetzt unser Bestreben, prioritär die Qualität der Leistungen hoch zu halten, die Leistungen aufgrund von WZW-Kriterien einzusetzen und die Patientensicherheit zu erhöhen. ChiroSuisse beschäftigt sich schon seit etlichen Jahren mit Qualitätssicherung und hat u.a. Richtlinien und ein Kontrollsystem für ihre Mitglieder eingeführt. Allerdings fragen wir uns, ob es eine weitere Behörde braucht und ob es einem Zentrum für Qualität auf Bundesebene gelingen wird, die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen, d.h. ob im Verhältnis zum Aufwand tatsächlich ein Ertrag resultieren wird, insbesondere da das geplante Zentrum durch die Versicherer und Drittmittel finanziert werden muss. Es ist davon auszugehen, dass die Beschaffung der Finanzen auf die Versicherten abgewälzt und sich damit die Kostenspirale weiter drehen wird. Sollte das Zentrum für Qualität realisiert werden, ist es unabdingbar, die Strukturen schlank zu gestalten. Es muss dennoch sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer, insbesondere die universitären Medizinalberufe vertreten sind und in gemeinsamer Arbeit die Regeln erarbeiten. Nur letztere haben in ihrer fundierten Aus-, Weiter- und Fortbildung die notwendige Kompetenz für eine saubere Differenzialdiagnose erworben aufgrund derer sie die für den einzelnen Patienten adäquaten Behandlungspfad bestimmen. Dadurch kann - selbstverständlich unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien - die Qualität der Behandlung hoch gehalten und die Patientensicherheit gewährleistet werden. Es darf nicht sein, dass Administratorinnen, Administratoren, Oekonominnen und Oekonomen in eigener Regie entscheiden, welche Behandlung und Betreuung den Patientinnen und Patienten zukommen soll. Dies wäre ein qualitativer Rückschritt im eigentlich sehr erfolgreichen schweizerischen Gesundheitssystem. Die von den einzelnen Medizinalberufen bereits getroffenen Massnahmen zur Sicherung der Qualität sollten schliesslich beibehalten und weiterverfolgt werden können.	ChiroSuisse
Die KAeG SG begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundes, die Qualitätssicherung im Schweizer Gesundheitswesen zu koordinieren. Sie erkennt den Handlungsbedarf und ist sich des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Die Schweiz verfügt heute weltweit über eines der besten Gesundheitssysteme. Für die KAeG SG ist deshalb auch künftig eine optimale Qualität absolut zentral, denn nur so kann das hohe Niveau unserer Gesundheitsversorgung gehalten und verbessert werden. Die Botschaft sollte lauten: „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein“ - von pauschalisierenden Defiziten bei der Patientensicherheit zu sprechen, ist aber weder adäquat noch zielgerichtet. Gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf sind die nationalen Plattformen ein wichtiges Element. Im Gesetzestext finden wir hingegen diesbezüglich keine verbindlichen Formulierungen. Weiter wird festgehalten, dass das Zentrum für Qualität eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Eine Evidenz für diese Aussage ist nirgends ersichtlich und ist auch nicht nachvollziehbar. Für die KAeG SG ist eine volkswirtschaftliche Gesamtkosten-Optik unerlässlich – da die Kosten und der Nutzen nicht nur am gleichen Ort anfallen. Der Bund muss Rahmenbedingungen, Vorgaben und Ziele erarbeiten und ist für die Kontrolle verantwortlich. Die Netzwerke sind für die Ausführung verantwortlich. Dazu genügen schlanke Strukturen. Analog dem EKIF (Eidgenössische Kommission für Impffragen) könnte ein beratendes Gremium für Qualitätsfragen für den Bund geschaffen werden, an Stelle des geplanten, teuren und schwerfälligen Q-Institutes.	KAeG SG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Allenfalls wäre eine modifizierte Netzwerkvariante zu erwägen, wie sie ursprünglich ange-dacht wurde. Definition und Festlegung von Qualität Gemäss den Aussagen der Qualitäts-Experten ist Qualität schwierig messbar. Sie ist stets eine Co-Produktion von Patient und Leistungserbringer. Die Schwergewichte der „Qualitäts-messungen“ wurden aus diesen Gründen in den letzten Jahren immer wieder verändert. Ge-mäss der neusten Literatur ist man in den USA wieder von den outcome – Messungen abge-kommen und legt das Schwergewicht auf die Prozesse. Qualitätsaspekte sind zum Beispiel Wirtschaftlichkeit, logistische Qualität, Fachqualität und Servicequalität. Im ambulanten Bereich erfolgen heute betreffend Wirtschaftlichkeit die viel zu stark auf den ambulanten Kostensektor fokussierenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Versicherer. Bei der logistischen Qualität existieren z.B. die Röntgen- und Labor-Qualitätskontrollen auf Bundesebene. Was die Fachqualität und Servicequalität anbelangt, gehört deren Definition und Festlegung von entsprechenden Qualitäts – Indikatoren klar in den Bereich der Fachge-sellschaften und kann und darf nicht von der Bundesebene respektive von einem „Qualitäts-Institut“ festgelegt werden. Wie bereits mehrmals festgehalten, sind wir dezidiert der Meinung, dass die Definition und Festlegung der Qualität nur über die Fachgesellschaften erfolgen kann. Die ärztliche wie auch die medizinische Qualität darf nicht vom Staat festgelegt werden, sondern dort, wo sie zum Nutzen des Patienten im Alltag angewendet und weiterentwickelt wird – also bei den Leistungserbringern. Die KAeG SG ist mit dem Bund einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien genutzt werden müssen. Diese zentrale Aufgabe wird im erläuternden Bericht aber nicht bzw. zu wenig thematisiert. Health Technology Assessment HTA Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfel-der. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Deci-sion ein – die Gewaltentrennung muss zu jeden Zeitpunkt gewährleistet sein. Die Ärzteschaft engagiert sich seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das HTA in der Schweiz. Wir ver-weisen dabei auf die FMH, welche als Gründungsmitglied des SNHTA und Mitträgerin des Swiss Medical Board aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt war. Der aktuell laufende Konver-genzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes – o-der Partikularinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten; die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund. Mit den Forderungen, dass die bestehen Leistungen im Leistungskatalog regelmässig ge-mäss den WZW-Kriterien überprüft werden und die Innovationen gefördert werden, gehen wir mit der Forderung der volkswirtschaftlichen Gesamtkostenoptik vollkommen einig. Die KKA hat diese Position bereits 2011 formuliert und mit ihren verschiedenen Aktivitäten stets geför-dert. So haben bereits Fachgesellschaften die „Smarter Medicine“ gefördert und thematisiert bzw. Interventionen definiert, welche als unwirksam gelten. Für die KAeG SG macht es kei-nen Sinn, dass die verschiedenen – bereits laufenden und etablierten – Massnahmen und Aktivitäten von Seiten des Bundes nochmals neu erfunden werden. Eine Zentrums-lösung ist aufgrund der vielen Aktivitäten der Leistungserbringer und anderer Stakeholder keine adä-quate Lösung. Vielmehr werden so Doppelspurigkeiten geschaffen, anstatt Synergien ge-nutzt. Zentrum vs. Netzwerklösung Wir setzen uns klar für eine Netzwerklösung ein und weisen auch klar darauf hin, dass die Ausarbeitung einer Netzwerklösung erfolgen soll. Die etwas „fadenscheinige“ Begründung im erläuternden Bericht ist für uns nicht nachvollziehbar und entsprechend müssen wir daraus schliessen, dass zu keinem Zeitpunkt ein Wille bestand, eine solche Option in Betracht zu ziehen. Für die 2012 von der KKA und FMH gegründete Akademie für Qualität in der Medizin SAQM ist die Vernetzung und die fachliche Unterstützung ein zentrales Anliegen. Die rund 30	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
eingegangenen offiziellen Anträge an die SAQM belegen, dass ein grosses Bedürfnis an Vernetzung und Unterstützung besteht. Gerade, weil bereits heute etablierte und bewährte Akteure das BAG bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen, wäre eine Netzwerklösung bei weitem effizienter als der Aufbau eines neuen Zentrums mit schwerfälligen Strukturen. Aktivitäten Schon in der Botschaft zum Bundesgesetz wird bei den zwei Hauptaufgaben das Schwergewicht auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren gelegt, „insbesondere für den ambulant-ärztlichen Bereich“. Der erläuternde Bericht präsentiert viele bereits bestehende und laufende Qualitätsaktivitäten und schliesst daraus auf einen Handlungsbedarf für ein Zentrum bzw. diese Auflistung wird als Legitimation für den Gesetzgebungsprozess verstanden. Entsprechend stellen wir mit grossem Befremden fest, dass – bewusst oder unbewusst – viele Qualitätsaktivitäten gar nicht aufgelistet sind. Der folgende Satz im erläuternden Bericht (Seite 9) „... Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen...“ zeugt von einer grossen Unkenntnis der Materie. Die Indikatoren „fehlen“ insofern, dass die entsprechenden Behörden davon keine Kenntnis genommen haben und diese somit in den Vernehmlassungsunterlagen nicht aufgeführt wurden! Insbesondere seien an dieser Stelle die zahlreichen Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich erwähnt, wie z.B. die „Q-Initiative“ (EQUAM, MFA-ARGOMED, QBM des VEDAG, qualimed.net) sowie die anderen QMS und die Instrumente von Hausärzte Schweiz MFE, um nur einige davon zu nennen. Was im drittletzten Abschnitt des erläuternden Berichtes unter Punkt 1.3.4 über EQUAM steht, zeigt allzu deutlich die grossen Wissens- und Informationslücken. Wenn eine Auflistung erfolgt, dann sollte diese so weit als möglich abschliessend sein – ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen aufgrund unvollständiger und asymmetrischer Informationen erfolgen, zumindest Doppelspurigkeiten geschaffen, und die Wertschätzung für bisher Geleistetes zerstört wird. Als Beispiele sind die Nichtaufführung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM zu erwähnen, oder die Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich des Projekts „Qualitätsmedizin IQM“ sowie der Konvergenzprozess HTA. Mit Befremden muss hier auch festgehalten werden, dass das BAG an der letzten Sitzung des Dialog-Gremiums der SAQM ferngeblieben ist. Die SAQM führt periodisch eine Inventarerhebung bei den Ärzteorganisationen zu ihren eingeführten oder geplanten Qualitätsaktivitäten durch. Diese Resultate zeigen ein ganz anderes Bild auf als das des erläuternden Berichtes suggeriert. Finanzierung und Rechtsform Die vorgeschlagenen Finanzierungsmodalitäten für das Zentrum sind nur bedingt nachvollziehbar. Keinesfalls einig sind wir mit der Feststellung, dass die gemäss KVG erbrachten Qualitätssicherungsmassnahmen der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten in den vereinbarten Tarifen bereits heute berücksichtigt und nicht über separate Wege zu finanzieren sind. Es sind gerade die Leistungserbringer, welche in ihrer täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten zur Optimierung der Qualität beitragen und deren Aufwendungen dabei keineswegs immer adäquat über den heutigen Tarif abgebildet werden. Will sich der Bund wirklich im Bereich Qualität in der medizinischen Versorgung engagieren, dann muss er auch auf der Ebene der Leistungserbringer die dafür notwendigen Mittel bereitstellen. Das Gleiche gilt, wenn man die den Leistungserbringern zugedachten Aufgaben und Kompetenzen betrachtet. Die vom Bund definierten Anforderungen an die Leistungserbringer sind vielfältig und umfangreich wie beispielsweise in der Verpflichtung zur kostenlosen Erhebung und Lieferung von Daten sowie an die eigenverantwortlich umzusetzenden Massnahmen zur Qualitätssicherung in der Praxis. Demgegenüber steht einzig und allein die „Kompetenz“ den Bund im Rahmen der nationalen Plattformen – heisst Zentrum für Qualität – beraten zu dürfen. Will der Bund tatsächlich die Qualität fördern, mit dem Ziel die medizinische Versorgung im Sinne der Patientensicherheit zu optimieren, dann muss er zwingend die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wie bereits erwähnt, ist sich die KAeG SG des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten Ziele nicht erreicht werden. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt, welche auf Basis von unvollständigen Informationen beruht, ist für uns nicht zielführend. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keine Synergien. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Auswirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden. Eine gangbare Lösung wäre z.B. der unter 1. aufgeführte Vorschlag der Schaffung eines beratenden Gremiums anstelle des Q-Institutes oder allenfalls einer modifizierten Netzwerkvariante, wie sie ursprünglich angedacht wurde. Die angestrebten Ziele unter Art. 3 sind klar zu unterstützen, aber mit der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes nicht zu erreichen.	
Mit der Schaffung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, das ANQ, wurden Indikatoren definiert und veröffentlicht. Das ANQ hat die Dokumentation, die Weiterentwicklung und die Verbesserung der Qualität in Spitälern und Kliniken zum Ziel. Dazu führt die ANQ Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene durch, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen. Diese anerkannte Organisation sollte nicht ohne Not durch ein Staatsorgan ersetzt werden. Im ambulanten Bereich wollen die SwissHTA (Health Technology Assessment) und das swiss medical board fusionieren und ein neues swiss medical board gründen. Damit schaffen sie eine echte Alternative zum Qualitätsinstitut des Bundes. Dem erläuternden Bericht muss entnommen werden, dass von den Leistungserbringer erwartet wird, dass sie abermals Daten zur Verfügung stellen. Dagegen wehren wir uns. Der stetig steigende Bedarf unterschiedlichster Akteure an Leistungserbringerdaten hat mittlerweile ein Mass erreicht, das ohne Abgeltung der entstehenden Zusatzkosten nicht weiter gesteigert werden darf. Schlussendlich bemängeln wir, dass gemäss Vernehmlassungsentwurf die Bereiche Qualitätssicherung und Bewertung von Gesundheitstechnologien nicht sauber voneinander getrennt betrachtet werden sollen. Wir treten klar dafür ein, dass den unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen mit jeweils anderen Normadressaten, Zuständigkeits- und Kostenregelungen auch bei den Bemühungen zur Sicherung und Stärkung der Qualität ausreichend Rechnung getragen wird. Da der sgV die Vorlage als Ganzes zurückweist und dezidiert der Ansicht ist, dass es kein unabhängiges Zentrum für Qualität braucht, verzichten wir darauf, auf einzelne Gesetzesbestimmungen einzugehen.	sgv
Der Vorstand der Unterwaldner Ärztesgesellschaft ist zum Schluss gekommen, dass das geplante „Qualitätszentrum“ abgelehnt werden muss. Mit ANQ existiert bereits eine Institution, die an der Qualitätsverbesserung arbeitet (im Anhang). Ein zusätzliches und zentralistisches Organ ist nicht nur teuer sondern auch ineffektiv. Mit dem geplanten Zentrum ist mit zusätzlichem administrativen Aufwand zu rechnen, was unsere Kernaufgabe, die Patienten gut zu versorgen, kaum verbessern wird. Wir schliessen uns beigefügten Argumentationen: Stellungnahme ANQ und „Die Medizin hat dem Menschen zu dienen und nicht der Ökonomie“ an.	UWÄG
Mit dem vorgeschlagenen Gesetz sollen eine Verbesserung der Qualität der Leistungen, eine Erhöhung der Patientensicherheit sowie eine Kostendämpfung in der Krankenversicherung erreicht werden. Wir begrüssen diese Bestrebungen, sie decken sich auch mit wesentlichen Zielen des Nationalen Krebsprogramms 2011-2015 sowie der durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedeten «Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017». Wir unterstützen die Absicht, für dieses Aufgabenfeld zusätzliche Mittel einzusetzen und die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich zu fördern.	KLS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
In den meisten internationalen Vergleichen erhält das Schweizer Gesundheitssystem gute Bewertungen. Die Gesundheitsstatistiken deuten auf eine vergleichsweise hohe Qualität der Leistungen hin. Dennoch sind wir der Ansicht, dass durch gezielte Qualitätsbestrebungen unser Gesundheitssystem weiter optimiert und bestehende Mängel reduziert werden können, so beispielsweise im Bereich nosokomialer Infektionen oder etwa im Bereich der Behandlungsleitlinien. Die Schaffung von mehr Transparenz erachten wir als zentrale Voraussetzung um die Qualität zu vergleichen. Der Vergleich mit dem Ausland zeigt auch, dass Qualität und deren Sicherung in anderen Ländern stärker institutionalisiert sind. So haben in diesen Ländern die zuständigen Fachgesellschaften häufiger eine ausgeprägte Sensibilität für die transparente Offenlegung der Qualität sowie teilweise verbindliche Aufträge zur Qualitätssicherung. Die Krebsliga Schweiz und Krebsforschung Schweiz sind deshalb der Meinung, dass die Schweiz – unter Einbezug und Stärkung der dafür auch prädestinierten Fachgesellschaften – weitere Anstrengungen zu einer systematischeren Qualitätskontrolle unternehmen sollte. Im Bericht werden verschiedene bereits bestehende Qualitätsbestrebungen aufgeführt. Auch wir sind der Ansicht, dass diese weiter Bestand haben sollen und so weiterentwickelt werden müssen, dass ihre Empfehlungen verbindlicheren Charakter erhalten. Dazu sind Rollen und Aufgabenteilung noch konkreter zu fassen.	
Als Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer setzt sich santésuisse für ein qualitativ hochwertiges, leistungsfähiges und wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem ein. Die übergeordneten Ziele, welche mit der Vorlage verfolgt werden, namentlich die Qualitätsverbesserung und die Dämpfung der Kostensteigerung sind im Sinne von santésuisse. Allerdings ist ein neues Zentrum der falsche Weg, um diese Ziele zu erreichen. santésuisse zeigt Alternativen auf, um die vom Bund anvisierten Ziele effizienter und wirksamer zu erreichen als mit der Schaffung eines Bundeszentrums. Während im stationären Bereich die Messung einiger Ergebnisindikatoren erfolgreich implementiert werden konnte, verzeichneten die Tarifpartner nur wenig Fortschritte bei der Entwicklung, Erhebung und transparenten Publikation von flächendeckenden und vergleichbaren Ergebnisindikatoren im ambulanten Bereich. Ursache dafür ist aber nicht – wie im erläuternden Bericht festgehalten – das Delegationsprinzip, sondern die Stagnation ist vielmehr auf die Komplexität der Aufgabenstellung sowie auf die fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen (Durchsetzbarkeit und Sanktionen) zurückzuführen. Der langjährigen Forderung der Krankenversicherer nach mehr Verbindlichkeit der Qualitätsanforderungen wird leider erneut nicht nachgekommen. Das geplante Zentrum wird in der beschriebenen Form nicht im Stande sein, das Kernproblem der Qualitätsarbeit in der Schweiz zu lösen. So gibt das neue Gesetz keine Antwort darauf, wie und wann die Verbindlichkeit von Qualitätsvorgaben und bei der Umsetzung der Ergebnisse der regelmässigen Prüfung von Leistungen gestärkt werden soll. Aus Sicht santésuisse muss auf Gesetzes- und Verordnungsebene festgehalten sein, dass der Leistungserbringer nur dann zulasten der OKP abrechnen kann, wenn er sich an den vereinbarten Aktivitäten zur Qualitätssicherung und –messung beteiligt. Leistungserbringer, welche die vereinbarten Qualitätsanforderungen nicht systematisch und transparent nachweisen, sollen ihre Berechtigung verlieren, zulasten der sozialen Krankenversicherung abzurechnen oder müssten mit einem «Intransparenzabzug» bestraft werden. Ohne diese eindeutigen und durchsetzbaren rechtlichen Rahmenbedingungen werden auch in Zukunft die Bestrebungen im Qualitätsbereich keine Früchte tragen. Mit den geforderten rechtlichen Rahmenbedingungen könnten die Krankenversicherer die ihnen im KVG zugeordnete Rolle besser wahrnehmen und die Qualitätsarbeit würde – auch ohne ein Bundeszentrum für Qualität – durch die Tarifpartner gemeinsam vorangetrieben. Etablierte Institutionen wie EQUAM, ANQ, QUALAB oder die Stiftung für Patientensicherheit kümmern sich bereits um Qualitätsthemen, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Anstatt neue Parallelstrukturen aufzubauen, sollen die bestehenden Institutionen, welche bereits über das notwendige Know-how verfügen, genutzt werden. Hierin könnte das BAG eine koordinierende Aufgabe übernehmen. Für diese Koordinationsaufgaben ist kein neues Zentrum für Qualität notwendig.	santésuisse

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die im erläuternden Bericht vorgesehene Rolle der Krankenversicherer, nämlich die Beantragung von Sanktionen bei den kantonalen Schiedsgerichten falls die Leistungen die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, kann ohne die oben erwähnte Verbindlichkeit nicht genügend wahrgenommen werden. Die Erfahrung der Krankenversicherer zeigt, dass die fehlende Verbindlichkeit für die Leistungserbringer die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen und die Erhebung von Qualitätsindikatoren erschwert. Die Krankenversicherer werden ihre Rolle daher nicht in der vom Bundesrat vorgesehenen Form wahrnehmen können. Auch vor diesem Hintergrund bringt das Zentrum keinen zusätzlichen Mehrwert. Im vorliegenden Strukturmodell des Zentrums für Qualität wird aus Sicht santésuisse den Versicherten zu wenig Gehör verschafft. Bei einer Finanzierung über Prämien müssten sich die Aktivitäten des Zentrums konsequent am Versichertenutzen orientieren, damit die von den Prämienzahlern erhaltenen Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden. Solange im Rahmen des Strukturmodells die Versichertensicht nicht besser vertreten ist, lehnt santésuisse eine Finanzierung über Prämiengelder ab. Aus all diesen Gründen lehnt santésuisse ein neues Zentrum für die Qualitätsarbeit ab. Der Bund soll der langjährigen Forderung der Krankenversicherer in Bezug auf die Verbindlichkeit der Qualitätsanforderungen nachkommen und schärfere gesetzliche Rahmenbedingungen in Form von glaubwürdigeren Sanktionsmechanismen definieren. So können Leistungserbringer und Versicherer die ihnen vom KVG zugedachte Rolle besser wahrnehmen und die Qualitätsmessungen und –bewertungen vornehmen – auch ohne ein Zentrum für Qualität. Das KVG verlangt den Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) und deren periodische Überprüfung für alle Leistungen in der Grundversicherung (Art. 32 Abs. 1-2 KVG). Viele Leistungen werden bis anhin allerdings nicht oder ungenügend evaluiert und nicht systematisch überprüft. santésuisse sieht daher im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien und der periodischen Re-Evaluation der OKP-Leistungen ebenfalls Handlungsbedarf und befürwortet die Absicht des Bundes, diesen Prozess durch Erhöhung der staatlichen Ressourcen voranzubringen. Die kontinuierliche Überprüfung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, stellt denn auch eine qualitativ hochstehende Versorgung zu tragbaren Kosten sicher. Abschliessend kann festgehalten werden, dass santésuisse sowohl für die Aufgaben im Bereich HTA als auch für die Qualitätsarbeit das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entschieden ablehnt. Die Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln sollen die Erläuterungen oben widerspiegeln und deuten nicht darauf hin, dass wir das neue Bundesgesetz befürworten. Die Koordination des HTA-Prozesses soll nicht durch das BAG, sondern durch eine externe und unabhängige Institution unter den im Konsens SwissHTA definierten Rahmenbedingungen stattfinden.	
Interpharma anerkennt den Handlungsbedarf zur Steigerung der Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen und begrüsst grundsätzlich die Ausarbeitung eines Bundesgesetzes mit dieser Zielsetzung. Der vorliegende Entwurf zu einem BG Qualität enthält jedoch erhebliche Mängel und bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Der Entwurf stützt sich zu wenig auf bestehende Aktivitäten und Kompetenzen ab und setzt zu stark auf eine Zentralisierung der Aufgaben beim Bund. Zudem wird das Ziel der Steigerung von Qualität und Effizienz durch die gleichzeitige teils explizit, teils implizite Ausrichtung auf Kostendämpfung kompromittiert. Dadurch besteht die Gefahr der Rationierung durch die Hintertür und der Behinderung des Zugangs zu Innovationen für die Grundversicherten. Ein revidierter Entwurf für ein BG Qualität sollte die Zielsetzung konsequent auf die Steigerung der Qualität und der Effizienz ausrichten und sowohl die zentralen Begrifflichkeiten (z.B. die Definition von Qualität) wie auch Vorgaben für die Methodik und Partizipationsmöglichkeiten der Stakeholder auf Gesetzesebene verankern.	iph

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wir sind mit dem Bundesrat einig, dass die Ressourcen im Gesundheitswesen besser genutzt werden sollten, damit die nachhaltige Finanzierung eines hochstehenden Gesundheitswesens und der Zugang zur Innovation für alle weiterhin gewährleistet werden kann. Mit einer Steigerung der Qualität und der Verbesserung der Effizienz der Versorgung, das heisst einer besseren Ergebnisqualität (Outcome) für die eingesetzten Mittel, kann dieses Ziel erreicht werden. Dazu sind Anreize zur Qualitätssteigerung zu setzen und bessere Ergebnisqualität zu belohnen. Die demographische Entwicklung und die Zunahme der chronischen Krankheiten verlangen dabei eine breite und langfristige Perspektive, die Nutzen und Kosten medizinischer Leistungen für alle Sozialversicherungen und für die Volkswirtschaft einbezieht. Zudem ist es unumgänglich, Prioritäten bei Massnahmen zur Prävention, Früherkennung und Behandlung dort zu setzen, wo der Handlungsbedarf aus klinischer und aus Public Health Sicht am bedeutendsten ist. Wir unterstützen deshalb die Zielsetzung der Qualitäts- und Effizienzsteigerung und befürworten Health Technology Assessments (HTAs) in allen Leistungsbereichen als eines der Instrumente zur Unterstützung dieser Zielsetzung. Die Einbettung von HTA-Programmen in der übergeordneten Qualitätsstrategie mit festgelegten Prioritäten ist dabei ein kritischer Erfolgsfaktor. Folgenden Massnahmen sind zu verstärken: - Messbarkeit und Qualität der medizinischen Leistungen durch breit getragene Programme und Anreize kontinuierlich verbessern und steigern; - Vereinbarung von verbindlichen Regelungen mit den Leistungserbringern über den Einsatz anerkannter Standards für die Patientensicherheit; - Systematische Überprüfung der Leistungen der Krankenversicherung in allen Leistungsbereichen mittels ausgewogenen HTA-Programmen nach festgelegten Prioritäten gemäss den Eckwerten des SwissHTA-Projektes. Der Entwurf zum BG Qualität enthält neben einigen guten Ansätzen Unklarheiten und Elemente, die einer breiten Akzeptanz und einer erfolgreichen Einführung von HTAs in der Schweiz entgegenstehen. Eine Netzwerklösung mit den bestehenden Initiativen und Kompetenzen im Bereich Qualität, Patientensicherheit und HTA dürfte höhere Akzeptanz finden als eine neue Bundesinstitution. Durch die Vermischung konfligierender Zielsetzungen und unklaren Begrifflichkeiten besteht die Gefahr, dass der unverzügerte Zugang zu Innovationen in der Grundversicherung nicht mehr gewährleistet und Rationierung durch die Hintertür begünstigt wird. Eine klare auf Qualitätssteigerung ausgerichtete Zielsetzung sowie methodische und prozessuale Vorgaben, die diese Zielerreichung gewährleisten, sind deshalb auf Gesetzesstufe notwendig. Zudem ist ein enger und frühzeitiger Einbezug der Stakeholder bei allen Schritten - zur Sicherstellung der Akzeptanz und der Implementierung in der Praxis - auf Gesetzesstufe zu gewährleisten. In einem überarbeiteten Entwurf sind deshalb folgende Punkte anzupassen: 1. Zielsetzung konsequent auf Steigerung von Qualität und Effizienz ausrichten und nicht durch Kostensenkungsziele kompromittieren 2. Zentrale Begriffe, insbesondere die Definition der Qualität, auf Gesetzesstufe verankern 3. Vorgaben zur Methodik im Einklang mit der Zielsetzung auf Gesetzesstufe verbindlich regeln 4. Abstützung auf bestehende Initiativen anstatt neue Bundesinstitution 5. Konsequente Rollenaufteilung entlang des HTA-Prozesses 6. Frühzeitiger Einbezug der Stakeholder und Verankerung der nationalen Begleitgruppen auf Gesetzesstufe verbindlich regeln 7. Ausgewogene Arbeitsprogramme und Prioritäten zur Qualitätssteigerung und zur Leistungsüberprüfung in allen Leistungsbereichen 8. Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Ausland nur, wenn mit Schweizer Zielsetzung vereinbar.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die folgenden Elemente des Entwurfs begrüßen wir. Sie sollten bei der Überarbeitung beibehalten werden: - Die bisherigen Zuständigkeiten für die Leistungsbezeichnung bleiben unverändert und es werden keine neuen, hoheitlichen Kompetenzen geschaffen. - Das Antragsprinzip für abschliessende Listen (Positivlisten) wird beibehalten, d.h. Anträge können ausschliesslich durch die Anbieter von Leistungen/Technologien gestellt werden. - Festlegung von strategischen Zielen und Aufgaben für jeweils vier Jahre. - Die Bewertung von Gesundheitsleistungen wird als Unterstützung der Entscheidungsfindung verstanden, indem systematische wissenschaftliche Grundlagen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien unter Berücksichtigung der medizinischen, ökonomischen, sozialen, ethischen und rechtlichen Aspekte bereitgestellt werden. Mit anderen Worten wird ein Ansatz verfolgt, der einem Multicriteria Analysis und Decision-Ansatz entspricht. Bei diesem Ansatz bildet das Kosten/Nutzen-Verhältnis eines von mehreren Entscheidungskriterien, kann jedoch nicht das allein ausschlaggebende darstellen wie bspw. das ökonomische Kriterium Kosten/QALYs in England. - Zur Leistungsbezeichnung im Rahmen von Positivlisten soll das Appraisal weiterhin durch die bestehenden Eidg. Leistungskommissionen EAK und EAMGK erfolgen. - Finanzierung der Aufgaben im Bereich Qualität durch Prämienbeiträge in der angegebenen Höhe von maximal 0.09% der durchschnittlichen Jahresprämie und Finanzierung der Aufgaben im Bereich Bewertung von Gesundheitstechnologien durch Beiträge des Bundes. 3. Vorgaben zur Methodik im Einklang mit der Zielsetzung auf Gesetzesstufe verbindlich regeln Zur Vermeidung der Rationierungsgefahr ist durch methodische Vorgaben sicherzustellen, dass HTAs wissenschaftliche, klinische, soziale, ethische und rechtliche Aspekte neben den ökonomischen Aspekten sowohl beim Appraisal und beim Assessment voll berücksichtigen werden. Dabei muss eine breite Perspektive auf Nutzen und Kosten eingenommen werden, die alle Sozialversicherungen und die relevanten volkswirtschaftlichen Effekte einbezieht. Der Bund soll eine wissenschaftlich fundierte Methodenentwicklung, die sich an best practices von Multicriteria Analysis und Decision-Ansätzen ausrichtet, fördern. Aufgrund der bisher ungenügenden Operationalisierung der WZW-Kriterien (siehe auch BG-Entscheide und GPK-Berichte) ist eine bessere Systematik der Beurteilungskriterien nach den genannten Eckwerten für alle Leistungen anzustreben. Vorschläge zu einer systematischeren Operationalisierung der WZW-Kriterien, insbesondere der Zweckmässigkeit, sind im Swiss-HTA-Projekt erarbeitet worden. 4. Abstützung auf bestehende Initiativen anstatt neue Bundesinstitution Anstelle einer neuen Bundesinstitution sollten im Rahmen einer Netzwerklösung die bestehenden Initiativen und Kompetenzen im Bereich Qualität, Patientensicherheit und HTA konsequenter einbezogen werden. Die Aufgaben des Bundes können anstatt von einem Bundeszentrum auch durch einen schlanken Bereich innerhalb des BAG übernommen werden. Der Bund soll Qualitäts-Programme finanzieren, die Durchführung jedoch an kompetente Partner mit den notwendigen methodischen und prozessualen Vorgaben vergeben. Verschiedene Gruppierungen haben in den letzten Jahren die Initiative für die Entwicklung von HTA in der Schweiz ergriffen. Mit dem Swiss Medical Board und dem Projekt Swiss-HTA liegen zwei komplementär ausgerichtete Ansätze vor, die eine vielversprechende Ausgangslage für die Entwicklung von HTA in der Schweiz bieten. Die Träger des Swiss Medical Board (SMB), das Pioniercharakter hat und seit 2009 zwölf HTA-Berichte erstellt hat, und des Projektes SwissHTA, das zum Ziel hat, die Entwicklung von HTA-Prozessen in der Schweiz zu fördern und die anzuwendenden Methoden weiterzuentwickeln, haben Anfang 2014 einen Konvergenzprozess eingeleitet. Am Konvergenzprozess beteiligt sind die Geschäftsstelle Trägerschaft SMB (Gesundheitsdirektion Zürich), die Gesundheitsdirektoren-konferenz (GDK), die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Krankenversicherer sowie Interpharma. Eine von den Stakeholdern breit abgestützte Institution, die politische und fachliche Ak-	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
zeptanz findet, operativ tätig und unabhängig ist, hat wesentlich mehr Chancen, die notwendige Entwicklung von HTA in der Schweiz und durch Einbindung in die Qualitätsstrategie des Bundes die Implementierung der Empfehlungen zu befördern. 5. Konsequente Rollenaufteilung entlang des HTA-Prozesses Den anerkannten Standards für HTA entsprechend sollten die Rollen entlang des HTA-Prozesses – Assessments, Appraisal, Decision – konsequent getrennt werden. Diese für eine einwandfreie Governance notwendige Trennung ist mit der vorgeschlagenen Rechtsform ungenügend umgesetzt. Die wesentlichen Arbeitsschritte sind im Umsetzungspapier 3/2012 des SwissHTA-Projektes beschrieben worden. Für die Assessments (Review der Evidenz) sind unabhängige, wissenschaftliche Teams unter Einbezug von jeweils für die Fragestellung kompetenten Experten zuständig. Fachspezifische Experten sollen fallweise durch das Assessment-Team einbezogen werden und die in den Fachgesellschaften konsolidierten Positionen einbringen, sodass alle Aspekte insbesondere klinische und wissenschaftliche Expertise sowie Expertisen in Ethik, Gesundheitsökonomie und Recht abgedeckt sind. Zu den Aufgaben des Bundes zählen die Finanzierung von Programmen, Projekten und Berichten, die Unterstützung der Akteure und Vernetzung der bestehenden Aktivitäten sowie die Festlegung der methodischen und prozessualen Eckwerte. Als Entscheider sollte der Bund Assessments grundsätzlich nicht selbst durchführen, sondern an kompetente externe Partner vergeben. Ansonsten ist die konsequente Rollentrennung nicht gewährleistet. Die Ergebnisse des Assessments sind im Appraisal (Bewertung der Leistung) unter Berücksichtigung von klinischen, ethischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Aspekten aus verschiedenen Perspektiven zu gewichten. Ein Appraisal Committee muss daher durch den Einbezug der relevanten Stakeholder breit abgestützt sein und sowohl aus Experten wie auch Vertretern von Stakeholdern zusammengesetzt sein. Fallweise sollen für die jeweilige Fragestellung ausgewiesene Fachpersonen zusätzlich einbezogen werden können. Das Appraisal basiert auf dem Assessment Report sowie auf Kommentaren von Stakeholdern inkl. der Fachgesellschaften, die im Rahmen eines Pre-Publication Review des Assessment Reports einbezogen werden. Die Unabhängigkeit des Appraisal Committees von Einzelinteressen, Auftraggeber bzw. Entscheider und vom Assessment Committee muss gewährleistet werden. Für das Appraisal im Rahmen der Leistungsbezeichnung in Positivlisten, haben sich die bestehenden, spezialisierten Eidg. Leistungskommissionen EAK und EAMGK grundsätzlich bewährt. Zur Verstärkung der klinischen Expertise und Unterstützung durch ein wissenschaftliches Sekretariat sollten jedoch zusätzliche Ressourcen für diese Kommissionen freigegeben werden. In Bezug auf breiter ausgerichtete Bewertungen von Leistungen sind jedoch die bestehenden Ressourcen und Kompetenzen der ELGK ungenügend. Appraisals von Assessments ausserhalb der Positivlisten sollten im Hinblick auf ausreichende Ressourcen von externen Partnern nach klaren Vorgaben für Methodik, Prozesse und Stakeholder-Einbezug vergeben werden. 6. Frühzeitiger Einbezug der Stakeholder und Verankerung der nationalen Begleitgruppen auf Gesetzesstufe verbindlich regeln Ein enger und frühzeitiger Einbezug der Stakeholder bei allen Schritten (ausgenommen beim Bund vorbehaltenen Entscheiden) zur Sicherstellung der Akzeptanz und der Implementierung in der Praxis. Umfassende Partizipationsmöglichkeiten sind deshalb für Stakeholder sowohl auf institutioneller Ebene, darunter Vertretung in den Appraisal Committees, sowie prozessbezogen vorzusehen, d.h. im Auswahlprozess, bei der Festlegung von Auswahlkriterien und im Rahmen möglicher Appeal-Verfahren. Die Stakeholder-Beteiligung in den wesentlichen Arbeitsschritten sind im Umsetzungspapier 3/2012 des SwissHTA-Projektes beschrieben. In allen Appraisal Committees sollen die folgenden Akteure vertreten sein: BAG, Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer und Patientenorganisationen und die Industrie. Der Einbezug der Stakeholder ist in den Auswahlprozessen für die Themen der Arbeitsprogramme zur Steigerung der Qualität und zur Steigerung der Qualität der Leistungserbringung,	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
für die Re-Evaluation bestehender Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, bei der Festlegung von Auswahlkriterien für diese Auswahlprozesse und im Rahmen möglicher Appeal-Verfahren vorzusehen. Anstelle von Nationalen Plattformen eines Qualitätszentrums könnten in Analogie zum Humanforschungsgesetz Begleitgruppen vorgesehen werden. Deren Aufgaben und breite Zusammensetzung inkl. die Vertretung der Akteure sollten auf Gesetzesstufe verankert werden. Aufgrund des engen Zusammenhang von Qualität und HTA sollen in allen Begleitgruppen die folgenden Akteure vertreten sein: BAG, Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer, Patientenorganisationen und die Industrie.	
Die Diskussion im Vorstand wurde von zwei Gedanken geprägt, mit etlichen Facetten, auf welche hier nicht eingegangen werden muss. Der eine Gedanke: alles, was dazu dient, die Qualität in der Leistungserbringung zu Lasten der OKP zu verbessern, wird begrüsst. Der andere: eine natürliche Skepsis der Institut-Idee gegenüber. Die Frage beispielsweise, ob es das überhaupt zur Umsetzung braucht sowie auch Bedenken, dass ein zahlloser Papiertiger entstehen kann, der auch schwer einschätzbare Kosten verursacht.	SGV
Die Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ist ein zentrales Anliegen der Medizintechnik-Branche. Mit ihren Innovationen trägt sie massgeblich zur Steigerung des Patientenwohls und der Patientensicherheit bei. Innovationen helfen zudem, die Kosten der Gesundheitsversorgung und der mit Krankheit und Unfall verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten (aufgrund Arbeitsausfall, Folgeerkrankungen etc.) erheblich zu senken. Der Dachverband der Schweizerischen Medizintechnik FASMED engagiert sich gemeinsam mit Partnern aus dem Gesundheitswesen aktiv in verschiedenen Programmen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität (u.a. Diabetes Selbstmanagement QualiCCare, Implantatregister SIRIS). Wir unterstützen das Bestreben des Bundes, solche Programme breitflächig einzuführen und wirksam umzusetzen. Der Gesetzesentwurf zum Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist nach Auffassung des FASMED abzulehnen. Das bestehende Verbesserungspotential in der Gesundheitsversorgung wird durch die Vorlage nicht oder ineffizient adressiert. Im Gegenteil schafft sie mit dem Qualitätszentrum eine unnötige Parallelstruktur, deren Aufgabenbereich ungenügend definiert und deren Kompetenzen unzureichend abgegrenzt sind. Wir sind überzeugt, dass eine Netzwerklösung unter der Führung des Bundesamts für Gesundheit (BAG), die auf das bestehende Know-how der verschiedenen Stakeholder zurückgreift, dieses fördert und weiterentwickelt, zielführender und effizienter ist als der Aufbau einer neuen öffentlich-rechtlichen Anstalt. Ebenfalls erachten wir es als Erfolg versprechender, die verfügbaren Mittel im Bereich der Qualitätssicherung in konkrete Projekte zu investieren, welche die bestehenden ergänzen und professionalisieren, und im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien unabhängige Kompetenzzentren sowie transparente und rechtssichere Prozesse zu fördern. Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen sind ausreichend und sollten mit Nachdruck umgesetzt werden, anstatt mit einem neuen Gesetz weitere Unklarheiten zu schaffen. Organisation Dem erläuternden Bericht zufolge ist die Gründung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt aus Gründen der Corporate Governance und der Akzeptanz für die Zielerreichung erforderlich. Aus Sicht des FASMED ist dies nicht nachvollziehbar. Das neue, rechtlich selbständige Qualitätszentrum müsste- insbesondere im Hinblick auf das erforderliche Know-how und die erforderliche Vernetzung - über Jahre hinweg aufgebaut werden, was mit unverhältnismässigem Aufwand verbunden ist. Viel effizienter wäre eine Netzwerklösung, die auf dem bestehenden Know-how im Markt aufbaut und dieses gezielt fördert. Anstatt eine Parallelstruktur aufzubauen, könnte das bestehende Netzwerk des Bundesamts für Gesundheit genutzt und ausgebaut werden. Eine solche Netzwerklösung wäre nicht nur kurzfristig umsetzbar und somit effizienter, sie würde auch auf eine breitere Akzeptanz stossen. Die im erläuternden Bericht erwähnten nationalen Plattformen, die eine strukturierte, regelmässige Anhörung der interessierten Kreise zu strategischen Themen ermöglichen sollen,	FASMED

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
gehen in die richtige Richtung. Unverständlich ist aber, dass sie im Gesetzesentwurf unerwähnt bleiben. Nicht hinnehmbar ist u.E. dass den Stakeholdern kein Anhörungsrecht zugestanden wird, keine verbindlichen Aussagen zur Konstituierung der Plattformen gemacht werden und der Prozess ihrer Strategiefindung nicht definiert ist. Ebenfalls Rechnung getragen werden muss der Abgrenzung dieser Kompetenzbereiche zu zwei weiteren, für die Medizintechnik relevante Themen: • Die Produktsicherheit eines jeden Medizinproduktes muss vor der Inverkehrbringung in der Schweiz geprüft und mit dem CE-Kennzeichen bestätigt werden. Die Anforderungen werden in der Medizinprodukteverordnung (MepV) geregelt. Der Fokus von zeitlich nachfolgenden HTA kann deshalb nicht auf der Prüfung der Produktsicherheit liegen. • Jeder Inverkehrbringer von Medizinprodukten ist verpflichtet, ein System zur Produktbeobachtung zu führen, an dem die gesamte Vertriebskette teilnimmt (Art. 14ff. MepV). Damit wird sichergestellt, dass allfällige Beanstandung rechtzeitig erkannt und darauf reagiert werden kann. Sollten schwerwiegende Vorkommnisse auftreten, ist dem Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic umgehend Meldung zu erstatten, damit es eingreifen kann (Materiovigilance). Folgerichtig kann der Fokus des nationalen Qualitätssicherungszentrums nicht auf der Produktbeobachtung liegen. Einbindung der Medizintechnik Die Schweizer Medizintechnik-Branche verfügt sowohl in der Qualitätssicherung wie auch in der Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) über vertiefte Erfahrungen und Expertise. Als direkt betroffener Akteur ist sie in jedem Fall in den Diskurs und die Strategie des Bundes einzubinden. Falls das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der OKP entgegen unserer Stellungnahme eingeführt werden sollte, beantragen wir die Einbindung des FASMED wie folgt: • Einsitznahme in den Verwaltungsrat des Qualitätszentrums • Einsitznahme in der Qualitäts- und der HTA-Plattform • Mitwirkung bei der Strategie • Mitwirkung beim Arbeitsprogramm (Priorisierung der WZW-Prüfungen) Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) In der Schweiz erhalten Patienten schnellen Zugang zu innovativen Medizintechnologien. Dies muss auch weiterhin gewährleistet sein. Deshalb fordert der FASMED, dass im Bereich HTA auf bestehendes Know-how zurückgegriffen und keine neuen (Monopol-) Strukturen geschaffen werden. Ein Qualitätszentrum in der vorgesehenen Form ist für HTA weder notwendig noch zielführend. Die im erläuternden Bericht erwähnten, für die Finanzierung des Qualitätszentrums ausschlaggebenden Kapazitäten mit vorgegebenen HTA-Kontingenten (Anzahl Berichte, Kurzberichte, Teil-HTA) sind weder nachvollziehbar noch adäquat. Sind die Kapazitäten nicht ausgelastet, drohen zu viele und überflüssige Prüfungen. Sind sie hingegen überlastet, entstehen innovationsfeindliche Warteschlangen. Die Kapazitäten sind vielmehr dem effektiven Bedarf anzupassen. Dem BAG käme dabei die Funktion einer Drehscheibe zu, welche die zu untersuchenden Leistungen prioritätengerecht an bestehende und entstehende Kompetenzzentren übergibt, die zueinander im Wettbewerb stehen. Der FASMED hat zu HTA und WZW-Prüfverfahren ein Positionspapier mit zehn Forderungen veröffentlicht, auf das wir verweisen. Fünf Kernaussagen sind nachfolgend aufgeführt: • Beibehaltung des Vertrauensprinzips	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Um eine qualitativ möglichst hochstehende Versorgung, die Innovationskraft der Unternehmen und den Medizintechnik-Standort Schweiz nicht zu gefährden, muss das Vertrauensprinzip beibehalten werden. Ein HTA für ärztliche Leistungen soll nur durchgeführt werden, wenn die WZW-Kriterien einer Leistung umstritten werden. Dabei ist der Umfang des HTA der Gewichtung der zu prüfenden Leistung anzupassen. Bei einfacheren Anträgen ist ein verkürzter Prozess denkbar. • Bei Umstrittenheit: WZW-Nachweis als Bringschuld der Hersteller und Leistungserbringer Ist eine Leistung formell umstritten, ist der WZW-Nachweis vom Hersteller in Zusammenarbeit mit den Anwendern (in der Regel die betreffende Fachgesellschaft) zu erbringen. Eigenheiten der Medizintechnik im HTA-Prozess berücksichtigen Die Palette der Medizinprodukte ist sehr breit und heterogen, es bestehen rund 1 0'000 verschiedene Produktfamilien und nicht alle können mit den gleichen Methoden bewertet werden. Da randomisierte klinische Studien oft ungeeignet sind, müssen für das jeweilige Medizinprodukt angemessene Anforderungen an die Evidenz-Generierung gestellt werden. Der Erfolg von klinischen Studien mit Medizinprodukten ist von vielen Faktoren abhängig (Lernkurve Arzt, Patientencharakteristika etc.). Eine allgemeingültige Evidenzhierarchie für Medizinprodukte gibt es nicht. Zudem ist der langfristige Nutzen besser zu berücksichtigen (Senkung oder Verhinderung von Folge- und Drittkosten). • Schlanke, verlässliche und transparente Prozesse Die Prozesse der Prüfverfahren sind eindeutig zu definieren, verbindlich festzuhalten und öffentlich zu kommunizieren. In Bezug auf das einzelne HTA sind die Zielsetzung und die zu erfüllenden Kriterien vorab eindeutig vorzugeben, d.h. die WZW-Kriterien sind zu operationalisieren. Für die Dauer der einzelnen HTA-Prozessschritte (Assessment, Appraisal, Decision) sind verbindliche Fristen zu definieren. Die Vergütung durch die OKP ist während dem Aufnahmeprozess sicherzustellen, sowohl bei ärztlichen wie auch bei nicht-ärztlichen Leistungen (DRG, MiGeL etc.). Die Entscheide sind zeitgerecht, transparent und nachvollziehbar zu begründen. • Anhörung der Medizintechnik-Branche Die direkt betroffene Industrie ist anzuhören, sowohl vor einer Umstrittenheitserklärung, wie auch in den einzelnen Prozessschritten. Sie sollte die Möglichkeit haben, die Dossiers vor den Assessment- und Appraisal-Gremien zu präsentieren sowie zum Appraisal Stellung zu nehmen. Fazit Der FASMED unterstützt grundsätzlich Bestrebungen zur Qualitätssicherung. Die Schaffung eines Qualitätszentrums wie in der Gesetzesvorlage vorgesehen, lehnt er hingegen ab. Für den Bereich HTA fordert er schlanke, verbindliche und transparente Prozesse. Der rasche Zugang der Patienten zu Innovationen muss gewahrt bleiben.	
Die AeGBL unterstützt die Bestrebungen des Bundes um eine optimale Koordination der bestehenden privaten und staatlichen Initiativen zur Qualitätssicherung im schweizerischen Gesundheitswesen. Sie anerkennt zudem die hierfür notwendige Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel. Die AeGBL steht jedoch grundsätzlich den Bestrebungen zu einer verstärkten nationalen, sprich zentralistischen Steuerung der Qualität im Gesundheitswesen skeptisch gegenüber. Sie lehnt insbesondere die Schaffung eines 'Zentrums für Qualität' in der vorgesehenen Form einer 'öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit' - das heisst einer in seiner Organisation und Betriebsführung selbständigen Institution - ab. Mit diesem Zentrum das lediglich dem Bundesrat verantwortlich ist und ausserhalb der parlamentarischen Kontrolle steht, wird trotz der Berufung auf dessen 'rein fachlich unterstützende Funktion' und trotz des ausdrücklichen Verzichtes auf 'rechtlich verbindliche Vorgaben' bzw. die Übernahme 'hoheitlicher Aufgaben' de facto eine Machtinstanz installiert, deren State-ments, Vorschläge und nationalen Programme kaum der realen Qualitätsförderung, sondern vielmehr einer regulatorischen Versorgungseinschränkung dienen werden.	ÄgBL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die AeGBL ist der Meinung, dass mit Organisationen wie unter anderem des ANQ, der SAQM, der Patientensicherheit Schweiz und Swiss-HTA genügend Strukturen bestehen, die sich bereits jetzt der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung annehmen. Wir erachten deshalb das im vorliegenden Bundesgesetzentwurf vorgesehene Zentrum für Qualität als ein für die gesteckten Ziele nicht nur ungeeignetes, sondern tendenziell kontraproduktives Konstrukt. Grundsätzliche Bemerkungen: Wir beobachten die zunehmende Entwicklung der Medizin in einen Gesundheitsmarkt mit Besorgnis. In einem Gesundheitswesen, das zum Gesundheitsmarkt mutiert, dominiert das Gesetz der Wirtschaftlichkeit: es zählt, was messbar ist. Unter der Hand - und allzu leicht unter dem Deckmantel der Qualitätsförderung - droht die Dimension des Persönlichen in der Behandlung kranker Menschen stillschweigend wegrationalisiert zu werden zugunsten von Standards und Guidelines im Dienste von Effizienz und Rentabilität. Mit dem neu zu schaffenden Zentrum für Qualität soll die 'Qualität der medizinischen Leistungen besser gemessen', der 'Einsatz autonomer Standards für die Patientensicherheit verbindlich geregelt' und die 'Leistungskataloge der Krankenversicherung systematisch überprüft' werden. Fazit: Die Lancierung von Q-Programmen und die Entwicklung von Q-Indikatoren soll nicht in einem abgehobenen Zentrum erfolgen, sondern nah an der Basis und der im Alltag Betroffenen, das heisst unter engem Einbezug von Leistungserbringern wie Leistungsbezügern (Patientenorganisationen). Fazit: Wirksame und nachhaltige Kostendämpfungsmassnahmen können unsere Überzeugung nach lediglich unter Miteinbezug zusätzlicher, breit abgestützter Nutzenanalysen entwickelt werden, die den mit diesem Zentrum anvisierten Horizont und Zuständigkeitsbereich deutlich überschreiten. Schlussfolgerung: Die Gründung eines Qualitätszentrums auf Bundesebene, das von seiner formalen Anlage her prädestiniert ist zu einem nationalen Kontrollzentrum für vergütungswürdige KVG-Leistungen, halten wir weder für nötig zum Zweck der Qualitätsförderung noch für wirksam zur Entfaltung einer kostendämpfenden Wirkung im Gesundheitswesen.	
labmed begrüsst die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in ihrer Verantwortung für die Qualität im Gesundheitswesen zu unterstützen und deren Aktivitäten zu koordinieren. Grundsätzlich sind wir mit einem nationalen Zentrum für Qualität einverstanden. Es ist uns jedoch ein zentrales Anliegen, dass die Berufsverbände in der Qualitätssicherung ihre zentrale Rolle weiterhin wahrnehmen können. Qualitätssicherung ist bei den Gesundheitsberufen primär Sache der Berufsverbände. Die bestehenden Instrumente und Programme zur Qualitätssicherung der Berufsverbände sollen berücksichtigt, aufgenommen und in der Umsetzung unterstützt werden. Die Berufsverbände müssen erste Ansprechpartner sein, wenn es um die Qualitätskontrolle der Gesundheitsberufe geht. Qualitätsprogramme, welche von den Berufsverbänden erarbeitet wurden oder werden, müssen für alle praktizierenden Berufsleute gelten, unabhängig von einer Mitgliedschaft bei Verband. Wir unterstützen die folgenden Rahmenbedingung des Zentrums: Die bisherige Kompetenzverteilung der Akteure in der Regulation bleibt gemäss Bundesverfassung und KVG unverändert. Bereits vorhandene Kompetenzen sollen genutzt werden. Das Zentrum arbeitet eng mit den Akteuren und bestehenden Institutionen zusammen. Das Zentrum hat eine rein fachlich unterstützende und koordinierende aber keinerlei regulierende oder sanktionierende Funktion. Ausserdem erachten wir es über die Koordination hinaus als wesentlich, dass der Bund für die Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung verbindliche Vorgaben macht, die auf den Standards von Berufs- und Fachverbänden basieren und durch die Verbände validiert werden. Die Handlungsfelder sind breiter zu fassen. Strukturmerkmale müssen zusätzlich zur Ergebnisqualität betrachtet werden. Internationale Studien legen nahe, dass besonders Personalschlüssel, Qualifikationsniveaus und Arbeitsbedingungen wichtige Einflussfaktoren auf die Qualität darstellen. Die Plattformen und Entscheidungsgremien des Zentrums	labmed

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
müssen die Berufsgruppen und die Sozialpartner zwingend entsprechend ihrem Gewicht im Gesundheitswesen einbinden. Ausserdem würden wir unterstützen, wenn die Finanzierung des Zentrums mit mehr Steuergeldern und weniger Pro-Kopf-Beiträgen geplant würde. Die Krankenversicherungsprämien dürfen nicht im vorgeschlagenen Mass erhöht werden. Wir stellen den Antrag, dass höchstens CHF 1.00 pro versicherter Person und der Rest über Einkommens- und Vermögenssteuereinnahmen von Bund und Kantonen erhoben wird.	
Als direkt betroffene Organisation beschränken wir uns auf eine Meinungsäusserung zum Teil des Gesetzesentwurfs, welcher unseren Tätigkeitsbereich „Health Technology Assessment (HTA)“ betrifft. Wir begrüssen die Bereitschaft des Bundes, seine Verantwortung im Bereich Health Technology Assessment wahrzunehmen, wie dies von verschiedenen Stellen seit Jahren gefordert wird. Dieser Grundsatzentscheid lässt hoffen, dass sich die seit Beginn der Initiative Swiss Medical Board angestrebte schweizweite Zusammenarbeit weiterentwickeln kann. Mit der Überprüfung von in der obligatorischen Krankenversicherung zugelassenen Leistungen gemäss Art. 32, Abs. 2 KVG, ist das Swiss Medical Board in eine Lücke gesprungen, welche gemäss dem vorliegenden Gesetzesentwurf und dem erläuternden Bericht nun geschlossen werden soll. Wir erachten es - wie im Entwurf vorgesehen - als zwingende Notwendigkeit, dass eine substantielle Finanzierung vorgesehen ist, welche eine signifikante Erhöhung der Aktivitäten und des Impakts im Vergleich zu den bisherigen Aktivitäten erlauben wird. Dabei soll der Bereich HTA unbedingt auf der bereits existierenden und funktionierenden Organisation des Swiss Medical Board aufgebaut werden. In der Organisation sollen auch die wichtigsten Grundprinzipien von HTA (Unabhängigkeit, Trennung der Prozesse Assessment, Appraisal und Decision) abgebildet sein. Dies ist nach unserer Meinung in der vorgeschlagenen Organisationsform und Ausgestaltung für das Zentrum für Qualität und den darin eingebetteten Bereich für HTA nicht gegeben. Die Zuständigkeit des Bundes für den Entscheidungsprozess ist unbestritten, ein Einfluss auf die Prozesse Assessment und Appraisal darf aufgrund der geforderten Gewaltentrennung jedoch nicht bestehen. Eine zu 100% durch den Bund gesteuerte und kontrollierte HTA-Organisation und deren Produkte werden kaum als unabhängig und neutral wahrgenommen. Daran ändert auch der Einbezug der Akteure in beratenden Gremien nichts. Wir plädieren daher für die Schaffung einer von Bundesrat und Bundesverwaltung operativ unabhängigen Agentur für HTA, welche über einen Leistungsauftrag gesteuert und auf eine stabile finanzielle Basis gestellt wird. Dabei ist auf bereits vorhandenen Strukturen aufzubauen, damit von den Erfahrungen und Vorleistungen des Swiss Medical Board und weiterer Akteure profitiert und Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Wir möchten an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass mit dem Swiss Medical Board und der eingeleiteten Konvergenz mit swissHTA Grundstrukturen und -voraussetzungen in einer lernenden Organisation geschaffen sind, welche sich sehr gut dazu eignen, die Koordination und Durchführung von HTA-Programmen im Auftrag des Bundes zu realisieren. Damit ist eine Chance gegeben, die angestrebten Ziele ohne Verzögerung anzugehen und gleichzeitig die Akzeptanz und das Commitment der wichtigsten Akteure dafür zu sichern.	Medical Board
Gestatten Sie uns, Ihnen eine Stellungnahme zum in Vernehmlassung befindlichen Entwurf zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der OKP zukommen zu lassen. Die Frage der Gestaltung der Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich ist ja, wie die laufenden Arbeiten in der Begleitgruppe Komplementärmedizin des EDI zeigen, gerade auch im Bereiche der Komplementärmedizin enorm wichtig, so dass wir Ihnen unsere Gesichtspunkte vorlegen möchten. Wir sind befremdet, dass der Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) zum wiederholten Male nicht zu Vernehmlassungen eingeladen wurde, welche die Umsetzung von BV 118a betreffen.	Dakomed, UNION

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Grundsätzlich begrüssen wir die erklärte Absicht des Bundes, die Qualitätsmessung und -kontrolle medizinischer Leistungen hinsichtlich Aufnahme und Verbleib in der OKP in Umsetzung des KVG weiter zu fördern und entwickeln. Ebenso begrüssen wir die geplante Förderung der Forschung gerade auch für die komplementärmedizinischen Disziplinen. Den vorliegenden Gesetzesentwurf können wir indessen nicht unterstützen. Wir halten es für problematisch, die Definitionsmacht der Qualität in der Medizin und deren Evaluation einer autonomen parastaatlichen Institution abzugeben. Die geplante Fokussierung auf konventionelle HTA's - nicht nur im Bereiche der Komplementärmedizin – scheint uns nur bedingt geeignet. Formale Aspekte Die Schweiz verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, mit ausgewiesener hoher Patienten-zufriedenheit. Auch die Patientensicherheit ist – entgegen auf ausländischen Zahlen basierenden Befürchtungen – in hohem Masse gewährleistet. Von daher besteht eigentlich kein Handlungsbedarf auf gesetzgeberischer Ebene. Die vom Bund angestrebten Ziele der Verbesserung der Qualität, der Förderung von Transparenz in Bezug auf die Qualität und der Sicherheit erfordern unseres Erachtens keine Zentralisierung durch eine starre öffentlich-rechtliche Einrichtung. Zielführender wäre eine dynamische „Netzwerk-Lösung“ mit Koordination und Förderung der bestehenden Einrichtungen unter Einbezug aller Leistungserbringer und Stakeholder sowie speziell der Patientinnen und Patienten. Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sind auch für den Dakomed ein wichtiges Anliegen. Die Definition der medizinischen Qualität muss indessen durch die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen. Für die Komplementärmedizin bedeutet dies die Berücksichtigung einer auch von der WHO geforderten „adäquaten Methodologie“, welche eine entsprechende Fachexpertise voraussetzt. Für die Beurteilung komplementär-medizinischer Leistungen hinsichtlich Aufnahme und Verbleib in der OKP sind entsprechende Fachgremien einzusetzen, wobei im Ablauf Assessment, Appraisal und Decision klar zu trennen sind. Inhaltliche Aspekte Die Bereitstellung wissenschaftlicher Evidenz als Grundlage für die Anerkennung komplexer medizinischer Leistungen in der OKP hat sich im letzten Jahrzehnt deutlich verlagert. Lange Zeit bestand beim WZW-Nachweis auch in der Komplementärmedizin die Bemühung, die Methodologie der konventionellen Medizin zu übernehmen und insbesondere die in der Medikamentenforschung übliche Doppelblindstudie auf die Evaluation ganzer Fachrichtungen zu übertragen. Unterdessen ist im Rahmen der Forschung zur „Integrativen Medizin“ weltweit eine Verlagerung zu Studien mit hoher externer Validität (Relevanz für die praktische Anwendung) festzustellen. Damit ist insbesondere die komplexe Versorgungsforschung mit spezieller Berücksichtigung der Erfahrungen und Erwartungen der Patienten gemeint. Die Aufwertung des „Patientennutzens“ stellt indessen eine zentrale Forderung von WHO, EDI und FMH dar. Wie erwähnt, kann damit auch eine Kostensenkung erreicht werden. Indem diesbezüglich in der Komplementärmedizin klar ein Forschungsdefizit besteht, ist die vom Bundesrat anvisierte Förderung der Forschung natürlich zu begrüssen. Der Dakomed ist jedoch der Ansicht, dass die Mittel, welche für ein Zentrum für Qualität benötigt würden, besser direkt in entsprechende Forschungsprogramme (NFP) eingesetzt würden. Zusammenfassung Der Dakomed hält die aktuelle Vorlage des Gesetzesentwurfs nicht für zielführend, und wir bitten das EDI, für das an sich berechnigte Anliegen Alternativen im Sinne einer Netzwerklösung aufzuzeigen.	
Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG unterstützt die Argumentation der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH vorbehaltlos und vollumfänglich. Insbesondere der Abschnitt „Einbezug der Partner und Definition von Qualität“ der FMH Stellungnahme scheint uns ganz entscheidend. Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie befürwortet eine enge Zusammenarbeit bei der Definition der Medizinischen Qualität	SGG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
mit den dafür zuständigen Fachgesellschaften, damit ein Austausch horizontal und vertikal jederzeit gewährleistet ist. Viele Fachgesellschaften unternehmen bereits heute grosse Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung. Im Übrigen stellt sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie auch hinter alle anderen im FMH Schreiben vom 01.09.2014 gemachten Aussagen.	
Die CVP begrüsst das Bestreben die Qualität der medizinischen Leistungen zu überprüfen, die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen und die Gesundheitskosten zu dämpfen. Jedoch lehnt die CVP die vorgeschlagene Form eines Kompetenzzentrums ab. Die CVP spricht sich für die Schaffung von Strukturen und der Organisation im BAG aus. BAG-intern soll die Erhöhung der Qualität der medizinischen Leistungen und die Lancierung schweizweiter Qualitätsprogramme erarbeitet werden. Auch soll BAG-intern die Verantwortung für die konsequente Überprüfung der Leistungen auf ihren Nutzen hin übernommen werden. Zu den einzelnen Punkten - Nationales Qualitätszentrum Bereits etablierte Institutionen wie der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), die Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (QUALAB) oder auch die Stiftung für Patientensicherheit und weitere setzen sich bereits für Qualitätsthemen ein. Anstatt neue Parallelstrukturen aufzubauen, befürwortet die CVP die Unterstützung der bestehenden Institutionen. Diese Institutionen verfügen bereits über das notwendige Know-how und dieses soll auch genützt werden.	CVP
Hauptzielsetzungen eines nachhaltigen Gesundheitssystems sind 1. eine gute Versorgung (Qualität), 2. für alle Einwohner (gerechter Zugang), welche 3. nachhaltig finanzierbar bleibt (Wirtschaftlichkeit). Eine Organisation für Qualität und HTA kann diese Ziele unterstützen. Die Zeit ist reif, dass die Schweiz eine solche Organisation schafft. Praktisch alle Länder in Europa verfügen über eine solche Organisation unabhängig vom Typ ihres Gesundheitssystems. Die Kombination von Qualität, Patientensicherheit und HTA ist sinnvoll und dient der Unterstützung der übergeordneten Zielsetzung. HTA zielt insbesondere auf die Zusammensetzung des Leistungskatalogs im Rahmen der OKP ab. Wichtig für ein nachhaltiges Gesundheitssystem ist aber auch die zweckmässige und qualitativ gute Anwendung dieser Leistungen Die SAMW respektive die Akademien der Wissenschaften haben die Schaffung einer HTA Organisation in verschiedenen Publikationen unterstützt (Nachhaltige Medizin 2012; Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012; Roadmap 2014). Der Vorentwurf des neuen Bundesgesetzes spricht viele wichtige Elemente an, welche als Rahmenbedingungen für grundsätzliche Verbesserungen im Gebiet der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und zur Schaffung eines nationalen Qualitätszentrums dienen können. Namentlich zu begrüßen ist, dass der Bund mit diesem Projekt signifikante finanzielle Mittel zur Verfügung stellt und somit seiner im KVG festgelegten Verantwortung nachkommt. Das geplante Institut soll drei unterschiedliche Aufgaben haben: Qualitätssicherung, Health Technology Assessment und Patientensicherheit. Der Vorschlag, dass diese Aufgaben von drei verschiedenen Instanzen unter dem Dach einer Kontrollinstanz wahrgenommen werden, ist zentral, damit das Ganze funktioniert. Dazu braucht es für jeden der Bereiche eine Instanz – idealerweise das Swiss Medical Board für den Bereich HTA, der ANQ für den Bereich Qualität und die Stiftung Patientensicherheit für den Bereich Patientensicherheit. Der erläuternde Bericht ist diesbezüglich widersprüchlich: An gewissen Stellen bestätigt er diese Forderung, an anderen Stellen spricht er davon, dass alle Akteure eingebunden und ihre Aktivitäten koordiniert werden. Eine solche Koordination ist unmöglich, zumal es zahlreiche Redundanzen gibt und gewisse Stakeholder (z.B. die FMH) in verschiedenen Instanzen vertreten sind.	SAMW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Bezüglich der Qualitätssicherung schweigt sich der Gesetzestext aus über die Auswirkungen, welche die Pflicht zur Übermittlung von Qualitätsindikatoren auf die Arbeitsbelastung der Gesundheitsfachleute und auf die Kosten haben wird. Diese Auswirkungen sind nicht zu unterschätzen und müssen bei der weiteren Planung mitberücksichtigt werden. Ausserdem wird kein Versuch unternommen, die Qualitätsindikatoren und die Indikatoren für die Rechnungsstellung zu harmonisieren, was den Aufwand für die Sammlung der Daten zumindest reduzieren würde. Das A und O eines nationalen Zentrums für Qualität in der Medizin sind klare Definitionen betreffend Governance, d.h. Abhängigkeit und Autonomie in unserem bundesstaatlichen Gefüge (z.B. vom Bundesrat); dies ist wichtiger als die Struktur des Zentrums, die Leitung, Verantwortungen und operationelle Verfahren. Die Unabhängigkeit des Zentrums muss nicht nur vom Gesetzgeber garantiert und kontrolliert werden, sondern muss auch von aussen klar so empfunden und wahrgenommen werden. Von aussen heisst hier, dass sowohl Bürger und Patienten, aber auch Partner und Organisationen im Gesundheitswesen diese Institution als frei von staatlichen und anderen Interessen ansehen. Diese wichtigen Elemente können im entsprechenden Gesetz als unabdingbare Voraussetzungen definiert werden, müssen aber zudem durch die Ernennung der entsprechenden Persönlichkeiten im Verwaltungsrat, Direktion etc. bestätigt werden. Es ist unklar, wer das HTA-Institut beauftragt, zu gewissen Interventionen Kosten-Nutzen-Abklärungen durchzuführen. Aktuell sieht es so aus, dass sowohl der Bundesrat als auch der Verwaltungsrat dazu die Befugnis haben. Aber wie sehen die Regelungen innerhalb dieses Verwaltungsrates aus? Da es angesichts der beschränkten finanziellen Mittel eine Auswahl zu treffen gilt, muss sichergestellt sein, dass diese Entscheide nicht durch die Interessen der im Verwaltungsrat vertretenen Stakeholder bestimmt sind bzw. dass Mehrheitsentscheide möglich sind. Wenn das Ziel des neuen Zentrums für die Qualität ein rascher Aufbau von Kompetenzen und Leistungsfähigkeit ist, sollten bestehende, bewährte Initiativen von Anfang an als Kernstücke des Zentrums einbezogen werden. Dazu eignen sich besonders - die Stiftung für Patientensicherheit, - der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ, - das Swiss Medical Board. Dass die „laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen“ durch die neuen Aktivitäten des Bundes nicht ersetzt werden, und die Aussage „Die Weiterführung deren Aktivitäten ist durch die Vorlage nicht in Frage gestellt und weitgehend verbindlich gefordert“ im Einladungsbrief zur Stellungnahme zum vorgeschlagenen Bundesgesetz tönt zwar ermutigend, geht aber viel zu wenig weit. Dieser Aufbau auf die Expertise könnte bei den drei bereits aktiven Gremien nicht nur eine Fortsetzung von Aktivitäten unterstützen, sondern auch (und in erster Linie) dem Zentrum für Qualität einen Start auf hohem Niveau erlauben. Die so etablierten Gebiete sind komplementär, es bestehen keine prinzipiellen Kompetenzstreitigkeiten. Somit wären im neuen Zentrum drei wichtige Bereiche sofort startbereit: Patientensicherheit, HTA, Qualitätssicherung/ Register. Jeder Bereich sollte innerhalb seines Mandates eine gewisse Autonomie erhalten, mit der Verantwortung über Budget und Resultate, seiner Strategie, mit gemeinsamen Projekten mit einem oder beiden der anderen Partner. Die vorgeschlagene Organisation und die Organe des Zentrums haben eine gewisse Logik. Wie schon erwähnt, müssen die in den Gremien aktiven Personen nicht nur über die entsprechenden Expertisen und Kompetenzen verfügen, sondern auch die Verantwortung für Neutralität und Unabhängigkeit nach innen (im Zentrum und der Bereichen) sowie nach aussen übernehmen. Es gibt eine Reihe solcher eidgenössischer Institutionen, wo einerseits die Weisungsbefugnisse des Bundesrates klar festgelegt sind und andererseits ein Stiftungs- oder Institutsrat eine Autonomie zur Führung der Institution wahrnehmen kann. Als Beispiele können dazu der Schweizerische Nationalfonds, die Akademien der Wissenschaften und Swissmedic genannt	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
werden, wo die leitenden Gremien die vom Bund zur Verfügung gestellten Budgets im Rahmen eines ein- oder mehrjährigen Mandates relativ autonom einsetzen können, für die Erreichung der Ziele aber auch die volle Verantwortung nach Innen (Institution) und Aussen (Partnerorganisationen, Medien, Politik) übernehmen müssen. Die Strategie und Zielsetzung im Detail wird in der Regel vom Verwaltungs- oder Institutsrat erarbeitet und in einem „Eigner“-Gespräch mit der Hierarchie diskutiert (z.B. im Rahmen einer Qualitätsstrategie des Bundes) und definitiv adoptiert. Im Vergleich zu diesen Beispielen ist die klare Neutralität und Unabhängigkeit des Zentrums für Qualität im Gesundheitssystem aber noch deutlicher zu betonen. Das neue Zentrum darf nicht als verlängerter Arm des Gesetzgebers empfunden werden, beim SNF ist das ja auch so. Das sollte auch für Teile des Zentrums (Patientensicherheit, HTA, Qualitätsregister) gelten, welche ebenfalls eine weitgehende Autonomie erhalten sollen. Damit kann die Wahrnehmung durch die Gesellschaft, besonders den Patienten, als neutral und unabhängig betont werden. Wie bereits erwähnt, unterstützt die SAMW die Bestrebungen des Bundes in der Qualitätssicherung, in der Erhöhung der Patientensicherheit und in der Dämpfung der Kostensteigerung. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten Ziele nur partiell erreicht werden. Die Beschränkung auf den obligatorischen Bereich der Krankenversicherung limitiert die Wirksamkeit dieses Gesetzes erheblich. Die im Art. 4 gelisteten Aufgaben werden schon heute von zahlreichen Stakeholdern durchgeführt. Dass ein Koordinationsbedarf besteht und dass der Bund dazu am besten geeignet ist, ist für uns unbestritten. Mit der Schaffung einer neuen öffentlich-rechtlichen Anstalt besteht das Risiko von Doppelspurigkeiten und von Mehrkosten, wenn der Einbezug der Stakeholder nicht klar gesetzlich geregelt ist. Ohne diese Regelung leidet auch das Commitment der bisherigen Stakeholder, welche sich alle aus dem Gesundheitswesen rekrutieren. Wir hoffen auf eine zukunftsfähige und effiziente Lösung in Partnerschaft mit den bisherigen Stakeholdern. Zusammenfassend unterstützt die SAMW die Bestrebungen des Bundes, mit einem Zentrum für Qualität im Gesundheitswesen die Patientensicherheit, die Überprüfung von Nutzen und Zweckmässigkeit neuer und alter Behandlungsmethoden in der Medizin, sowie die Entwicklung von Qualitätsregistern zu fördern. Der vorgesehene Ansatz erscheint aber als sehr zentralistisch, und er berücksichtigt in keiner Weise die grossen Vorarbeiten und etablierten Organisation in der Schweiz, die schon in diesen Gebieten aktiv sind.	
Wir unterstützen jegliche Qualitätsbestrebungen. Die mit der Gesetzesvorlage angepeilten Ziele (mit Ausnahme der implizierten Kostensenkung) sind unseres Erachtens mit dem Vorschlag des Bundes nicht zu erreichen. Das Verhältnis des administrativen Aufwandes zur erreichbaren Qualitätsstabilisierung (wir sprechen bewusst nicht von einer Qualitätsverbesserung) stimmt für uns nicht. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem bisher an den Tag gelegten Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keinerlei Synergien. Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM kann als Beispiel betrachtet werden, wie innerhalb von zwei Jahren durch Vernetzung und Koordination das Vertrauen und das Commitment erarbeitet werden kann.	SGPMR
Zusammenfassende Beurteilung SW!SS REHA unterstützt die Bestrebungen des Bundes um Qualitätsverbesserung, mehr Transparenz und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Begrüssst werden insbesondere die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel, eine verstärkte Koordination und Hilfestellung bei der Vernetzung und Verbreitung von Qualitätsinitiativen. Es ist allerdings mehr als fraglich, ob die vom Bund formulierten Ziele mit einem nationalen Zentrum für Qualität erreicht werden können, da kein konkreter Nutzen hinsichtlich Qualitätsentwicklung erkennbar ist. Rolle und Aufgaben des Zentrums sowie die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren sind in der Vorlage vage formuliert und erlauben einen zu grossen Interpretationsspielraum. Hinzu kommt, dass einige der formulierten Anliegen insbesondere über qualitative Vorgaben an die Spitalplanungs- und Spitalisten-Erstellungen der Kantone bereits auf der heutigen gesetzlichen Grundlage realisiert werden könnten.	Sw!ssReha

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Allgemeine Anmerkung zur Vorlage Mit den anvisierten Zielen - Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Koordination der Aktivitäten, Sicherstellung der Finanzierung - ist SW!SS REHA einverstanden. Mit dem in dieser Form geplanten nationalen Zentrum für Qualität können die genannten Ziele aus nachfolgend erwähnten Gründen jedoch nicht erreicht werden. Es wird mehrmals betont, dass das Zentrum bestehende Organisationen auf keinen Fall ersetzen, sondern bisherige Arbeiten und Aktivitäten ergänzen und unterstützen will. Demgegenüber steht die sehr offene und breite Formulierung zur Rolle und zu den Aufgaben des Zentrums. Dabei decken sich verschiedene Aufgaben wie zum Beispiel die Auswahl der Indikatoren, die Art der Publikation oder das Vorgehen bei der Risikoadjustierung mit den aktuellen Aufgaben bereits bestehender Organisationen im stationären Bereich. Die Organisationsstruktur des nationalen Zentrums ist ausführlich und detailliert beschrieben, während die Aufgaben und Themenfelder allgemein und unkonkret gehalten sind. Das Zentrum kann alles machen (ausser regulieren und sanktionieren): Grundlagen, Vorschläge, Forschung, nationale Programme/Projekte, Erhebung von Indikatoren, Publikationen. Dadurch wird der Aufbau von Parallelstrukturen möglich, was aus Sicht SW!SS REHA keinen Sinn macht. Unklar ist auch, wo die Prioritäten gesetzt werden sollen. Dadurch besteht die Gefahr, dass sinnvolle Qualitäts-Initiativen, wie sie beispielsweise von Swiss Reha für die hoch qualifizierte Rehabilitation entwickelt wurden, auf der Strecke bleiben. Aus Sicht von Swiss Reha sollte vor allem dort angesetzt werden, wo der seit 1996 bestehende Gesetzgebungs-Auftrag von Krankenversicherern und Leistungserbringern nicht umgesetzt wird. Schnittstellen zwischen oder eine künftige Zusammenarbeit mit dem nationalen Zentrum und bisherigen Akteuren werden nur angedeutet, aber nicht eindeutig aufgezeigt.	
QualiCCare begrüsst ausdrücklich die Bestrebungen des Bundesrats zur Steigerung der Qualität und zur Koordination von Qualitätsmassnahmen im schweizerischen Gesundheitswesen. Nicht zuletzt sind dies im Bereich der chronischen Krankheiten Diabetes und COPD auch die Ziele unserer Organisation, weswegen wir heute mit Freude die Gelegenheit wahrnehmen, uns zu Ihren Vorstellungen zu äussern. Auch wir sehen es für ein hochstehendes Gesundheitswesen als wesentlich, die eingesetzten Ressourcen optimal zu nutzen und die bestehenden wertvollen Programme der Akteure zu koordinieren und somit deren Effizienz zu steigern. Wir begrüssen in diesem Zusammenhang, dass der Bund beabsichtigt, die aktuellen Qualitätsanstrengungen fortzuführen und zu intensivieren, sie auch auf den ambulanten Bereich stärker auszudehnen und hierfür zusätzliche Mittel zu sprechen. Uns erscheint zudem der Ansatz vielversprechend, periodische Qualitätsziele und entsprechende Arbeitsprogramme zu definieren, sowie zusätzliche finanzielle Beiträge für Massnahmen im Bereich der Qualitätssicherung und -Steigerung zu generieren. Allerdings sind gemäss erläuterndem Bericht die nationalen Plattformen Qualität und HTA wesentliche Organe zur Begleitung der neuen Organisationseinheit in strategischen Fragestellungen. Im Gesetzestext fehlt aber eine verbindliche Formulierung zu deren Besetzung und zu ihrem jeweiligen Aufgaben- und Einsatzbereich. Zumindest sollte unseres Erachtens gesetzlich geregelt werden, dass diese Plattformen bei der Definition der strategischen Stossrichtungen angehört werden. Ausserdem drohen aus unserer Sicht bereits durch den Namen "Zentrum für Qualität" Akzeptanzprobleme, weswegen wir eine Bezeichnung im Sinne eines "Koordinationsorgans" bevorzugen würden. Fehlende Einbindung bestehender Akteure in der Umsetzung - Aus unseren bisherigen Erfahrungen ist zur Steigerung der Versorgungsqualität bei chronischen Krankheiten im ambulanten Bereich, insbesondere für die Definition von Qualität und Qualitätsindikatoren (sei es für Outcome-Qualität oder Qualität der Leistungserbringung) sowie für die praktische Entwicklung von Versorgungskonzepten und Anreizsystemen, eine enge Zusammenarbeit sämtlicher Stakeholder auf strategischer, konzeptioneller und umsetzender Ebene wesentlich. Die bei den Akteuren vorhandene Expertise fliesst direkt in die Grundlagenarbeit und Massnahmenentwicklung ein und stellt somit die Akzeptanz sowie die Implementierung in die Versorgungspraxis sicher. Die Evaluation erfolgt im Rahmen von extern durchgeführten und wissenschaftlich begleiteten Studien. Der vorliegende Entwurf des Bundesgesetzes setzt aus	QCC

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
unserer Sicht auf eine zu starke Zentralisierung der Aufgabenumsetzung beim Bund und stützt sich zu wenig auf die Kompetenzen der Akteure im Gesundheitswesen und die zahlreichen bestehenden Aktivitäten im Bereich Qualität ab. Die neue Organisation sollte unseres Erachtens im Wesentlichen die mehrjährigen strategischen Prioritäten für die Qualitätssicherung und -Verbesserung (in Form von Zielen und Arbeitsprogrammen) zuhanden des Bundesrats vorschlagen, entsprechende Leistungsaufträge gemäss Prioritätendefinition an kompetente externe Partner erteilen, die Aufträge und Auftragnehmer koordinieren und die Auftragsdurchführung kontrollieren und evaluieren. Die Gewaltenteilung zwischen der strategischen Ebene seitens der neuen Organisationseinheit und der Umsetzungsebene wäre somit gewährleistet. Zu enger Fokus auf das KVG - Die Sicherung und Verbesserung der Qualität sowie die nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit tragen sicherlich zur Steigerung der Kosteneffizienz bei, doch sollte bei Qualitätsüberlegungen aus unserer Sicht der effektive Patientennutzen (qualitativ hochstehende anerkannte Versorgung i.S. von Outcome-Qualität, Verhinderung von Folgeerkrankungen, etc.), der durch die Qualitätsbestrebungen erzielt wird, stärker im Zentrum stehen als die Kostendämpfung. Die Erfahrung bei QualiCCare hat uns deutlich aufgezeigt, dass anerkannte evidenzbasierte Massnahmen zur Steigerung der Outcome-Qualität bei chronischen Erkrankungen in einem ersten Schritt zu Mehrkosten im Gesundheitssystem führen können, bevor mittelfristig eine Kostensenkung beobachtet werden kann. Es ist unseres Erachtens daher erforderlich den Fokus von Qualitätsbestrebungen wirklich primär auf Qualitätssicherung und -Verbesserung zu legen und einen mehrjährigen Zeithorizont zu wählen. In die gleiche Richtung zielt, dass das geplante Gesetz seine Qualitätsüberlegungen auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) beschränkt. Aus unseren Erfahrungen erlaubt diese eingeschränkte Betrachtungsweise keine Kosten-/Nutzen-Überlegungen, welche die tatsächlichen gesamtgesellschaftlichen Gegebenheiten abbilden. Tatsächlich fallen Kosten und Nutzen der Gesundheitsversorgung in verschiedenen Sozialversicherungen an und haben gesamtwirtschaftliche Auswirkungen durch Produktivitätssteigerungen bzw. -verluste. Einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive bei der Kosten-/Nutzenbewertung sollte daher mehr Gewicht beigemessen werden. Fazit Wie erwähnt, begrüsst QualiCCare grundsätzlich die Bestrebungen des Bundesrats zur verstärkten Koordination von Qualitätsmassnahmen im Gesundheitswesen, da unsere Organisation diese Zielsetzungen im ambulanten Bereich bei der Versorgung von Menschen mit den beiden chronischen Krankheiten Diabetes und COPD ebenfalls verfolgt. Der bestehende Gesetzesentwurf zielt allerdings auf eine Zentrumslösung ab, welche den Einbezug der Akteure nicht gewährleistet und zudem eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung von Kosten und Nutzen vernachlässigt. Wir schlagen Ihnen daher vor, ihren Gesetzesvorschlag derart anzupassen, dass folgende Eckpunkte erfüllt werden: • Ein klar gesetzlich geregelter Einbezug der Akteure/Stakeholder auf strategischer, konzeptioneller sowie implementierender Ebene (Projekt-/Programmebene) ist unerlässlich. Die im erläuternden Bericht genannten "nationalen Plattformen" müssen bezüglich ihrer personellen Besetzung, ihrer Aufgaben sowie bezüglich des Zusammenarbeitsprozesses mit dem neu zu gründenden Koordinationsorgan detaillierter beschrieben werden. Eine Betrachtung des (Patienten-)Nutzens- aber auch des gesamtgesellschaftlichen Nutzens von Qualitätsanstrengungen und medizinischen Versorgungsleistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinaus muss gewährleistet und im Gesetz verankert werden.	
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. Der Verband senesuisse ist ein Zusammenschluss wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen der Schweiz. Senesuisse ist primär ein Arbeitgeberverband. Er vertritt die Interessen und Anliegen wirtschaftlich unabhängiger Leistungserbringer im Bereich der Langzeitpflege. Er engagiert sich gegen ständig steigende Vorschrif-	Curaviva

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
ten, Bürokratie und Administrativaufwand im Bereich des Gesundheitswesens. Qualität entsteht nicht durch Vorschriften, sondern durch Selbstverantwortung, Kundenorientierung und unternehmerische Freiheiten. - Ablehnung eines ‚staatlichen Ungetüms‘ zur Qualitätssicherung. Im erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf blieb unerwähnt, dass der Ständerat die Motion 12.3333 „Qualitätssicherung in Pflegeheimen“ einstimmig abgelehnt hat. Es besteht also – auch gemäss den parlamentarischen Voten – der eindeutige Wille des Gesetzgebers, die Heime nicht in ein aufoktroyiertes Qualitätskonzept des Bundes zu zwingen, sondern der erarbeiteten Lösung der Branche den Vorzug zu geben. Im erläuternden Bericht ist folgende Aussage festgehalten (Seiten 3-4): „Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen weder die Qualitätssicherung noch die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen.“ Dies ist nicht beruhigend, sondern sagt vielmehr etwas über die grosse Gefahr dieses neu zu schaffenden Instituts aus: Die bestehenden Bestrebungen sollen weiterhin bestehen, aber zusätzlich noch durch staatliche Programme, Vorschriften und Kontrollen erweitert werden. CURAVIVA Schweiz und senesuisse wollen von der Schaffung eines solchen staatlichen Ungetüms zur Qualitätstheorie und dessen Durchsetzung grundsätzlich nichts wissen. Laut vorliegendem Vorentwurf soll die geplante Einrichtung zudem erst noch mit teils quasi-polizeilichen Befugnissen versehen werden. Statt motivierenden und praxisrelevanten Lösungen der Betriebe und Verbände drohen damit übermässige, kostentreibende und erst noch sinnlose Vorgaben und Aufgaben. Die komplexen Strukturen und Abläufe im Gesundheitswesen sowie die Vielfalt der betroffenen Akteure lassen solche Bemühungen „für eine bessere Qualität“ rasch ins Stocken geraten oder – was noch schlimmer ist – führen zu irreführenden Ergebnissen, wenn sie nicht sorgfältig und umfangreich abgestimmt sind. Dies würde wiederum zu neuen Bestrebungen und zusätzlichen Programmen führen, welche blossen Zusatzaufwand ohne gesteigerte Qualität garantieren. CURAVIVA Schweiz und senesuisse stellen es besonders für den Heimbereich infrage, dass das vorgesehene Zentrum für Qualität in der Lage wäre, seine Aufgaben zufriedenstellend zu erfüllen. Alters- und Pflegeheime sowie Behindertenheime müssen immer wieder umfangreiche Datenerhebungen und diesbezügliche Auswertungen vornehmen, deren Zweckmässigkeit und Erspriesslichkeit aufwendig, kostspielig und leider meistens fragwürdig sind. Heime und soziale Institutionen haben die Grenze ihrer Kapazitäten in dieser Hinsicht schon lange erreicht und wehren sich mit aller Kraft gegen die Entstehung einer neuen Einrichtung, deren hauptsächlicher Zweck darin bestehen würde, Datenerhebungen und Messungen zu unternehmen – ohne Rücksicht auf den eigentlichen Auftrag dieser Institutionen, deren Mittel begrenzt sind und die oft unter einem erheblichen Spardruck stehen. Wie bestehende staatliche Qualitätsprogramme zeigen, drohen riesige Datenerhebungen mit unbrauchbaren Auswertungen. Datenerhebungen und Messungen führen zu einem beträchtlichen Verschleiss an Ressourcen, die im Gegenzug bei der Betreuung und Pflege der Bewohnenden verloren gehen. Die dazu notwendigen Mittel belasten die Heime und deren Personal, kommen aber nicht den Bewohnenden zugute. Ohnehin ist bei einer staatlichen Institution für die ganze Schweiz zu befürchten, dass Datenerhebungen und Auswertungen so lange dauern, dass sie nach deren Publikation bereits längst überholt sind (wie etwa bei den aktuell publizierten Daten zu Spitälern und den Alters-/Pflegeheimen der Schweiz). Qualitätssteigerung kann nicht durch Vergleiche historischer Zahlen erreicht werden, sondern durch betriebsnahe Beurteilung in der Praxis. Staatlich für ein eigenes Institut erhobene Kennzahlen drohen zum Selbstzweck zu werden, indem die Daten alleine für den Zweck der Datenerhebung geliefert werden und sie nur zur Bestätigung der Notwendigkeit des Instituts dienen. Wenn schon müsste die im erläuternden Bericht mehrfach erwähnte „Prüfung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses“ erst einmal auf die Idee der zusätzlichen Datenerhebungen und -auswertungen angewendet werden. Dabei würde man zweifellos zum Resultat gelangen, dass zusätzliche solche Tätigkeiten grösstenteils ein negatives Resultat hervorrufen.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Deswegen wehren sich CURAVIVA Schweiz und senesuisse gegen eine zusätzliche Mehrbelastung der Alters- und Pflegeheime und der Behinderteninstitutionen in dieser Hinsicht. Eine Bezahlung oder Entschädigung der Pflegeinstitutionen und deren Betreuungs- und Pflegefachkräfte für diese Tätigkeit ist im vorliegenden Vorentwurf nicht vorgesehen. Stattdessen würde das Institut zusätzliche Steuergelder kosten, ohne einen Nutzen nachzuweisen. Am schlimmsten erscheint es aber, dass mit solchen Zusatzaufwänden die Zeit zur Pflege und Betreuung der Bewohnenden entsprechend vermindert würde. CURAVIVA Schweiz und senesuisse teilen die äusserst negative Einschätzung zu den bisherigen und laufenden Arbeiten im Bereich der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen nicht, wie sie auf den Seiten 27-29 des erläuternden Berichts zum vorliegenden Vorentwurf stehen. Besonders in den Alters- und Behinderteninstitutionen wurden sowohl die medizinische Qualität wie vor allem auch die genauso wichtige Lebensqualität der betroffenen Personen enorm gesteigert. In den letzten Jahren und Jahrzehnten haben diese Branchen in Eigenverantwortung grosse Fortschritte gemacht. Im Gegensatz zur vernichtenden Einschätzung des erläuternden Berichts muss festgestellt werden, dass die Betriebe in Zusammenarbeit mit Bund, Kantonen und Tarifpartnern eine Vielfalt von Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement, -verbesserung und -sicherung sowie Gesundheitstechnologien entwickelt haben, die auch Früchte gebracht haben – und dies in einem flexiblen, realitätsnahen und unbürokratischen Rahmen. Die bestehenden Qualitätsbestrebungen, welche auf Eigeninitiative der Betriebe und deshalb in deren Interesse gestartet wurden (z. B. ANQ, Zertifizierungen) würden durch die Schaffung des geplanten Zentrums für Qualität gemäss vorliegendem Vorentwurfs ganz automatisch verdrängt, selbst wenn man das Gegenteil möchte. Die Energie und Motivation zur Ergreifung selbständiger Massnahmen würden zugunsten möglichst positiver Resultate in den theoretischen Statistiken einer staatlichen Einrichtung ersetzt, welche sich zu weit weg von den umsetzenden Betrieben befindet. Statt der Errichtung eines staatlichen Instituts muss vielmehr auf die in der Schweiz öfter erfolgreich erprobte Zusammenarbeit und den gesunden Wettbewerb der betroffenen Akteure gesetzt werden: Diese sollen durch geeignete Anreize dazu ermuntert werden, die Suche nach Effizienz- und Effektivitätssteigerungen zu verstärken. CURAVIVA Schweiz und senesuisse machen überdies darauf aufmerksam, dass die Entstehung des geplanten Zentrums für Qualität gemäss vorliegendem Vorentwurf einen massiven Abbau der bestehenden kantonalen Kompetenzen in diesem Zusammenhang bedeuten würde, was – in Anbetracht der kantonalen Hoheit – beträchtlichen Widerstand der Stände zur Konsequenz haben dürfte. CURAVIVA Schweiz und senesuisse weisen darauf hin, dass die kantonalen Aufsichtsbehörden bereits zahlreiche Regelungen hinsichtlich der Qualität in den Heimen vorgeben. Deswegen wird hier befürchtet, dass eine Verdoppelung der Vorschriften geschieht, welche keine Qualitätsverbesserungen, jedoch einen zusätzlichen administrativen Aufwand generieren würde. CURAVIVA Schweiz und senesuisse wehren sich mit aller Kraft gegen die Gründung einer Einrichtung ohne vorgängigen Nachweis eines positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis, welches aufgrund der bürokratischen und teils quasi-polizeilichen Charakterzüge als sehr unwahrscheinlich angesehen wird. Allerdings zeigt sich bereits daraus, dass die unerwünschte Verdrängung bestehender und bewährter Angebote durch staatliche Aktivitäten droht. Insgesamt ist es äusserst fragwürdig, ein solches Institut überhaupt zu schaffen, welches ohne ersichtlichen Nutzen derartige Zusatzkosten verursachen würde. Die dem Institut obliegende Kontrolle des Kosten-Nutzen-Verhältnisses müsste vor Errichtung für dieses Institut selber gemacht werden. Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz und senesuisse werden enorme Zusatzkosten und Personalaufwand geschaffen, welche die möglichen „Qualitätsgewinne“ in keiner Art und Weise rechtfertigen können.	
Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO als wichtiger Berufsverband im schweizerischen Gesundheitswesen kann sich bestens mit der in der Vernehmlassungsvorlage ange-	SSO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
strebten Zielsetzungen identifizieren. Gemäss ihren Leitlinien setzt sich die SSO für eine optimale orale Gesundheit der Bevölkerung sowie für eine hohe Qualität der zahnärztlichen Leistungserbringung nach sozialen und ethischen Grundsätzen ein. Die Patientensicherheit ist eine unabdingliche Voraussetzung dafür resp. Resultat einer funktionierenden Qualitätssicherung. <u>Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO lehnt jedoch entschieden die Gründung eines unabhängigen Zentrums für Qualität und damit den vorliegenden Gesetzesentwurf insgesamt ab.</u> Die Einführung eines nationalen Zentrums für Qualität würde unvermeidlich zu einer Doppelspurigkeit führen und damit keinerlei Synergien frei setzen. Mit dem vorgeschlagenen Zentrum für Qualität wird über das Ziel hinaus geschossen resp. wird eine falsche Richtung eingeschlagen. Die SSO setzt sich - wie übrigens die FMH - schon immer und intensivst mit der Qualitätssicherung sowie Qualitätsförderung auseinander und hat entsprechende Instrumente geschaffen (verbindliche Qualitätsleitlinien). Die Qualitätssicherung ist ebenfalls integrierender Bestandteil der geltenden Tarifverträge mit den bundesbehördlichen sowie sozialversicherungsrechtlichen Tarifpartnern (Bereiche UVG, IV, MV sowie KVG). Die SSO misst der Qualitätssicherung grösste Bedeutung zu und entwickelt diese fortlaufend (analog SAQM FMH). Hinzu kommt, dass die Definition und die Festlegung der Qualität nur über die zuständigen Berufsverbände und Fachgesellschaften erfolgen kann. Damit ist festzuhalten, dass die in Art. 4 des Gesetzesentwurfs aufgeführten Aufgaben bereits von den verschiedenen Stakeholdern - so auch von der SSO - in nachgewiesener guter Qualität und transparent durchgeführt werden. Weiter bestehen nebst den eigentlichen Stakeholdern weitere Institutionen und Organisationen, welche den vom Gesetzesentwurf angestrebten Zweck erfüllen (z.B. Patientenschutzstellen, Nationale Vereine für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), etc.). Weiter ist nicht zu vergessen, dass eine gewisse Qualitätssicherung ebenfalls beim Patienten direkt stattfindet, welcher sich bei Reklamationen an die zuständige zahnärztliche Begutachtungskommission (ZBK) wenden kann (Ombudsstelle). Der Betrieb eines Zentrums für Qualität ist mit hohen Kosten verbunden (32 Mio. pro Jahr), welcher via Zuschlagen auf den Krankenversicherungsprämien finanziert werden soll. Demgegenüber soll gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf das Zentrum für Qualität kostendampfende Wirkung haben. Ein Nachweis für die kostendampfende Wirkung ist dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen und lässt sich entsprechend nicht nachvollziehen.	
Grundsätzliches zum Vorhaben Unbestritten ist die Notwendigkeit eines zweckmässigen und gut funktionierenden Gesundheitswesens. Dabei braucht es auch gewisse Standards und Kontrollen. Nur sind wir der Meinung, dass schon heute Kontrollen und Bürokratie überborden, das Gesundheitswesen übermässig belasten und verteuern und sich zunehmend nicht mehr zum Besten für eine ethisch verantwortbare Arbeit der Gesundheitsfachpersonen – Ärzte wie Pflegepersonal - sowie Behandlungsbedingungen zum Wohle der Patienten auswirken. Leider setzt sich mehr und mehr die verhängnisvolle Annahme durch, dass kranke Menschen ökonomisch standardisiert beurteilt und behandelt werden können in Abhängigkeit von Wirtschaftlichkeit und erwarteter Lebensqualitätsverbesserung. Nur wer es sich leisten kann, hat weiterhin Zugang zu allen gewünschten erweiterten Leistungen. Dies, obwohl OECD und WHO dem schweizerischen Gesundheitswesen insgesamt ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt haben und eigentlich kein Handlungsbedarf nachgewiesen werden kann. Ausser, dass auch unser Gesundheitswesen heute auf den Weg zu amerikanischen Verhältnissen gebracht werden soll, was für die Schweiz nur ein Rückschritt bedeuten kann! Speziell und mit grosser Besorgnis sei darauf hingewiesen, dass die Beziehung, das Vertrauen, die Kommunikation und Information zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Patienten zunehmend unter der fehlenden Zeit leiden, was nicht zu unterschätzende, vermeidbare Kosten nach sich ziehen dürfte. Dieses Zentrum ist ein Versuch, das im Parlament gescheiterte Präventionsgesetz durch die Hintertüre doch noch durchzusetzen, was das Vertrauen in die Regierung nicht gerade stärkt!	EDU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Bundesrat, welcher eigentlich zur Umsetzung des Volkswillens gewählt ist, gibt sich mit diesem Gesetz mehr Macht und Einfluss und schwächt die Mitbestimmung der Kantone (Art. 20,2). Zudem verteuert dieses Zentrum ohne Mehrwert das Gesundheitswesen. Nebenbei müsste für eine Stabilisierung der Kosten im Gesundheitswesen die Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung mehr gestärkt werden und risikoreiches Verhalten sowie eine ungesunde Lebensweise entsprechend beachtet und verrechnet werden. Vertreter der EDU Kanton St. Gallen bitten Sie im Interesse der Bürger aus den oben genannten Gründen eindringlich, auf diese unsinnige Schaffung eines Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung zu verzichten!	
Qualitätssicherung ist sehr sinnvoll, aber nicht so! Die SOG lehnt die Schaffung eines weiteren Zentrums für Qualität ab. Dies nicht, weil sie sich gegen die Qualitätssicherung stellt, sondern weil sie erhebliche Zweifel am Nutzen und der Effizienz eines solchen Instituts hat. 1. Allein in der Schweiz bestehen 44 verschiedene Facharzttitle und entsprechende Fachgesellschaften mit mindestens 44 Schwerpunkten. Gemeinsam sind bereits Anstrengungen unternommen worden, um die im KVG vorgesehene Qualitätssicherung umzusetzen. Es bestehen zurzeit (nicht abschliessend) folgende Institutionen zur Qualitätssicherung: ANQ Stiftung Patientensicherheit SAQM 2. Es bestehen auf der Ärzteseite bereits eigens entwickelte Qualitätssicherungssysteme, auch in unserer Fachgesellschaft. Verschiedene unserer Mitglieder verfügen bereits über ausgeklügelte betriebsinterne Qualitätssicherungssysteme, die ausschliesslich unter Einbezug der Ärzte entstanden sind, zum Teil auf Grundlagen der ISO-Zertifizierung. 3. Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft hat zudem den chirurgischen Mitgliedern den Beitritt zur European Society for Cataract and Refractive Surgery (ESCRS) empfohlen, nachdem die SOG selbst ein QS Projekt entwickelt hat, das interessanterweise die Qualität über nahezu dieselben Parameter ermittelt, wie die europäische Datenbank Eurequo. Diese verfügt über eine outputmessende Datenbanklösung, die gesamteuropäisch zur Kataraktoperation einen Datenumfang von weit über 1 Mio. Datensätze enthält, die laufend ausgebaut werden. Der Beitritt der SOG zur ESCRS war das Resultat einer umfangreichen Vorarbeit einer Studiengruppe, welche zunächst ein eigenständiges Qualitätssicherungssystem erarbeitet hat. Als wir dann feststellten, dass die ESCRS mit dem EUREQUO fast dieselben Parameter misst und zu annehmbaren Bedingungen eine gesamteuropäische Qualitätssicherungsplattform betreibt, hat die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft den Mitgliedern den Beitritt zur ESCRS empfohlen. Die Datenbank und weitere Informationen dazu finden Sie unter www.eurequo.org. 4. Mit dem neu vorgeschlagenen Institut für Qualität und dem darin geplanten Personalbestand lässt sich aus unserer Sicht keine vernünftige Lösung erreichen: Den Aufwand für den Betrieb einer funktionierenden Qualitätssicherung für alle 44 Fachrichtungen der Medizin schätzen wir als viel höher ein. Gerade in der Qualitätssicherung stellen sich komplexe medizinische Fragen, die laufend im Dialog mit Wissenschaft und Forschung möglichst zeitverzugslos gelöst werden müssen. Da stellen sich Fragen, die zunächst offen in einem Vakuum hängen, weil immer wieder neu entdeckte Gebiete der Medizin erforscht werden müssen. Dies setzt einen laufenden und interdisziplinären Dialog innerhalb der verantwortlichen Fachgesellschaft und auch fächerübergreifend voraus. Die SOG hat höchste Zweifel daran, ob ein solches komplexes Unterfangen ohne massgebliche Beteiligung der Medizin und der Fachgesellschaften überhaupt nur andiskutiert werden kann. Es ist zu befürchten, dass die wesentlichen Fragen der Qualitätssicherung durch ein Amt nicht zufriedenstellend gelöst werden können, weil der aktuelle Stand der Wissenschaft zwangsläufig immer dem aktuellen Kenntnisstand irgendeiner Behörde um Monate, wenn nicht um Jahre voraus liegt. Dieses Dilemma ist systembedingt und nicht lösbar. In erster Linie ist zu fordern, dass die gesamte Qualitätssicherung in die Hände der betreffenden Fachgesellschaft gehört und nicht an eine Behörde delegiert wird.	SOG, SFSM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
5. Die Schweiz verfügt über eines der weitbesten Gesundheitssysteme, gerade weil behördliche Eingriffe lange Zeit mit Zurückhaltung gehandhabt wurden. Zurückhaltung erlaubt es, aufgrund des Subsidiaritätsgrundsatzes, die Regelung unter anderem auch der Qualitätssicherung auf einer tiefstmöglichen Ebene zu lösen, nämlich durch die entsprechenden Ärzte selbst: Sie dürfen sicher sein, dass es kein Arzt in Kauf nimmt, auf einem ungenügenden Qualitätslevel zu arbeiten. Vielmehr sind die Fachgesellschaften, ebenso wie die FMH und weitere Organisationen intensiv daran, die bereits bestehenden Qualitätssicherungssysteme ständig zu perfektionieren und weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang ist auf die Factsheets der Bundesverwaltung zu verweisen: Darin findet sich die Feststellung, eine amerikanische Studie habe zu Tage gefördert, dass umgerechnet auf die Schweiz 2'000 bis 3'000 Patienten jährlich wegen ärztlicher Fehler versterben würden: Hier nur zwei kurze Bemerkungen: Einerseits ist die zitierte Studie auch in den USA höchst umstritten, und zwar nicht nur von medizinischer Seite. Zum anderen lässt sich das amerikanische Gesundheitssystem nicht einfach auf die Schweiz übertragen. 6. Im Weiteren verspricht sich der Bundesrat durch das Institut eine Kosteneinsparung. Eine nähere Begründung dazu fehlt. Wie Kosten einzusparen wären, würde uns sehr interessieren. Wir vermissen entsprechende Berechnungen und befürchten eher einen erneuten Kostenanstieg. Die Kosten gegenüber den bisher bereits entwickelten Systemen der Ärzte dürften durch die Schaffung eines derartigen Instituts noch weiter steigen. Die indirekten Kosten, nämlich der administrative Zusatzaufwand für die Ärzte, potenziert sich schon heute. Ein Anstieg ist durch die Schaffung des Instituts zu befürchten, sowohl indirekt für den Arzt als auch direkt durch dessen Betrieb. Es bestehen Erhebungen, aus denen hervorgeht (Begleitforschung DRG), dass der Arzt immer weniger Zeit für den Patienten also für die Medizin zur Verfügung hat, dafür aber immer mehr für die Administration aufwenden muss. In den Spitälern ist die Aufteilung Medizin/Administration bald 50:50. Dieser Entwicklung gilt es Einhalt zu gebieten und dies gelingt nur, wenn die Ärzte Qualitätssicherungssysteme selbst entwickeln. Nur solche selbst entwickelten Qualitätssicherungssysteme können wirksam und effizient ihren Zweck erfüllen, Eingang in die tägliche Arbeit des Arztes finden, und auch nur so lässt sich vermeiden, dass die administrative Belastung der Ärzte durch immer neue Berichterstattungen, Statistiken und dergleichen noch weiter zunimmt. Pointiert ausgedrückt müssen wir heute leider feststellen, dass es zwar nicht zu wenig Ärzte gibt, sondern dass sie nur zuviel Administratives bewältigen müssen. Dieser administrative Anteil muss reduziert werden. Die Qualitätssicherung darf diesen Anteil nicht noch mehr erhöhen. Die Eurequo- Datenbank bringt den Tatbeweis, dass effiziente Qualitätssicherung mit wenig zeitlichem Aufwand für den Arzt möglich ist. Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft hat die grösste Sorge, dass sich genau durch dieses geplante eidgenössische Institut die Administration in jeder Arztpraxis und in jedem Spital noch weiter ausweiten wird. Die Qualitätssicherung muss in der Praxis entstehen und darf nicht an ein Institut delegiert werden. 1 . Das gesamte Projekt muss zurück an den Absender. 2. Die Qualitätskontrolle und die Qualitätssicherung ist ausschliesslich an die Ärzteschaft zu delegieren.	
Grundsätzlich begrüsst die SGED/SSD die Bestrebungen des Bundes, die Qualitätsanstrengungen im schweizerischen Gesundheitswesen stärker zu koordinieren. Sie erkennt den Handlungsbedarf, ist sich des politischen Auftrages des Bundes bewusst und befürwortet ausdrücklich, dass zusätzliche finanzielle Mittel für Massnahmen zur Qualitätssicherung und -Steigerung zur Verfügung gestellt werden sollen. Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass das Zentrum sich "nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Die genannten Massnahmen des Bundes sind denn auch als Ergänzung zu verstehen. Sie können und dürfen die laufenden Qualitätsbestrebungen und deren Finanzierung durch die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzen". Wir begrüssen die Stossrichtung des Bundes, dass das Zentrum über keine hoheitsrechtlichen	SGED

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kompetenzen verfügen soll. Für die SGED bleibt bei näherer Betrachtung des Gesetzesentwurfs allerdings unklar, wie die genannte Unterstützung bzw. Ergänzung konkret ausgestaltet werden sollen. Die im erläuternden Bericht genannten "nationalen Plattformen" sucht man im Gesetzesentwurf vergeblich. Wie bereits erwähnt, unterstützt die SGED grundsätzlich die Qualitätsbemühungen des Bundes und möchte hiermit auch ihr Commitment in diesem Bereich ausdrücken. Durch den fehlenden Einbezug der Akteure des Gesundheitswesens und die zentralistische Ausrichtung des geplanten Zentrums wird unseres Erachtens die neue Anstalt keine Akzeptanz erreichen. Nicht zuletzt auch deswegen wird das Zentrum erst recht Doppelspurigkeiten schaffen, anstatt diese zu verringern und eine Koordination der Akteure zu gewährleisten.	
Wir begrüßen die Bestrebungen des Bundes - zur Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, - zur Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen, - zur Förderung der Patientensicherheit - sowie zur Unterstützung der Bewertung von Gesundheitstechnologien. Zudem begrüßen wir die Absicht, für dieses Aufgabenfeld zusätzliche finanzielle Mittel einzusetzen und die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich zu fördern. Dem vorliegenden Entwurf für ein Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können wir jedoch nicht vorbehaltlos zustimmen. Gerne übermitteln wir Ihnen nachstehend unsere konkreten Bedenken und Anliegen. Mangelhafte Einbindung der Akteure und Good Governance Die Rollen und die Aufgabenteilung zwischen dem geplanten Zentrum für Qualität und den übrigen Akteuren sowie die Einbindung der bestehenden Akteure auf der strategischen und operativen Ebene sind vage formuliert und zu wenig verbindlich. Die entsprechenden Bestimmungen sind konkreter und verbindlicher zu fassen. Insbesondere bei der Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Programmen und Massnahmen zur Qualitätssicherung und –verbesserung müssen die bestehenden Akteure aktiv mitwirken, damit ihre praxisnahe Expertise zum Tragen kommt und eine wirkungsvolle Umsetzung gefördert wird. Anwendungsbereich Das geplante Bundesgesetz beschränkt seinen Fokus auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Angesichts dieser Beschränkung muss unbedingt gewährleistet werden, dass der Patientennutzen im Zentrum steht und die Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität von Leistungen, die über die OKP finanziert werden, immer gestützt auf eine Evaluation von Kosten und Nutzen im Gesamtsystem erfolgen. Zum Schluss stellen wir fest, dass der Gesetzesentwurf keine Definition von Qualität enthält. Eine solche Definition ist aus unserer Sicht zu prüfen.	Sn
Wir begrüßen die Bestrebungen des Bundes - zur Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, - zur Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen, - zur Förderung der Patientensicherheit - sowie zur Unterstützung der Bewertung von Gesundheitstechnologien. Zudem begrüßen wir die Absicht, für dieses Aufgabenfeld zusätzliche finanzielle Mittel einzusetzen und die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich zu fördern.	GELIKO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Dem vorliegenden Entwurf für ein Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können wir jedoch nicht vorbehaltlos zustimmen. Gerne übermitteln wir Ihnen nachstehend unsere konkreten Bedenken und Anliegen. <i>Mangelhafte Einbindung der Akteure und Good Governance</i> Die Rollen und die Aufgabenteilung zwischen dem geplanten Zentrum für Qualität und den übrigen Akteuren sowie die Einbindung der bestehenden Akteure auf der strategischen und operativen Ebene sind vage formuliert und zu wenig verbindlich. Die entsprechenden Bestimmungen sind konkreter und verbindlicher zu fassen. Insbesondere bei der Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Programmen und Massnahmen zur Qualitätssicherung und –verbesserung müssen die bestehenden Akteure aktiv mitwirken, damit ihre praxisnahe Expertise zum Tragen kommt und eine wirkungsvolle Umsetzung gefördert wird. Mit einem Zentrum für Qualität auf Bundesebene sollen keine Parallelstrukturen geschaffen werden. Bereits bestehende und erfolgreiche Initiativen sollen gezielt optimiert und ergänzt werden und die Komplexität im Zusammenwirken der Akteure soll verringert und nicht erhöht werden.	
Mit dem vorgeschlagenen Gesetz sollen Verbesserungen der Qualität der medizinischen Leistungen und erhöhte Patientensicherheit erreicht werden. Dies indem ein nationales Zentrum für Qualität geschaffen werden soll ohne Regulierungen zu erlassen oder hoheitliche Aufgaben zu übernehmen. Es ist nicht klar ersichtlich, welche die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Kantone sein werden. Das Zentrum soll in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt mit einem Verwaltungsrat und maximal neun Fachleuten geschaffen werden. Sie arbeiten eng mit Universitäten, Fachhochschulen und anderen zusammen, welche bereits in der Qualitätssicherung tätige Organisationen sind. Parallelstrukturen sind nicht berücksichtigt (ie. ANQ; Swiss Medical Board). Strategische Ziele werden vom Bundesrat festgelegt. Die VKZS begrüsst die Bestrebungen des Bundes gesetzliche Grundlagen zu schaffen um die Qualitätssicherung und Patientensicherheit zu gewährleisten. Es besteht die Gefahr, dass sich die Wirtschaftlichkeit gegenläufig der Qualität verhält. Um dies zu vermeiden ist es wichtig dass eine angemessene Vertretung der Akteure gesichert ist. Es fehlt je ein relevanter Partner der zahnmedizinischen und der medizinischen Berufskategorie. Rollen und Aufgaben des Zentrums, sowie die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren sind in der Vorlage nicht klar ersichtlich und erlauben einen grossen Spielraum in Interpretationen.	VKZS
Menschen mit Demenzerkrankungen sind eine speziell gefährdete Patientengruppe. Demenz betrifft vor allem alte oder sogar sehr alte Menschen, bei denen häufig noch andere Erkrankungen hinzukommen. Charakteristisches Merkmal einer Demenzerkrankung sind die kognitiven Einschränkungen, die dazu führen, dass die Betroffenen ihre Wünsche nicht mehr äussern und ihre Interessen nicht mehr vertreten können. Sie sind zunehmend auf Hilfe und Betreuung durch Drittpersonen angewiesen. Demenzkranke Menschen sind also eine stark fragilisierte Personengruppe, der besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Die Abbildung der Leistungen für Menschen mit Demenz in KVG/KLV Die Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen passt nicht in das bestehende Schema der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dabei geht es nicht nur um den Inhalt der Leistungen, sondern auch um den dafür vorgesehenen (und bezahlten) Zeitaufwand. Qualitativ gute Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz erfordert genügend Zeit und genügend personelle Ressourcen. Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie besteht das Projekt, die für eine demenzgerechte Versorgung notwendigen Leistungen angemessen abzubilden und abzugelten (Projekt 4.1). Tendenzen und Gefahren des neuen Gesetzes über ein Qualitätszentrum Neben der Qualitätssicherung, die sicher positiv zu bewerten ist, stehen beim neuen Gesetz auch ökonomische Gesichtspunkte im Vordergrund. Wenn aber Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu den wichtigsten Kriterien erhoben werden, besteht die Gefahr, dass die genannten	ALZ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Ansätze zur Verbesserung der finanziellen Abgeltung der Leistungen bei Demenz nicht realisiert werden können. Gerade die bei Menschen mit Demenz wichtigen – aber zeitaufwendigen und schwer fassbaren - Betreuungsleistungen finden in einem solchen System kaum Platz. Völlig unhaltbar wäre, wenn die ökonomische Diskussion dazu führte, dass das Leben eines demenzkranken Menschen – angesichts der gravierenden Einschränkungen durch die Krankheit – als weniger wert eingestuft würde und ihm deshalb Leistungen verweigert würden. Tatsache ist, dass bereits im Rahmen einer Studie der SAMW aus dem Jahre 2007 aufgezeigt wurde, dass Rationierung schon heute praktiziert wird. Betroffen sind gemäss dieser Studie insbesondere Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und Menschen, die älter oder sozial verletzlich sind oder unter psychischen Störungen leiden. Es gibt auch Vertreter unserer Vereinigung, die eine solche Tendenz klar erkennen. Oberstes Kriterium muss immer die Erhaltung einer menschenwürdigen Pflege und Behandlung sein. Diese erfordert, dass alle Massnahmen getroffen werden, die den demenzkranken Menschen bestmögliche Lebensqualität garantieren. In jedem Fall muss geprüft werden, wie subjektives Leiden möglichst verhindert resp. minimiert werden kann. Die Orientierung an Wirtschaftlichkeitskriterien kann dieses Ziel gefährden. Wir können aufgrund dieser Erwägungen ein Zentrum, wie Sie vorsehen, dann gutheissen, wenn die Lebensqualität der Patienten bei der Ausrichtung des Zentrums im Vordergrund steht und die Effizienzfrage einer vergleichenden Methodik unterliegt und nicht irgendeiner Form von Lebenszeitbewertung. Zudem müssen die Organisationen der PatientInnen und Versicherten angemessen vertreten sein. Dann - und nur dann - kann das vorgesehene Zentrum gegenüber bestehenden, nach Partialinteressen orientierten Institutionen und Projekten derselben Art einen wesentlichen Mehrwert bringen.	
L'ASDD encourage les efforts visant à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé et de la coordination des activités y relatives. Bien que nous soutenions la création d'un centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire, nous estimons que le projet de loi nécessite quelques modifications. Nous demandons que les associations professionnelles puissent maintenir leur rôle central dans la promotion et l'évaluation de la qualité. Les programmes de promotion et instruments de vérification de la qualité existants doivent être soutenus et inclus dans les travaux du centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, pour tout ce qui concerne les professions de la santé, les associations professionnelles doivent être les partenaires prioritaires des programmes de promotion et de contrôle de la qualité. Les programmes de contrôle de la qualité existants ou futurs doivent être valables pour tous, indépendamment d'une adhésion à l'association professionnelle. Nous considérons également qu'il est essentiel que la Confédération édicte des directives contraignantes basées sur les standards professionnels validés par les associations professionnelles. Aussi, nous soutenons particulièrement les conditions cadres suivantes : Les compétences existantes sont utilisées. Le centre travaille en étroite collaboration avec les parties prenantes et les institutions existantes.	SVDE
Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) unterstützt die im Gesetz erwähnten Ziele der Etablierung eines Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Auch in der Unfallversicherung sind Qualität und Transparenz in der Leistungserbringung und Patientensicherheit sowie die Bewertung von Gesundheitstechnologien sehr wichtig, steht doch die umfassende Behandlung und Wiedereingliederung der Verunfallten im Zentrum. Wir gehen davon aus, dass die Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen klar geregelt sind. Im Kontext der Qualitätssicherung sind aus unserer Sicht die Kantone für die Struktur-Qualität, die Leistungserbringer für die Prozess- und Outcome-Qualität und der Bund für die Aufsicht zuständig. In diesem Sinne reguliert der Bund, setzt Normen, beaufsichtigt und sorgt für die notwendige Transparenz. Das Zentrum soll hierfür unterstützend wirken. Dabei sollen allerdings die heute bereits aufgebauten Strukturen wie z.B. der ANQ oder das Swiss Medical Board nicht zerschlagen, sondern eingebunden werden.	MTK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Was für eine „Qualität“ soll das Zentrum messen? Im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (also im Auftrag des Staates!) hat das Swiss Medical Board seit 2009 Theorien ausgearbeitet, wie man den „Wert“ von Lebensjahren von Kranken in Rappen und Franken umrechnen können soll. Das ist die „Qualität“, die das Zentrum für Qualität „messen“ will: den „Preis“ des Kranken. Aber: Alle Dinge haben einen Preis. Der Mensch aber hat keinen Preis. Er hat eine Würde. Witwen und Witwer, Grossväter und Grossmütter, Alleinstehende und so weiter – alle alten Menschen, denen wir alles verdanken, die uns aufgezogen haben, von denen wir die Welt geerbt haben mit allem, was uns nützt und was wir dankbar genommen haben, gerade sie werden von diesem Zentrum für „zu teuer“ erklärt werden – und eines Tages werden wir es auch! Der Staat bekäme mit diesem Lebenswert-Kontroll-Zentrum (So sollte es heissen!) ein Macht-instrument, um die zu „Ballastexistenzen“ herabgewürdigten Kranken nicht mehr behandeln zu lassen, den Ärzten zu verbieten, sie zu behandeln. Und: sie werden aufgrund staatlich befohlener unterlassener Hilfeleistung dem Tod oder qualvollen Siechtum überantwortet. Oder: in die Arme der Todesengel aus den Euthanasiegesellschaften getrieben. NIE DARF DAS GESCHEHEN! NIE DARF DAS GESCHEHEN! Der Staat wird mit diesem Zentrum massenhaft nötige Behandlungen mit der Begründung verweigern, die „verbleibenden Lebensjahre“ dieser Kranken hätten zu wenig Wert. Den „Lebenswert“ von Menschen zu berechnen ist ein Bruch mit der Zivilisation. Das ist Verrat an den Grundwerten unserer Gesellschaft: Verrat am Recht auf Leben, Verrat an der Heiligkeit – im theologischen wie im säkularen Sinne – des Lebens. Die zweiten Ungeheuerlichkeit ist: Mit dem Lebenswert-Kontrollzentrum würden das BAG und die ärztlichen Verbände und Institutionen (SAMW, FMH, GDK etc.) des Schweizer Gesundheitswesens zu de facto-Institutionen der EU.	pSvB-pMN
Betreffend „mehr Sicherheit“: Tatsächlich fehlt ein Bedarfsnachweis für das geplante Zentrum. Mangels geeigneten Belegen werden im erläuternden Bericht Zahlen eines amerikanischen Institutes herangezogen, deren Richtigkeit schon in den USA umstritten sind. Diese Zahlen aus ausländischen Spitälern rechnet das BAG dann auf die Schweiz hoch. Danach seien 2000 – 3000 Todesfälle pro Jahr auf medizinische Fehler zurückzuführen (erläuternder Bericht S. 8). Ein absolut inakzeptables Vorgehen. Abgesehen davon, dass das US--amerikanische und das Schweizer Gesundheitswesen nicht vergleichbar sind. Betreffend „mehr Qualität“: In der Schweiz ist ein solches Kontrollzentrum überflüssig. Die Qualität der medizinischen Versorgung ist in der Schweiz für alle Menschen sehr hoch. Die fundierte wissenschaftliche Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten an den Schweizer Universitäten und Spitälern und die steten Bemühungen der Fachgesellschaften, das hohe Wissensniveau zu halten und laufend neuen Erkenntnissen anzupassen, sind die Grundlagen für die gute medizinische Versorgung. Betreffend „mehr Effizienz“: Die Kosten des geplanten Zentrumswären beachtlich: Ein jährliches Budget von 32 Millionen Franken und mindestens 30 Vollzeitstellen, zu bezahlen aus den Bundessteuern und unseren Krankenkassenprämien (Art. 12--15) -- ist dies die Vorstellung von „mehr Effizienz“ im EDI? Das jetzige Vorhaben, ein Gesundheits--Steuerungszentrum zu errichten, mündet in eine Staatsmedizin mit der Möglichkeit zentralistischer Durchgriffe von oben und einem menschenverachtenden Kosten--Nutzen--Denken. Dies mag zwar globalen Plänen entsprechen, bricht jedoch mit den humanistischen Grundwerten in der Medizin und ist dem Schweizer Volk wesensfremd. Die Hippokratische Gesellschaft Schweiz lehnt deshalb das vorgeschlagene Zentrum grundsätzlich ab. Die Gründe seien nochmals zusammengefasst: 1. Der dem Gesetzesentwurf zugrunde gelegte Qualitätsbegriff ist mit der Hippokratischen Ethik nicht vereinbar. Beim Qualitätszentrum geht es nicht um die bestmögliche Versorgung des kranken Menschen, sondern um utilitaristische und ökonomische Nützlichkeitsabwägungen. Unser Gesundheitswesen hat sich bedingungslos aller und insbesondere den Schwächsten in unserem Lande anzunehmen.	HGS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2. Die monetäre Bewertung menschlichen Lebens, wie sie mittels HTA vorgenommen wird, ist ein Bruch mit der Zivilisation und inakzeptabel. Die Beurteilung von Lebenswert durch den Staat erinnert an finstere Zeiten. 3. Die Übernahme anglo-amerikanischer und EU-Programme, wie sie das „Swiss Network for Health Technology Assessment“ (SNHTA), das „SwissHTA“ und das „Swiss Medical Board“ bereits umsetzen, ist zu sistieren und soll schon gar nicht in ein Bundesgesetz implementiert werden. 4. Die Qualität unseres Gesundheitswesens ist unter anderem dem föderalistischen Aufbau zu verdanken. Zentralisierung, Staatsmedizin und die Durchsetzung von Rationierungsmassnahmen würden zur Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führen. 5. Im Konzept des Zentrums für Qualität ist die Wissenschaftlichkeit nicht mehr gegeben. 6. Es würde weder eine ausreichende politische noch eine fachliche Kontrolle über das Zentrum bestehen. 7. Die Unabhängigkeit des Zentrums ist trotz gegenteiliger Beteuerungen aufgrund seiner teilweisen Drittmittelfinanzierung nicht gewährleistet. 8. Ökonomistische Vorgaben in der Behandlung von Patienten zerstören das für jede Behandlung unabdingbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.	
Die schweizerische Gesellschaft für Nephrologie hat genau die gleiche kritische Einstellung und die gleichen Einwände zum geplanten Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wie sie im Folgenden vom Zentralvorstand der FMH vorgebracht werden.	SGN
1. Generelle Anmerkung Das SRK unterstützt die allgemeinen Zielsetzungen des geplanten Bundesgesetzes sehr: • Die Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmassigen Einsatzes der Leistungen. • Die nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit. • Die Kostendämpfung in der Krankenversicherung. Die in der Qualitätsstrategie des Bundes wie folgt formulierten Zieldimensionen "Die Leistungserbringung soll sicher, wirksam, patientenzentriert und effizient sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle chancengleich erfolgen" entsprechen vollumfänglich dem Anliegen des SRK. Insbesondere die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit ist ein zentraler strategischer und operationeller Grundsatz des SRK. Mit dem vorgesehenen Bundesgesetz ergibt sich die Chance, die Qualität gerade auch für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern und Risikogruppen besondere Beachtung zukommen zu lassen. Das SRK begrüsst es, wenn diese Chance genutzt wird. Wir begrüssen es, dass im erläuternden Bericht des Bundesrats zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Schwachstellen des schweizerischen Gesundheitssystems transparent angesprochen werden. Dabei ist uns aufgefallen, dass eine Schwäche vergessen ging: die mangelhafte Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung, einer verletzlichen Zielgruppe, mit der das SRK in seiner täglichen Arbeit konfrontiert ist. Mehrere Studien zeigen auf, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, und insbesondere, wenn sie keine Landessprache sprechen oder diese wenig verstehen, einen erschwerten Zugang zu den Dienstleistungen des Gesundheitswesens haben. Bisweilen kann bei Migrantinnen und Migranten von einer eigentlichen Fehl- oder Unterversorgung gesprochen werden und die Qualität der Gesundheitsversorgung weist in ihrem Falle erhebliche Mängel auf.' Dies bestätigen auch die Ergebnisse einer Untersuchung des SRK, in der Erfahrungen mit dem schweizerischen Gesundheitssystem aus der Sicht von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erhoben wurden. Unter anderem wurde festgestellt, dass Migrantinnen und Migranten, die sich nicht gut oder gar nicht verständigen können, seitens der Fachpersonen des Gesundheitswesens weniger Zeit und Aufmerksamkeit erhalten als die einer Landessprache kundigen Migrantinnen und Migranten oder als Schweizerinnen und Schweizer. Dies ist umso störender, als dass gerade Patientinnen und Patienten mit weniger Ressourcen mehr Informationen und	SRK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Aufmerksamkeit benötigen würden, um das Ziel einer chancengleichen Behandlung zu erreichen. Ein weiterer Bereich der Chancenungleichheit zeigt sich bei der Spitalbehandlung, wenn Migrantinnen und Migranten nur allgemein versichert sind, was für den grössten Teil zutrifft. Die Befragung von Beraterinnen und Beratern von Patientenstellen deutet darauf hin, dass das Risiko, in einem Spital eher eine Behandlung schlechter Qualität oder mit Komplikationen zu erhalten, ohne Zusatzversicherung gross ist. Auch an der ersten nationalen Tagung des Netzwerks „Swiss Migrant Friendly Hospitals“ vom 19.9.2013, mit welchem das SRK zusammenarbeitet, wurde eine deutliche Benachteiligung bezüglich Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung festgestellt. In eine ähnliche Richtung zielte die Vereinigung der Spitäler der Schweiz H+ im März 2012, als sie festhielt, dass zwar die Bundesverfassung in Artikel 6 u.a. regle, dass niemand wegen seiner Sprache diskriminiert werden dürfe, der Zugang für Fremdsprachige zur richtigen medizinischen Versorgung aber faktisch nach wie vor eingeschränkt sei. Durch Unter- und Fehlversorgungen entstehen nicht nur den betroffenen Migrantinnen und Migranten Nachteile, auch dem Gesundheitssystem selbst erwachsen daraus beträchtliche Folgekosten. Dies steht im Widerspruch zur im neuen Gesetzesentwurf angestrebten Zweckmässigkeit der Leistungen sowie zu deren Effizienz. 3. Kommunikation als grundlegende Voraussetzung für Qualität in der Gesundheitsversorgung in allen Bereichen Verständigungsschwierigkeiten in der Interaktion zwischen den Fachpersonen des Gesundheitswesens und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten bzw. eine mangelhafte oder schlechte Kommunikation sind zentrale Faktoren der unzureichenden Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. Diese beeinflussen sowohl den Zugang zu den Angeboten der Gesundheitsversorgung negativ als auch die Qualität (Angemessenheit, Effektivität, Wirtschaftlichkeit) der Dienstleistungserbringung. Das SRK geht hier mit INTERPRET, der Schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln, einig, bei der es Mitglied ist: „Eine Leistungserbringung, die ‚sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient‘ sein soll und einen Schwerpunkt auf die Patientensicherheit legt, ist in höchstem Mass auf eine lückenlos funktionierende Verständigung angewiesen. Und auch der chancengleiche Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems setzt eine funktionierende Kommunikation voraus. Das Erreichen der in Kapitel 1 zitierten Zieldimensionen ist ohne reibungslos funktionierende Verständigung nicht denkbar.“ Abschliessend regt das SRK zudem an, im Zentrum für Qualität in der Krankenpflegeversicherung eine Ombudsstelle zur Qualitätssicherung einzurichten, mit folgenden Zielen: • Den niederschweligen Zugang der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, um Mängel und Lücken rasch zu erkennen. • Den gemeldeten Problemen rasch und konkret nachzugehen und Massnahmen zu deren zukünftigen Verhinderung zu ergreifen. • Meldungen zu Diskriminierungen entgegen zu nehmen und mit der Eidgenössischen Fachstelle für Rassismusbekämpfung zusammen zu arbeiten.	
Wir begrüssen ein Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung und beteiligen uns deshalb gerne an der entsprechenden Vernehmlassung. Insbesondere die drei zentralen Ziele: • Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen; • Die nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit; • Die Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; sind aus Sicht einer Fachhochschule im Bereich Gesundheit wesentliche Punkte zur Qualitätssicherung und –entwicklung. Ausgangspunkt In dem „Erläuternden Bericht zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ werden sehr klar und nachvollziehbar die Notwendigkeit und die Ziele eines nationalen Qualitätszentrums dargestellt. Wir können diese Ziele „eine Verbesserung der Qualität“, „die Erhöhung der Patientensicherheit“ sowie „die Kostendämpfung“ nur unterstützen. Gleichzeitig sind wir der Meinung, dass sich die Spitäler der	Kal

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Schweiz schon heute vor die grosse Aufgabe gestellt sehen, zahlreiche Qualitätsdaten zu erheben und weiterzuleiten. Die Anforderungen in diesem Bereich steigen stetig an und führen zu grossen Herausforderungen bei den Leistungserbringern. Eine erweiterte Verpflichtung zu Datenmessungen verbessert primär nicht die Behandlungsqualität sondern belastet zugleich die Ressourcen der Spitäler und der anderen Institutionen des Gesundheitswesens. 1. Ausdehnung der Aufgaben und Zusammensetzung des Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung auf Pflege-, Therapieberufe und Hebammen Viele der im erläuternden Bericht aufgeführten Beispiele zur Qualitätsverbesserung, u.a. Prävention von Wundinfektionen oder Senkung der Rate der zentralkatheter-assoziierten Blutvergiftungen (S.9) fallen in den Arbeitsprozess der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe. Diese relevanten Berufsgruppen im Gesundheitswesen müssen von Beginn an in die Steuerung und Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen einbezogen werden. 3. Strukturelle Voraussetzungen schaffen Aus den oben genannten Gründen sind wir der Meinung, dass die gesetzliche Verankerung zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen noch zwei wesentliche Aspekte berücksichtigen und beinhalten sollte: Die strukturellen Voraussetzungen zur Qualitätsverbesserung sowie die curriculare Verankerung des Themas Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der Grundausbildung, im Grundstudium der Medizinal- und Gesundheitsberufe und Schaffung einer Weiterbildung auf tertiärem Niveau mit multiprofessionellem und interdisziplinärem Ansatz. Strukturelle Voraussetzungen schaffen durch folgende Massnahmen: • Verpflichtung der Institutionen, Verantwortliche mit Expertenwissen für das Qualitätsmanagement einzusetzen, die für die Koordination der Qualitätsprogramme, die Datenerhebungen, Schulungen, Verbesserungsstrategien und das Reporting in ihrer Institution zuständig sind • Voraussetzungen für Verantwortliche der Infektionsprävention/Patientensicherheit verpflichtend definieren (Zusatzausbildung, etc.) damit möglichst valide und reliable Daten erhoben und evidenzbasierte Interventionen und Schulungsprogramme implementiert werden • Verantwortliche für Medikationssicherheit (Pharmazie/Pflege) definieren zur Überwachung und Verbesserung der Medikationsprozesse • Ausbildung und Anstellung von „Linked Nurses“, die für die Erhebung valider Daten, Schulungen auf Bereichsebene, Beobachtungen und Verbesserungen in der Praxis zuständig sind • Schaffung von Programmen zur nachhaltigen Implementierung von evidenzbasierten Verbesserungsstrategien, wie Überwachung, Schulung, Qualitätszirkel etc. • Multiprofessionelle Arbeitsgruppen (Qualitätszirkel) einsetzen zur Ausarbeitung, Schulung und Überwachung von Behandlungspfaden, Standards etc. • Schaffung eines Netzwerks der Qualitätsverantwortlichen, der Bildungsanbieter zusammen mit dem nationalen Qualitätszentrum und weiteren wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen. 4. Verankerung in der Bildung Der Einbezug der Bildungsinstitutionen ist unseres Erachtens ein wichtiger Baustein zur erfolgreichen Umsetzung eines nationalen Qualitätsprogrammes. Das nationale Zentrum sollte also bemüht sein, zertifizierte Kurse und Ausbildungen für Qualitätsmanagement zu unterstützen und mit Bildungsanbietern zusammen zu arbeiten. Daneben hat es unseres Erachtens die Aufgabe Universitäten, Hochschulen und andere Bildungsanbieter für Gesundheitsberufe für die curriculare Verankerung des Themas zu verpflichten und sie dabei zu unterstützen und zu beraten. Aus- und Weiterbildung fördern: • Curriculare Verankerung der Themen Qualitätsmanagement/Patientensicherheit in den Grundausbildungen der Gesundheitsberufe (Universität, Fachhochschulen, höhere Fachschulen, Berufsschulen) • Weiterbildungsstudiengänge für Leitungen Qualitätsmanagement/Patientensicherheit auf Tertiär Stufe A und Stufe Tertiär B (Höhere Fachprüfung) • Aus- und Weiterbildung von „Linked Nurses“	
Das geltende Krankenversicherungsgesetz überträgt den Tarifpartnern verschiedene Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung. Die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen leidet	RVK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
jedoch unter deren fehlenden Verbindlichkeit. Wir ersuchen darum den Bund, bessere Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Verbindlichkeit von Qualitätsvorgaben und die Umsetzung der Prüfungsergebnisse gestärkt werden. Im Übrigen verweisen wir auf die in der Stellungnahme von santesuisse vom 3. September 2014 eingehend dargelegten Kritikpunkte und Alternativvorschläge zum Qualitätszentrum, welche wir uneingeschränkt teilen.	
Bei einem national relevanten Gesundheitswesen und -markt von rund 70 Mia. Franken erscheinen institutionalisierte Qualitätsbestrebungen als Selbstverständlichkeit. Wir begrüssen daher grundsätzlich derartige Bemühungen. Freilich stellen wir fest, dass die im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen Aufgaben des Zentrums für Qualität in etlichen Gebieten mit Tätigkeiten bereits bestehender Organisationen Überschneidungen aufzeigen, was nach nochmaliger Überprüfung ruft. Ebenso ist allgemein bekannt, dass unter dem Deckmantel der Qualität vieles übersteuert werden kann, was demjenigen, der die Deutungshoheit über den Begriff der Qualität und die Anforderungen daran hat, ein entsprechendes Steuerungsinstrument in die Hand spielt. Hält man sich nun noch vor Augen, welche zentralistisch-etatistischen Regulierungsabsichten in der Strategie 2020 verankert sind ("Die Steuerbarkeit unseres Gesundheitssystems und dessen Kontrolle müssen erhöht werden."), so lässt dies Böses erahnen. Zusammenfassend halten wir fest, dass bei allen Bemühungen um Qualitätssicherung im Gesundheitswesen das geplante "Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung" nicht als notwendig erscheint, da andere bestehende Institutionen die genannten Aufgaben bereits wahrnehmen oder wahrzunehmen geeignet sind. Durch die administrativen Leerläufe besteht sogar die Gefahr, dass gutfunktionierende und bewährte Qualitätsinitiativen geschwächt werden und dadurch genau das Gegenteil vom beabsichtigten Ziel erreicht wird. Schliesslich wird die Rolle der Kantone dadurch auch erheblich geschwächt. Die drohenden Kosten können im Interesse aller - insbesondere der Prämien- und Steuerzahler- vermieden werden!	SBV
Der VSAO begrüsst Bestrebungen zur Verbesserung der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen. Das geplante Qualitätszentrum setzt aber die falschen Schwerpunkte. Es wird suggeriert, dass mit den angedachten Massnahmen eine massive Qualitätssteigerung erzielt werden kann, was aus unserer Sicht mehr als unklar ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Schweiz bereits über ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen verfügt. In diesem Zusammenhang von Defiziten der Patientensicherheit zu sprechen, suggeriert ein qualitativ ungenügendes Gesundheitswesen. Unseres Erachtens wäre ein Wording im Sinne von „Verbesserungen auf hohem Niveau“ der faktischen Situation angemessener. Besonders stossend am vorliegenden Vorschlag für ein Qualitätszentrum finden wir, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung der Angestellten im Spital und der erzielten medizinischen Qualität mit keinem Wort erwähnt wird. Der VSAO engagiert sich stark für gute Arbeitsbedingungen im Spital (insbesondere für die Einhaltung des Arbeitsgesetzes) und verweist in seinen diesbezüglichen Kampagnen stets auch auf den Zusammenhang mit der Patientensicherheit hin. Übermüdete Ärztinnen und Ärzte begehen mehr Fehler, entsprechend sinkt die erzielte medizinische Qualität! Dass ein geplantes Qualitätszentrum mit jährlichen Kosten von 32 Millionen Franken diesen zentralen Aspekt der Patientensicherheit komplett ausblenden will, ist aus unserer Sicht völlig unverständlich. In diesem Zusammenhang sind die Ausführungen bezüglich gesamtwirtschaftlicher Optik in den Erläuterungen zum geplanten Qualitätszentrum noch zu wenig klar: Es ist für uns nicht ersichtlich, ob die geplanten 32 Millionen Franken jährlich tatsächlich effizient eingesetzt werden. Könnte nicht allenfalls die gleiche Investition in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Angestellten oder eine gleiche Investition in Präventionsbemühungen einen grösseren Effekt auf den Patientennutzen haben? Ebenfalls unklar blieb uns, wie die künftige Koordination der bestehenden und etablierten Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen mit dem neuen geplanten Bundeszentrum für Qualität aussieht. Auch wenn im Begleitschreiben die Rede davon ist, dass die Weiterführung der Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Akteure „durch	VSAO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
die Vorlage nicht in Frage gestellt“ wird, findet sich im Gesetzestext kein Hinweis zur geplanten Zusammenarbeit. Die Gefahr von (unnötigen) Doppelspurigkeiten ist aus unserer Sicht gegeben. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lehnt der VSAO das geplante Qualitätszentrum in der vorliegenden Form ab.	
Globalement, la qualité des soins représente un élément important de tout système de santé. Elle garantit un bon traitement, une atténuation des souffrances et une réduction des complications qui engendrent des frais supplémentaires. Le Groupe Mutuel approuve la mise en place d'une stratégie nationale en matière de qualité et l'élaboration de programmes y relatifs par les partenaires tarifaires. De son côté, la Confédération devrait par contre se limiter à définir les conditions-cadre au niveau législatif ainsi que les mesures/sanctions à prendre en cas de non-respect de ces dernières. Nous sommes donc opposés à la mise en place d'un centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins. La création de ce centre renforcerait l'intrusion de l'Etat dans le système de santé et engendrerait plus de bureaucratie. En plus, plusieurs incohérences relatives à l'organisation de ce centre sont constatées : par exemple concernant la répartition des compétences entre les différents organes ou la composition du Conseil d'administration. Finalement, le rôle du Conseil fédéral est problématique : selon l'avant-projet, il dispose d'un pouvoir important au niveau stratégique mais il peut aussi déléguer d'autres tâches au centre. Une telle accumulation de compétences paraît disproportionnée. La mise en œuvre des actions nécessaires dans le domaine de la qualité relève de la responsabilité des différents acteurs du système de santé. Nous nous prononçons dès lors en faveur d'une collaboration avec les prestataires de soins dans ce domaine afin de mettre en œuvre des indicateurs fiables, qui mesurent l'« Outcome-Qualität ». Les conditions-cadres en matière de qualité des soins peuvent être intégrées dans la LAMal. Il n'est pas nécessaire d'édicter une nouvelle loi en la matière. Cette intrusion va anéantir les projets qui sont déjà avancés. L'ANQ (association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques), qui regroupe notamment les cantons, les hôpitaux ou les cliniques ainsi que les assureurs, s'engage déjà en faveur d'une évaluation uniforme ainsi que d'une mesure coordonnée et cohérente de la qualité. La définition d'indicateurs et des mesures pertinentes de la qualité forment en effet la base permettant l'amélioration constante de cette dernière, ce qui profite inmanquablement aux patients, aux prestataires et aux assureurs. Les structures existantes, actives dans le domaine de la qualité, doivent être soutenues et exploitées en conséquence. L'ANQ permet de définir des critères uniformes. Elle devrait dès lors être développée en tant qu'institut de référence de la qualité. Au niveau national, les mesures de la qualité doivent être uniformes (identiques pour tous les prestataires de soins du même groupe), globales et comparables afin que des benchmarks puissent être réalisés. L'accent doit être mis sur l'« Outcome-Qualität ». La stratégie de la Confédération cible principalement la sécurité des patients, alors que les assureurs-maladie mettent l'accent sur l'efficacité des traitements et, partant, sur la qualité des soins et l'efficacité économique. Les données et les résultats des mesures de la qualité doivent être transparents, compréhensibles pour tous et accessibles au grand public. La qualité doit être un élément sur lequel les prestataires de soins doivent être mis en concurrence ce qui les incite à l'améliorer. Il incombe au secteur de la santé d'organiser l'assurance qualité. Un institut national de la qualité, placé sous l'autorité de l'OFSP, est superflu. Les structures existantes, à l'image de l'ANQ, et les autres institutions reconnues devraient au contraire assumer ce rôle. L'assurance qualité et la mesure de la qualité relèvent principalement de la responsabilité des prestataires de soins, qui doivent se trouver dans un rapport concurrentiel les uns par rapport aux autres. Les dépenses associées à ces tâches ne doivent pas être financées séparément par les assureurs-maladie, ces dernières étant déjà indemnisées par le biais des tarifs applicables à la prestation. C'est pourquoi les coûts des institutions compétentes en matière de qualité ne doivent pas être imputés séparément aux assurés, que ce soit par l'Etat ou les acteurs du secteur de la santé. La garantie d'un niveau de qualité le plus élevé pos-	GM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sible est en revanche un principe fondamental, qui doit être considéré comme évident, notamment par les assurés. Un financement uniquement des frais externes pourrait être envisagé pour autant qu'ils découlent de projets pilotes. Dans le domaine du HTA, nous sommes également opposés à l'intrusion de l'Etat. Les discussions au sein du SwissHTA, qui regroupe des acteurs importants du domaine de la santé, comme interpharma, la FMH, la SAMW ainsi que santésuisse, ont permis d'obtenir un consensus. Ainsi, l'idée est de développer le Swiss Medical Board et de le fusionner avec le SwissHTA afin de mettre en œuvre l'HTA en Suisse. Les compétences existantes seraient donc utilisées et développées. Dans ce sens, l'initiative du Conseil fédéral de donner cette compétence au centre pour la qualité, qui doit encore être créé, est dangereuse. En effet, les institutions reconnues ne doivent pas être remplacées par une autorité à créer et les compétences existantes sont à préserver et à développer. Si cette loi devait être refusée par le Parlement, il conviendrait d'étudier la possibilité de proposer une modification de la LAMai afin que l'autonomie des partenaires puisse être garantie concernant le projet HTA.	
Zunächst begrüßen wir sehr, dass der Bund beabsichtigt, die Qualitätsanstrengungen und Programme für die Patientensicherheit in der Schweiz weiter zu stärken und zusätzliche Mittel hierfür zur Verfügung zu stellen. Dies kann zu einer weiteren Verbesserung unserer bereits jetzt qualitativ sehr guten und effizienten Gesundheitsversorgung beitragen. Trotz dieser positiven Punkte erachten wir den vorgeschlagenen Weg durch die Gründung einer weiteren Stelle für Qualitätssicherung als nicht notwendig. Es sind bereits jetzt in der Schweiz Strukturen vorhanden, die an einer ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität arbeiten. Als Beispiel sei der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) genannt, auch die Stiftung Patientensicherheit ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Ein wesentlicher Teil der qualitativ guten Versorgung, nicht nur im Hinblick auf Patientensicherheit sondern auch auf eine hochstehende medizinische Versorgung auf der Grundlage des aktuell vorliegenden evidenzbasierten Wissens, wird durch die im klinischen Bereich in den Fachgesellschaften tätigen Personen getragen. Über die Fachgesellschaften werden Behandlungsempfehlungen und Leitlinien erarbeitet, die als Goldstandard der aktuell möglichen Behandlung dienen; diese beziehen Wirksamkeit und Sicherheit einer Behandlung auf der Grundlage aller verfügbaren Informationen mit ein und werden von den Experten des jeweiligen Fachgebiets getragen. Der nun vorliegende Vorschlag zur Errichtung einer zentralen Stelle für Qualität kann - in der nun in der Vernehmlassung vorliegenden Form - diese Anforderungen hinsichtlich bestmöglicher Versorgung nicht besser erfüllen als die jetzt bereits vorhandenen Strukturen. Wir befürchten, dass durch die Einrichtung eines neuen zentralen Qualitätszentrums zu den bereits bestehenden Strukturen kein Mehrwert entsteht, sondern im Gegenteil zusätzliche Kosten entstehen und zusätzliche Ressourcen gebunden werden. Aufgrund der fehlenden Nähe zu den Grundversorgern in der Praxis und in den Kliniken -und ggf. auch zu den Fachgesellschaften- besteht zudem die Befürchtung, dass dadurch ein Akzeptanzproblem entsteht, wodurch die eigentlichen Anliegen hinsichtlich bestmöglicher Patientenversorgung nicht gerade erleichtert werden. Abgesehen von den bereits aufgeführten Punkten ist der Text in einigen Punkten sehr vage formuliert, so dass man sich nicht konkret vorstellen kann, wie die praktische Umsetzung aussieht und welche Tragweite die Umsetzung haben kann. In anderen Ländern hat die Errichtung von nationalen Qualitätszentren zu vielfachen Diskussionen mit den Grundversorgern geführt, indem medizinisch sinnvolle Leistungen in Frage gestellt werden und diesen Leistungen der ökonomische Nutzen gegenüber gestellt wird. Die zum Teil unkonkreten Formulierungen im Text unterstützen diese Sorge. Diese sich aus dem jetzt vorliegenden Gesetzestext ergebenden möglichen Folgen könnten gerade die Patienten betreffen, denen wir uns in unserer Fachgesellschaft widmen. Durch die epidemiologische Veränderung wird es in Zukunft immer mehr ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen und Co-Morbiditäten geben. Dies betrifft in besonderem Masse den Bereich der Alterspsychiatrie. Unserer Fachgesellschaft ist es bereits seit Jahren und auch in Zukunft ein grosses Anliegen, dass diese Patientengruppe auf der Grundlage des jeweils aktuell verfügbaren evidenzbasierten Wissens die bestmögliche Versorgung und Behandlung	SGAP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
erhält, natürlich im Rahmen einer für die Gesellschaft ökonomischen Verträglichkeit. Aus diesem Grund engagiert sich die SGAP in der Erarbeitung von Behandlungsempfehlungen und Leitlinien, wie auch in der Fort- und Weiterbildung in engem Kontakt mit den Grundversorgern und allen therapeutisch tätigen Personen des Fachgebiets. Es ist dadurch gelungen einen hohen Standard in der Patientenversorgung zu erreichen. Eine sich im Zusammenhang mit dieser Thematik zwingend ergebende ethische Diskussion, an der sich die SGAP gerne fundamental beteiligt, muss erst geführt werden bevor weitere Strukturen der Qualitätskontrolle installiert werden. Wir können nicht erkennen, wie durch die Gründung eines zusätzlichen zentralen Qualitätszentrums die bisher geleistete Arbeit verbessert werden kann. Im Gegenteil, neben den zusätzlichen immensen Kosten, die von den Leistungserbringern und den Steuerzahlern aufgebracht werden müssen, werden weitere administrative Tätigkeiten folgen, die weitere Ressourcen binden und von der sowohl fachlich (wie auch wirtschaftlich ertragreichen) Arbeit am Patienten abgehen. Letztlich haben wir auch die Befürchtung, dass durch eine zentrale Regulierung Flexibilität und Kreativität der Behandler eingeschränkt werden. Dadurch wird der Fortschritt bei der Entwicklung neuer Behandlungen und Behandlungsmodelle, die gerade bei der von uns vertretenen Patientengruppe unbedingt notwendig sind, weiter eingeschränkt und behindert werden.	
Niemand wird bezweifeln, dass die Qualität einer Operation, des chirurgischen Hand- und Kopfwerks der wichtigste und unverzichtbarste Qualitätsfaktor in der Chirurgie darstellt. Moderne neurowissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen die wohlbekannte empirische Evidenz darüber, wie man Operieren erlernt, Können erzielt und die Qualität lebenslang fördert: Durch Präsenz im Operationssaal, Lernen durch Anschauung, (Aus)Üben, aktives und virtuelles Operieren, Nachahmen [1]. Begabung, Begeisterung, Zeit für Fachliteratur gehören dazu. Dass heute den ChirurgInnen in Ausbildung die nötige Zeit nicht zur Verfügung steht, um sich häufig im Operationssaal (und auch beim Patienten) aufzuhalten - dies wegen administrativer Fremdarbeit und überregulierter Arbeitszeit -, muss letztlich die Qualität chirurgischer Leistungen in Frage stellen [2-4]. Befreiung des Arztes von administrativer Betriebsamkeit, Abbau derselben wird zur unentbehrlichen, naheliegenden Massnahme der Qualitätsförderung. Auch in der Schweiz wird heute die neurowissenschaftliche Forschung grosszügig gefördert. Es wäre absurd, wenn ihre grossartigen Erkenntnisse (und alte Evidenz) in der Praxis nicht umgesetzt würden, u.a. wenn dem Chirurgen die optimale Berufserlernung und Weiterbildung, damit die Aussicht auf kompetente und kostengünstige Tätigkeit vorenthalten wird. Ein Unmass an administrativen Aufgaben (etwa Daten sammeln mit fraglichem Nutzen) nimmt dem Arzt auch den unentbehrlichen Qualitätsfaktor Begeisterung. Die Schaffung eines riesigen und teuren Qualitätszentrums bringt die grosse Gefahr kontraproduktiver, bürokratischer, realitätsfremder Qualitätsprojekte mit sich.	pEG
curafutura begrüsst die Bestrebungen des Bundes, in den Bereichen Qualitätssicherung und Bewertung von Gesundheitstechnologien die notwendigen Grundlagen zur Erzielung substanzieller Fortschritte zu schaffen. Es stellt sich zwar die Frage, inwieweit die vorgesehenen Massnahmen nicht bereits auf Basis der heutigen gesetzlichen Grundlagen implementiert und umgesetzt werden können... ... – die Schaffung eines nationalen Zentrums im Bereich der Qualität stellen wir indessen nicht grundsätzlich infrage, auch wenn dessen Aufgaben noch klar zu definieren sind. curafutura steht der Mitfinanzierung eines künftigen Qualitätsinstituts über OKP-Beiträge der Versicherten nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber. Wir sind hingegen der Ansicht, dass die Finanzierung des Zentrums in Anbetracht des vorgesehenen Aufgabenbereichs in die alleinige Zuständigkeit des Bundes fällt. Dies ergibt sich aus Artikel 4 sowie aus den Erläuterungen zur Vorlage, welche insgesamt ergeben, dass das Qualitätsinstitut ausschliesslich Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des Bundes wahrnehmen würde. - Eine teilweise Finanzierung über die Krankenversicherungsprämien wäre unseres Erachtens nur dann gerechtfertigt, wenn die Krankenversicherer entsprechend in die Prozesse miteinbezogen werden und im Verwaltungsrat des Instituts eine angemessene Vertretung stellen können. 4. Fazit - curafutura anerkennt den potentiellen Nutzen der Schaffung eines Zentrums für Qualität. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist für curafutura folglich teilweise zu begrüssen,	Curafutura

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
doch vermissen wir konkrete Erläuterungen und ein klares Bekenntnis zum substanziellen Einbezug der Stakeholder. Denn in weiten Teilen verfügt der Bund bereits heute über die notwendigen Aufträge und Kompetenzen. Nüchtern betrachtet beschränken sich die neuen Elemente auf die Schaffung eines öffentlich-rechtlichen Instituts und die Erhebung einer Kopfgebühr über die soziale Krankenversicherung zur Finanzierung von Bundesaufgaben. Letztendlich wird es von der konkreten Ausgestaltung des Zentrums abhängig sein, ob dieses die hohen Erwartungen zu erfüllen vermag.	
Zunächst ist festzustellen, dass kaum ein Zweifel am Bedarf für das Vorhaben des Bundes bestehen kann, Massnahmen zur Sicherstellung und weiteren Steigerung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbrachten Leistungen zu treffen. Von daher halte ich die Absicht, ein Zentrum für Qualität auf Bundesebene zu schaffen, für absolut begrüssenswert. Aus dieser Motivation heraus erlaube ich mir, nachfolgend einige Hinweise und Anregungen zu unterbreiten, von denen ich hoffe, dass sie sich in der Sache hilfreich für den weiteren Gesetzgebungsprozess erweisen. Korrespondierend mit dem Fokus von SwissHTA werde ich mich hierbei auf die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Art. 4,2) konzentrieren. Ich verzichte darüber hinaus auf eine Wiederholung der detaillierten Vorschläge, bereits welche im Rahmen des Projektes SwissHTA erarbeitet wurden. An diesem Projekt waren leitende Repräsentanten des BAG kontinuierlich als Beobachter beteiligt. Ziele – Das Ziel der Kostendämpfung ist sicherlich legitim und im System der OKP notwendig, aber seine direkte Verknüpfung mit HTAs könnte sich als problematisch erweisen. HTAs sollen Voraussetzungen für eine bessere Allokation der Ressourcen im Rahmen der OKP schaffen. Das Ergebnis kann im Einzelfall von einem Leistungsausschluss bis zu einer Anwendungsempfehlung reichen und kann folglich kostensenkend, aber auch kostensteigernd wirken. Bei Umsetzung gibt es gute Gründe, eine Steigerung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erwarten. Der fiskalische Nettoeffekt dagegen ist schwer prognostizierbar. Das KVG bestimmt in Artikel 32 die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit („WZW“) von Leistungen als Voraussetzung für die – und den Umfang der – Kostenübernahme. Um als Entscheidungsunterstützung tatsächlich hilfreich und nicht potentiell fehlerleitend zu sein, sollten HTAs systematisch an diesen Zielen ausgerichtet sein. Operationalisierungsvorschläge hierfür liegen von der ELGK und von der SwissHTA vor. Darüber hinaus sollten HTAs den normativen Kontext des Schweizer Rechtssystems reflektieren. Dazu bleibt der zur Vernehmlassung gestellte Vorentwurf vage. Anstelle einer Präzisierung und Definition verwendeter Schlüsselbegriffe werden vielmehr weitere unbestimmte Termini wie beispielsweise „Angemessenheit“ oder der „angemessene Einsatz der jeweils geeignetsten Leistungen“ eingeführt. Damit werden absehbare und vermeidbare Schwierigkeiten der Umsetzung geradezu herausgefordert. Institutionelles - Eine Verankerung von HTAs auf Bundesebene erscheint aus zahlreichen Gründen als sinnvoll und dürfte in der Schweiz auf breite Zustimmung stossen. Allen derzeit noch bestehenden Verbesserungspotentialen der derzeitigen HTA-Prozesse bei BAG und Swiss Medical Board (SMB) zum Trotz stellt sich jedoch die Frage, ob deren stärkere Integration nicht zu einer grösseren Akzeptanz und zur Vermeidung der Ausbildung von Mehrfachstrukturen beitragen könnte. Bezugnehmend auf das SMB darf ich den begonnen „Konvergenzprozess“ hervorheben. Wenn auch dessen Ergebnisse noch nicht vorliegen, so sind doch angesichts des Einbezugs zahlreicher Stakeholder einschliesslich fachlich ausgewiesener Wissenschaftler relevante Vorarbeiten für das geplante Zentrum zu erhoffen. Hieran anknüpfend stellt sich die Frage nach dem bestmöglichen Einbezug aller Schweizer Stakeholder unter gleichzeitiger Wahrung der Unabhängigkeit der Arbeit des geplanten Zentrums. Vor diesem Hintergrund ist weiter zu fragen, wie der absehbare Zielkonflikt zwischen der vorgesehenen Einwerbung von Drittmittelprojekten und der Erbringung von „gewerblichen Leistungen“ (vgl. Art. 22 des Vorentwurfs) durch das Zentrum und seiner unabdingbaren Unabhängigkeit gelöst werden kann. Prozesse – Zur Ausgestaltung der HTA-Prozesse liegen detaillierte Vorschläge unter anderem von SwissHTA vor. Von entscheidender Bedeutung sind klare Trennung der Stufen Assessment, Appraisal und Entscheidung, einschliesslich der eindeutigen Definition der Rolle	Innoval

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
von Stakeholdern in den jeweiligen Stufen. Zudem ist zu hinterfragen, welche Arbeitsschritte im Zentrum selber durchgeführt werden sollen im Vergleich zur externen Vergabe. Die Schnittstelle von HTA-Ergebnissen und ihrer anschliessenden Implementierung – beispielsweise in klinischen Leitlinien der Fachgesellschaften – bedarf ebenfalls einer möglichst präzisen Vorgabe, sollen HTAs tatsächlich eine qualitätssteigernde Wirkung in der Versorgungsqualität entfalten. Schliesslich sollte die Arbeit des Zentrums selbst einer Qualitätssicherung unterworfen werden, welche an im vornhinein zu spezifizierenden Zielen (Qualitätsindikatoren) orientiert werden könnte. Methoden – Die Aufnahme des Punktes „Leitung von nationalen Projekten zur Weiterentwicklung der Methodik im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien...“ (Art. 4,2d) kann aus wissenschaftlicher Sicht nur begrüsst werden. Jedoch irritiert die Einschränkung auf „nationale“ Projekte, nachdem es sich hierbei gerade nicht um ein ausschliesslich oder auch nur primär nationales Thema, sondern vielmehr um ein sehr anspruchsvolles Aufgabengebiet handelt, das in einem internationalen Kontext steht. Zudem ist die vorgesehene Voraussetzung, nämlich die vorherige Beauftragung durch das BAG, schwer nachvollziehbar. Schliesslich wäre es wünschenswert, wenn die wesentlichen Gründe für eine Methodenweiterentwicklung benannt würden, darunter insbesondere der Umstand, dass Wirtschaftlichkeitsbewertungen auf der Grundlage von Kosten je sogenannten qualitätsadjustierten Lebensjahr („QALY“) sehr problematisch sind – bis hin zu daraus resultierenden positiv unethischen Empfehlungen. Zusammenfassung – Mit den vorstehenden Anmerkungen und Hinweisen soll ein konstruktiver Beitrag zum Gelingen des grundsätzlich begrüssenswerten Vorhabens des Bundes geleistet werden, Qualität und Wirtschaftlichkeit im schweizerischen Gesundheitswesen – unter anderem mit der Institutionalisierung von HTAs auf Bundesebene – zu sichern und zu steigern. Ausführliche Referenzdokumente für die vorstehenden Überlegungen stehen mit dem Konsenspapier und den Umsetzungspapieren von SwissHTA zur Verfügung. Den erwähnten Foliensatz füge ich bei, da er Aussagen und Empfehlungen zu nahezu allen Punkten des Vorentwurfs beinhaltet.	
Allgemeine Bemerkungen Der Bündner Ärzteverein begrüsst im Grundsatz die Absicht des Bundes, die Qualitätsbestrebungen weiter zu fördern und zu entwickeln. In Anlehnung an die Vernehmlassung der FMH, wie auch an die Vernehmlassung der KKA, sind wir davon überzeugt, dass die gesetzten Zielsetzungen mit dem gemachten Vorschlag des Bundes nicht zu erreichen sind. Der Bündner Ärzteverein lehnt den vorliegenden Gesetzesentwurf ab. Die Schweiz verfügt heute weltweit über eines der besten Gesundheitssysteme. Beim vorliegenden Entwurf hat man das Gefühl, dass es gar nicht um die medizinische Qualität als vielmehr um ökonomische Sparziele geht. In Art. 3 des Gesetzesentwurfes werden Qualität, Sicherheit und Transparenz sowie Effizienz erwähnt. Tatsächlich bekommt man aber den Eindruck, dass es letztlich um ein drastisches Herunterfahren der Gesundheitsversorgung geht. Die beschriebenen Ziele der Vorlage betreffend der "nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit und der Kostendämpfung in der Krankenversicherung" können mit der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfangen. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt ist auch für den Bündner Ärzteverein nicht zielführend. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt werden die unter Art. 4 aufgeführten Aufgaben von verschiedenen Organisationen wahrgenommen. Diese dürfen nicht aussen vorgelassen werden. Die Vorschläge der FMH zur Anpassung des Gesetzesentwurfes unterstützen wir voll umfänglich. Aufgrund der komplexen Natur von Qualität ist eine systematische Vernetzung mit den wichtigsten Akteuren zwingend. Die entsprechenden Gefässe sind mit der SAQM bereits geschaffen. Zusammenfassend weisen wir nochmals auf die Vernehmlassungen der FMH und der KKA hin, welchen wir uns vollumfänglich anschliessen. Wir sind davon überzeugt, dass die angestrebten Ziele klar zu unterstützen sind. Mit der Ausgestaltung des vorliegenden Gesetzesentwurfes können diese aber nicht erreicht werden.	BÄV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wir begrüßen die Bestrebungen des Bundes - zur Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, - zur Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen, - zur Förderung der Patientensicherheit - sowie zur Unterstützung der Bewertung von Gesundheitstechnologien. Zudem begrüßen wir die Absicht, für dieses Aufgabenfeld zusätzliche finanzielle Mittel einzusetzen und die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich zu fördern. Dem vorliegenden Entwurf für ein Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können wir jedoch nicht vorbehaltlos zustimmen. Gerne übermitteln wir Ihnen nachstehend unsere konkreten Bedenken und Anliegen. Mangelhafte Einbindung der Akteure und Good Governance Die Rollen und die Aufgabenteilung zwischen dem geplanten Zentrum für Qualität und den übrigen Akteuren sowie die Einbindung der bestehenden Akteure auf der strategischen und operativen Ebene sind vage formuliert und zu wenig verbindlich. Die entsprechenden Bestimmungen sind konkreter und verbindlicher zu fassen. - Insbesondere bei der Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Programmen und Massnahmen zur Qualitätssicherung und –verbesserung müssen die bestehenden Akteure aktiv mitwirken, damit ihre praxisnahe Expertise zum Tragen kommt und eine wirkungsvolle Umsetzung gefördert wird. Mit einem Zentrum für Qualität auf Bundesebene sollen keine Parallelstrukturen geschaffen werden. Bereits bestehende und erfolgreiche Initiativen sollen gezielt optimiert und ergänzt werden und die Komplexität im Zusammenwirken der Akteure soll verringert und nicht erhöht werden. Etablierte Fachverbände wie die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie, die Schweizer Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten, Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie, und andere sind in geeigneter Form einzubinden. Angesichts der verfassungsmässigen Zuständigkeitsordnung für das Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz, strebt der vorliegende Entwurf eine zu starke Zentralisierung der Aufgaben und Kompetenzen an. Dies gilt insbesondere für die Umsetzung von Massnahmen (Programme und Projekte). Im Sinne von Good Governance muss hier eine bessere Gewaltentrennung eingehalten werden. Wenn das Zentrum für Qualität eine starke Rolle in der Definition der Strategie und in der Evaluation der Umsetzung übernehmen soll, müssen die Umsetzungsaktivitäten zur Verfolgung der Strategie an kompetente externe Akteure übertragen werden. Während im stationären Bereich unseres Gesundheitsversorgungssystems bereits verschiedene Initiativen laufen, besteht der aktuelle Handlungsbedarf insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung und an den Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Leistungsangeboten. Dabei muss die Qualität von integrierten Behandlungspfaden gefördert werden.	CVS
Die Geschäftsleitung (GL) der EDU-Schweiz (EDU-CH) betrachtet eine gut funktionierende, wirksame Kontrolle der Effizienz der im Gesundheitsbereich investierten öffentlichen Gelder sowie der eingesetzten Mittel aus Versicherungsprämien als notwendige, wichtige Aufgabe im Interesse der Versicherten und Steuerzahler. Grundsätzlich unterstützen wir das Bestreben des Bundes, im Gesundheitswesen allgemein eine genügende Transparenz und Effizienz anzustreben. Über das „Wie“ dieser Qualitätssicherung gestatten wir uns, Ihnen im Rahmen dieser Vernehmlassung unsere Überlegungen vorzustellen. - Auch die EDU ist besorgt über die ständig steigenden Gesundheitskosten und erachtet es als dringende Notwendigkeit im Gesundheitswesen die Kosten zu stabilisieren, resp. möglichst zu senken, indem die Ursachen der steigenden Gesundheitskosten konkret angegangen werden. Die EDU sieht einen der wichtigsten Kostentreiberfaktoren in der teilweise fahrlässigen- bis verantwortungslosen Lebensweise von grossen Teilen der Bevölkerung, resp. der Versicherten durch deren Umgang und Verhalten in den Bereichen Arbeit, Ruhezeit, Schlaf, Ernährung, Sport/Bewegung, Psycho-Hygiene, zwischenmenschliche Beziehungen, Sinnfragen des Lebens, Umgang mit Alkohol, Drogen, Sexualität, usw. Die aktuelle, von der Politik und dem BAG praktizierte Methode, dass praktisch alles, inkl. diverser Unsinn, via obligatorische Grundversicherung bezahlt wird, reduziert die Eigenverantwortung der Versicherten auf nahezu Null. Ein	EDU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wechsel zu einem Versicherungs-Grundprinzip, wonach die Versicherungsprämie in einem direkten Verhältnis steht zum Risiko des Versicherten für den Versicherer würde Anreize schaffen, selbst ein „gutes Risiko“ mit relativ günstigen Prämien zu werden. Mit dem heutigen System ist das nahezu verboten und die Förderung guter Risiken im Gesundheitsbereich ist verpönt. Ein enormes Sparpotential sieht die EDU auch in einer wirksamen Reduktion der administrativen Bürokratie im gesamten Gesundheitsbereich auf das absolut Notwendige. Aus Sicht der EDU sind im Gesundheitsbereich enorme Kostenstabilisierungs- und –senkungs-Möglichkeiten vorhanden, jedoch fehlt aktuell in der Politik und bei den Versicherten noch der dazu nötige Wille und Leidensdruck. Kurz-Zusammenfassung der Haltung der EDU-CH: • Die EDU unterstützt das Ziel einer wirksamen Kontrolle von Wirksamkeit, Qualität und Effizienz im Bereich des Gesundheitswesens, sowohl bei der obligatorischen Grundversicherung wie bei allen übrigen Leistungskategorien, wie sie ja im geltenden KVG vorgesehen sind. • Die EDU-CH ist der Ansicht, dass ein neues Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung absolut unnötig, ja überflüssig ist und allenfalls notwendige gesetzliche Anpassungen im aktuell geltenden KVG vorgenommen werden können. • Die EDU-CH ist zudem der Ansicht, dass kein neues Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nötig ist. Die verfügbaren Ressourcen können wirksamer und zielgerichteter durch eine bedarfsgerechte Optimierung und vor allem eine verbesserten Koordination bestehender Organisationen und Institutionen eingesetzt werden. • Aus Sicht der EDU-CH führt ein neues, zusätzliches Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einer teuren, überflüssigen Doppelspurigkeit mit den bestehenden Kontrollmechanismen im aktuellen KVG. Interessanterweise macht die Vernehmlassungsvorlage keine Vorschläge, welche bestehenden Institutionen und Kosten durch das neu vorgeschlagene Zentrum eingespart werden könnten. Dies führt automatisch zu einer, durch rein administrative Aufblähung verursachte Verteuerung des Gesundheitswesens. Dies lehnt die EDU entschieden ab. è Verzichten Sie im Interesse der Eindämmung der Gesundheitskosten auf die völlig unnötige Errichtung eines Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung! Danke!	
Die QUALAB begrüsst, dass der Bund die längst geforderte Sicherung der Qualität verstärkt fördern will und bereit ist hierzu zusätzliche finanzielle Mittel zu sprechen. - Für den Bereich Medizinische Laboranalytik gemäss Eidgenössischer Analysenliste bestehen diesbezüglich bereits die notwendigen Strukturen. Hingegen ist die Einbindung, die Ausrichtung sowie die zielgerichtete Vernetzung bis dato noch nicht gelöst. Die QUALAB sieht durch die Schaffung eines zusätzlichen Institutes keinen Mehrwert betreffend Qualitätssicherung im Bereich der medizinischen Laboranalytik. Vielmehr sollen die bestehenden Institutionen und Initiativen gefördert werden, damit diese unter Berücksichtigung nationaler Interessen weiterentwickelt werden können. B) Zu einzelnen Aussagen im Erläuternden Bericht 1.1 Ausgangslage (S.9) Die Bemerkung - Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen. Die Ringversuchszentren bieten seit Jahren Ringversuche im Bereich der ambulanten Medizin an, so auch für Praxislaboratorien (Hinweis im Wissen darum, dass das Praxislabor keine strikte ärztliche Tätigkeit darstellt, jedoch bei Praxen mit Praxislabor ein Obligatorium zum Fähigkeitsausweis Praxislabor besteht). 1.3.3 Bisherige Aktivitäten der Tarifpartner und Kantone (S. 18) Im Laborbereich ist die Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (QUALAB) zu erwähnen, die 1994 einen ersten Qualitätsvertrag für die Analysenleistungen zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt hat und mit regelmässigen Ringversuchen die Qualität der Laboranalysen extern überprüft. In enger Zusammenarbeit mit den drei nationalen Ringversuchszentren (CSCQ, MQ, sowie BSD SRK) sowie ausländischen Kooperationen werden die für obligatorisch erklärte Ringversuche an sämtliche Leistungserbringer verteilt, durchgeführt und ausgewertet (die Ringversuchszentren haben über 7000 Teilnehmer). 1.3.5 Qualitätsstrategie des Bundes (S. 20) Die Aussage: Die Partner im Gesundheitswesen wurden während dieses Prozesses einbezogen und hatten Gelegenheit, insbesondere zu den in der Strategie definierten Aktionsfeldern	QUALAB

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Stellung zu nehmen. Die QUALAB erhielt bis dato nie die Gelegenheit zur Stellungnahme. 1.3.5 Qualitätsstrategie des Bundes (S. 21, Aktionsfeld 1 Führung und Verantwortung) Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, dass die Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit wirksam wahrgenommen werden können. Dies wird insbesondere durch den Aufbau von geeigneten Strukturen beim Bund sichergestellt. Die QUALAB unterstützt diese Aussage, damit die bestehenden Institutionen passende Rollen zugeteilt bekommen und der Bund diese koordiniert. Welche Aufgabe wird dem Zentrum in punkto Qualitätssicherung zu teil? Wird das Zentrum auch diesbezüglich inhaltlich aktiv oder kann sich dieses entsprechend abgrenzen? 1.7.1 Ziele der Vorlage (S. 30) Von Seiten des Bundes können, wie ausgeführt, mit den bestehenden Ressourcen nur sehr beschränkt Aktivitäten entfaltet werden (vgl. Ziff. 1.4.3 und 1.6). Dies betrifft insbesondere die Evaluation von Massnahmen im Bereich der Qualitätssicherung, deren Implementierung und erfolgreiche Umsetzung eng zu begleiten sind. Die QUALAB bestätigt diese Aussage und unterstützt die daraus gefolgerte Massnahme. Die bestehenden Institutionen sind durch den Bund zu unterstützen und zu koordinieren. Anhang 2 Übersicht Verträge nach Artikel 77 KVV (S. 69) Laboratorien Hinweis. Der aktuell gültige Grundvertrag trägt die Version 2.1 mit Stand 29.11.1999, so wie dieser auf der Homepage aufgeschaltet (www.qualab.ch) vorliegt. Fazit und Empfehlungen - Der Bund sollte die Rolle eines koordinierenden Organs übernehmen und die bestehenden Institutionen und Initiativen unterstützen, fördern und zusammen weiterentwickeln. Vermeehrt sollte sich der Bund auch klar bemühen den Vollzug entsprechender Massnahmen sicherzustellen, einzufordern und zu prüfen. Forderungen - Wir wünschen generell eine aktive und vermehrte Zusammenarbeit. Der QUALAB soll eine entsprechende Rolle als Akteurin im Bereich der Qualitätssicherung von Medizinischen Laboratorien zugeordnet werden.	
I. Allgemeine Bemerkungen Die mws begrüsst das Ziel der Vorlage, die Qualität der medizinischen Dienstleistungen zu stärken. Zu einem Bundesgesetz wie dem KVG gehört ein national einheitliches Qualitätssicherungssystem, damit die finanzierten Leistungen unabhängig vom Leistungserbringer qualitativ gleichwertig sind. Die Akteure im Gesundheitswesen, im Wesentlichen die Versicherer und die Leistungserbringer, versuchen sich seit bald 20 Jahren hierüber zu einigen, was bisher ungenügend gelungen ist. Es ist deshalb heute richtig anzustreben, wesentliche Aspekte der Qualität zentral und systematisch zu regeln und möglichst wenige Unsicherheiten bestehen zu lassen. Eine Vereinheitlichung der Ansprüche an die Qualität der Leistungserbringung ist auch deshalb so wichtig, weil das Wissen immer schneller wächst und veraltet, sodass sich die einzelnen Leistungserbringer auf einheitliche Regeln für die Leistungserbringung verlassen können müssen. Eine schweizweit tätige Plattform für den Austausch unter den Akteuren und mit den politischen Gremien, welche gleichzeitig unabhängig von einzelnen Bundesämtern agieren kann, wird deshalb grundsätzlich begrüsst. Mit einer solch unabhängigen Plattform kann sichergestellt werden, dass die erarbeiteten Grundlagen, welche politischen Prozessen zu Grunde gelegt werden, neutral sind. Die öffentliche Zugänglichkeit aller Unterlagen trägt ausserdem zu einer Versachlichung der Diskussionen bei. Qualität hängt u.a. wesentlich vom Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern ab und ist somit auch eine Frage der offenen, konstruktiven Kommunikation. Die heute bereits tätigen Akteure nehmen sich dieses Themas bewusst, differenziert und effektiv an. Trotzdem ist als Verstärker eine Bündelung der Aktivitäten und eine engere Vernetzung der verschiedenen Partner und Impulsgeber sinnvoll. Eine allgemeine Definition des Begriffes der Qualität ist selbstverständlich notwendig und wird begrüsst. Sie muss jedoch Raum für Differenzierungen zulassen, was in der Vorlage vermisst wird. So ist es z.B. notwendig, dass Sicherheitsstandards bei der Behandlung von Orphan Diseases gesenkt werden, damit Menschen mit solch seltenen Krankheiten überhaupt behandelt werden können, ohne dass sich die handelnden Personen Unsorgfalt oder gar strafbares Verhalten vorwerfen	mws

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
lassen müssen. Es versteht sich von selbst, dass die Patientinnen und Patienten über Abweichungen von den üblicherweise angewandten Qualitätsstandards aufgeklärt werden müssen und dass sie ihr Einverständnis geben müssen. Qualität muss auf der Ebene der Plattform streng von der Frage der Wirtschaftlichkeit getrennt werden. Die Diskussion um die Qualität der Leistungserbringung muss zuerst in einem offenen Raum geführt werden, damit die besten Lösungen nicht zum Vornherein undenkbar werden. Ob die Kosten für eine qualitativ gute Behandlung schlussendlich vom KVG getragen werden sollen bzw. können, ist in einem zweiten Schritt von den hierfür zuständigen Gremien zu bestimmen. Es ist somit essentiell, dass das Zentrum seine Aufgaben auf die Qualität fokussiert und das Gesetz ihm keinen Entscheidungsspielraum einräumt. Zu bemängeln ist die Kombination der Qualitätsdiskussion mit Bewertungen von Gesundheitstechnologien. Hierfür sind vollständig andere Voraussetzungen notwendig und es kommen andere Prozesse zur Anwendung. Wenn zwei so unterschiedliche Aufgaben in einer Organisationseinheit zusammengefasst werden sollen, so muss auf Gesetzesstufe sichergestellt sein, dass es in keinem Fall zu einer Vermischung dieser Aktivitäten kommt. Inhaltlich richtig wäre es, zwei unabhängige Organisationseinheiten zu schaffen. II. Fazit - Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vorlage grundsätzlich begrüsst wird. Sie ist zielgerichtet aufgestellt und gewährleistet die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Zentrums. Es ist jedoch wichtig, dass die Qualitätsdiskussion in diesem Stadium nicht mit Kostenüberlegungen gemischt wird. Das Zentrum hat Grundlagenarbeit für die politischen Gremien zu leisten. Die weitergehenden Entscheide dürfen nicht in seinen Händen liegen. Die Aktivitäten der verschiedenen Stakeholder des Gesundheitswesens dürfen durch das Zentrum nicht blockiert werden, denn diese bringen mit ihrem hohen Fachwissen wesentliche Impulse in die Qualitätsdiskussion ein. Das Zentrum hat deshalb die Stakeholder regelmässig und umfassend in seine eigenen Prozesse zu involvieren. Die Effizienz und Effektivität des Zentrums hängt davon ab, dass es die adäquate Ebene der Abstraktion seiner Tätigkeit findet und weiterhin auf der Selbstregulierung der Ärzteschaft aufbaut. Eine Delegation der Qualitätsdiskussion an ein Zentrum der vorgesehenen Art wäre fatal für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Aufgaben rund um die Bewertung von Gesundheitstechnologien sind vollständig losgelöst von denjenigen im Bereich Qualität zu organisieren.	
Grundsätzliches Aus Sicht der von den Mitgliedern der Konferenz Kantonale Krankenhäuser K3 vertretenen Spitäler und Kliniken werden die Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung und Patientensicherheit als originäre Aufgaben eines jeden Betriebes wahrgenommen. Einerseits besteht eine Pflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten zur bestmöglichen Behandlung, andererseits ist es im existenziellen Interesse jedes Betriebes, eine vergleichbar gute oder wenn möglich überdurchschnittliche Qualität und Sicherheit auszuweisen. Ausgangslage Nachdem Qualitätsmassnahmen der einzelnen Betriebe im stationären Bereich in verschiedenen Kantonen bereits seit den 1990er-Jahren mit Qualitätsmessungen und –vergleichen begleitet wurden, erfolgte 2009 die Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), welchem alle Mitglieder von K3 angehören. Die Mitglieder sind verpflichtet, die ANQ-Messungen durchzuführen und auch zu finanzieren. Des Weiteren bestehen zahlreiche weitere Aktivitäten namentlich in den Bereichen Patientensicherheit, nosokomiale Infektionen, Implantateregister, HTA, Medical Board und so weiter, wie im Erläuternden Bericht dargestellt. Handlungsbedarf Im Erläuternden Bericht werden verschiedene Mängel der heutigen Aktivitäten geortet, darunter mangelnde Koordination, Information, ungenügende Anreize zu Verbesserungen und Behandlungsleitlinien, zu geringe Nutzung des Verbesserungspotenzials. Gefordert werden eine stärkere Führung und Koordination, mehr Ressourcen und verbesserte Strukturen und Instrumente sowie mehr Verbindlichkeit und systematische Überprüfung der Leistungen. Vorlage Die Defizite sollen gemäss Gesetzesvorlage mit strukturellen und finanziellen Massnahmen	K3

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
behaben werden: Schaffung eines Zentrums für Qualität in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt, Einsetzung einer nationalen Qualitäts-Plattform und einer nationalen HTA-Plattform sowie entsprechende Bereitstellung von finanziellen Mitteln mit einem Kostenrahmen von jährlich 32 Millionen Franken. Nicht Teil davon sind die Aufwände der Leistungserbringer, welche als Kosten in den vereinbarten Tarifen berücksichtigt sein sollen. Die Aufgaben des Zentrums sind in Art. 4 des Gesetzesentwurfes aufgezählt. Kritische Würdigung Dass dem Bericht „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“ von 2009 und einem Bericht zur Konkretisierung von 2011 nun Taten folgen sollen, wird von uns begrüsst. Im Erläuternden Bericht wird auf Seite 3f. auch festgehalten: „Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen weder die Qualitätssicherung noch die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen.“ Dies ist ebenfalls positiv zu würdigen. Zu hinterfragen ist jedoch, ob die anvisierten Ziele nicht einfacher und wirkungsvoller mittels Unterstützung der bestehenden Organisationen erreicht werden könnten, ohne dazu eine Parallelstruktur in Form des Zentrums für Qualität zu schaffen. Fazit Wir kommen zum Schluss, dass das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung nicht benötigt wird und der Bundesrat mit den dafür vorgesehenen Ressourcen die heutigen Aktivitäten der verschiedenen Institutionen unterstützen und koordinieren sowie weitere Qualitätsentwicklungsprogramme ermöglichen sollte.	
Les objectifs du projet sont louables mais des améliorations doivent y être apportées pour que la Société Vaudoise de Médecine puisse y adhérer. La participation des sociétés médicales de spécialistes et des sociétés médicales cantonales n'est pas suffisamment ancrée dans le projet de loi et il convient impérativement d'apporter les adaptations adéquates. La création d'un centre national de qualité et de l'adéquation des prestations répond à des objectifs fixés de longue date dans la LAMai et l'on observe que ces tâches seront mises en place par la Confédération pour l'ensemble du territoire suisse. Cette volonté conduit à une centralisation inexorable du pilotage des soins dans la mesure où ce sont les cantons qui ont aujourd'hui une très large compétence en la matière et qui pilotent, chacun à leur échelle, ce domaine à l'exception de la MHS qui a impact supracantonal. Avec la création de ce centre, la qualité sera pilotée - et non pas coordonnée ! - de manière centralisée, ce qui aura pour corollaire une perte des spécificités régionales, comme on le constate aujourd'hui dans certains traitements thérapeutiques ou dans certaines mesures de prévention de la santé (cf. la polémique et les nombreuses réactions négatives engendrées par le rapport du Swiss Medical Board sur les programmes de dépistage du cancer du sein au printemps 2014).	SVM
Die SGR-SSR ist stets bestrebt, die Qualität der bildgebenden Diagnostik und der bildgestützten Therapie laufend zu verbessern und fördert Qualitätsprojekte. Dabei arbeiten wir sowohl mit nationalen als auch mit europäischen und internationalen Gremien eng zusammen und pflegen sowohl den interdisziplinären als auch den internationalen Austausch. Qualitätsbestrebungen stehen wir grundsätzlich positiv gegenüber, nicht jedoch der Gründung eines Zentrums für Qualität, da sich die vorgesehenen Aufgaben mit denjenigen anderer, bestehender, effizienter Organisationen überschneiden. Die SGR-SSR sieht sich zunehmend mit Qualitäts- und andern Projekten konfrontiert, die im Einzelnen sinnvoll sind, in ihrer Quantität aber zunehmend Ressourcen vom Patienten weg in administrative Arbeiten verlegen und dadurch zu Qualitätsverlust führen können. Doppelspurigkeiten sind zu vermeiden. 3. Zusammenfassung Die SGR-SSR sieht sich zunehmend mit Qualitäts- und andern Projekten konfrontiert, die im Einzelnen sinnvoll sind, in ihrer Quantität aber zunehmend Ressourcen vom Patienten weg in administrative Arbeiten verlegen. (z.B. BAG-Kontrollen, Geräte-Kontrollen der Hersteller, Anstellung eines Medizinphysikers, Clinical Audits, Einführung CIRS, Qualitätsaudits, Datenschutz, Leistungserfassung, Aufklärung, Dokumentationsaufwand, Submissionen, etc.) Dieser Verteilungskampf kann zu einem Qualitätsverlust führen. Doppelspurigkeiten müssen vermieden und neue Aufgaben hinterfragt werden. Die SGR-SSR steht Qualitätsbestrebungen grundsätzlich positiv gegenüber, nicht jedoch der Gründung	SGR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
eines Zentrums für Qualität, da sich die vorgesehenen Aufgaben mit jenen anderer, bestehender effizienter Organisationen überschneiden. Wichtige Forderungen aus verschiedenen parlamentarischen Vorstössen wurden bereits umgesetzt. Im Bereich der stationären Versorgung wurde der Verein ANQ gegründet. Die Bewertung und Überprüfung von Leistungen auf ihre KVG-Konformität, wird bereits durch die ELGK, durchgeführt. Die Tarifierung ist primär Sache der Tarifpartner. Wir lehnen deshalb die Schaffung einer Parallelstruktur ab. Reevaluationen und Überprüfungen von Leistungen können sowohl vom SMB als auch von der ELGK durchgeführt werden. Gegebenenfalls können für sachliche Fragestellungen auch auf die Akademie der medizinischen Wissenschaften oder auf nationale und internationale Fachgesellschaften abgestellt werden. Die Vermischung von staatlicher Kostenkontrolle und Empfehlungen zum zweckmässigen Einsatz der Leistungen erscheint uns problematisch. Dies kann fallweise zu einer verdeckten Rationierung führen. Zusammenfassend kommen wir zum Schluss, dass die Schaffung eines Zentrums für Qualität und Wirtschaftlichkeit unter den gegebenen Umständen unnötig ist, da alle im Bericht erwähnten Aufgaben durch bestehende, anerkannte Institutionen erledigt werden können ohne die Versicherten zusätzlich finanziell zu belasten. Allenfalls könnte eine Koordinationsstelle die verschiedenen Qualitätsbestrebungen aufeinander abstimmen zum nachhaltigen Nutzen für Patientinnen und Patienten.	
Le Parti socialiste suisse (PS) a pris connaissance des dispositions prévues afin de renforcer la qualité des soins et d'en assurer l'économicité. Nous tenons à manifester ici notre soutien aux objectifs visés par le Conseil fédéral car il nous apparaît essentiel que la Confédération s'engage davantage en la matière. Il s'agit de combler des lacunes mises en avant notamment par l'OCDE et l'OMS dans le domaine de l'information sur les résultats des prestations et la morbidité liée aux soins. A en croire les statistiques articulées dans le rapport explicatif, le nombre de décès dus à des erreurs médicales est considérable (environ 2'000 à 3'000 par année), cela sans compter le nombre de jours d'hospitalisation provoqué par des incidents évitables ; des mesures s'avèrent nécessaires pour diminuer ces chiffres. La création d'un centre national pour la qualité des soins s'inscrit dans la stratégie de Santé2020 approuvée par le Conseil fédéral en 2011 et concrétise l'un des objectifs poursuivi dans le domaine d'action 3. Ainsi, la Suisse rattraperait son retard sur d'autres pays qui ont déjà introduit des programmes similaires et elle permettrait à la population l'accès à une médecine de pointe ainsi qu'à des soins performants. Pour le PS, le projet va donc dans la bonne direction en plaçant l'intérêt des patient-e-s au centre des préoccupations. Nous considérons pourtant que le Conseil fédéral pourrait en faire davantage. En revanche, le PS tient à relever que la qualité des soins ne dépend pas simplement de la valeur des prestations et des technologies sur les plans thérapeutique et économique ; le projet ne semble pas suffisamment tenir compte d'autres facteurs influençant la qualité des soins, et cela malgré qu'ils soient mentionnés dans le rapport explicatif. Ainsi nous plaçons aussi en faveur d'un renforcement des contrôles de la qualité des prestations au niveau des processus et des structures. Partant, l'impact ou le résultat (« outcome ») devrait connaître des améliorations substantielles. Il serait également souhaitable que ces contrôles ne se limitent pas simplement à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les failles dans le système sont souvent dues à des problèmes liés aux conditions de travail du personnel de la santé. Ce dernier est régulièrement sujet à de longs horaires de service si bien que la fatigue s'accumule, augmentant ainsi le risque d'erreurs médicales. Citons encore l'économisation croissante du secteur de la santé qui peut ouvrir la voie à de mauvaises incitations orientées vers une maximisation du profit et, par conséquent, à davantage de pressions sur ce même personnel. Ce phénomène est malheureusement déjà perceptible : par exemple, certains médecins reçoivent des bonus lorsqu'ils prennent en charge les patients nécessitant des opérations ou des traitements qui sont lucratifs et sans risques. A cela s'ajoutent encore le rationnement des prestations pour les personnes âgées, les problèmes de coordination dans l'approvisionnement, les différences cantonales et régionales dans l'offre et la réglementation ou encore la pénurie de main-d'œuvre spécialisée. Par ailleurs, certaines lacunes se retrouvent dans les diagnostics médicaux, certains laboratoires étant confrontés à des problèmes. Enfin, la qualité du système de santé touche aussi à la question de l'accès aux prestations. Cela est particulièrement valable pour les populations migrantes : ainsi, des recherches ont démontré que les personnes de langue étrangère ne bénéficiaient que d'un accès lacunaire à des soins	SP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
de qualité de par leurs difficultés à se faire comprendre et à saisir les informations qui leur sont données. C'est pourquoi il serait essentiel qu'il se penche sur ces problèmes par une analyse approfondie des structures d'approvisionnement ; il devrait accorder une attention particulière aux conséquences des mauvaises incitations financières sur qualité des prestations et de l'approvisionnement. Il serait d'ailleurs nécessaire que les compétences du centre soient étendues afin qu'il ait une fonction régulatrice et que ses recommandations obtiennent un caractère plus contraignant. Il s'agit, à notre sens, de fournir à ce centre les instruments nécessaires afin de promouvoir efficacement la qualité dans les soins. D'une manière générale, l'on se rend compte que la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons constitue un facteur limitatif puisqu'il existe parfois de grandes différences entre les cantons et les communes dans la mise en oeuvre des directives et l'atteinte des objectifs. Pour cela, il est indispensable que les cantons soient mis à contribution. Il est prévu dans le projet que le centre prenne la forme d'un établissement de droit public qui mette en réseau les connaissances disponibles et crée des synergies, cela par le biais de la mise en place de deux plateformes nationales, l'une pour la qualité et l'autre pour le HTA. Tandis que la direction stratégique reviendra au Conseil fédéral, le pilotage du centre sera confié à un conseil d'administration. Le PS estimerait judicieux d'y intégrer les spécialistes des questions traitées. Sur le plan financier, le Conseil fédéral prévoit un investissement annuel de 32 millions de francs suisses. Les assuré-e-s des caisses maladie alimenteront le budget par une contribution de 22 millions de francs. Aux yeux du PS, il n'est pas souhaitable de charger d'avantage l'assurance obligatoire des soins et nous encourageons la Confédération à envisager un financement qui soit plus social (par exemple moyennant l'impôt fédéral direct), bien que la contribution de 3.50 francs par an soit modeste. Au demeurant, il s'agit d'un programme qui profitera à tout le monde. Il conviendra également d'examiner si le budget ne pourrait pas être revu à la hausse afin de lancer des programmes répondant à davantage de critères de qualité et d'en accroître l'impact tout en les mettant en oeuvre plus rapidement. En lisant le rapport, il s'avère qu'il y a pléthore de programmes, d'organisations ou de fondations qui se sont intéressés aux problèmes de qualité et qui ont mené des recherches dans le domaine. Certaines organisations sont déjà bien établies et fonctionnent efficacement. Il s'agirait les impliquer, sans les engloutir, afin de profiter de leur savoir-faire. En guise d'alternative, il serait tout à fait imaginable de renforcer et d'investir dans un programme existant, lequel serait en mesure de revêtir le rôle qu'il incombera au centre.	
Wir beschränken uns in der vorliegenden Stellungnahme bewusst auf diese Grundsätze. Auch wenn wir den vorliegenden Entwurf in dieser Form ablehnen, möchten wir Ihnen versichern, dass pharmaSuisse sich weiterhin für die Qualität im Gesundheitswesen einsetzen und Lösungen, die den obigen Grundsätzen entsprechen, unterstützen wird. pharmaSuisse begrüsst, dass sich der Bund mit dem Thema der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen intensiver befasst. Aus unserer Sicht beschränkt sich aber der Auftrag des Bundes keinesfalls auf den Bereich der obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung. Im KVG-Bereich wäre gemäss Art. 135 KVV eine subsidiäre Intervention des Bundes überall nötig gewesen, wo keine Qualitätsverträge bis zum 31. Dezember 1997 vorlagen. Die Schweizer Apothekerschaft hat diesbezüglich ihren Beitrag fristkonform geleistet. Die Qualitätsförderung und -kontrolle im Bereich der OKP-pflichtigen Apothekerleistungen sind längst Bestandteil der Tarifverträge LOA und die Zusammenarbeit mit santésuisse / tariffsuisse funktioniert in diesem Bereich reibungslos. Dagegen ist die Situation für Apotheken, die dem Vertrag nicht beigetreten sind, immer noch nicht gelöst! Wir bedauern sehr, dass es für diese möglich ist, die Qualitätssicherung zu vernachlässigen. pharmaSuisse hat bereits vor mehr als 15 Jahren für die öffentlichen Apotheken ein praxistaugliches Total-Qualitätsmanagements-System angeboten, das zu einem Label führt. Die Apotheker haben aber nur zögerlich von diesem Angebot Gebrauch gemacht, bis auf Apotheken in ein paar Kantonen, die QMS-Systeme für die Erteilung der Betriebsbewilligung verlangen. In der laufenden HMG Revision sollen mit Art. 30 deshalb bald sämtliche Abgabekanäle dazu verpflichtet werden, ein Qualitätssicherungssystem zu führen. Das begrüssen wir im Sinne der Patientensicherheit sowie einer Gleichbehandlung der Akteure sehr.	Pharmasuisse

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
pharmaSuisse stellt leider fest, dass der vorgeschlagene Gesetzestextentwurf inhaltlich keine überzeugenden Elemente beinhaltet, die die Hoffnung erwecken, dass die Schweizer Spitzenqualität durch das so beschriebene Qualitäts-Zentrum besser gefördert wird. Der Vorschlag gleicht einer bürokratischen Auftragsliste mit übermässiger Verwaltungskompetenz. Aufgrund dieser Vorlage kann sich pharmaSuisse nicht für diese Form eines Zentrums für Qualität begeistern lassen. Wir unterstützen, dass dem BAG oder der künftig zuständigen Instanz genügende Mittel zur Verfügung gestellt werden, um diesen sehr wichtigen Auftrag des Bundes im Interesse der Patientensicherheit wirklich wahrzunehmen. Für den Teil, der die Grundversicherung betrifft sind wir einverstanden, dass eine Finanzierung aus dem Prämienbudget erfolgen soll. pharmaSuisse bemängelt im vorliegenden Projekt, dass wenig Rücksicht auf die bereits erfolgreich umgesetzten Massnahmen genommen wird und dass die zweckmässige Vernetzung der erfolgreichen Kreise, ohne das Rad neu zu erfinden, nicht als eine primäre Aufgabe des geplanten Zentrums hervorgeht. Der Gesetzesentwurf erweckt eher den Eindruck, dass alles Bestehende in ein bürokratisches Zentrum gezügelt und verkompliziert wird. Wir schlagen eine leichte Struktur vor, die sich durchaus auch innerhalb des BAG befinden kann, die aus unserer Sicht primär folgende 3 Aufgabenziele verfolgen soll: einerseits die Akteure und ihre Erfahrungen vernetzen, um Synergien und Informationsaustausche zu fördern, andererseits für eine Kompatibilität der Schweizer Kriterien mit den internationalen Standards zu sorgen und schlussendlich gesundheitspolizeilich dort wirksam einzugreifen, wo die einzelnen Akteure ihre Aufgaben nicht oder ungenügend erfüllt haben. Also eine subsidiäre Intervention des Bundes für die Säumigen aber auf keinem Fall Ersatzlösungen für bestehende gut funktionierende Systeme.	
Drogistinnen und Drogisten verfügen aufgrund ihrer achtjährigen Ausbildung bis zum/zur dipl. Drogisten/-in HF über eine hohe Fach- und Sozialkompetenz in den Bereichen Gesundheitsvorsorge, Gesundheitspflege sowie Selbstmedikation und Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimitteln. Dank diesem Wissen und dieser Fachkompetenz gehören Drogerien zu den ersten Anlaufstellen für Gesundheitspflege bei leichten Erkrankungen, Prävention und Gesundheitsförderung. Damit die Patientensicherheit umfassend gewährleistet und diese Kompetenzen jederzeit aktuell und umfassend garantiert werden können, ist die stete Sicherstellung, Überprüfung und konsequente Anpassung der Qualität in einer Drogerie eine Grundvoraussetzung. Vor diesem Hintergrund begrüssen wir die Absicht des Bundesrates die Qualität im Gesundheitswesen zu stärken und zu fördern. Da unsere Leistungen nicht im Rahmen der Regelungen des KVG abgegolten werden, sind wir vom vernehmlasssten Gesetz kaum direkt betroffen. Trotzdem finden wir es problematisch, wenn die Hoheit für die Definition der Qualität in der Medizin und deren Evaluation einer autonomen, parastaatlichen Institution übertragen wird. Wie der Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), dessen Stellungnahme wir vollumfänglich unterstützen, halten auch wir es für zielführender eine dynamische «Netzwerk-Lösung» mit Koordination und Förderung der bestehenden Einrichtungen unter Einbezug aller Gesundheitsfachpersonen und der Patientinnen und Patienten zu etablieren.	SDV
Die Vorlage: Zentrum für Qualität Das Zentrum für Qualität soll zu einer Institutionalisierung der Qualitätssicherung führen. Dem Bericht zum neuen Gesetz ist aber kaum zu entnehmen, welcher echte Mehrwert in inhaltlicher Hinsicht gegenüber den Status quo geschaffen werden soll. Insbesondere wird nicht ausgeführt, ob es sich hierbei – als Resultat einer Verhältnismässigkeitsüberprüfung – um den mindestnotwendigen Eingriff in das bestehende System handelt. Insbesondere wird die Option einer reinen, durch das Bundesamt für Gesundheit betriebenen Plattformlösung ohne Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt nicht diskutiert. Diese mögliche Lösung war aber Gegenstand der Überlegungen und Überprüfungen bundesseitig. Nach dem vorstehend erwähnten Gebot der Verhältnismässigkeit staatlichen Handelns müsste diese deutlich weniger invasive Option dargelegt und die Gründe genannt werden, welche aus Sicht des Bundes gegen diese Option sprechen. Bildlich gesprochen soll mit dem Zentrum für Qualität ein Haus gebaut werden, - in welches bisher an anderen Orten stattfindende Aktivitäten verschoben würden (Qualitätssicherung Spital). Ausser Aufwand und Kosten beim Umzug entstünde aber	BFG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
kein Zusatznutzen, es resultierten im Gegenteil Doppelspurigkeiten und zusätzliche Schnittstellen. - in welchem Raum leestehen würde, weil der Eigentümer (der Bund) noch gar nicht genau weiss, was er dort tun will (Ausgestaltung der Qualitätssicherung im ambulanten Bereich). - in welchem Raum vorgehalten wird, welcher schlussendlich – evtl. sogar ohne echten Bedarf – für noch unklare Zwecke genutzt würde (HTA). Dem erläuternden Bericht ist auf Seite 32 zu entnehmen, dass das Zentrum eine rein fachlich unterstützende und koordinierende, aber keinerlei regulierende oder sanktionierende Funktion haben soll. Es gibt in diesen und anderen Bereichen des Gesundheitswesens genug Institutionen und Interessengruppen, die „unterstützen“ und „koordinieren“. Somit ist nicht einzusehen, weshalb anstellen einer „minimal invasiven“ Koordinationsplattform des Bundes, die ihre Arbeit sehr rasch aufnehmen könnte, nun zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Gründung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt gebunden werden sollen. Während der Phase bis zur Inbetriebnahme eines solchen Zentrums für Qualität können durch den Gesetzgebungsprozess und die darauffolgende Umsetzung ab dem heutigen Tag mehrere Jahre vergehen, in denen die wichtigen Kernaktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung kaum vorangetrieben werden. Jedenfalls macht der Bericht keine konkreten Aussagen zu den inhaltlichen Aktivitäten des Bundes im Bereich der Qualitätssicherung während der Übergangsphase. Auf Seiten 33 ff. des Berichtes zur Vorlage werden die Aufgaben des geplanten Zentrums für Qualität beschrieben: Erarbeitung von Grundlagen zu Massnahmen nach Artikel 58 Absätze 1 bis 3 KVG · Erarbeitung von Vorschlägen zur Ermittlung oder Erhebung von Indikatoren, insbesondere auch für medizinische Qualitätsindikatoren nach Artikel 22a Absatz 1 Buchstabe f KVG · Aufarbeitung und Publikation von Informationen, die auf die verschiedenen Anspruchsgruppen ausgerichtet sind · Erarbeitung von Vorschlägen zuhanden des Bundesrates für nationale Programme und Projekte · Durchführung und Evaluation der vom Bundesrat nach Artikel 58 Absatz 4 KVG festgelegten nationalen Programme und Projekte zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen · Konzeption und Umsetzung von Forschungsvorhaben Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist für keine dieser Aktivitäten die aufwändige Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt notwendig und es sind dem Bericht auch keine stichhaltigen Argumente zu entnehmen, welche die Verhältnismässigkeit einer solchen Gründung mit Blick auf die geplanten Aktivitäten erläutern respektive rechtfertigen. Das BAG ist zuständig für den Vollzug des gesamten KVG. Um diese Aufgabe zu erfüllen, kann das Amt schon jetzt Aufträge an Dritte vergeben, z.B. an die Stiftung für Patientensicherheit, wie das ja schon der Fall ist. Auf Seite 40 des Berichtes wird vorgeschlagen, die Stiftung für Patientensicherheit in das neue Zentrum für Qualität zu integrieren. Die Stiftung für Patientensicherheit hat eine breite Trägerschaft, im Stiftungsrat treffen sich Bund, Kantone und Leistungserbringer zur gemeinsamen Bearbeitung von Aktivitäten im Bereich der Patientensicherheit. Die Stiftung führt dementsprechend seit einiger Zeit erfolgreich Programme und Projekte im Bereich der Qualitätssicherung durch – dies auch im Auftrag des Bundes. Sie geniesst hohe Akzeptanz. Statt nun dieser bestehenden Institution die bisherigen Aufgaben zu belassen und diese nach Bedarf durch Leistungsaufträge zu erweitern, will der Bund die Stiftung offenbar ganz „verstaatlichen“. Eine andere Interpretation ist kaum möglich, da der Bericht dieser sehr wichtigen Institution nur 4 ½ Zeilen widmet und keinerlei konkrete Ausführungen zu deren Zukunft enthält. Die Vorlage: HTA Dem Bericht zur Vorlage ist auf Seite 36 zu entnehmen, welche Aufgaben für den Bereich „Bewertung von Gesundheitstechnologien“ vorgesehen wären: - Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Ab-	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
satz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm - systematische Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von neuen Leistungen oder Indikationserweiterungen bei denen die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit umstritten ist („Horizon Scanning“) - Leitung von nationalen Projekten zur Weiterentwicklung der HTA-Methodik Objektiv betrachtet macht keine dieser Aufgaben die Ausgliederung in eine öffentlichrechtliche notwendig. Aufträge an Dritte sind wie oben erwähnt schon jetzt möglich. Demgegenüber wird die einzige Aktivität, welche eine Ausgliederung der HTA-Prozesse aus der Bundesverwaltung sinnvoll machen würde, gerade nicht vorgeschlagen. Dabei handelt es sich um die Ausgliederung der „Appraisal“ aus dem BAGinternen Zulassungsprozess und damit der Arbeit der drei eidgenössischen Zulassungskommissionen: die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK), die Eidgenössische Arzneimittelkommission EAK und die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK) inklusive der drei dazugehörigen Sekretariate. Zwecks Durchführung von korrekten, standardkonformen HTA ist eine Trennung des „Appraisal“ (zweiter Prozessschritt: Empfehlung durch eine Fachkommission) vom ersten Schritt, dem sogenannten „Assessments“ (Bereitstellen der Entscheidungsgrundlagen) und vom dritten Schritt, dem Entscheid über die Zulassung, von grosser Wichtigkeit. Dies ist heute nicht der Fall. Man kann sich im Lichte dieser etwas erstaunlichen Tatsache des Eindrucks nicht ganz erwehren, dass der Bund die Ausgliederung des „Appraisal“ aus dem BAG bei Zulassungsverfahren nicht wünscht, um so die vollständige Kontrolle über die Zulassungsprozesse zu behalten. Es entsteht so auch keine weitere Transparenz, da die drei Zulassungskommissionen durch den Verbleib innerhalb der Bundesverwaltung weiterhin dem Kommissionsgeheimnis unterstehen und es jeweils nicht klar ist, ob die Bundesverwaltung gestützt auf eine zustimmende oder eine ablehnende Empfehlung der zuständigen Kommission entschieden hat. Die Ausweitung des Themas HTA in der beabsichtigten Form würde zur Verlangsamung und Komplizierung der Abläufe führen. Vollumfängliche HTA sind eine extreme Ausnahme bei Zulassungs- und Überprüfungsprozessen. Systematische Überprüfungen des Leistungskatalogs und Horizon Scanning stellen das in der Schweiz herrschende Vertrauensprinzip für medizinische Leistungen in Frage und erhöhen – ohne Veranlassung – die staatliche Kontrolle über den Leistungskatalog des KVG. Viel sinnvoller wäre, die Möglichkeit der Umstrittenheitsabklärung auch nach erfolgter Zulassung zu praktizieren, nur in ausgewählten Fällen von Umstrittenheit ein HTA zur Anwendung zu bringen und zwar nur dort, wo es von der Komplexität und Tragweite des Themas her indiziert ist. Zu diesem Zweck bedarf es keiner ständigen staatlichen Einrichtung, sondern einer koordinierenden Plattform, von der aus die notwendigen HTA-Aufträge an kompetente Organisationen in diesem Bereich vergeben werden können (zum Beispiel an das bereits bestehende und im Bericht erwähnte „Swiss Medical Board“). Solche Organisationen könnten vom Bund akkreditiert werden. Der Vorlage ist zu entnehmen, wie viele HTA budgetiert werden und erfahrungsgemäss müssen solche Budgets ausgeschöpft werden, so dass eine „Suche nach HTA-Fällen“ nicht auszuschliessen ist. Viel wichtiger wäre aber, dass gute Innovationen, bei denen das Kosten / Nutzen – Verhältnis stimmt, noch schneller beim Patienten ankommen. Hier hat sich durch die Einführung der DRG für den stationären Bereich nach Swissmedic (bei Medikamenten) und BAG ein dritter Verzögerungsfaktor ergeben. Formelle Aspekte Der Bericht enthält keinerlei Ausführungen zur Regulierungsfolgenabschätzung und legt die Notwendigkeit einer solchen, aufwändigen Schaffung einer öffentlichrechtlichen Anstalt unter dem Gebot der Verhältnismässigkeit nicht dar. Fazit - Es braucht kein Zentrum für Qualität. Nach dem Grundsatz, zuerst Ziele, dann Prozesse und am Schluss Strukturen zu definieren, stellt sich die Frage nach einem Zentrum im Moment gar nicht. -Es braucht eine Erweiterung des Indikatorensets im stationären Bereich, um die Granularität und damit die Aussagekraft der Qualitätsdaten zu erhöhen.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
-Es braucht einige wenige Anpassungen an den gesetzlichen Grundlagen für den ambulanten Bereich, ein Anreizsystem und ein Indikatorenset. -Es braucht einen Leistungsauftrag an die Organisationen, die bereits aktiv sind (QInitiative). Es braucht keine „Vorhalteleistungen“ im HTA-Bereich, sondern ebenfalls eine koordinierende Plattform, über welche die notwendigen HTA an Institutionen vergeben werden, welche vom Bund akkreditiert / zertifiziert sein sollten. Auch hierfür ist keine Ausgliederung in eine Anstalt des öffentlichen Rechts notwendig. -Es braucht eine Klärung bzw. Trennung zwischen der Überprüfung gesundheitspolizeilicher Qualitätsaspekte auf kantonaler Ebene, also minimale Qualitätsstandards, damit sich der Bürger auf die staatliche Zulassung der Leistungserbringer verlassen kann und darüber hinaus der Erhebung von Qualitätsdaten auf Bundesebene, um den Qualitätswettbewerb gemäss KVG zu ermöglichen. Der Qualitätswettbewerb bedingt klare Transparenzregeln, damit sich Patienten bei ihrer freien Wahl der Leistungserbringer auf Fakten stützen können. Zusammenfassend ersuchen wir Sie deshalb, keine zeitlichen und finanziellen Ressourcen in die nicht notwendige Schaffung einer öffentlich rechtlichen Anstalt zu investieren, die vorgelegten Gesetzesänderung zu annullieren und die inhaltliche Bearbeitung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen im Sinne unserer Ausführungen voranzutreiben. Dort liegt der Handlungsbedarf, von dem Patientinnen und Patienten direkt profitieren und nicht in der Schaffung neuer Institutionen, welche per se keine inhaltliche Verbesserung der Arbeit bringen, sondern eher Doppelspurigkeiten zu bestehenden Aktivitäten und mehr Administration verursachen respektive Prozesse zu verkomplizieren drohen. Dasselbe gilt für die HTA-Aktivitäten.	
En prémisses, nous aimerions retenir que notre Société Médicale soutient pleinement les critiques émises dans les prises de position qui vous ont été transmises par la CCM et la FMH. Nous aimerions relever encore quelques points spécifiques qui découlent des discussions menées au sein de notre société. Il nous semblerait important d'attirer un poids particulier sur le manque paradoxal d'économie de la structure telle qu'elle est proposée. Il nous semblerait important d'exiger que la structure à mettre en place intègre de façon transparente, cohérente et obligatoire (!) les différents acteurs/instances des milieux professionnels qui disposent du savoir-faire nécessaire et se fondent sur des méthodes scientifiquement établies pour émettre des guide-lines de qualité applicables dans la pratique quotidienne avec un rapport coût-bénéfice adéquat (evidence-based). Trop souvent, nous avons hélas déjà assisté à la mise en place des mesures visant théoriquement à améliorer la qualité et imposées à la corporation médicale par des décisions politiques, alors qu'elles conduisent à une augmentation des coûts, sans que l'impact réel sur la qualité soit démontrée ou mesurée (ex : contrôles-qualité obligatoires des laboratoires des médecins = majoritairement contrôle de la précision des appareils utilisés qui devrait être assurée par les fournisseurs desdits appareils ; adaptation de la législation par rapport aux stérilisateurs utilisés en pratique privée : conduira à une utilisation accrue peu écologique de matériel à usage unique sur quelle évidence de diminution du taux d'infection réel etc.). Il nous semblerait important d'introduire dans le texte de loi proposé qu'en cas d'instauration de mesures visant à améliorer la qualité tout en entraînant des frais supplémentaires, la 'structure de qualité' instaurée serait aussi responsable de veiller à ce que les moyens financiers nécessaires soient automatiquement accordés, p.ex. via adaptation adéquate des tarifs applicables. Il nous semble assez peu probable, qu'une amélioration de la qualité proprement dite puisse s'accompagner d'une baisse des frais. Dans tous les autres secteurs, il est communément admis qu'une augmentation de qualité va de pair avec un prix plus élevé. Comment pourrait-on expliquer qu'en médecine ce serait l'inverse ? Il nous semble plutôt que le but réel de ce centre de qualité serait de faire diminuer les coûts médicaux par des mesures restrictives et dissuasives. Il nous semblerait donc plus honnête de nommer un tel centre : 'Centre reducteur de coûts médicaux' ou 'Centre low-cost-médecine'. Dans une telle optique, il paraît d'autant plus évident que la structure proposée est complètement inadaptée: elle va produire des frais de fonctionnement considérables sans	SMV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
pour autant pouvoir prévoir la diminution des coûts qu'elle pourrait générer au meilleur des cas. Cependant la qualité et l'adéquation des prestations et techniques prises en charge par la LAMal font déjà l'objet d'analyses selon des fondamentaux précisés : -dans LAMal art. 32 (les prestations remboursées par l'AOS doivent répondre à critère d'économicité, adéquation, rentabilité avec une efficacité démontrée selon des critères scientifiques), - par la CMT, - l'OFSP, - les sociétés de disciplines médicales, - la Commission fédérale des prestations générales et des principes et le consensus des acteurs intervenant dans la structure tarifaire Tarmed, soit H+, FMH, assureurs et OFSP, - le Swiss Network for Health Tehnology Assessment, par l'intermédiaire duquel la Suisse participe aussi à des projets internationaux, - le Swiss medical Board élaboré par la CDS, la FMH et l'ASSM, dont l'objectif consiste à remettre en question les prestations médicales du catalogue AOS dont le rapport coût/efficacité est défavorable, - le projet SwissHTA initié par Interpharma et Santé Suisse et épaulé par FMH et ASSM, dont l'objectif est de trouver un consensus sur les méthodes et les processus. Si des manquements existent dans le contrôle régulier des prestations existantes, comme par ex. concernant les médecines complémentaires, les commissions ou office déjà établis devraient avoir les moyens d'effectuer ces contrôles pour améliorer la qualité et la rentabilité du système de santé publique sans créer des frais important de fonctionnement avec une nouvelle structure telle que vous la proposez. Il nous semblerait important de relever que la Confédération est déjà largement impliquée dans tous les instituts participant à ces évaluations des prestations et technologies de santé. Le développement de méthodes et de processus d'évaluation des prestations médicales et des technologies de la santé est certainement souhaitable. Afin d'avancer de façon plus efficace, il nous paraît préférable de renforcer la dotation en personnel et moyens des instituts et commissions existants déjà en Suisse et d'améliorer la collaboration de ces infrastructures avec les instances internationales pour l'évaluation des différentes technologies plutôt que de multiplier encore plus nos propres instituts déjà nombreux pour un petit pays comme la Suisse. Nous gagnerions en efficience et en économie. Donc, nous proposons de mieux utiliser les ressources et le savoir-faire présent en renforçant la collaboration des acteurs existants, au lieu de charger les assurés payeurs de primes d'une taxe supplémentaire pour créer encore une nouvelle structure bureaucratique. Nous vous remercions beaucoup de l'attention que vous porterez à ces remarques en faveur d'une médecine efficace et de qualité, mais surtout aussi dans l'intérêt de ne pas surcharger nos patients et payeurs de primes avec des frais administratifs peu utiles.	
Die Zahl der gemeldeten Fehler ist proportional zum Interesse des Chefarztes, die Informationen aus dem eigenen Spital für Zwecke zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die der Gesamtheit dienen und nicht unmittelbar dem eigenen Spital. Die Zahl der gemeldeten Fehler wird abnehmen, wenn die eigene Stellung durch die Meldungen gefährdet wird. In diesem Institut bräuchte es für jedes Fach (43 FMH Titel) einen erfahrenen Studienleiter, mindestens auf der Stufe eines mehrjährig erfahrenen klinischen Oberarztes, der die klinischen Probleme versteht und der das Vertrauen der in diesem Bereich tätigen Chefärzte der Kliniken genießt. Ideal dazu wären auch pensionierte oder früh pensionierte Chefärzte. Für die grossen Fächer bräuchte es mindestens je drei solche Vollzeitstellen, falls die Probleme in 3 Landessprachen aufgearbeitet werden sollen. Deshalb wären das 129 Ärzte oder Ärztinnen mit grosser Erfahrung im betreffenden Gebiet. Man will ja nicht auf den Banalitäten, die ein jeder eh schon kennt, sitzen bleiben, sondern man will ja, so ist zu hoffen, auch die komplizierten Probleme der neuen apparativen und nicht apparativen Verfahren erfassen, bzw. den Patienten auch vor deren Gefahren schützen. In den Spitälern als den eigentlichen Informationsträgern braucht es pro Fachdisziplin einen nebenamtlich verantwortlichen Arzt, als Kontrolleur der Plausibilität der medizinischen Daten, die an das Institut geliefert werden. Weil aber da das Arbeitsgesetz für alle Ärzte ausser dem	VKL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Chefarzt gilt, braucht es neue Arztstellen im Umfang von 10 bis 20% in allen Spitälern (Ich erinnere daran, dass es jetzt schon Spitäler gibt, die mehrere Qualitätsbeauftragte haben). Rechnet man mit 10% mehr Ärzten, sind es in der Schweiz rund 1'500 neue Arztstellen, die nötig sind, um das neue Nebenamt in den Spitälern zu versehen. Das macht bei einem Jahreslohn von durchschnittlich 10'000 Fr. eine 180 Mio höhere Gesamtlohnsumme, von der anzunehmen ist, dass sie sich auf die Arbeitgeber „Spital“ und somit auf die Kantone bzw. die Versicherten verteilt. Eine quervergleichende Qualitätskontrolle von Spitälern ist höchst anspruchsvoll. Sie muss die verschiedensten Parameter berücksichtigen, wenn sie über das hinausgehen will, was seit jeher bereits bekannt ist, z.B. die Mortalität. Es kommt z.B. neben dem Alter und Geschlecht die Komorbidität dazu, die schwierig zu gewichten ist und die sich durch eine akute Krankheit oder Operation verschlimmern kann, z. T. krankheits- oder eingriffsbedingt. Z.B. ist das Resultat einer Bypassoperation nicht das gleiche, wenn sie innert Stunden nach Beginn eines Herzinfarktes oder wenn sie nach Tagen ausgeführt wird. Man muss deshalb für diesen Eingriff verschiedene Risikokollektive unterscheiden. Aus solchen Gründen brächte ein zentralistisches Überwachungssystem der Qualität nur etwas, wenn es jeden diagnostischen oder therapeutischen Eingriff mit allen Aspekten von Dauer des diagnostischen Prozederes, der Operation, der medikamentösen Behandlung und all dies in zeitlichem Bezug zur Erkrankung oder zum Unfall, zum Alter, Geschlecht, Grösse, Gewicht, aber auch zu den Organfunktionen und Komorbiditäten registrieren würde. Sollen von einem Patienten sehr viele Daten gesammelt werden und sollen diese sehr genau sein, wie etwa Laborwerte, Art und Dosis von Medikamenten, Dauer einer Behandlung, Massnahmen einer Physio- oder Ergotherapie aber auch Daten über die psychosoziale Situation, ist der Aufwand immens, wenn er sich über alle Spitalpatienten der Schweiz erstrecken soll. Der Export in eine Datenbank oder der erneute Eintrag in eine solche bedeutet wahrscheinlich einen riesigen Programmieraufwand und der Aufwand fiel schlimmstenfalls in jedem einzelnen Spital an. Soll, im Gegensatz zum obigen, <u>das geplante Institut</u> die bisherigen Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung und Fehlervermeidung und letztlich die Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit „nur“ koordinieren? Sicher wäre, dass auch in diesem Fall der administrative Aufwand der Spitäler und deshalb auch die administrative Arbeit der Ärzte zunehmen würde. Zusammenfassend: • Die Stellenetats der Spitäler vergrössern sich wegen der Zusatzaufgaben. • Die Kosten für eine umfassende Kontrolle der Qualität, was ja im Grunde angestrebt wird, würden die veranschlagten 35 Millionen um ein Vielfaches übersteigen. • Das geplante Institut würde zwischen allen Instanzen stehen, die Eigeninitiative innerhalb des medizinischen Fachpersonals der Spitäler zur Qualitätsverbesserung würden eher geschmälert. • Die Freude am medizinischen Beruf leidet unter noch mehr nichtmedizinischen Aufgaben und diese Triebfeder ist doch eine wichtige Komponente für Behandlungserfolg und Patientensicherheit. • Einen grossen positiven Einfluss auf die Qualität im Schweizerischen Gesundheitswesen haben vor allem die Chefärzte und leitenden Ärzte aber auch der interessierte Nachwuchs, dem man die Freude an der Arbeit nicht durch noch mehr Patienten-ferne Arbeit trüben darf. • Die meisten Spitäler haben eine interdisziplinäre Komplikationenkonferenz, wobei in 20% auch Komplikationen aus andern Spitälern besprochen werden. • Die Qualität der medizinischen Arbeit in der Schweiz ist auch ohne ein neues Qualitätsinstitut haltbar und verbesserungsfähig. • Die freiwilligen fachspezifischen Initiativen wie die Komplikationenliste oder AQC und andere Programme und Zertifizierungen, tragen zur stetigen Verbesserung der Qualität der Leistungen bei. Sie sind näher am Geschehen und ihre Leiter rekrutieren sich aus den Reihen der Fachleute, was mehr medizinische Kompetenz gewährleistet als ein übergeordnetes Organ ohne Bezug zur medizinischen Frontarbeit.	
Der EVS begrüsst die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in ihrer Verantwortung für die Qualität im Gesundheitswesen zu unterstützen und deren Aktivitäten zu koordinieren. Grundsätzlich sind wir mit einem nationalen Zentrum für Qualität einverstanden.	EVS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Es ist uns jedoch ein zentrales Anliegen, dass die Berufsverbände im gesamten Qualitätsmanagement – also der Qualitätsentwicklung und -sicherung - ihre zentrale Rolle weiterhin wahrnehmen können. Qualitätsmanagement ist bei den Gesundheitsberufen primär Sache der Berufsverbände. Der ErgotherapeutInnen-Verband nimmt diese Rolle sehr aktiv wahr. So sind die ErgotherapeutInnen die einzigen Leistungserbringer, die flächendeckend im ambulanten Bereich basierend auf dem System der Zielerreichung (GAS) Qualitätssicherung betreiben. Die bestehenden Instrumente und Programme zur Qualitätssicherung der Berufsverbände sollen berücksichtigt, aufgenommen und in der Umsetzung unterstützt werden. Die Berufsverbände müssen erste Ansprechpartner sein, wenn es um die Qualitätskontrolle der Gesundheitsberufe geht. Qualitätsprogramme, welche von den Berufsverbänden erarbeitet wurden oder werden, müssen für alle praktizierenden Berufsleute gelten. Wir unterstützen die folgenden Rahmenbedingungen des Zentrums: • Die bisherige Kompetenzverteilung der Akteure in der Regulation bleibt gemäss Bundesverfassung und KVG unverändert. • Bereits vorhandene Kompetenzen sollen genutzt werden. • Das Zentrum arbeitet eng mit den Akteuren und bestehenden Institutionen zusammen. • Das Zentrum hat eine rein fachlich unterstützende und koordinierende, aber keinerlei regulierende oder sanktionierende Funktion.	
Der DVSP begrüsst das Engagement des Bundes, mit einem nationalen Zentrum die Qualität und Patientinnen- und Patientensicherheit ins Zentrum zu setzen und gesamtschweizerisch ausdrücklich zu sichern. Zwar bestehen bereits heute zahlreiche Aktivitäten in der Qualitätssicherung, jedoch sind diese nicht koordiniert und sie weisen gravierende Lücken auf. Wir betrachten die Schliessung derselben gestützt auf wissenschaftlicher Grundlagen und in Zusammenarbeit aller Beteiligten als ausserordentlich wichtig. Für den DVSP ist es von grösster Wichtigkeit, dass mit der Schaffung eines Zentrums für Qualität, in sämtlichen Bereichen eine Fehlerverarbeitungs-kultur etabliert wird, welche Fehlerquellen nachweislich auf ein Minimum reduziert. Die Fehlerverarbeitungs-kultur soll in den Aktivitäten als Grundlage dienen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass die fehlende Fehlerverarbeitungs-kultur eine der grössten Schwächen unseres heutigen Gesundheitssystems darstellt. Die Hauptaufgaben dieses Zentrums sollen darin bestehen, nationale Qualitätsprogramme zu lancieren und Qualitätsindikatoren für sämtliche Bereiche zu entwickeln. Ein anderer wichtiger Teil besteht darin, Gesundheitstechnologien und medizinische Leistungen in der OKP mit der notwendigen Sorgfalt, Professionalität und Unabhängigkeit gegenüber allen interessierten Kreisen zu bewerten (Health Technology Assessment, HTA) sowie den zweckmässigen Einsatz und den Nutzen der Leistungen, Behandlungsverfahren und Arzneimittel zu überprüfen. Mit Fokus auf den Nutzen einer Behandlung für die Patientin oder den Patienten, muss ein wichtiges Ziel sein die Zahl der nicht wirksamen, nicht effizienten und unnötigen Behandlungen und Eingriffe zu verhindern, teure Fehl- oder Überversorgung zu vermeiden und damit die Qualität der Behandlung zu erhöhen. Die Qualität und Qualitätskontrolle soll entgegen der Vorlage nicht von den Versicherern, sondern von unabhängiger, interner Stelle vorgenommen werden. Das Zentrum soll in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geschaffen werden und von einem Verwaltungsrat aus mit maximal neun Fachleuten geleitet sowie eng mit Universitäten, Fachhochschulen und anderen, bereits in der Qualitätssicherung tätigen Organisationen zusammenarbeiten. Die strategischen Ziele würden vom Bundesrat festgelegt. Er soll dabei von einer nationalen Plattform für Qualität sowie einer Plattform für die Bewertung von HTA unterstützt werden, in denen die betroffenen Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind, insbesondere die Kantone, Patientenorganisationen, Leistungserbringer, Versicherer und das Bundesamt für Gesundheit. Nicht einverstanden ist der DVSP mit den Rahmenbedingungen im Bereich Qualität. Das Zentrum hat nebst der rein fachlich unterstützenden und koordinierenden zwingend auch regulierende oder sanktionierende Funktionen zu erfüllen. Dabei sollen die laufenden Qualitätsbestrebungen durch die verschiedenen Partnerinnen und Partner im Gesundheitswesen nicht	DVSP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
gefährdet werden. Wenn das Zentrum keine verbindlichen Aktivitäten veranlassen kann, ändert sich an der heutigen Situation kaum etwas. Eine aktuelle Studie der Stiftung für Patientinnen- und Patientensicherheit zeigt, dass beispielsweise die Quick-Alerts zur Vermeidung von Fehlern zu wenig beachtet werden bzw. Konsequenzen nach sich ziehen, obwohl sie relevante Fehlerquellen aufzeigen. Sollten die Qualität, Patientinnen- und Patientensicherheit auch mit dem Zentrum weiterhin auf freiwilliger Basis erfolgen, ist der zu erwartende Erfolg zumindest fraglich.	
Die SGA schließt sich den Vorschlägen der FMH an und unterstützt diese: Zusammenfassung - Wir begrüßen die Absicht des Bundes, die Qualitätsbestrebungen weiter zu fördern und zu entwickeln. Die mit der Gesetzesvorlage angepeilten Ziele (mit Ausnahme der implizierten Kostensenkung) sind zu unterstützen und stehen in keinem Gegensatz zu den Ausrichtungen der FMH. Sie erkennt den Handlungsbedarf und ist sich des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Diese Zielsetzungen sind jedoch mit dem Vorschlag des Bundes nicht zu erreichen – entsprechend lehnt die FMH den vorliegenden Gesetzentwurf ab. Die Ärzteschaft sowie viele weitere Organisationen setzen sich bereits lange und intensiv mit den verschiedenen Aspekten der Qualitätssicherung und -förderung auseinander, so dass bereits sehr viele Initiativen und Instrumente zur Verfügung stehen, welche den hohen Standard unseres Gesundheitswesens erst ermöglicht und über die Jahre weiterentwickelt haben. Dass der Bund hier eine koordinierende und vernetzende Aufgabe übernehmen kann, ist für die FMH unbestritten. Die Schweiz verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Für die FMH ist es daher zentral, dass der Qualitätssicherung und -verbesserung auch in Zukunft ein grosses Gewicht beigemessen wird. Von Defiziten bei der Patientensicherheit zu sprechen, findet die FMH hingegen weder adäquat noch zielgerichtet. Die Stiftung für Patientensicherheit leistet einen zentralen Beitrag zur Patientensicherheit in der Schweiz und entsprechend ist ihr Weiterbestehen zwingend. Gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf sind die nationalen Plattformen ein wichtiges Element. Im Gesetzestext finden wir hingegen keine verbindlichen Formulierungen. Weiter wird im erläuternden Bericht festgehalten, dass das Zentrum für Qualität eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Eine Evidenz für diese Aussage ist nirgends ersichtlich und entsprechend nicht nachvollziehbar. Für die FMH ist hier eine gesamtwirtschaftliche und nachhaltige Optik zentral – denn die Kosten und der Nutzen fallen nicht am gleichen Ort an. Vollständige und transparente Auflistung der geleisteten Arbeiten in der Schweiz. Die Entscheidungsträger müssen auf vollständige, umfassende und wenn mögliche symmetrische Informationen vertrauen können. FMH bietet hier jede mögliche Unterstützung an. - Einbezug aller Leistungserbringer und Stakeholder / Partnerorganisationen. - Erarbeiten einer integrativen und übergeordneten Sichtweise zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen (keine reine KVG-Optik), sowie einer gesamtwirtschaftlichen und nachhaltigen Vorgehensweise. - Die Definition der medizinischen Qualität kann nur über die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen. - Anerkennung des Swiss Medical Boards, welches dank des laufenden Konvergenzprozesses stakeholdermässig zunehmend breit abgestützt ist, mittels eines Konsortiums universitärer Institute einen höchsten wissenschaftlichen Standard erreicht hat und die Methodik laufend internationalen Standards angepasst ist. - Weiterführung der Unterstützung der erfolgreichen Aktivitäten von Patientensicherheit Schweiz. - Adäquate Vergütung der Leistungserbringer für ihre Qualitätsarbeit und der damit verbundenen zunehmenden Dokumentationsaufwendungen. - Anerkennung der Struktur- und Prozessqualitätsaspekte, Personaldotation und Einhaltung arbeitszeitlicher gesetzlicher Grundlagen als wesentlicher Pfeiler der Qualität und Patientensicherheit Fazit - Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt ist für die FMH nicht zielführend. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern in nachgewiesener guter Qualität und transparent durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem bisher an den Tag gelegten	SGA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Committment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keinerlei Synergien. Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM kann als Beispiel betrachtet werden, wie innerhalb von zwei Jahren durch Vernetzung und Koordination das Vertrauen und das Com-mittment erarbeitet werden kann. Vorschlag FMH: Die beschriebenen Ziele der Vorlage können mit einer reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfallen. Daher schlagen wir vor, dass der Bund seine koordinierende und vernetzende Funktion wahrnimmt, indem er mit einer gesamtwirtschaftlichen Optik die Zusammenarbeit fördert, Synergien nutzt und Doppelspurigkeiten vermeidet. Die von der FMH 2012 gegründete Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM (www.saqm.ch) arbeitet bereits seit zwei Jahren intensiv an dieser Thematik. So ist die MTK neben den Krankenversicherern im Dialog Qualität SAQM vertreten – und der Austausch und die Vernetzung dadurch gewährleistet. Einbezug der Partner und Definition von Qualität Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass das Zentrum sich «nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Sie können und dürfen die laufenden Qualitätsbestrebungen und deren Finanzierung durch die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzen.» Wir begrüßen diese Stossrichtung des Bundes – auch dahingehend, dass das Zentrum über keine hoheitsrechtlichen Kompetenzen verfügt. Ein Engagement des Bundes ist notwendig, damit die bestehenden Aktivitäten verstärkt und koordiniert weitergeführt werden können. Für die FMH bleibt aber weiterhin unklar, wie der Einbezug ausgestaltet werden soll. Während die «nationalen Plattformen» im erläuternden Bericht erwähnt werden, sucht man im Gesetzestext vergeblich nach verbindlichen Aussagen zu den Plattformen. Auch fehlen bei den Erläuterungen detaillierte Angaben, wie die Plattformen besetzt werden sollen und wie die Prozesse und Abläufe vorgesehen sind. Der transparente Einbezug der Stakeholder in Form derer Verbände, die konsolidierte Stellungnahmen einbringen können, sind zwingend den Meinungen von Einzelpersonen vorzuziehen. Aus den Diskussionen und juristischen Verfahren im Bereich der hoch-spezialisierten Medizin sollten nun auch die entsprechenden Schlussfolgerungen und Lehren gezogen werden. Wie bereits mehrmals festgehalten sind wir dezidiert der Meinung, dass die Definition und Festlegung der Qualität nur über die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen kann. Dieser Grundsatz ist aber in der Vorlage nicht verankert. Die ärztliche wie auch die medizinische Qualität darf nicht zentral festgelegt werden, sondern dort, wo sie zum Nutzen des Patienten im Alltag angewendet und weiterentwickelt wird – also bei den Leistungserbringern. Die FMH geht mit dem Bund einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien genutzt werden müssen. Diese zentrale Aufgabe wird im erläuternden Bericht aber nicht bzw. zu wenig thematisiert. Vorschlag FMH: Aufgrund der komplexen Natur von Qualität ist eine systematische Vernetzung mit den wichtigsten Akteuren zwingend. Wir sind uns dieser Herausforderung bewusst und haben in der SAQM sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Partnerorganisation die entsprechenden Gefässe geschaffen. Im Rahmen der regelmässigen Treffen des Forums Qualität SAQM werden die Ärzteorganisationen der FMH in Qualitätsfragen vernetzt und zu konkreten Thematiken finden wertvolle Wissenstransfers statt. Die Ärzteorganisationen sind stark in die Qualitätsarbeiten der SAQM und der FMH eingebunden, so dass in zwei Jahren eine solide und fundierte Basis der Zusammenarbeit entstanden ist. So wird sichergestellt, dass die Definition der medizinischen Qualität durch die dafür zuständigen Fachgesellschaften erfolgen kann und der Austausch horizontal und vertikal jederzeit gewährleistet ist. Im Rahmen des Dialogs Qualität SAQM steht den Partnerorganisationen eine ähnliche Plattform zur Verfügung. Selbstverständlich sind der Austausch und die Vernetzung nur möglich, wenn die betroffenen Organisationen anwesend sind. Entsprechend bedauerten wir die Abwesenheit des BAG am letzten Treffen des Dialog SAQM. Der Bund kann eine ähnliche Aufgabe auf berufsgruppen- und systemübergreifender Ebene übernehmen, indem er die wichtige Vernetzung und die zentrale Koordination ermöglicht	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
bzw. garantiert. Durch diese Aufgabe kann es dem Bund gelingen, das Vertrauen weiter zu stärken und die laufenden Arbeiten zu koordinieren. Health Technology Assessment HTA Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfelder. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Decision ein – die Gewaltentrennung muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Wir engagieren uns seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das HTA in der Schweiz. Die FMH ist Gründungsmitglied des SNHTA, Mitträgerin des Swiss Medical Board und war aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt. Der aktuell laufende Konvergenzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes- oder Partikulärinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten; die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund. Wir gehen vollkommen einig mit den Forderungen, die bestehenden Leistungen im Leistungskatalog regelmässig gemäss den WZW-Kriterien zu überprüfen und die Innovationen zu fördern. Die FMH hat diese Position bereits 2011 formuliert und mit ihren verschiedenen Aktivitäten stets unterstützt. So haben bereits Fachgesellschaften die «Smarter Medicine» thematisiert bzw. als unwirksam geltende Interventionen definiert. Für die FMH macht es keinen Sinn, dass die verschiedenen bereits laufenden und etablierten Massnahmen und Aktivitäten von Seiten des Bundes nochmals neu erfunden werden. Eine Zentrumslösung ist aufgrund der vielen Aktivitäten der Leistungserbringer und anderen Stakeholdern nicht zielführend: Vielmehr werden so Doppelspurigkeiten geschaffen anstatt Synergien genutzt. Vorschlag FMH: Im Rahmen der Aktivitäten des Swiss Medical Board (SMB) läuft zurzeit ein Konvergenzprozess mit den wichtigsten Akteuren (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Industrie, Wissenschaft). Dieser wird es erlauben, den nationalen und z.T. internationalen Bedürfnissen im Bereich HTA mehr als gerecht zu werden. Durch die Einbindung universitärer Institute und die methodische Weiterentwicklung wird das SMB seine zentrale Rolle in der HTA-Landschaft massiv stärken. Ein unabhängiges, von den wichtigsten Partnern des Gesundheitswesens getragenes SMB sollte vom Bund zwingend berücksichtigt und entsprechend genutzt werden. Die beschränkten Ressourcen (personell wie auch finanziell) erlauben keinen Aufbau von Doppelstrukturen – all dies selbstverständlich unter der Prämisse der Gewaltentrennung. Zentrum vs. Netzwerklösung Wir haben uns stets für eine Netzwerklösung eingesetzt und mehrmals platziert, dass eine Ausarbeitung einer Netzwerklösung auch erfolgen soll. Die etwas «fadenscheinige» Begründung im erläuternden Bericht zu diesem Punkt ist für uns nicht nachvollziehbar. Daraus müssen wir schliessen, dass zu keinem Zeitpunkt der Wille bestand, eine solche Option in Betracht zu ziehen. Für die 2012 von der FMH gegründete Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM sind die Vernetzung und die fachliche Unterstützung zentrale Anliegen. Dass hierzu ein grosses Bedürfnis besteht, belegen die bisher rund 30 eingegangenen offiziellen Anträge an die SAQM. - Vorschlag FMH: Die aktuelle Vorlage des Gesetzentwurfes soll im Sinne einer Netzwerklösung umgearbeitet werden. Aktivitäten Der erläuternde Bericht präsentiert viele bereits bestehende und laufende Qualitätsaktivitäten und schliesst daraus auf einen Handlungsbedarf für ein Zentrum bzw. diese Auflistung wird als Legitimation für den Gesetzgebungsprozess verstanden. Entsprechend stellen wir mit Erstaunen und Befremden fest, dass – bewusst oder unbewusst – viele Qualitätsaktivitäten erst gar nicht aufgelistet sind. Der folgende Satz im erläuternden Bericht «...Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen...» (S. 9) zeugt von einer grossen Unkenntnis der Materie. Die Indikatoren «fehlen» insofern, dass die entsprechenden Behörden keine Kenntnis davon genommen und diese in den Vernehmlassungsunterlagen nicht aufgeführt haben. An dieser Stelle seien insbesondere die zahlreichen Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich wie etwa die «Q-Initiative» (EQUAM, MFA-ARGOMED, QBM des VEDAG, qualimed.net) erwähnt. Wenn eine Auflistung erfolgt, dann	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
sollte diese so weit als möglich abschliessend sein. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen aufgrund unvollständiger und asymmetrischer Informationen erfolgen, zumindest Doppelspurigkeiten geschaffen werden und Wertschätzung für bisher Geleistetes zerstört wird. Als Beispiele sind die Nichtaufführung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM oder die Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich des Projekts «Qualitätsmedizin IQM», Konvergenzprozess HTA, zu erwähnen. - Die SAQM führt periodisch eine Inventarerhebung bei den Ärzteorganisationen zu ihren eingeführten oder geplanten Qualitätsaktivitäten durch. Diese Resultate zeigen ein ganz anderes Bild als dasjenige auf, welches der erläuternde Bericht suggeriert. - Vorschlag FMH: Für die FMH ist es zentral, dass Entscheidungen aufgrund vollständiger und wenn möglicher symmetrischer Informationen erfolgen. Im gesetzgeberischen Prozess der Einführung eines neuen Bundesgesetzes mit der entsprechenden Reich- und Tragweite ist zu erwarten, dass die Entscheidungsträger korrekt und vollständig informiert werden. Die FMH unterstützt den Bund gerne bei der Erarbeitung einer vollständigen und korrekten Übersicht, was in der Schweiz auch seitens Leistungserbringer und Stakeholder bereits geleistet wird (z.B. Patientensicherheit Schweiz, ANQ, QualiCCare, Q-Initiativen, Qualitätszirkel, Supervisionen, Interventionen, Q-Indikatoren, Zertifizierungen, Register etc.). Kostendämpfung / Kostensenkung Die Dämpfung bzw. Senkung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) können per se kein primäres Ziel in einer nachhaltigen Qualitätsarbeit sein. Sie sind es auch nicht im Text der Gesetzesvorlage: Ziel des Zentrums für Qualität gemäss Art. 3 ist die «...Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ... übernommen werden.» - Die Dämpfung des Kostenanstiegs der OKP ist jedoch ein explizit erwähntes Ziel im erläuternden Bericht. Auf S. 13 steht, dass die «... Zielsetzung der Vorlage... insgesamt die Dämpfung der Kostensteigerung» sei. Die Gesetzesvorlage betrifft grundsätzlich nur den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das bedeutet, dass die Dämpfung der Kostensteigerung in der OKP bei der Umsetzung des Gesetzes ein mitbestimmender Faktor sein wird. Mit anderen Worten: Die Kostenkontrolle und -senkung in der OKP soll via Hintertür über das Bundesgesetz für Qualität eingeführt bzw. verstärkt werden, und die Lasten schliesslich jenseits der Grenzen des KVG sich selbst überlassen werden. - Vorschlag FMH: Entweder macht der Bundesrat im Gesetz selbst transparent, dass er über ein «Bundesgesetz für Qualität» die Kosten in der OKP beeinflussen will, wodurch er den betroffenen Akteuren bzw. dem Stimmvolk die Möglichkeit eröffnet, zu dieser Absicht Stellung zu nehmen, oder er streicht sämtliche diesbezügliche Passagen in den Gesetzesmaterialien. Finanzierung und Rechtsform - Die vorgeschlagenen Finanzierungsmodalitäten für das Zentrum sind nur bedingt nachvollziehbar. Keinesfalls enig gehen wir mit der Feststellung, dass die gemäss KVG erbrachten Qualitätssicherungsmassnahmen der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten in den vereinbarten Tarifen bereits heute berücksichtigt sind. Es sind gerade die Leistungserbringer, welche in ihrer täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten zur Optimierung der Qualität beitragen und deren Aufwendungen keineswegs adäquat über den heutigen Tarif abgebildet werden. Will der Bund sich wirklich im Bereich der Qualität in der medizinischen Versorgung engagieren, dann muss er auch auf der Ebene der Leistungserbringer die dafür nötigen Mittel bereitstellen.	
Allgemeines In der Zahnmedizin sind die Zulieferer beinahe ausnahmslos in einem anerkannten Zertifizierungs- und Qualitätssicherungsprogramm engagiert. Auch die von uns in der Schweiz belieferten Zahnärzte sind auf einen hohen Qualitätsstandard allein schon aus Auftragsrecht verpflichtet. Bei einem national relevanten Gesundheitswesen und -markt von rund 70 Mia. Franken erscheinen institutionalisierte Qualitätsbestrebungen als Selbstverständlichkeit. Wir begrüssen daher grundsätzlich derartige Bemühungen. Freilich stellen wir fest, dass die im Gegenentwurf vorgeschlagenen Aufgaben des Zentrums für Qualität in etlichen Gebieten mit Tätigkeiten bereits bestehender Organisationen Überschneidungen aufzeigen, was nach nochmaliger Überprüfung ruft.	asd

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Auch die Logopädinnen und Logopäden sind hoch motiviert, mit wirkungsvollen, den Patienten individuell angepassten und effizienten Therapien ihren Beitrag zu leisten. Qualität genießt immer einen hohen Stellenwert. Trotzdem soll ein nationales Steuerungs- und Kontrollzentrum für „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ mit Prämien, Steuergeldern und Drittmitteln errichtet werden. Unseres Erachtens legen alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen hohen Wert auf Qualität der Behandlungen und Therapien, sodass ein Bedarf eines solchen Zentrums nicht gegeben ist. Die bisherigen Instrumente zur Qualitätssicherung sind sinnvoll und genügen. Das Zentrum hat mit der versprochenen Qualität wenig zu tun, es dient vielmehr dem Diktat der Ökonomie, das heisst, massive Einsparungen auf Kosten der allgemeinversicherten Bevölkerung sollen durchgesetzt werden. Die bis jetzt gültige und bewährte ethische Grundhaltung der Ärztinnen und Ärzte sowie des therapeutisch und pflegerisch tätigen Personals wird damit in Frage gestellt. Unter Dem Deckmantel der (fehlenden) Qualität würden medizinisch notwendige Behandlungen unter Umständen verweigert! Wir lehnen deshalb das geplante Gesetz als Ganzes ab.	K/SBL
Selon nous, tous les prestataires de la santé publique attachent une grande importance à la qualité de leurs prestations et nous ne pensons pas qu'un tel centre soit donc nécessaire. Les instruments existant à ce jour pour le maintien et l'amélioration de la qualité sont appropriés et suffisants. A la lecture du document explicatif, nous sommes d'avis que le centre n'apporterait ni une garantie d'une amélioration de la qualité des prestations, ni une garantie de la sécurité des patients. Par contre, il génère des dépenses excessives et devrait entraîner des économies qui seront une fois de plus, faites sur le dos des personnes assurées dans l'assurance de base. L'attitude éthique fondamentale du corps médical et du personnel paramédical et soignant est remise en question par l'introduction d'une loi prétendant introduire une nouveauté. Un traitement ou une prise en charge nécessaire pourrait alors être refusée pour des raisons de manque de qualité selon des critères purement économiques !	ARLD
L' ACSI (Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana) salue le projet de création d'un centre national pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins. Il nous semble toutefois essentiel que cette nouvelle structure veille à intégrer les programmes de qualité déjà existants de manière efficiente et que des synergies puissent voir le jour. En effet, la dispersion et le manque de coordination caractérisent actuellement les initiatives en cours et rendent problématique et aléatoire le monitoring de la qualité des soins sur l'ensemble du territoire. Une meilleure définition des collaborations souhaitées entre les institutions existantes est aussi opportune et nécessaire. Afin que les intérêts et les préoccupations des patients et des consommateurs soient représentés, nous demandons à ce que les organismes de défense des consommateurs et des patients soient intégrés dans la plateforme HTA national et qu'elles soient dotées des ressources nécessaires à cette fin. En effet, les représentants des consommateurs en Suisse sont parmi les plus attentifs observateurs du développement incontrôlé du système sanitaire actuel et sont aussi préoccupés par la pléthore de soins inutiles et coûteux proposés aux patients-consommateurs-assurés et contribuables. Ces représentants contribuent à l'information des patients/consommateurs, avec des moyens toutefois limités, et en collaboration avec leurs partenaires du milieu sanitaire. Leur participation aux activités du centre de qualité pourrait accroître leur impact informatif et formatif, contribuant ainsi plus fortement à l'éducation sanitaire des citoyens et à la participation active des patients aux soins les concernant. Afin que la qualité du système de santé puisse être évaluée et développée, il faudrait que les fournisseurs de prestations soient légalement tenus de transmettre des données anonymisées et standardisées, selon des protocoles à étudier/évaluer qui n'impliquent pas une croissance inutile des activités administratives pour les opérateurs sanitaires. Une caisse maladie publique et unique serait certainement une bonne prémisse pour la mise en œuvre de cette requête. Enfin, étant donné qu'il est prévu que le financement soit réalisé à travers un prélèvement sur les primes des assurés, il est normal qu'ils soient régulièrement informés des objets de recherches et que les résultats soient facilement accessibles. A ce propos, il serait utile et nécessaire de préciser ce droit au retour de l'information dans un paragraphe de la loi.	ACSI, frc

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Dans le cadre de l'évaluation des technologies médicales (HTA), une attention particulière devrait être portée sur la réduction du nombre de traitements et d'interventions inefficaces, inefficaces ou inutiles, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. Rappelons que actuellement, et sur la base d'informations que fournissent les opérateurs sanitaires eux-mêmes, on estime à 30% le nombre des interventions et thérapies non-nécessaires et potentiellement dangereuses pour la santé des patients.	
1. Allgemeines - physioswiss unterstützt grundsätzlich das Bestreben des Bundes, ein Qualitätszentrum für die obligatorische Krankenpflegeversicherung einzurichten. Oberste Priorität müsse dabei Qualitätssicherung und Patientensicherheit sowie die Zweckmässigkeit haben. - physioswiss erwartet vom Bundesrat die Gewähr, dass ein nationales Qualitätszentrum in allen Bereichen mit der notwendigen fachlichen Kompetenz geführt und organisiert wird. Das Ziel eines solchen Zentrums muss zwingend sein, die Qualität der von der Grundversicherung übernommenen Leistungen beständig hoch zu halten (Qualitätssicherung) und wo immer möglich zu verbessern (Qualitätsentwicklung). Zusätzliche bürokratische Hürden müssen unbedingt vermieden werden. 2. Qualität - Das Qualitätsniveau der Grundversorgung in der Schweiz ist im internationalen Vergleich sehr hoch. Diese Qualität noch zu steigern und die Patientensicherheit stets zu verbessern, stellt eine grosse Herausforderung dar. Für ein Qualitätszentrum im Gesundheitswesen ist die Nähe zur Praxis zwingend, dies muss im Gesetz bereits entsprechend abgebildet werden. Sowohl Qualität wie auch Patientensicherheit liegen in erster Linie in der Verantwortung der Leistungserbringer. Um nachhaltige Qualitätsverbesserungen erreichen zu können, müssen die Arbeitsbedingungen der Leistungsträger berücksichtigt werden. So ist es beispielsweise unabdingbar, dass die Ausbildung von zusätzlich notwendigem Fachpersonal in verschiedenen Berufsgruppen gefördert werden muss, um dem bereits heute spürbaren Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Wenn in Zukunft die Versorgungssicherheit mit Gesundheitsleistungen nicht mehr durch qualifizierte Fachkräfte gewährleistet ist, können die jetzigen Qualitätsstandards nicht eingehalten, respektive verbessert werden. Der sich im Gesetzesentwurf widerspiegelnde Top-Down Ansatz steht im Kontrast zur heutigen dezentralen Organisation des Gesundheitswesens der Schweiz. Diesen Paradigmenwechsel erachten wir als sehr kritisch. Kantone, Berufsverbände der Leistungserbringer wie auch interdisziplinär ausgerichtete Organisationen (z.B. die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften), tragen bereits heute mit ihrer Arbeit an der Basis viel zur hohen Qualität bei. Die bestehenden Strukturen müssen beim Aufbau eines nationalen Zentrums zwingend berücksichtigt und das fachliche Knowhow muss eingebunden werden. Man muss verhindern, dass praxisferne, schwer umsetzbare und damit kaum akzeptierte Massnahmen und Lösungen erarbeitet werden. 3. Patientensicherheit. - physioswiss begrüsst die Idee, die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens und deren Aktivitäten zugunsten der Patientensicherheit in einem nationalen Zentrum zu verbinden und Synergien zu nutzen um die Effizienz zu steigern. Die sich laufend erweiternden Behandlungsmöglichkeiten, die technologischen Entwicklungen und zahlreiche Schnittstellen in den Behandlungspfaden wie auch die zunehmende Verknappung von qualifiziertem Personal sind nicht zu unterschätzende Hürden. Die zunehmende Mündigkeit der Patientinnen und die Verpflichtung, sie und ihre Angehörigen in diagnostische und therapeutische Entscheide mit einzubeziehen, sind sehr positiv zu werten. Dies stellt jedoch hohe Anforderungen an die Leistungserbringer, verlangt eine enge multiprofessionelle Zusammenarbeit und ruft nach einem umfassenden Qualitätsmanagement. Um die notwendige Nähe zur Praxis zu erreichen, müssen sowohl die harten messbaren Faktoren wie auch die wenig berechenbaren weichen Faktoren bei der Planung und Umsetzung eines Qualitätszentrums optimal berücksichtigt werden. 4. Weitere Aspekte - Im erläuternden Bericht wird die Qualität im heutigen Gesundheitswesen des Öfteren wenig differenziert in Frage gestellt. Dies ist sehr störend. Wie oben bereits betont, ist die generelle Qualität im heutigen Gesundheitswesen der Schweiz bereits auf einem hohen Niveau. Um den Fachkräften im Gesundheitswesen wirksame Instrumente zur Verfügung zu stellen, müssen die diversen Akteure (Kantone, Berufsgruppen etc.) zwingend aktiv miteinbezogen werden. Transparente Kommunikation, Kooperation und Vertrauen sind wich-	physioswiss

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
tige Schlüssel zur Erreichung der Ziele. Um die Nähe zu den Leistungserbringern zu garantieren, muss der vorliegende Gesetzesentwurf deshalb nochmals grundlegend überarbeitet werden. Im vorliegenden Gesetzesentwurf des Bundesgesetzes wird das Thema Wirtschaftlichkeit zu Recht nicht explizit abgebildet, zumal es um Qualität und Patientensicherheit gehen soll. Im erläuternden Bericht hingegen wird in verschiedenen Abschnitten der Wirtschaftlichkeit hohe Priorität eingeräumt. Dies nährt einen Anfangsverdacht, dass eine versteckte Agenda existiert und das eigentliche Ziel des Gesetzes für ein nationales Qualitätszentrum Kosteneinsparungen sind. Im neuen Gesetz muss deshalb zwingend sichergestellt werden, dass das Zentrum für Qualität sich tatsächlich mit Qualität und nicht mit Kosteneinsparungen beschäftigt, auch wenn schlechte Qualität ein Kostentreiber darstellen kann. 4. Weitere Aspekte - Im erläuternden Bericht wird die Qualität im heutigen Gesundheitswesen des Öfteren wenig differenziert in Frage gestellt. Dies ist sehr störend. Wie oben bereits betont, ist die generelle Qualität im heutigen Gesundheitswesen der Schweiz bereits auf einem hohen Niveau. Um den Fachkräften im Gesundheitswesen wirksame Instrumente zur Verfügung zu stellen, müssen die diversen Akteure (Kantone, Berufsgruppen etc.) zwingend aktiv miteinbezogen werden. Transparente Kommunikation, Kooperation und Vertrauen sind wichtige Schlüssel zur Erreichung der Ziele. Um die Nähe zu den Leistungserbringern zu garantieren, muss der vorliegende Gesetzesentwurf deshalb nochmals grundlegend überarbeitet werden. physioswiss begrüsst und unterstützt die Absicht des Bundes, der Qualität sowie der Patientensicherheit zusätzliches Gewicht zu geben. Die Schaffung einer Gesetzesgrundlage für den Aufbau eines Qualitätszentrums ist zu begrüßen; der vorliegende Gesetzestext bedarf hingegen einer grundlegenden Neukonzeption. physioswiss fordert dass die grundsätzliche Ausrichtung des Zentrums nochmals überdacht wird um sicherzustellen, dass nicht die generelle Senkung der Gesundheitskosten erste Priorität hat sondern das übergeordnete Ziel der Qualitätssteigerung und der Patientensicherheit. Aus genannten Gründen unterstützt physioswiss den vorliegenden Gesetzesentwurf in dieser Form nicht.	
Der SVBG begrüsst die Bestrebungen des Bundes, die Kantone in ihrer Verantwortung für die Qualität im Gesundheitswesen zu unterstützen und deren Aktivitäten zu koordinieren. Grundsätzlich sind wir mit einem nationalen Zentrum für Qualität einverstanden. Es ist uns jedoch ein zentrales Anliegen, dass die Berufsverbände in der Qualitätssicherung ihre zentrale Rolle weiterhin wahrnehmen können. Qualitätssicherung ist bei den Gesundheitsberufen primär Sache der Berufsverbände. Die bestehenden Instrumente und Programme zur Qualitätssicherung der Berufsverbände sollen berücksichtigt, aufgenommen und in der Umsetzung unterstützt werden. - Die Berufsverbände müssen erste Ansprechpartner sein, wenn es um die Qualitätskontrolle der Gesundheitsberufe geht. Qualitätsprogramme, weiche von den Berufsverbänden erarbeitet wurden oder werden, müssen für alle praktizierenden Berufsleute gelten, unabhängig von einer Mitgliedschaft beim Verband. - Wir unterstützen die folgenden Rahmenbedingungen des Zentrums: • Die bisherige Kompetenzverteilung der Akteure in der Regulation bleibt gemäss Bundesverfassung und KVG unverändert. • Bereits vorhandene Kompetenzen sollen genutzt werden. • Das Zentrum arbeitet eng mit den Akteuren und bestehenden Institutionen zusammen. Die Handlungsfelder sind breiter zu fassen. Strukturmerkmale müssen zusätzlich zur Ergebnisqualität betrachtet werden. Internationale Studien legen nahe, dass besonders Personalschlüssel, Qualifikationsniveaus und Arbeitsbedingungen wichtige Einflussfaktoren auf die Qualität darstellen. Die Plattformen und Entscheidungsgremien des Zentrums müssen die Berufsgruppen und die Sozialpartner zwingend entsprechend ihrem Gewicht im Gesundheitswesen einbinden. Ausserdem würden wir unterstützen, wenn die Finanzierung des Zentrums mit mehr Steuergeldern und weniger Pro-Kopf-Beiträgen geplant wurde. Die Krankenversicherungsprämien dürfen nicht im vorgeschlagenen Mass erhöht werden. Wir stellen den Antrag, dass höchstens CHF 1.00 pro versicherte Person und der Rest über Einkommens- und Vermögenssteuereinnahmen von Bund und Kantonen erhoben wird.	SVBG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die Schweiz verfügt heute weltweit über eines der besten Gesundheitssysteme. Für medswiss.net ist deshalb auch künftig eine optimale Qualität absolut zentral, denn nur so kann das hohe Niveau unserer Gesundheitsversorgung gehalten und verbessert werden. Die Botschaft sollte lauten: „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein“ - von pauschalisierenden Defiziten bei der Patientensicherheit zu sprechen, ist weder adäquat noch zielgerichtet. Gemäss dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf sind die nationalen Plattformen ein wichtiges Element. Im Gesetzestext finden sich dazu keine verbindlichen Formulierungen. Weiter wird festgehalten, dass das Zentrum für Qualität eine kostendämpfende Wirkung haben würde. Ein Beweis für diese Aussage weder im Gesetzesentwurf ersichtlich und noch nachvollziehbar. Für medswiss.net ist eine volkswirtschaftliche Gesamtkosten-Optik unerlässlich, da die Kosten und der Nutzen nicht nur am gleichen Ort, respektive im gleichen Sektor anfallen. Der Bund muss Rahmenbedingungen, Mindestvorgaben und Ziele erarbeiten, welche die verschiedenen Qualitätsinitiativen erfüllen müssen und hat deren Umsetzung zu beaufsichtigen. Dazu genügen schlanke Strukturen. Analog dem EKIF (Eidgenössische Kommission für Impfragen) könnte z.B. anstelle des geplanten, teuren Q-institutes ein beratendes Gremium für Qualitätsfragen für den Bund geschaffen werden. Geltungsbereich und Zielsetzung der Vorlage Der Geltungsbereich der Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht zu eng definiert. Qualitätsüberlegungen sollen nicht a priori aus der Krankenpflegeversicherungs- (KVG) Optik betrachtet werden. Der (Patienten-)Nutzen, welcher durch die verschiedenen Qualitätsbestrebungen erzielt wird, fällt nicht ausschliesslich im KVG-Bereich an. Entsprechend wird es nicht möglich sein, mit dem geplanten Zentrum Hinweise oder Evidenzen zu schaffen, welche nebst den Kosten auch den realen Nutzen aufzeigen und so eine volkswirtschaftliche Bilanzierung ermöglichen würden. Des Weiteren ist bekannt, dass 60 %-70 % der Faktoren, welche die Mortalität des Menschen beeinflussen, aus Umwelt und Verhalten stammen, also nicht aus dem Gesundheitswesen, welches mit dem KVG abgebildet werden kann (dieser Anteil liegt bei knapp über 10%!). Nebst der zu engen volkswirtschaftlichen Optik wird so auch die kausale Diskussion von Verbesserungsmaßnahmen verunmöglicht, respektive zu sehr eingeschränkt. Fazit: Die beschriebenen Ziele der Vorlage betreffend der „nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit und der Kostenämpfung in der Krankenversicherung“ können mit der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfallen. Einbezug der Partner Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass sich das Zentrum nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Die genannten Massnahmen des Bundes sind denn auch als Ergänzung zu verstehen. Sie können und dürfen die laufenden Qualitätsbestrebungen durch die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzen“. Wir begrüssen diese Stossrichtung des Bundes - auch dahin gehend, dass das Zentrum über keine hoheitsrechtlichen Kompetenzen verfügen soll. Für medswiss.net bleibt aber weiterhin unklar, wie der Einbezug ausgestaltet werden soll. Die erwähnten „nationalen Plattformen“ werden im erläuternden Bericht genannt - im Gesetzestext sucht man jedoch vergeblich nach verbindlichen Aussagen zu den Plattformen. Auch fehlen bei den Erläuterungen detaillierte Angaben, wie die Plattformen besetzt werden sollen und wie die Prozesse und Abläufe vorgesehen sind. Der transparente Einbezug der Stakeholder in Form ihrer Verbände und somit das Einbringen von konsolidierten Stellungnahmen ist zwingend. Von der Qualität her anerkannte Kriterien sowie diagnostischen und therapeutischen Massnahmen müssen zugunsten der Patienten eingesetzt werden können und dürfen nicht von Seiten der Krankenkassen aus Kostengründen oder aufgrund interner Richtlinien abgelehnt werden. Definition und Festlegung von Qualität Gemäss den Aussagen der Qualitäts-Experten ist Qualität schwierig messbar. Sie ist als Co-Produktion der Leistungserbringer mit dem Patienten und verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen zu verstehen. Die Schwergewichte der „Qualitätsmessungen“ wurden aus diesen Gründen in den letzten Jahren immer wieder verändert. Gemäss der neusten Literatur	m-net

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
ist man in den USA wieder von den Outcome-Messungen abgekommen und legt den Schwerpunkt auf die Prozesse. Qualitätsfelder sind Wirtschaftlichkeit, logistische Qualität, Fachqualität und Servicequalität. Im ambulanten Bereich erfolgen heute betreffend Wirtschaftlichkeit die viel zu stark auf den ambulanten Kostensektor fokussierenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Versicherer. Bei der logistischen Qualität existieren z.B. bereits die Röntgen- und Labor-Qualitätskontrollen auf Bundesebene. Was die Fachqualität und die Servicequalität anbelangt, gehört deren Definition und Festlegung von entsprechenden Qualitätsindikatoren klar in die Kompetenz von ärztlich besetzten Gremien und kann und darf nicht von der Bundesebene, respektive von einem „Qualitätsinstitut“ festgelegt werden. Die ärztliche, wie auch die medizinische Qualität kann und darf nicht vom Staat festgelegt werden, sondern von der zuständigen Stelle, an der die Qualität zum Nutzen des Patienten im Alltag angewendet und weiterentwickelt wird - also bei den Leistungserbringern und deren Organisationen. Medswiss.net ist mit dem Bund einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien genutzt werden müssen. Diese zentrale Aufgabe wird im erläuternden Bericht aber nicht bzw. zu wenig thematisiert. Health Technology Assessment (HTA) Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG, bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfelder. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Decision ein - die Gewaltentrennung muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Die Ärzteschaft engagiert sich seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das HTA in der Schweiz. Wir verweisen dabei auf die FMH, welche als Gründungsmitglied des SNHTA und Mitträgerin des Swiss Medical Board aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt war. Der aktuell laufende Konvergenzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes- oder Partikularinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten, die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund. Mit den Forderungen, dass die bestehenden Leistungen im Leistungskatalog regelmässig gemäss den WZW-Kriterien überprüft und die Innovationen gefördert werden, gehen wir - zusammen mit der Forderung der volkswirtschaftlichen Gesamtkostenoptik - vollkommen einig. Die vielen bereits laufenden und etablierten Massnahmen müssen vom Bund nicht nochmals erarbeitet werden. Eine Zentrumslösung ist aufgrund der vielen Aktivitäten der Leistungserbringer und anderer Stakeholder keine adäquate Lösung. Vielmehr werden in dieser Form Doppelspurigkeiten geschaffen, anstatt Synergien genutzt. Das BAG orientiert sich heute schon an den Grundsätzen und Methoden des HTA. Es ist verständlich, weshalb dazu ein separates Institut aufgebaut werden soll. Zentrumslösung vs. dezentrale Organisation Medswiss.net spricht sich für eine dezentrale Organisation aus, bei welcher dem Bund die Aufgabe zukommt, Rahmenbedingungen, Mindestvorgaben und Ziele zu definieren, welche die verschiedenen Qualitätsinitiativen zu erfüllen haben, diese Initiative zu koordinieren und die Umsetzung zu beaufsichtigen. Auch für die 2012 durch die FMH gegründete Akademie für Qualität in der Medizin SAQM ist die Vernetzung und die fachliche Unterstützung ein zentrales Anliegen. Die bisher rund 30 eingegangenen offiziellen Anträge an die SAQM belegen, dass ein grosses Bedürfnis an Vernetzung und Unterstützung besteht. Wenn bereits heute etablierte und bewährte Akteure das BAG bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen, wäre eine Netzwerklösung sinnvoll. Aktivitäten Bereits in der Botschaft zum Bundesgesetz wird bei den zwei Hauptaufgaben das Schwergewicht auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren gelegt, „insbesondere für den ambulanten ärztlichen Bereich“. Der erläuternde Bericht präsentiert viele bereits bestehende und laufende Qualitätsaktivitäten und schliesst daraus auf einen Handlungsbedarf für ein Zentrum, bzw. diese Auflistung wird als Legitimation für den Gesetzgebungsprozess verstanden. Wir stellen fest, dass - bewusst oder unbewusst - viele Qualitätsaktivitäten gar nicht aufgelistet sind. Der folgende Satz im erläuternden Bericht (Seite 9) "Noch vollständig fehlen jedoch Indikatoren im wesentlichen Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen. . ." zeugt von einer Unkenntnis der Materie. Es ist zu vermuten, dass die entsprechenden Behörden davon keine Kenntnis genommen haben und diese somit in den Vernehmlassungsunterlagen nicht aufgeführt	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
wurden! Insbesondere seien an dieser Stelle die zahlreichen Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich erwähnt, wie zB. die „Q-Initiative“ (Argomed Ärzte AG - MFA (Mehrfacharzt), EQUAM Stiftung - Q-Module, medswiss.net - QMN (QualiMedNet) und der VEDAG (Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften) - QBM (Qualitäts-Basis-Modul), sowie die anderen QMS und die Instrumente von Hausärzte Schweiz MFE, um nur einige davon zu nennen. Wenn eine Auflistung erfolgt, dann sollte diese so weit als möglich abschliessend sein - ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen aufgrund unvollständiger Informationen erfolgen und so Doppelspurigkeiten geschaffen werden. Als Beispiele sind die Nichtaufführung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM zu erwähnen oder die Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich des Projekts „Qualitätsmedizin IQM“ sowie der Konvergenzprozess HTA. Die SAQM führt periodisch eine Inventarerhebung bei den Ärztorganisationen zu ihren eingeführten oder geplanten Qualitätsaktivitäten durch. Diese Resultate zeigen ein ganz anderes Bild auf, als der erläuternde Bericht suggeriert. Finanzierung Die vorgeschlagenen Finanzierungsmodalitäten für das Zentrum sind nur bedingt nachvollziehbar. Keinesfalls einig sind wir mit der Feststellung, dass die gemäss KVG erbrachten Qualitätssicherungsmassnahmen der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten in den vereinbarten Tarifen bereits heute berücksichtigt und deshalb nicht über separate Wege zu finanzieren seien. Es sind gerade die Leistungserbringer, welche in ihrer täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten zur Optimierung der Qualität beitragen und deren Aufwendungen dabei keineswegs immer adäquat über den heutigen Tarif abgebildet werden. Will sich der Bund wirklich im Bereich Qualität in der medizinischen Versorgung engagieren, muss er auch auf der Ebene der Leistungserbringer die dafür notwendigen Mittel bereitstellen. Gleiches gilt für die den Leistungserbringern zugedachten Aufgaben und Kompetenzen. Vom Bund definierte Anforderungen an die Leistungserbringer sind vielfältig und umfangreich. Beispielsweise die Verpflichtung zur kostenlosen Erhebung und Lieferung von Daten oder die eigenverantwortlich umzusetzenden Massnahmen zur Qualitätssicherung in der Praxis. Demgegenüber steht einzig und allein die „Kompetenz“ den Bund im Rahmen der nationalen Plattformen - heisst Zentrum für Qualität - beraten zu dürfen. Will der Bund tatsächlich die Qualität fördern, mit dem Ziel die medizinische Versorgung im Sinne der Patientensicherheit zu optimieren, dann muss er zwingend die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen. Bedenken hat medswiss.net bei der personellen Besetzung der Gremien und Organe des Zentrums. In diesem Zusammenhang ist es unverständlich, dass die Stiftung für Patientensicherheit - ein Verein der naturgemäss seine Partikularinteressen vertritt - in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden soll. Dies widerspricht der geplanten Errichtung eines unabhängigen Zentrums für Qualität und wird von der medswiss.net abgelehnt. III. Fazit Wie bereits erwähnt, ist sich die KKA des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten Ziele nicht erreicht werden. Die Schaffung einer öffentlichrechtlichen Anstalt, welche auf Basis von unvollständigen Informationen beruht, ist für die KKA nicht zielführend. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keine Synergien. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Auswirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden. Eine gangbare Lösung wäre z.B. der unter 1. aufgeführte Vorschlag der Schaffung eines beratenden Gremiums anstelle des Q-Institutes oder allenfalls einer modifizierten Netzwerkvariante, wie sie ursprünglich angedacht wurde. Die angestrebten Ziele unter Art. 3 sind klar zu unterstützen, aber mit der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes nicht zu erreichen.	
...Es ist nicht glaubwürdig, wenn der Bund einerseits Massnahmen zum Einsparen von Prämienfranken anstrebt, andererseits prämienerhöhende Ausgaben für Verwaltungsstrukturen beschliesst. ...Die Aufgabe der Qualitätssicherung wird bereits von vielen anderen Organisationen wahrgenommen. Mit dem Gesetzesentwurf wird somit eine Doppelspurigkeit gefördert...	PULSUS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Fazit - Das Postulat einer kostendämpfenden und qualitätsverbessernden Wirkung des Gesetzesentwurfes zur Schaffung des Zentrums für Qualität entbehrt jeglicher evidenzbasierten Begründung. Die Qualitätsdienstleister, nämlich die Ärzteschaft, Zahnärzteschaft und die Therapeuten sowie die zuständigen Organisationen werden in der Gesetzesvorlage übergangen. Eine Doppelspurigkeit in der Qualitätssicherung würde gefördert werden. Daher wird der vorgelegte Gesetzesentwurf von PULSUS vehement abgelehnt.	
Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation hat sich mit dem geplanten Bundesgesetz auseinandergesetzt und kommt zum Schluss, dass der Gesetzesentwurf in der vorliegenden Form nicht akzeptiert werden kann. Wir gehen mit den Argumenten der Stellungnahmen von FMH und fmCh vollumfänglich einig. Das Zentrum wird in der geplanten Form Doppelspurigkeiten, Synergieverluste und unnötige Mehrkosten verursachen. Wie Sie vielleicht wissen fördert unsere Fachgesellschaft mit dem breiten Spektrum akutmedizinischer Querschnittsfunktionen bereits seit über 10 Jahren eigenständige und interdisziplinäre Massnahmen und Aktivitäten zur Qualitätssicherung (z.B. Anästhesiedatenbank Schweiz ADS, Critical Incident Reporting & Reacting NETwork CIRNET). Wir sind deshalb sehr an einer nationalen Datenerhebung zur Qualitätssicherung interessiert, die durch das Bundesgesetz für alle Leistungserbringer verpflichtend würde. Wir fordern deshalb eine intensive Einbindung der Fachgesellschaften und der Dachverbände in die Entwicklung und Realisierung eines nationalen Zentrums für Qualität.	SGAR
Wir unterstützen jegliche Qualitätsbestrebungen. Die mit der Gesetzesvorlage angepeilten Ziele (mit Ausnahme der implizierten Kostensenkung) sind unseres Erachtens mit dem Vorschlag des Bundes nicht zu erreichen. Das Verhältnis des administrativen Aufwandes zur erreichbaren Qualitätsstabilisierung (wir sprechen bewusst nicht von einer Qualitätsverbesserung) stimmt für uns nicht. Zusammengefasst denken wir, dass die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt nicht zielführend ist. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern in nachgewiesener guter Qualität und transparent durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem bisher an den Tag gelegten Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keinerlei Synergien. Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM, wo auch die SGR prominent engagiert ist, kann als Beispiel betrachtet werden, wie innerhalb von zwei Jahren durch Vernetzung und Koordination das Vertrauen und das Commitment erarbeitet werden kann.	SGRh
Der SVV begrüsst die Absicht des Bundesrates, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen und der Versorgung sowie die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung zu fördern. Aus diesem Grund unterstützt der SVV die im vorliegenden Gesetzesentwurf erwähnten Ziele ausdrücklich, nämlich • die Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes von Leistungen, • die nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit, und • die angestrebte Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung. Allerdings ist der SVV der Meinung, dass der vorgeschlagene Weg über ein neu zu schaffendes Zentrum für Qualität nicht zielführend ist, weshalb er dieses ablehnt. Folgende Gründe sind dafür ausschlaggebend: Wie der Erläuternde Bericht zeigt, bewegen wir uns bereits heute in einem äusserst komplexen Umfeld, das durch die Einführung eines zusätzlichen Akteurs weiterverkompliziert würde. Aus dem Erläuternden Bericht geht nicht klar hervor, wie das neue Zentrum im bestehenden Umfeld eingebettet werden soll. Es wird aber deutlich, dass zahlreiche zusätzliche Schnittstellen entstehen, welche die Abläufe weiter verkomplizieren und zu einem grossen Koordinationsaufwand zwischen den Akteuren führen. • Es stellt sich die Frage, ob der Aufwand für ein neues Zentrum gerechtfertigt ist, das gemäss Vorlage lediglich eine beratende Funktion aber keine Entscheidungskompetenz hat. Obwohl die Krankenversicherer oder ihre Verbände gemäss Artikel 77 KVV zusammen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden für die Sicherung und Förderung der Qualität verantwortlich sind, wird ihnen im Rahmen der Vorlage keine Beteiligung am neuen Zentrum	SVV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
für Qualität zugedacht. Die Krankenversicherer wären aber trotzdem gehalten, die Empfehlungen des Zentrums in den Tarifverhandlungen zu berücksichtigen, ohne dass sie die Möglichkeit erhalten, an der strategischen Ausrichtung des Zentrums mitzuwirken. • Für die Krankenversicherer entsteht zusätzlicher Aufwand nicht nur durch die Koordination mit dem Zentrum, sondern auch deshalb, weil die Gesetzesvorlage vorsieht, dass sie die Finanzierung des Zentrums administrativ abwickeln. Damit würden die Krankenversicherer zu Inkassostellen degradiert. Es ist davon auszugehen, dass damit auch die bis anhin tiefen Verwaltungskosten negativ beeinflusst würden. • Für das neue Zentrum wird ein finanzieller Mehraufwand von CHF 33 Millionen jährlich veranschlagt. Dieser Betrag ist aus Bundesgeldern und über die Krankenversicherungsprämien (vorgesehen ist eine Erhöhung von CHF 3.50 pro erwachsene Person und Jahr) zu erbringen. Es ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb sich nicht alle Akteure, die von der Arbeit des Zentrums profitieren sollen, paritätisch an dessen Finanzierung beteiligen. Speziell zu erwähnen sind die Leistungserbringer und die Kantone. Eine Erhöhung um CHF 3.50 mag auf den ersten Blick moderat wirken; sie ist aber für die versicherten Personen nur schwer nachvollziehbar, wird doch von ihnen erwartet, dass sie den Preis für einen hohen Qualitätsstandard sowohl über die vereinbarten Tarife und nun auch noch über einen Zuschlag auf den Krankenkassenprämien berappen müssen. Das Zentrum für Qualität wird, wie es der Titel der Vorlage schon sagt, nur für den Bereich der sozialen Krankenversicherung eingeführt. Es ist jedoch absehbar, dass ein solches Zentrum auch den Leistungsbereich anderer (Sozial)Versicherungen, wie zum Beispiel der Unfallversicherung, beeinflussen wird. Leider fehlt eine Analyse solcher Auswirkungen im vorliegenden Erläuternden Bericht völlig. Aus diesen Gründen würde es der SVV begrüßen, wenn das BAG Alternativen zu einem Zentrum für Qualität nochmals detailliert prüfen würde. Aus Sicht des SVV stehen dabei folgende Möglichkeiten im Vordergrund: • Eine Teilrevision des KVG, in der die bestehenden Bestimmungen ergänzt werden, um die in der Praxis festgestellten Schwachstellen zu beheben, z.B. die Einführung einer Pflicht zur Messung und Auswertung der Qualitätskriterien, die Veröffentlichung der Resultate in allgemein verständlicher Art und Weise oder die Definition konkreter Sanktionen bei Nichterfüllung der Pflichten. Damit könnte ein wichtiger Beitrag zur Transparenz geleistet werden. • Verfolgen der von der Vorlage anvisierten Ziele innerhalb der bestehenden Strukturen, auch um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Mit der Einführung des Swiss Medical Board wurden im Bereich der HTA erfolgsversprechende Schritte unternommen. Die Stärkung und Weiterentwicklung solcher Ansätze könnte einen gangbaren Weg darstellen. Ähnlich müsste auch für den ambulanten Bereich nach Lösungen gesucht und die Akteure in die Pflicht genommen werden. Zusammenfassend unterstützt der SVV die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfs, schlägt aber vor, diese Ziele durch eine Teilrevision des KVG im skizzierten Rahmen und aufbauend auf den bisherigen Strukturen zu verfolgen und auf die Einführung eines Zentrums für Qualität zu verzichten.	
Le projet de loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins mis en consultation le 14 mai 2014, a retenu toute notre attention. Les analyses médicales entrant dans la majorité des diagnostics médicaux, l'amélioration de la qualité dans ce domaine spécifique de la médecine est notre priorité depuis de nombreuses années, notamment dans les domaines de la détection précoce des tumeurs, du diabète et des affections cardio-vasculaires, comme celui du suivi des traitements. Ainsi les trois associations sans but lucratif, le Centre Suisse de Contrôle de Qualité (CSCQ), l'Association pour le contrôle qualité médical (MQ) et le Service de transfusion sanguine de Berne CRS (BSD-SRK) proposent aux laboratoires d'analyses médicales, des contrôles externes de la qualité depuis respectivement 1972, 1984 et 1996. Dès le début, les laboratoires, comprenant le rôle important et formateur de ces essais inter laboratoires, ont participé régulièrement à nos enquêtes, d'abord sur une base volontaire, puis, avec l'entrée en vigueur des obligations, également pour satisfaire les obligations légales. Dans nos trois centres, nous avons constaté une nette amélioration de la qualité des résultats d'analyses, celle-ci passant de 89 % en 2004 à 98 %	CSCQ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
de résultats conformes en 2013. Nos centres jouent un rôle essentiel et central auprès des prestataires de service, de l'industrie du diagnostic in-vitro et des patients. Tous les trois centres n'enregistrent pas seulement des indicateurs de qualité, mais proposent à tous les laboratoires médicaux en Suisse des essais d'aptitude organisés sur une base régulière. Le Service d'accréditation suisse (www.sas.ch) audite régulièrement nos centres accrédités selon la norme internationale ISO 17043. Il va de soi, que la création d'un centre national pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins est un projet dans lequel nos centres compétents dans le suivi externe de la qualité dans le respect des conditions cadres de la LAMal, pourraient jouer un rôle important de consultation et apporter leur expertise toute spécifique dans ce domaine qu'est l'amélioration des soins aux patients.	
I. Grundsätzliche Überlegungen Wir betrachten die Qualitätsförderung im Gesundheitsbereich als patientenorientierte Daueraufgabe sowohl auf Bundes- als auch auf Kantons-, Gemeinde- und Unternehmensebene. Aus diesem Blickwinkel kommt den Schnittstellen zwischen den erwähnten Ebenen, auch zwischen und innerhalb der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche in der Qualitätsförderung eine besondere Bedeutung zu. Dringende qualitätsfördernde Massnahmen sind auch im Pflegebereich und in der Medikation (z.B. Einführung neuer Medikamente, altersspezifische Medikamentenwahl und —dosierung) angezeigt. Ursachen mangelnder Qualität im Gesundheitsbereich liegen insbesondere auch in Eigenschaften unseres Gesundheitssystems. Beispiele dafür sind • Oekonomische Anreize, wie sie z.B. von Fallpauschalen und anderen Finanzierungsinstrumenten ausgelöst werden. • wirtschaftliche Interessen der Leistungserbringer: Umsatz- und Renditeüberlegungen können zu einer Uebersorgung bzw. zu unnötigen Dienstleistungen und einer Bevorzugung von privat versicherten Patienten führen. Andererseits können sie aber auch einen Kostendruck auslösen und in der Folge davon knappe Personalbestände und frühzeitigen Spitalentlassungen verursachen. • Unterschiedliche kantonale Angebote und Regelungen (vgl. unklare Eignerstrategien und Leistungsaufträge für verselbständigte Öffentliche Spitäler, mangelnde Kontinuität in der Behandlungs- bzw. Versorgungskette, Pflegefinanzierung, fehlende Beschwerdestellen) • Willkürliche Leistungsgewährungen und Leistungsverweigerungen der Versicherer (vgl. Leistungen für Medikamente gegen seltene Krankheiten) • Arbeitsmarktliche und berufliche Engpässe (S. Rekrutierungsengpässe im Pflegewesen und ärztlichen Bereich) Aus dieser nicht abschliessenden Aufzählung von Gründen möglicher Qualitätsdefizite und den bisherigen Ausführungen ergeben sich für die zu beurteilende Vorlage folgende Schlussfolgerungen: 1. Zur Qualitätsförderung im Gesundheitswesen gibt es mehrere, zum Teil gewichtigere Ansätze als das vorgeschlagene nationale Institut für Qualität. 2. Ein nationales Institut macht nur Sinn, wenn es auch steuernde, kontrollierende und sanktionierende Funktionen ausüben kann. Ohne diese Kompetenzen sind Verbesserungen in den erwähnten Schnittpunktbereichen nicht realisierbar. Unseres Erachtens fehlt es weniger an anerkannten Qualitätsindikatoren als am Willen ihrer Anwendung bzw. an der Umsetzung vorhandener Erkenntnisse. Das neue selbständige Institut sollte mit der Stiftung für Patientensicherheit und der Arbeitsgemeinschaft Nationale Qualität (ANQ) zusammenarbeiten und deren Funktionen ergänzen jedoch keines Falls konkurrenzieren.	SSR
Grundsätzliche Überlegungen - Der Vorstand der VASOS begrüsst die Bestrebungen des Bundesrats, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu stärken, doch bezweifeln wir, dass mit der Schaffung eines nationalen Zentrums die gewünschten Ziele erreicht werden können. Die Probleme in der Gesundheitsversorgung, welche sich negativ auf die Qualität auswirken, sind breit und können mit den vorgesehen Massnahmen nur bedingt verbessert werden. Wir sind der Meinung dass der Fokus auf die Patientenversorgung gelegt werden muss und bedauern daher, dass für das vorliegende Projekt ein Top down Prozess gewählt wurde. weitere zahlreiche akkreditierte Organisationen und Firmen, welche bereits über anerkannte Qualitätsindikatoren und Verfahren zu deren Überprüfung	VASOS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
verfügen. Es braucht daher aus unserer Sicht kein Zentrum zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren, vielmehr müssen die bestehenden für die Leistungserbringer als verbindlich erlassen werden. Was es jedoch braucht, sind Ressourcen für das Personal, damit es vorgegebene Qualitätsnormen einhalten und umsetzen kann. Mit Erstaunen stellen wir fest, dass bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Nationalen Plattform die Sozialpartner fehlen. Wie oben erwähnt sind die Arbeitsbedingungen ein zentraler Faktor, um Qualität und Patientinnensicherheit zu gewährleisten. Wir beantragen deshalb, die Sozialpartner, Patientinnen- und Seniorenorganisationen sowohl in den Verwaltungsrat als auch in die Nationale Plattform aufzunehmen. 4. Schlussfolgerung Aus unseren bisherigen Ausführungen ergeben sich für die zu beurteilende Vorlage folgende Schlussfolgerungen: 1. Zur Qualitätsförderung im Gesundheitswesen gibt es mehrere, zum Teil gewichtigere Ansätze als das vorgeschlagene nationale Institut für Qualität. Die VASOS lehnt die Vorlage aus den genannten Gründen ab. 3. Um eine Verbesserung in der Qualität zu erreichen, muss primär in personelle Ressourcen in der Patientenversorgung investiert werden, denn gut ausgebildetes, motiviertes Personal mit genügend zeitlichen Ressourcen ist der beste Garant für eine gute qualitative Gesundheitsversorgung. Leider zeigen die politischen Entscheide mit den aktuellen Sparpaketen in den Kantonen in eine andere Richtung.	
1. Allgemeine Einschätzung - Caritas Schweiz begrüsst das Engagement des Bundes für die Qualität der medizinischen Leistungen und erachtet die Schaffung des Zentrums für Qualität als wichtige Massnahme zur Förderung einer qualitativ hochstehenden, effizienten und für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung. Die allgemeine Ausrichtung des Engagements, insbesondere die Zielsetzung, Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen" scheint uns richtig. Auch die in der Qualitätsstrategie des Bundes definierte Zieldimension „Die Leistungserbringung soll sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle chancengleich erfolgen, " haben unsere volle Zustimmung. Folgende Themen- und Aktionsbereiche müssen unserer Ansicht nach ergänzt werden: Sicherstellen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle. Als übergeordnetes Qualitätsmerkmal des Gesundheitssystems muss gewährleistet werden, dass die Gesundheitsversorgung allen gleichermassen offen steht. Dies erfordert jedoch gezielte Massnahmen insbesondere in den Bereichen zielgruppenspezifische Kommunikation, Case Management und aufsuchende Dienstleistungen. Gewährleisten der Verständigung über Kommunikationsbarrieren hinweg. Der Bedeutung der gegenseitigen Verständigung zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten muss Rechnung getragen werden. Die Verpflichtung, die Verständigung sicherzustellen, liegt dabei eindeutig bei den Leistungserbringern. Ist die direkte Kommunikation aufgrund sprachlicher und/oder kultureller Unterschiede erschwert, muss der Zugang zu Dolmetschleistungen gewährleistet sein. Berücksichtigung transkultureller Aspekt und Kompetenzen Die Leistungsempfängerinnen und —empfänger des Gesundheitssystems zeichnen sich zunehmend durch ein hohes Mass an Diversität aus: Je nach Standort und Angebot sind über ein Drittel der Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft. Die Leistungserbringerinnen und —erbringer müssen für den Umgang mit dieser Diversität geschult sein.	CTS
Als Mitglied der Dachorganisation Foederatia medicorum chirurgicorum helveticorum (fmCh), haben wir uns im Vorstand und innerhalb von gynécologie suisse intensiv mit dem Gesetz auseinander gesetzt. Der Vorstand der SGGG hat an seiner Sitzung vom 15. August 2014 entschieden, Ihnen die in der fmCh erarbeitete Vernehmlassungsantwort zuzustellen. Diese entspricht voll und ganz der in der SGGG geführten Auseinandersetzung zum Thema. Die Stellungnahme zum HTA werden wir Ihnen gesondert zustellen, ebenfalls gemeinsam mit der fmCh.	SGGG
Die Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie schliesst sich der Stellungnahme der fmCh an, welche den Gesetzesentwurf ablehnt, da der Bundesrat den Auftrag des Parlaments, das Vollzugsdefizit im Bereich der Qualitätssicherung zu beheben, nicht erfüllt. Im Ergebnis wird die Schaffung eines kostspieligen Zentrums vorgeschlagen, das	SGHC

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
die aktuellen Probleme nicht löst, sondern neue schafft und überdies einen bürokratischen Apparat in die Welt setzt, dessen Aufgaben und Kompetenzen nicht klar definiert sind. Nach Meinung der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie sollte der Bundesrat vielmehr die verschiedenen Stakeholders im Bestreben nach Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen über Qualitätssicherung unterstützen. Wir erlauben uns, Ihnen die Qualitätsstrategie unserer Fachgesellschaft beizulegen. Daraus können Sie entnehmen, dass wir bestrebt sind, eine sinnvolle Ausgestaltung der Qualität in der Medizin umzusetzen. Nach der Einführung eines nationalen Registers im Jahre 2013 werden wir das nächste Jahr weitere Schritte einleiten (Messung der Datenqualität des Registers; Red & Green Flag System), um sicherzustellen, dass die Qualität in den herzchirurgischen Zentren in der Schweiz nachhaltig umgesetzt und garantiert werden kann.	
Grundsätzlich begrüsst die FAMH, dass der Bund um die stetige Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen bemüht ist. Das vorgeschlagene Qualitätszentrum ist jedoch nicht zielführend, denn es erhöht die Komplexität und bindet unnötig Ressourcen. Vielmehr sollten die vorgesehenen Mittel für die heute schon vorhandenen Institutionen genutzt werden. Das Zentrum für Qualität schafft keinen Mehrwert. Es ist im Interesse aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen, dass die Qualität der Leistungen stets verbessert und die Patientensicherheit erhöht wird. Das vorgesehene Zentrum für Qualität schafft diesbezüglich aber keinen Mehrwert, insbesondere wegen des vorliegenden zu grossen Interpretationsspielraums. Vielmehr würde ein solches Zentrum die Komplexität erhöhen, Ressourcen unnötig binden und bestehende Institutionen, wie die Stiftung Patientensicherheit Schweiz, gefährden statt zu stärken. Dem Bund steht es mit Art. 58 KVG zu, Qualitätsmassnahmen zu ergreifen, diese Rechte aber hat er bisher kaum genutzt. Qualitätssicherung bei Auftragslabors bereits gewährleistet Mit wenigen Ausnahmen sind die Auftragslabors in der Schweiz akkreditiert. Die Akkreditierung durch die SAS ist eine Bestätigung der Kompetenz des Labors und der Qualität der Analytik. - Hohe Qualitätsstandards - Qualität und Patientensicherheit stehen für die FAMH an erster Stelle. Gemäss Standesordnung des Verbands müssen dessen Mitglieder, zusätzlich zu den von der QUALAB verlangten Ringversuchen, für alle von ihnen verrechneten Analysen laufend an von den Fachgesellschaften anerkannten externen Qualitätskontrollen teilnehmen. So ist die Qualität für in der Schweiz erbrachte Laboruntersuchungen grundsätzlich sichergestellt, jedoch wäre es wünschenswert, wenn der Bund die QUALAB juristisch besser verankern würde. Auch hat es der Bund bisweilen verpasst, die Qualitätsstandards in der ambulanten Laborversorgung zu erhöhen. Zudem hat sich der Bund bisher nicht darum bemüht, Massnahmen zu treffen, welche die Einhaltung des Territorialitätsprinzips bei Laboranalysen sicherstellen. So sollte das BAG die Ablehnung der Kostenübernahme durch die Versicherer sowie die Verwarnung von Versicherern oder die Ausstellung von Ordnungsbussen vornehmen, wenn das Territorialitätsprinzip verletzt wird (vgl. Motion Lorenz Hess „13.3960 - Motion. Sicherstellung der Qualität von rnedizinischen Laboranalysen. Territorialitätsprinzip, Kontrollmechanismen und Sanktionsmassnahmen"). Nur so könnten Patientensicherheit und Datenschutz von Laborleistungen gewährleistet werden. Die FAMH wurde es begrüssen, wenn der Bund Mittel und Know-how zur Stärkung der vorhandenen Strukturen einsetzen, anstatt viel Geld für ein neues Zentrum aufwerfen würde, das ohnehin Jahre braucht, um sich - wenn überhaupt - zu etablieren. Dezentrale Versorgung - Die FAMH vertritt 87 öffentliche und private Laboratorien in der Schweiz, die Tag für Tag mehrere tausend Analysen durchführen. In der Schweiz gewährleistet eine ausreichende Zahl von geographisch gut verteilten modernen Auftragslabors eine einwandfreie Versorgung mit qualitativ hochstehender Laboranalytik. Aufgrund dieser Verteilung profitieren auch Randregionen von der hohen Qualität der Analysen.- Modernste Technik - Auftragslabors arbeiten präzise, effizient und kostengünstig. Das Personal arbeitet dank hoher Ausbildung und viel Erfahrung schnell und genau. Zudem werden die Kosten der Geräte auf viele Analysen verteilt, was regelmässige Investitionen ermöglicht. Noch einmal zusammengefasst sollte sich der Bund auf die Stärkung der bestehenden Institutionen zur Sicherstellung der Qualität sowie auf die Durchsetzung bestehender Gesetze und	FAMH

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Verordnungen konzentrieren. Die Vorlage ist in dieser Form zu wenig zielgerichtet und bringt - neben hohen Kosten - keinen ersichtlichen Mehrwert.	
The implementation strategy is currently heavily weighted towards the leading role of the national centre and federal government. In practice the implementation of any national programme will require action at many levels from both individuals and organisations. This in turn will require organisations to coordinate their own initiatives with the broader aim of achieving a coherent and comprehensive national approach. Even at this stage it would be worthwhile setting out actions needed at the different levels of the system and considering the capacity of individuals and organisations. For instance, in some countries, senior healthcare executives do not provide the necessary leadership on safety and quality. The priorities outlined for early intervention are undoubtedly important and have the advantage of being evidence based. For the future however the process of prioritisation should be made more explicit and transparent. It would be valuable to consider a formal assessment of priorities within Switzerland with contributions seen through the eyes from of patients, carers and staff. Patients may have different safety priorities than staff which may differ again from those of government. Patient and staff priorities should not displace government priorities but their assessment will provide a more rounded picture. The Swiss healthcare system is rightly admired. However it is likely that there is considerable variation within Switzerland in the consistency and quality of care delivered. It is also very probably that errors are frequent and patients are sometimes harmed, as is the case in all other healthcare systems that have assessed these issues. There may be value in conducting specifically Swiss studies particularly if they are linked to an on-going improvement programme. Measurement of harm is an important foundation of safety assessment. However organisations also need to address reliability, safety monitoring, anticipation and preparedness, integration and learning. Many healthcare organisations have very little capacity for anticipation of hazards or for analysing or learning from safety and quality information. A review and development of these capacities may be valuable. Beside CH-IQI (discussed above) Switzerland lacks a nationally agreed set of quality and safety indicators especially in the field of long-term care, ambulatory care, home care. An integrative national database of indicators across all sectors of healthcare would be a major advance. Such a database should allow participating organisations to carry out their own local analyses as well as contributing to the national dataset. The Federal strategy has proposed the creation of a national centre to implement the quality strategy. The centre would, on behalf of the Swiss people, be able to independently assess local and national priorities for safety and quality. A national quality forum of all the relevant partners would advise the federal government on strategic objectives. The strategy proposes that the Foundation for Patient Safety provide the nucleus of the new centre and be fully integrated with the new structures. This has the advantage that the high level of acceptance that the Foundation has achieved in recent years and the visibility and significance of the issue of patient safety would not be undermined or lost during the period of transition. The creation of a national centre will provide a tremendous impetus to safety and quality improvement in Switzerland and should be warmly welcomed. However such organisations can take a number of different forms, some mainly providing strategic direction and others with a stronger focus on research and innovation. The primary task of the English NHS Institute for Innovation and Improvement for instance was in the development and evaluation of new methods of improvement for wider dissemination.	SAB
Ihren Äusserungen anlässlich der Pressekonferenz zur Prämienerrhöhung der Krankenkassen vom 25. September 2014 war zu entnehmen, dass die Vernehmlassung zur Frage der Einrichtung eines nationalen Instituts für die Qualitätssicherung im medizinischen Bereich für Sie enttäuschend ausgefallen ist. Das kann ich nachvollziehen, wäre es doch aus Sicht und im Interesse der Patienten erwünscht, dass die medizinischen Leistungen effizienter gestaltet werden können als sie es heute sind - zumal es ein offenes Geheimnis ist, dass die Erfolgsquote der medizinischen Versorgung in keinem überaus guten Verhältnis steht zum stetig steigenden Aufwand. Daran sind jedoch nicht nur suboptimale Leistungen oder gar Fehler in der Behandlung schuld. Gestatten Sie, dass ich dies an einem konkreten Fall aus der klinischen Praxis exemplifiziere: Die Fakten: Da wird in die Notfallstation eines Krankenhauses	VFNGG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
ein Mensch eingeliefert, in dessen Körper sich eine grosse Menge Wasser angesammelt hat und bei dem das Platzen eines Ödems eine sofortige medizinische Versorgung unausweichlich erscheinen lässt. Im Spital stellt man eine Herz- und eine Niereninsuffizienz fest, ordnet eine Diurese (d.h. die Verabfolgung harntreibender Mittel) an und unterzieht nach und nach verschiedene Organe einer Ultraschalluntersuchung - unter anderem auch die stark aufgedunsenen Beine, um sicherzustellen, dass keine Thrombose droht. Danach fokussiert man sich zunächst auf die Herzinsuffizienz und veranlasst folgerichtig eine Ultraschalluntersuchung des Herzmuskels, wobei sich die Insuffizienz bestätigt, hinter der als Ursache eine Verengung der Herzkranzgefässe vermutet wird. Konsequenterweise wird eine aufwändige Untersuchung durch eine Katheterisierung angeordnet. Mit dieser muss jedoch einige Tage zugewartet werden, da man nicht riskieren möchte, die Nieren mit einer kumulativen Belastung durch diuretische Wirkstoffe und Kontrastmittel zusätzlich zu belasten oder gar zu schädigen. Die Katheter-Untersuchung zeigt jedoch keine abnormen Entwicklungen und auch ein zuvor durchgeführtes 24 Stunden-EKG bestätigt die ebenfalls in den Raum gestellte Hypothese einer erhöhten Anfälligkeit auf Rhythmusstörungen oder Flimmern nicht. Nach 14 Tagen folgt die Entlassung des Patienten und dessen Überweisung an den Hausarzt mit dem Vermerk, dass man den Ursachen nicht auf die Spur gekommen sei, dass jedoch das Herz aufgrund unbekannter Ursachen geschwächt sei, nicht die altersspezifisch volle Leistung bringe und man den Betroffenen nach zwei oder drei Monaten zu einer Nachuntersuchung und allenfalls auch zur Klärung der Frage aufbieten werde, ob aus Sicherheitsgründen ein Herzschrittmacher mit Defibrillator-Zusatzfunktion zu implantieren sei. (Diese Idee wird jedoch später vom Hausarzt, der in dieser Sache um seine Zweitmeinung gebeten wird, als eine der Ratlosigkeit entsprungene Idee gewertet und verworfen). Aus dem Blickwinkel der Qualität der (schul-)medizinischen Leistung gibt es an der Behandlung nichts zu beanstanden: Das Pflegepersonal versieht seinen Dienst pünktlich, sorgfältig und bemüht sich um eine gute Atmosphäre, das Essen ist gut, abwechslungsreich und schmackhaft, die Raumatmosphäre zufriedenstellend, die Ärztinnen und Ärzte sind diskussionsbereit und gehen auf die Fragen und Argumente des Patienten ein, die im diagnostischen Bereich engagierten Spezialisten versehen ihre Aufgaben ohne Hektik, gezielt und untadelig und informieren offen über ihre Befunde - alles <i>lege artis</i>, aber dennoch unbefriedigend im Endresultat: Denn trotz überdurchschnittlich langem Aufenthalt und beträchtlichem diagnostischem Einsatz ist man - wie die behandelnden Ärzte etwas kleinlaut zugeben müssen - der Sache nicht näher gekommen. Und sucht deshalb nach einer Lösung, die irgendwie zur Risikobegrenzung beitragen könnte, um nach hohen Kosten nicht mit leeren Händen dazustehen. Die Ursache wird wenige Tage nach der Entlassung aus dem Spital im Rahmen einer Routineuntersuchung mit einem ultramodernen, auf der Bioresonanz-Methode basierenden diagnostischen System entdeckt, welches innerhalb einer Viertelstunde über 1'000 evozierte Parameter abfragt und im Rahmen einer umfassenden Prädiagnose reproduziert, ebenso mittels einer neurovegetativen Regulationsdiagnose, mit welcher die Regulation der beiden polaren Subsysteme des vegetativen Nervensystems, Sympathicus und Parasympathicus analysiert und bewertet wird. Bei der ersteren der Methoden handelt es sich um ein ursprünglich von russischen Wissenschaftlern entwickeltes Verfahren, welches auf Erkenntnissen aus der Quantenphysik basiert. Es setzt den zu untersuchenden Organismus einem elektromagnetischen Feld aus, auf das jedes Gewebsareal mit einem differenzierten Schwingungsmuster reagiert. Dieses wiederum gibt - im Abgleich mit unzähligen als Parameter dienenden Schwingungsmustern - Auskunft über den jeweiligen Gesundheitszustand der untersuchten Gewebe. - Umgekehrt handelt es sich bei der neurovegetativen Regulationsdiagnostik um ein Verfahren, mit welchem auf den eigentlichen „Zentralcomputer“ oder das „Boot-System“ des Menschen - nämlich das vegetative Nervensystem - zugegriffen werden kann - eine Option, die nach bisheriger Auffassung als nicht gegeben betrachtet wurde, da man den neurovegetativen Bereich weder für diagnostizierbar noch für beeinflussbar hielt. Bei der neurovegetativen Regulationsdiagnostik handelt es sich um die erste Methode, mit welcher sich Stress nach wissenschaftlichen Kriterien diagnostizieren und nachweisen lässt. — was umso bedeutsamer erscheint, als Stress mit den allermeisten gesundheitlichen Störungen direkt oder indirekt verbunden ist. Die beiden Befunde und die anschliessende differenzierte Befragung des Patienten	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
ten ergeben, dass offenbar eine ausserordentlich starke psychische Belastung des Betroffenen – möglicherweise in Verbindung mit einer seit langem vermuteten Schlafapnoe sowie mit einer bis auf die Jugendzeit zurückgehenden Prädisposition zum Sekundenschlaf - zu einer Beeinträchtigung der neurovegetativen Regulation und einem nahezu totalen Ausfall und/oder einer Blockade der hormonellen Steuerung geführt hat. Mit anderen Worten: Die Ursache für die sich gegenseitig hochschaukelnden Insuffizienzen von Herz und Niere liegen nicht im somatisch-organischen Bereich, sondern auf biokybernetischem Gebiet, d.h. in der defizienten Steuerung der Körperfunktionen durch das neurovegetative und das hormonelle Regulationssystem. Aus diesem Fallbeispiel wird ein Sachverhalt ersichtlich, der bei diffuser Symptomatik und unklarer Ätiologie wohl eher die Regel darstellt als die Ausnahme - nämlich: Dass die Ursachen nicht im körperlichen Bereich zu suchen sind, sondern vielmehr bei der Biokybernetik, d.h. den Steuerungsfunktionen der Patienten. Umgekehrt wusste man bereits heute aus der Praxis, dass ein unter Stress stehender Patient weitaus schwerer zu therapieren ist als einer, der nicht unter psychischem Druck und unter der Wirkung multipler Blockaden steht. Hier liegt - zusammen mit der Leistungsfähigkeit des Stoffwechsels - denn auch einer der Hauptgründe dafür, dass der eine Patient auf ein und dieselbe Medikation anspricht und der andere nicht oder nur sehr beschränkt. Vor allem aber zeigt der Fall, welcher Aufwand häufig betrieben wird, um gesundheitliche Probleme unbewusst zu tempieren und zu verzögern statt zu lösen. Würde man nun dem besagten Patienten einen Herzschrittmacher mit Defibrillator implantieren, würde mit dem Ziel der Risikobegrenzung - ob einer realen oder fiktiven, bleibe dahingestellt - lediglich seine Lebensqualität eingeschränkt, das Problem aber bestünde trotz der kostspieligen Diagnosen und der teuren Investitionen weiter fort. Und so kann denn bei einem erneuten Zusammentreffen von Apnoe und Stress ein hässliches Rezidiv entstehen, durch welches in der Folge sowohl das Herz wie auch die Nieren beträchtlich geschädigt werden können. Daraus erhellt, dass im Gesundheitswesen sowohl die Aspekte der Qualität wie auch das Rendement der medizinischen Leistungen - bzw. deren Erfolgsquote - aber auch Wirksamkeit und Nutzen der einzelnen Massnahmen wie auch deren Verhältnis von erwünschter Wirkung und unerwünschten Nebenwirkungen letztlich davon abhängen, wie treffend und präzise die Diagnose ist. Gerade hier aber sind die grössten Defizite auszumachen, denn trotz modernster diagnostischer Methoden und Systeme werden die wohl meisten Diagnosen noch nach dem try-and-error-Prinzip gestellt. selbst wenn dazu - wie im erwähnten Fallbeispiel beschrieben - neuzeitlichste Medizintechnik eingesetzt wird. Deshalb stellt sich für uns ultimativ die Frage, woran sich Massnahmen zur Qualitätssicherung orientieren sollen, wenn nicht an einer möglichst präzisen und nachhaltigen Diagnose, die nicht nur die Ursachen der gesundheitlichen Störungen erfasst, sondern auch die verschiedenen therapiebeeinflussenden Sachverhalte auslotet, damit diesen im Therapiekonzept Rechnung getragen werden kann. Das Therapiekonzept wiederum legt die Basis für eine Qualitätssicherung, die sich danach wie ein roter Faden durch den ganzen therapeutischen Prozess hindurchzieht. Wobei auch hier im Rahmen eines periodischen Monitorings zur Feststellung des Therapiefortschritts zugleich die Richtigkeit der Initialdiagnose kontinuierlich kritisch zu hinterfragen ist. Entsprechende Abweichungen sind danach zu überprüfen, ob ein Fehler in der Diagnose, in der Behandlung oder in der Compliance auf Patientenstufe vorliegt. Der therapeutische Prozess wird mit einer Erfolgskontrolle abgeschlossen. Bei einer irreversiblen Chronifizierung des Leidens mit Übergang zur palliativen Versorgung wird der jeweils letzte Stand des Monitorings für die Gesamt-Anamnese berücksichtigt. Die so zustandekommende Datenbank aus systematisch erfassten case histories ermöglicht eine stete Optimierung der diagnostischen Leistungen wie auch der Qualitätssicherungsprozesse. Wir wagen die Behauptung, dass insbesondere zahlreiche chronische Erkrankungen reversibel oder im positiven Sinne nachhaltig zu beeinflussen wären, wenn aufgrund solcher Erfahrungsparameter und -muster wie auch durch umsichtige Nutzung des heute schon verfügbaren diagnostischen Potenzials bei schweren Erkrankungen, Multimorbiditäten sowie diffuser Symptomatik und unklarer Ätiologie und Pathogenese Handlungsbedarf und Handlungsoptionen im Rahmen einer umfassenden Gesamtdiagnostik aufgezeigt würden Nachdem seit langem bekannt und auch offensichtlich ist, dass Fehlbehandlungen, Fehlmedikationen und Behandlungsfehler grösstenteils auf fehlerhafte oder unvollständige Diagnosen wie auch diagnostische Ratlosigkeit zurückzuführen sind, ist unseres Erachtens in der Diagnostik der Hebel für ein sowohl	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
effizienteres wie auch kostengünstigeres und patientenfreundlicheres Gesundheitswesen anzusetzen. Das wäre heute schon mit vergleichsweise überschaubaren Kosten möglich, stehen dafür doch alle erforderlichen Mittel und Systeme bereit. Im Einzelnen: • Oberon-Prädiagnostik. Dabei handelt es sich um ein von russischen Wissenschaftlern entwickeltes, auf Erkenntnissen der Quantenphysik basierendes physikalisches Messsystem, welches durch bioverträgliche elektromagnetische Strahlung evozierte Resonanzschwingungen im menschlichen Körper messen und anhand eines grossen Potenzials von Parametern aus gesundem und krankem Gewebe analysieren kann. Damit können biokybernetische Störungen, die zu Fehlsteuerungen von Funktionen und Organen führen, in einer Gesamtübersicht erfasst und dargestellt werden. Das System wird seit über 15 Jahren in der russischen Raumfahrt und in russischen Kliniken mit Erfolg angewendet. (Hier bleibt allerdings anzumerken, dass sich neben seriösen Varianten des Originalsystems auch einige Produkte etabliert haben, die der Scharlatanerie zuzurechnen sind. Eine seriöse Evaluation ist deshalb unabdingbar.) • Neurovegetative Regulationsdiagnostik. Dieses System vermag neu die Regulationsleistung der polaren Systeme Sympathicus und Parasympathicus des vegetativen Nervensystems zu analysieren. Eine unterdurchschnittliche Regulationsleistung infolge langer oder dauernder Sympathicus- Aktivierungen - die stets mit einer Diskriminierung oder Blockade der Parasympathicus- Funktionen verbunden sind - ist dabei gleichzusetzen mit Stress. Dieser wiederum ist direkt oder indirekt mit rund 80% aller Krankheiten und über 95% aller chronischen Leiden assoziiert. Es handelt sich somit um das erste System, mit dem sich die für Entstehung von Krankheiten wie auch deren Chronifizierungen massgebliche Stresssymptomatik wissenschaftlich nachweisen und messen lässt. • Magnetresonanztomographie. Dieses heute allgemein eingeführte bildgebende Verfahren beruht - wie die oben beschriebene Oberon-Analytik - auf der Resonanz von Körpergewebe, welche durch ein Magnetfeld ausgelöst wird. Dadurch können Gewebssareale in hoher Auflösung gezeigt werden, was es gestattet, den Körper nach allfälligen Anomalien - wie beispielsweise Krebsgeschwüre, Entzündungsherde, verschobene Wirbel, Aneurysmen etc. - zu scannen. Im Gegensatz zur Röntgentechnik ist die Magnetresonanz —jedenfalls in niedrigen Feldstärken bis 3 Tesla —gut verträglich und nicht mit der Gefahr von Gewebsschädigungen verbunden. Andererseits könnten mit höheren Feldstärken auch bessere Auflösungen erzielt und die Präzision von Wiedergabe und Aussage verbessert werden. Hier stehen in absehbarer Zeit einige Neuerungen bevor, die bis zur Sichtbarmachung von Zellbewegungen und metabolischen Vorgängen reichen könnten. • Ultraschall (Sonographie). Die Sonographie ist in „sanftes“ Untersuchungsverfahren, das für den Patienten weder mit Schmerzen noch mit erheblichen Risiken verbunden ist. Zu den Organen, die vorzugsweise mit dieser Methode untersucht werden, zählen unter anderen die Aorta auf Bauchhöhe bis hinauf zum Herzen, die Arterien und Venen, Teile des Darms, Herz, Halsschlagadern, Gallenblase und -gänge, Leber, Lymphgefässe, Milz, Nieren, Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Hoden und Zwerchfell. Es handelt sich bei der Sonographie um eine bewährte bildgebende Methode, die eine simultane Beurteilung der untersuchten Organe durch den Operateur zulässt und die wegen der relativen Einfachheit und Wirtschaftlichkeit der Anwendung auch komplementär eingesetzt werden kann. Trotz des Alters des Verfahrens dürfte dieses in absehbarer Zeit kaum durch andere Verfahren substituiert werden. • Katheterisierung und Koloskopie: Katheterisierung und Koloskopie sind diagnostische Verfahren, bei welchen eine Art Sonde in eine bestehende Körperöffnung oder ein zu öffnendes Gefäss eingeführt und dort für eine Zustandsanalyse durch eine Innenansicht von Hohlkörpern genutzt wird, bei welchen der Verdacht auf Tumore oder Beeinträchtigung durch Verstopfung besteht. Die diagnostische Katheterisierung wird heute vor allem für die Untersuchung der Herzkranzgefässe wie auch des Harnleiters und der Blase genutzt. Bei den Herzkranzgefässen gelangt vor allem die Angiographie zur Anwendung, bei der mit Hilfe eines Kontrastmittels festgestellt wird, ob allenfalls das Risiko einer Ischämie und als deren Folge eines Myocardinfarkts besteht. Bei der Koloskopie dagegen handelt es sich um eine Darmspiegelung, die bei entsprechenden Verdachtsmomenten wie z.B. sichtbarem oder okkultem Blut im Stuhl Klarheit darüber schaffen soll, ob ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs durch Di-	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
vertikel, Polypen oder chronische Entzündungen besteht. Zu erwähnen bleibt, dass die Koloskopie nicht ganz risikolos ist. • EKG. Der guten Ordnung halber sei auch noch die Elektrokardiologie erwähnt, welche zu den ältesten Systemen im Arsenal der modernen Diagnosemittel zählt. Die mittlerweile 70-jährige Methode hat inzwischen den Weg nicht nur in die Kliniken, sondern auch in die meisten Arztpraxen gefunden. Als Medium zur Abbildung und Überwachung der Herzfunktion hat sie vor allem durch die Möglichkeit, ein über 24-Stunden- oder noch längere Zeit dauerndes EKG bei ambulanten Probanden und Patienten aufzunehmen und dabei Unregelmässigkeiten in der Herzfrequenz aufzuzeichnen und zu reproduzieren, eine erweiterte Bedeutung erreicht. Diese diagnostischen Mittel und Verfahren werden durch zahlreiche weitere Tests und Laboruntersuchungen ergänzt, die dazu dienen die Diagnose zu verfeinern und die Therapiefortschritte zu verfolgen. Damit daraus jedoch ein Optimum an diagnostischer Qualität herausgeholt und eine analoge Ausgangslage für eine stringente Qualitätssicherung geschaffen werden kann, müsste zumindest der wichtigste Teil von ihnen in einem Kompetenzzentrum für Diagnostik zusammengefasst werden. Diese Institution würde sich speziell der Fälle mit unklarer/diffuser Symptomatik, schwerer Krankheiten wie auch chronischer und zur Chronifizierung neigender Leiden annehmen und hätte sich durch folgende Alleinstellungsmerkmale auszuzeichnen: Erweiterung der Diagnostik „gegen unten“, d.h. in den Bereich der kybernetischen Medizin. Optimale Vernetzung der Leistungen und optimale interne Transparenz. • Board der Spezialisten mit der Befähigung zur Schaffung von Therapiekonzepten • Kontinuierliche Thesaurierung und Auswertung von Case Histories. • Klinisches Monitoring zur Feststellung der Therapiefortschritte und Justierung der Diagnosen. • Schaffung der Tools für eine stringente Qualitätskontrolle. • Zentrale und für die Therapieverantwortlichen stets transparente Führung der Anamnesen. Unabhängigkeit von den therapeutischen Leistungserbringern. Finale Erfolgskontrolle der diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Durchführung von Forschungsarbeiten in den Bereichen Diagnostik und Qualitätssicherung. Engagement in den Bereichen Fachinformation, Aus- und Weiterbildung. Gestützt auf dieses Grundmodell haben wir ein Basiskonzept für die Schaffung eines „Kompetenzzentrums für Humandiagnostik, klinisches Monitoring und medizinische Erfolgskontrolle“ erarbeitet, welches wir als Diskussionsgrundlage für unseren Vorschlag zur Schaffung einer entsprechenden Institution betrachten. Dies aufgrund unserer Überzeugung, dass ein System zur Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheit nur auf einer soliden diagnostischen Basis geschaffen werden kann und dass sich diese Institution ihre Kompetenz durch die Schaffung und kontinuierliche Nachführung einer korrelierbaren Datenbank selbst erarbeiten kann. Weiter sind wir überzeugt, dass mit einer Institution dieser Art nicht nur die Patienten besser, erfolgreicher und sicherer versorgt werden können, sondern dass auch die Kostenträger ein wirksames Mittel der Effizienz- und Qualitätskontrolle erhielten. Dieser systemimmanenten Stringenz wird es unseres Erachtens bedürfen, wenn man eine Branche, die sich erfahrungsgemäss und entgegen allen politischen Bemühungen mit ökonomischen Mitteln nicht zu einer günstigeren Kosten/Nutzen-Relation führen lässt, finanziell in den Griff bekommen möchte.	
Wie telefonisch besprochen, erhalten Sie hiermit gerne die Bestätigung, dass sich der Kanton BS in obgenannter Vernehmlassung vollumfänglich auf die Stellungnahme der Konferenz der schweizerischen Gesundheitsdirektoren (GDK) stützt.	BS
Wir vom Kollegium für Hausarztmedizin KHM verzichten auf eine eigene Stellungnahme zu diesem Traktandum und verweisen auf die entsprechenden Eingaben der Arztverbände.	KHM

2.3 Osservazioni sulle singole disposizioni dei progetti

Articolo 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
7. Geltungsbereich Wir möchten darauf hinweisen, dass die von Ihnen im erläuternden Bericht erwähnten und für das geplante Zentrum relevanten Ansatzpunkte in anderen Bundesgesetzen nicht vollständig sind. Nebst den aufgelisteten Gesetzen sind aus unserer Sicht vorrangig auch das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und das Bundesgesetz über die Invaliden-versicherung (IVG) zu erwähnen. Der vorliegende Gesetzesvorschlag stützt sich ausschliesslich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ab und bezieht sich explizit nur auf Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden. Aus Sicht des GDK-Vorstands sollten die Aufgaben des zu schaffenden nationalen Zentrums und dessen Ergebnisse nicht nur auf die Optik der OKP beschränkt bleiben, sondern auf alle medizinischen Leistungen angewendet werden müssen. Eine Beschränkung der Vorlage auf die OKP im Bereich Qualität und Patientensicherheit erachten wir nicht als sinnvoll. Die Qualitätsmassnahmen sollten unabhängig vom Kostenträger (OKP, Zusatzversicherung, IV, MV oder UV) gelten. Eine Beschränkung der Massnahmen zum Erhalt und der weiteren Förderung der Qualität in der Gesundheitsversorgung auf die OKP ist unseres Erachtens auch politisch kaum vertretbar. Zudem wäre es administrativ praktisch nicht möglich, z.B. Messungen auf den OKP-Bereich zu beschränken. Im Sinne einer Koordination und Bündelung der Kräfte sollte des Weiteren die sich abzeichnende Entwicklung, dass parallel zu den Leistungsbeurteilungen im Rahmen des KVG auch durch die UV und IV dieselben HTA nochmals vorgenommen werden, aufgefangen werden. Aus unserer Sicht ist es im Rahmen des Erlasses neuer gesetzlicher Grundlagen möglich, eine solche breite Verankerung und allenfalls auch eine entsprechende Ergänzung des Finanzierungsmechanismus vorzusehen. - Fazit 7: Der alleinige Geltungsbereich der Qualitätsmassnahmen und HTA-Überprüfungen für KVG-Leistungen ist eine unzweckmässige Einschränkung.	GDK
Keine Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (siehe oben). „Zentrum“ ist überall durch „BAG“ zu ersetzen. Sonst keine weiteren Bemerkungen.	Äg_BE
Nach Artikel 1 des Gesetzesentwurfs soll sich das Tätigkeitsfeld des Zentrums auf die Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränken. Einerseits ist diese Einschränkung auf den Bereich der OKP problematisch. Dies in erster Linie, weil sich die Qualität einer medizinischen Leistung nicht nach der Art, wie sie vergütet wird, sondern nach klinischen Parametern bemisst. Andererseits ist die OKP als Sozialversicherung dazu bestimmt, auch und insbesondere einkommensschwachen Menschen den Zugang zu einer medizinischen Versorgung, die qualitativen Mindestansprüchen genügt, zu gewährleisten. Dadurch aber, dass sich das Zentrum auf die Qualität in der OKP beschränkt, ist gleichzeitig dessen Aufgabengebiet klar umrissen: Es soll sich vor allem mit qualitativen Mindest-Standards befassen. Ein solchermassen definiertes Aufgabengebiet macht für eine staatliche Stelle durchaus Sinn. Die Bewertung von Qualitätsmerkmalen, welche die Mindest-Standards übertreffen und auf einer nach oben offenen Qualitätsskala liegen, kann problemlos privaten Anbietern überlassen werden. In diesem Bereich erfolgt die Leistungsvergütung ohnehin durch die Zusatzversicherung. Nach Abwägen der Argumente, die für und gegen einen auf die OKP eingeschränkten Geltungsbereich sprechen, entscheidet sich die fmCh, der Bestimmung von Artikel 1 zuzustimmen.	fmCh
Titel Wenn der Entwurf von „Zentrum“ spricht, so soll dies darüber hinwegtäuschen, dass sich in der vorparlamentarischen Expertengruppe und unter den Akteuren eine Mehrheit gegen ein „Institut“ ausgesprochen hatte. Die Neubenennung ändert an der damaligen inhaltlichen Kritik nichts. Wir verweisen auf sämtliche frühere Korrespondenz in dieser Angelegenheit, namentlich zur „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“.	H+

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Entwurf entspricht unseren Befürchtungen. Es soll eine zusätzliche Bundesinstitution geschaffen werden, die es unseres Erachtens nicht braucht und die nur unnötige Kosten und zusätzliche Komplexität schafft. Gegenstand Siehe oben „Allgemeine Würdigung der Gesetzesvorlage“.	
Abgleich mit dem Gesetzesentwurf: Der Titel des Gesetzes lässt die Befürchtung zu, dass der Geltungsbereich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung reduziert wird. Diese Eingrenzung wäre wie oben ausgeführt nicht zielführend: Ein Zentrum für Qualität soll in allen Bereichen des Gesundheitswesens aktiv sein. Deshalb ist diesem Aspekt insbesondere in den Materialien besondere Beachtung zu schenken. Die folgenden Ausführungen skizzieren die Eckpfeiler einer solchen Institution für Qualität und Patientensicherheit: Rechtsform und Rechtspersönlichkeit Öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Stiftung mit den Departementen • Patientensicherheit • HTA • Qualitätssicherung I Register	Patientensicherheit
Es ist keine öffentlichrechtliche Anstalt zu bilden. Zentrum durch BAG ersetzen.	VLSS
Geltungsbereich und Zielsetzung der Vorlage Der Geltungsbereich der Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht zu eng definiert. Qualitätsüberlegungen sollen nicht a priori aus der Krankenpflegeversicherung (KVG) Optik betrachtet werden. Der (Patienten-)Nutzen, welcher durch die verschiedenen Qualitätsbestrebungen erzielt wird, fällt nicht nur im KVG-Bereich an. Entsprechend wird es nicht möglich sein, mit dem geplanten Zentrum Hinweise oder Evidenzen zu schaffen, welche nebst den Kosten auch den realen Nutzen aufzeigen, und so eine volkswirtschaftliche Bilanzierung ermöglichen. Des Weiteren ist bekannt, dass 60%-70% der Faktoren, welche die Mortalität des Menschen beeinflussen, aus Umwelt und Verhalten stammen, also nicht aus dem Gesundheitswesen, welches mit dem KVG abgebildet werden kann (dieser Anteil liegt bei knapp über 10%!). Nebst der zu engen volkswirtschaftlichen Optik wird so auch die kausale Diskussion von Verbesserungsmassnahmen verunmöglicht, respektive zu sehr eingeschränkt. Fazit: Die beschriebenen Ziele der Vorlage betreffend der „nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit und der Kostendämpfung in der Krankenversicherung“ können mit der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfallen.	KKA
Geltungsbereich und Zielsetzung der Vorlage Der Geltungsbereich der Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht zu eng definiert. Qualitätsüberlegungen sollen nicht a priori aus der Krankenpflegeversicherung- (KVG)Optik betrachtet werden. Der (Patienten-)Nutzen, welcher durch die verschiedenen Qualitätsbestrebungen erzielt wird, fällt nicht nur im KVG-Bereich an. Entsprechend wird es nicht möglich sein, mit dem geplanten Zentrum Hinweise oder Evidenzen zu schaffen, welche nebst den Kosten auch den realen Nutzen aufzeigen, und so eine volkswirtschaftliche Bilanzierung ermöglichen. Des Weiteren ist bekannt, dass 60%-70% der Faktoren, welche die Mortalität des Menschen beeinflussen, aus Umwelt und Verhalten stammen, also nicht aus dem Gesundheitswesen, welches mit dem KVG abgebildet werden kann (dieser Anteil liegt bei knapp über 10%!). - Nebst der zu engen volkswirtschaftlichen Optik wird so auch die kausale Diskussion von Verbesserungsmassnahmen verunmöglicht, respektive zu sehr eingeschränkt. - Fazit: Die beschriebenen Ziele der Vorlage betreffend der „nachhaltigen Erhöhung der Patientensicherheit und der Kostendämpfung in der Krankenversicherung“ können mit der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfallen.	KAeG SG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Einbezug der Partner Im erläuternden Bericht wird festgehalten, dass das Zentrum sich „nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Die genannten Massnahmen des Bundes sind denn auch als Ergänzung zu verstehen. Sie können und dürfen die laufenden Qualitätsbestrebungen durch die verschiedenen Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzen“. Wir begrüßen diese Stossrichtung des Bundes – auch dahin gehend, dass das Zentrum über keine hoheitsrechtlichen Kompetenzen verfügt. Für die KAeG SG bleibt aber weiterhin unklar, wie der Einbezug ausgestaltet werden soll. Die erwähnten „nationalen Plattformen“ werden im erläuternden Bericht erwähnt – im Gesetzestext sucht man jedoch vergeblich nach verbindlichen Aussagen zu den Plattformen. Auch fehlen bei den Erläuterungen detaillierte Angaben, wie die Plattformen besetzt werden sollen, wie die Prozesse und Abläufe vorgesehen sind. Der transparente Einbezug der Stakeholder in Form ihrer Verbände und somit das Einbringen von konsolidierten Stellungnahmen ist zwingend den Meinungen von Einzelpersonen vorzuziehen. Aus den Diskussionen und auch den juristischen Verfahren zum Beispiel im Bereich der hochspezialisierten Medizin sollten nun auch die entsprechenden Schlussfolgerungen und Lehren gezogen werden. Von der Qualität her anerkannte Kriterien sowie entsprechende diagnostische und therapeutische Massnahmen müssen zu Gunsten der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden können und dürfen nicht von Seiten der Krankenversicherer aus Kostengründen oder auf Grund interner Richtlinien abgelehnt werden.	
Anstelle einer neuen öffentlich-rechtlichen Anstalt sollte die Aktivitäten des Bundes innerhalb des BAG in einer Abteilung gebündelt werden. Gegenstand des Gesetzes sollten die Finanzierung und Organisation der Qualitäts- und Bewertungsprogramme bilden.	iph
Grundsätzlich darf die Qualitätssicherung in der Medizin nicht auf eine wie auch immer geartete kollektive „Objektivierung“ durch eine rein wirtschaftliche KVG-Optik reduziert werden. Der Patient, die Patientin haben samt ihren individuellen subjektiven Erfahrungen, Bewertungen und Erwartungen im Mittelpunkt zu stehen. Wie verschiedene internationale Studien aufgezeigt haben, kann eine solche Ausrichtung auch zu Kosten-einsparungen beitragen.	Dakomed, UNION
Es wirkt störend, dass sich das Zentrum nur auf die obligatorische KV beziehen soll, nicht auf das gesamte Gesundheitswesen.	SAMW
Qualitätsüberlegungen können nicht a priori aus der reinen Krankenpflegeversicherung (KVG)-Optik betrachtet werden. Der (Patienten-)Nutzen, welcher durch die verschiedenen Qualitätsbestrebungen erzielt wird, fällt nicht notwendigerweise im KVG-Bereich an. Entsprechend wird es auch nicht möglich sein, mit dem geplanten Zentrum Hinweise oder Evidenzen zu schaffen, welche nebst den Kosten auch den gesamtwirtschaftlichen Nutzen aufzeigen. Zudem ist bekannt, dass 60%-70% der Faktoren, welche Gesundheit ausmachen, aus Umfeld und Verhalten stammen, also nicht aus dem Gesundheitswesen, welches mit dem KVG abgebildet werden kann. Nebst der zu engen wirtschaftlichen Optik wird so auch die kausale Diskussion von Verbesserungsmaßnahmen quasi verunmöglicht.	SGED
Anwendungsbereich Das geplante Bundesgesetz beschränkt seinen Fokus auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Angesichts dieser Beschränkung muss unbedingt gewährleistet werden, dass der Patientennutzen im Zentrum steht und die Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität von Leistungen, die über die OKP finanziert werden, immer gestützt auf eine Evaluation von Kosten und Nutzen im Gesamtsystem erfolgen. Während im stationären Bereich unseres Gesundheitsversorgungssystems bereits verschiedene Initiativen laufen, besteht der aktuelle Handlungsbedarf insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung und an den Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Leistungsangeboten. Dabei muss die Qualität von integrierten Behandlungspfade gefördert werden. Zum Schluss stellen wir fest, dass der Gesetzesentwurf keine Definition von Qualität enthält. Eine solche Definition ist aus unserer Sicht zu prüfen.	GELIKO

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die Aufgaben, die durch das Zentrum angewendet werden beschränken sich nur auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Es macht Sinn, die Leistungen auf Unfall und Invalidität im Sinne einer Vereinheitlichung auszudehnen.	VKZS
Anmerkungen der EDU zu einzelnen Abschnitten der Vorlage: 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen (Artikel 1 – 3) Die EDU-CH ist überzeugt, dass hier eine völlig unnötige Parallelorganisation auf die Beine gestellt werden soll, welche quasi aus dem luftleeren Raum die im Gesundheitswesen aktiven Organisationen und Leistungserbringern ihre Zusatzbürokratie auf diktiert. Dies ist aus Sicht der EDU unnötig, führt zu einer administrativen Aufblähung des Gesundheitsapparates und verteuert unnötig und ohne Gegenleistung das Gesundheitswesen. Im geltenden KVG sind die Anliegen von Kontrolle, Qualitätssicherung usw. u.a. in Artikel 21ff, 22a und 56ff formuliert und in der Praxis sind entsprechende Kontrollen und Meldesysteme integriert. Wo diese ergänzt werden müssen, kann dies im KVG erfolgen. Aus Sicht der EDU müssen die bestehenden Kontrollen, Meldesysteme und Ueberwachungsmassnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft und bei Bedarf entsprechend ergänzt oder vor allem vereinfacht werden. Eine neue Parallelinfrastruktur ist aus Sicht der EDU absolut unsinnig.	EDU
Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt lehnt die FMH ab: Im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz ist eine solche Rechtsform systemwidrig. Weder die Kompetenz des Bundesrats, beratende Kommissionen einzusetzen (Art. 33 Abs. 4 KVG), noch diejenige zur Kontrolle der Qualität und der Zweckmässigkeit von Leistungen (Art. 58 Abs. 1 bis 3 KVG), sind nach Auffassung der FMH eine geeignete Grundlage dafür, mittels eines neuen Spezialgesetzes eine öffentlichrechtliche Anstalt mit der Umsetzung der bundesrätlichen, aus dem KVG abgeleiteten Aufgaben zu beauftragen. Die Organisation ist überdies mit ihren gesetzlichen Organen zu starr und die verschiedenen Positionen werden auch nicht adäquat zu besetzen sein. - Vorschlag FMH: Die Rechtsform ist zwingend nochmals zu prüfen. Andere Rechtsformen wie beispielsweise eine Stiftung oder ein Verein haben sich in den letzten Jahren im Gesundheitswesen mehr als bewährt. Die Leistungserbringer müssen für ihre Qualitätsarbeit und Dokumentation adäquat vergütet werden.	SGA

Articolo 2 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
- 2.1 Rechtsform und Organisation - Die vorgeschlagene Rechtsform und die organisatorischen Rahmenbedingungen können vom Regierungsrat des Kantons Schwyz nicht unterstützt werden. Weder der Bund noch andere Akteure wie der ANQ konnten bis jetzt überzeugende Qualitätsmessungen vorzeigen.	SZ
Sollte sich zur angestrebten Koordination und Festlegung einer gemeinsamen Strategie eine neue Organisation trotzdem als notwendig erweisen, ist die Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft anzustreben. Der Bund, die Kantone und die wichtigsten in der Qualitätssicherung und -entwicklung tätigen Akteure wären als Gesellschafter in die Organisation einzubinden. Die Finanzierung könnte über Einlagen der Gesellschafter bzw. aus Erträgen für Aufträge von Dritten erfolgen.	ZG
Was die Rechtsform und die organisatorischen Rahmenbedingungen des vom Bundesrat vorgeschlagenen Zentrums betrifft, ist aus Sicht des Regierungsrats positiv, dass ein unabhängiges nationales Zentrum vorgeschlagen wird.	OW
Diese Aufgaben können aber über eine Institution auf privatrechtlicher Grundlage, welche die heutigen Akteure und Aktivitäten koordiniert, besser wahrgenommen werden als über eine an starre Regeln gebundene öffentlich-rechtliche Anstalt. Konkret stellen wir uns die Gründung einer gemeinnützigen Aktiengesellschaft nach dem Modell der Swiss-DRG-AG vor: Aktionäre dieser AG wären nach einem zu bestimmenden Schlüssel der Bund, die Kantone und die wichtigsten in der Qualitätssicherung und -entwicklung tätigen Akteure.	ZH

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Diese AG wäre getragen vom gemeinsamen Willen und Commitment der untereinander bestens bekannten Aktionäre. Die AG könnte über Einlagen der Aktionäre bzw. aus Erträgen für erfolgte Prüfungen und Abklärungen finanziert werden.	
Die gewählte Organisationsform des vom Bundesrat vorgeschlagenen Zentrums in Form einer öffentlichen Anstalt mit klar eingegrenzter Aufgabenerfüllung erachtet der Regierungsrat als geeignet.	BE
La forme juridique proposée nous paraît adéquate, puisqu'elle permet précisément de créer un centre avec une légitimité et une autonomie forte qui va au-delà de la simple coordination des acteurs existants.	GE
Zudem müsste das Zentrum im Sinne einer dezentralisierten Verwaltung ausserhalb der Region Bern aufgebaut werden.	AI
Der Regierungsrat stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, das Zentrum als öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit zu führen.	AG
2. Organisation und Rechtsform eines nationalen Zentrums Was die institutionelle Ausgestaltung, die Rechtsform und die strukturellen Rahmenbedingungen des vom Bundesrat vorgeschlagenen Zentrums betrifft, ist aus Sicht des GDK-Vorstands positiv, dass ein unabhängiges nationales Zentrum vorgeschlagen wird. Um die Akzeptanz der Stakeholder massgeblich zu erhöhen und die Chancen für eine wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu steigern, ist aus Sicht des GDK-Vorstands insbesondere die Ausgestaltung des Verwaltungsrats bzw. des strategischen Führungsorgans des Zentrums und allenfalls auch der Rechtsform anzupassen. Hier sollten weitere Optionen erarbeitet werden.	GDK
Wir beantragen, dass das Personal der öffentlich-rechtlichen Anstalt integral der Personalgesetzgebung des Bundes (auch betreffend Verordnungen) unterstellt wird.	SGB
Keine Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (siehe oben). „Zentrum“ ist überall durch „BAG“ zu ersetzen. Sonst keine weiteren Bemerkungen.	Äg_BE
Konsequente Rollenaufteilung bei frühzeitigem Einbezug der Stakeholder Gemäss anerkannten Standards sollen im Sinne einer fundierten und sachgemässen Entscheidungsfindung die Rollen in Empfehlungs- und Entscheidungsprozessen konsequent getrennt werden. Die empfehlenden Instanzen müssen ihre Überlegungen und Ansichten unabhängig in ihre Empfehlung einfließen lassen und die entscheidenden Instanzen ihren Entscheid gestützt auf diese Empfehlungen unabhängig fällen können. So wird auch im HTA-Prozess sinnvollerweise zwischen Assessments, Appraisal und Decision unterschieden. Diese für eine einwandfreie Governance notwendige Trennung zwischen Empfehlung und Entscheid kann unseres Erachtens mit der vorgeschlagenen Rechtsform einer einzigen öffentlich-rechtlichen Anstalt nur ungenügend gewährleistet werden. Auch wenn mittels internen Prozessen Kompetenzabgrenzungen vorgenommen werden könnten, so wären diese nach aussen nicht wirklich erkennbar und entsprechend intransparent würde eine solche Anstalt wahrgenommen.	scienceindustries
Governance Echte und nachhaltige Verbesserungen im Qualitätsmanagement und in der Patientensicherheit basieren auf innovativen, wissenschaftlich abgestützten Erkenntnissen, welche von den Leistungserbringern und weiteren Akteuren nachvollziehbar und in der Praxis tatsächlich umsetzbar sind. Entscheide und das Festlegen von Prioritäten bedingen umfassendes Knowhow von Theorie und Praxis sowie einen Überblick über internationale Trends und Erfahrungen. Die Rechtsform einer Stiftung hat sich für solche Konstrukte etabliert und bewährt. Der Rat als übergeordnetes Leitungsorgan soll mit anerkannten Persönlichkeiten mit fachlichem Knowhow besetzt werden und mit der Festlegung der Strategie die wichtigen Stossrichtungen festlegen und Impulse setzen, wobei sich diese an der bereits vom Bundesrat verabschiedeten Qualitätsstrategie sowie den gesundheitspolitischen Zielen 2020 ausrichten sollen. Ein ihm zur Seite gestelltes international zusammengesetztes Advisory Board soll die Rolle eines Sounding Boards innehaben und internationale Trends in der Forschung sowie wichtige strategische Entwicklungen und erlebte Anwendungen in der Praxis einbringen. Darin könnten z.B. auch Leiter von vergleichbaren Institutionen im Ausland Einsitz nehmen, die nicht unbedingt primär Wissen-	Patientensicherheit

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
schaftler sein müssen. Während der Bund im Rat namhaft vertreten sein soll, ist es wichtig, dass das Advisory Board aus unabhängigen Experten zusammengesetzt ist. Um eine echte Vernetzung der Stakeholder zu gewährleisten, sollen Foren I Plattformen geschaffen werden, wo ein regelmässiger Austausch stattfinden kann. Im Sinne einer Good Governance sollen solche Foren offizielle und verbindlich geregelte Bestandteile des Zentrums sein.	
Es ist keine öffentlichrechtliche Anstalt zu bilden. Zentrum durch BAG ersetzen.	VLSS
1. Die Rechtsform des Zentrums führt zu dessen übermässiger Machtstellung und zur fehlenden Kontrolle durch die Legislative Gemäss Art. 2 des Gesetzesentwurfs soll das Qualitätszentrum eine „öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit“ sein (Absatz 1) und seine Organisation und Betriebsführung selbständig regeln (Absatz 2). Dabei handelt es sich um eine Rechtsform, die dem Zentrum einen möglichst grossen Freiraum für seine Aktivitäten lässt. Anders als ein Bundesamt ist eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt nicht in die Bundesverwaltung eingegliedert, sondern hat einen Verwaltungsrat und eine Geschäftsführung und verwaltet die ihm vom Bund zugewiesenen Gelder selbständig. Der Bundesrat legt die strategischen Ziele des Zentrums für jeweils vier Jahre fest (Art. 20) und ist dessen Aufsichtsorgan (Art. 21). Innerhalb dieses Rahmens würde dem Zentrum ein sehr weitgehender Gestaltungsspielraum bleiben. Da stellt sich schon die Frage: Warum soll ein kleines Zentrum im Gesundheitswesen eine derart privilegierte rechtliche Position haben? Die Machtstellung der Bundesverwaltung ist meines Erachtens einzuschränken und nicht durch eine zentralistische Aussenstelle zu vergrössern.	pMW
Überprüfung der Rechtsform im Sinne einer Netzwerklösung als Stiftung oder Verein. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt ist für die FMH nicht zielführend. Für die FMH macht es keinen Sinn, dass die verschiedenen bereits laufenden und etablierten Massnahmen und Aktivitäten von Seiten des Bundes nochmals neu erfunden werden. Eine Zentrumslösung ist aufgrund der vielen Aktivitäten der Leistungserbringern und anderen Stakeholdern nichtzielführend: Vielmehr werden so Doppelspurigkeiten geschaffen anstatt Synergien genutzt. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt lehnt die FMH ab: Im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz ist eine solche Rechtsform systemwidrig. Weder die Kompetenz des Bundesrats, beratende Kommissionen einzusetzen (Art. 33 Abs. 4 KVG), noch diejenige zur Kontrolle der Qualität und der Zweckmässigkeit von Leistungen (Art. 58 Abs. 1 bis 3 KVG), sind nach Auffassung der FMH eine geeignete Grundlage dafür, mittels eines neuen Spezialgesetzes eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit der Umsetzung der bundesrätlichen, aus dem KVG abgeleiteten Aufgaben zu beauftragen. Vorschlag FMH: Die Rechtsform ist zwingend nochmals zu prüfen. Andere Rechtsformen wie beispielsweise eine Stiftung oder ein Verein haben sich in den letzten Jahren im Gesundheitswesen mehr als bewährt. (Rechtsform und -persönlichkeit) Aus juristischer Sicht in Ordnung aber im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz systemwidrig. Die Rechtsform soll im Sinne einer Netzwerklösung als Stiftung oder Verein angepasst werden. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt ist für die FMH nicht zielführend.	FMH, AGZ, SSMO, SGN
Zu Artikel 2 - Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes Es ist im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz systemwidrig, eine „öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes“ einzusetzen, respektive mit Aufgaben der Qualitätssicherung der von der OKP finanzierten Leistungen des Gesundheitswesens zu beauftragen. Weder die Kompetenz des Bundesrats, gemäss Artikel 33 Absatz 4 KVG beratende Kommissionen einzusetzen noch die Kompetenzen des Bundesrats gemäss Artikel 58 Absätze 1 bis 3 KVG betreffend Kontrolle der Qualität und der Zweckmässigkeit von Leistungen sind nach Auffassung der AGZ eine geeignete Grundlage dafür, mittels neuen	AGZ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Spezialgesetzes eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit der Umsetzung der bundesrätlichen, aus dem KVG abgeleiteten Aufgaben zu beauftragen. Wenn schon ein neues Gremium mit diesem Aufgabenbereich betraut werden sollte, müsste stattdessen eine systemkonforme Lösung in Form einer von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern gemeinsam getragenen Einrichtung gesucht werden (siehe auch weiter unten zu Artikel 4). Ein systemkonformes Beispiel kennt das KVG mit seiner Institution gemäss Artikel 19 KVG. Das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird daher generell abgelehnt, wenn dieses Zentrum wie im Entwurf vorgesehen in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes eingerichtet und betrieben werden soll.	
Art. 2 (Rechtsform und –persönlichkeit) Aus juristischer Sicht in Ordnung, aber im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz systemwidrig. Die Rechtsform soll im Sinne einer Netzwerklösung als Stiftung oder Verein angepasst werden.	KKA
Art. 2 (Rechtsform und –persönlichkeit) Aus juristischer Sicht in Ordnung.	KAeG SG
Die Rechtsform scheint uns angemessen. Eine öffentlich-rechtliche Anstalt ergibt genügend Unabhängigkeit von der Bundesverwaltung und die nötige Eigenständigkeit auch dank einer eigenen und vom Bundeshaushalt unabhängigen Finanzierung.	SAMW
Zusammengefasst denken wir, dass die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt nicht zielführend ist. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern in nachgewiesener guter Qualität und transparent durchgeführt.	SGPMR
Trotzdem betrachten wir den vorliegenden Entwurf zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus folgenden Gründen mit Skepsis: Fehlende Einbindung der Akteure auf strategischer Ebene Die Gründung einer Organisationseinheit mit eigener Rechtspersönlichkeit ausserhalb der Bundesverwaltung bringt aus unserer Sicht folgende Vorteile mit sich, deren wir uns bewusst sind: Die Einheit bietet -sofern sie Akzeptanz bei den Akteuren im Gesundheitswesen findet- die Möglichkeit, die Koordination unter den Akteuren zu vereinfachen, Synergien bei ihren Anstrengungen besser zu nutzen und für die Qualitätsaktivitäten auch Bundesmittel zur Verfügung zu stellen.	QCC
CURAVIVA Schweiz und senesuisse begrüßen, dass laut Vorentwurf das Zentrum für Qualität eine eigene Rechtspersönlichkeit haben soll – halten jedoch nicht für notwendig, dass diese öffentlich-rechtlich ist. Diese Anforderung einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Qualitätszentrums ist also aus Sicht von CURAVIVA Schweiz und senesuisse nicht angebracht und soll gestrichen werden. Hingegen begrüßen CURAVIVA Schweiz und senesuisse die Tatsache, dass laut Artikel 2 Absatz 1 des Vorentwurfs diese Anstalt eine eigene Rechtspersönlichkeit aufweisen und im Handelsregister eingetragen werden soll, wenn dieses Institut geschaffen würde. Auch das Vorhaben, das Qualitätszentrum nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu führen, ist begrüßenswert: CURAVIVA Schweiz und senesuisse erachten in dieser vorgesehenen Selbstständigkeit eine verstärkte Garantie zur Effizienz und Effektivität der Leistungen des Zentrums. Auch die Unabhängigkeit des Zentrums gegenüber den vielen involvierten privaten und öffentlichen Stellen im Gesundheitsbereich ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz und senesuisse durch eine eigene Rechtspersönlichkeit besser gewährleistet. Schliesslich soll das Zentrum möglichst flexibel und effektiv auf wechselhafte Anforderungen reagieren können – was gegen eine allzu schwerfällige Struktur des Zentrums und für ein marktorientiertes Handeln spricht.	Curaviva

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Bemerkungen zu den vorgesehenen Bestimmungen im Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Art. 2 - Wie bereits erwähnt, gibt dieses Gesetz dem Bund mehr Macht und Kompetenzen vorbei am Volk	EDU
Das Qualitätszentrum ist allerdings aus Sicht der SGED/SSSED in der vom Bundesgesetz vorgesehenen Form nicht das geeignete Mittel, um den angestrebten Zweck zu erreichen. Hierzu einige Überlegungen: Die SGED ist mit dem Bund grundsätzlich einig, dass allfällige Doppelspurigkeiten verhindert und Synergien besser genutzt werden müssen. Allerdings sind wir überzeugt, dass das geplante Zentrum Doppelspurigkeiten nicht verhindern, sondern erst recht hervorbringen wird. Der Aufbau einer zentralistischen öffentlich-rechtlichen Anstalt - also förmlich die Schaffung einer Doppelspurigkeit - ist für die SGED nicht zielführend. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Wirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden. Es sind aus Sicht der SGED vielmehr bestehende Initiativen und Strukturen von privaten Akteuren zu stärken und miteinander zu vernetzen.	SGED
curafutura unterstützt die Beschränkung des Wirkungsbereichs auf die OKP und die gewählte Rechtsform.	Curafutura
- Das neue Institut sollte sich auf das „Health Technology Assessment“ konzentrieren und beschränken. Die andern Funktionen werden bereits wahrgenommen. - Für wegweisende Verbesserungen der Qualität im Gesundheitswesen könnte ein nationaler oder sogar internationaler Preis ausgeschrieben werden. Das Geld wäre damit besser investiert als in ein Institut, das den Spitälern neue administrative Bürden ohne erkennbaren Nutzen bringt. Ein Gremium von Fachleuten sollte dafür adäquat entschädigt werden.	VKL
II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln Art. 2 (Rechtsform und -persönlichkeit) Aus juristischer Sicht in Ordnung aber im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz systemwidrig. Die Rechtsform soll im Sinne einer Netzwerklösung als Stiftung oder Verein angepasst werden.	SGA
II. Stellungnahme zu einzelnen Gesetzesartikeln Art. 2 Rechtsform - Wir begrüßen die vorgeschlagene Rechtsform und Eigenständigkeit des Zentrums. Dieses sollte allerdings auch mit den dazu notwendigen Kompetenzen ausgestattet werden (siehe Anträge zu Art. 4).	SSR

Articolo 2 capoverso 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
CURAVIVA Schweiz und senesuisse halten nicht für notwendig, dass das Zentrum die Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes aufweist, wie es Artikel 2 Absatz 2 des Vorentwurfs vorsieht. Im Gegenteil wäre aus Sicht beider Verbände eine privatrechtliche Anstalt durchaus in der Lage, hochstehende Leistungen im Bereich Qualitätssicherung zu erbringen.	Curaviva

Articolo 3 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Le cadre de référence du projet de loi proposé est la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Il apparaît nécessaire d'étendre celui-ci en prenant également en compte la loi fédérale sur l'assurance-invalidité et la loi fédérale sur l'assurance-accidents.	VS
2. Klarer Leistungsauftrag - Die in Artikel 3 formulierten Ziele respektive die Qualitätsstrategie des Bundes sind bereits auf geltender rechtlicher Grundlage (z. B. innerhalb einer Netzwerklösung) umsetzbar.	GL
Die in Art. 3 des Vorentwurfs definierten Ziele, welche der Bund mit dem Zentrum für Qualität anstrebt, sowie die in Art. 4 des Vorentwurfs formulierten Aufgaben sind sehr allgemein gehalten. Sie sind bereits heute aufgrund der geltenden rechtlichen Vorgaben umsetzbar. Soweit der Vorentwurf bereits gesetzlich verankerte Aufgaben des Bundes aufnimmt, ist er überflüssig und deshalb abzulehnen.	AR
Au niveau du périmètre des objectifs du centre, nous sommes d'avis qu'il convient d'élargir le champ aux prestations de soins de toutes les assurances sociales et non uniquement à celles relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Afin de garantir l'équité, le périmètre d'action du centre devrait être défini par rapport aux atteintes à la santé et aux prestations permettant de les traiter, et non par rapport au type de garant ou de débiteur. Il conviendrait en conséquence de modifier également le titre de la loi. Par ailleurs, le projet devrait bien préciser, pour éviter toute ambiguïté, que le centre devra s'intéresser à tous les types de soins : hospitaliers, ambulatoires, à domicile et stationnaires de longue durée. Nous avons conscience qu'il appartiendra aux cantons et aux partenaires tarifaires, financeurs des entités aujourd'hui actives dans l'évaluation de la qualité des prestations et des technologies (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux, Swiss medical board, etc.) de se positionner sur la pertinence de maintenir ces structures après la création du centre. Il faudra quoi qu'il en soit une coordination forte pour éviter tant un usage inapproprié de ressources financières qu'une démultiplication des données analysées relatives aux soins.	GE
L'amélioration de la qualité ne doit pas se cantonner à l'assurance obligatoire des soins, mais être également étendue aux autres assurances sociales en vue de coordonner le droit fédéral des assurances sociales ; ce, en conformité de l'article premier de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830. I), qui prévoit l'harmonisation des prestations des assurances sociales (let. c). S'agissant des domaines couverts par le centre national de qualité, ceux-ci comprennent les traitements stationnaires. Ils devraient également couvrir, à terme, les traitements ambulatoires, les traitements stationnaires n'étant qu'une partie des soins dispensés aux patients. Enfin, nous vous prions de bien vouloir veiller à limiter au minimum les exigences administratives pour les praticiens.	FR
Les activités du centre devraient être élargies aux prestations de soins régies par les assureurs fédéraux accident et invalidité. Le projet de loi devrait par conséquent explicitement faire référence à la LAA et à la LAI ; De même, comme la qualité des prestations et la sécurité des patients doivent être garanties au-delà du séjour hospitalier, le périmètre couvert par les activités du centre devrait, dans une perspective de chaîne des soins coordonnée, englober impérativement le domaine ambulatoire ;	VD
Il progetto di legge presentato si fonda esclusivamente sulla LAMal facendo riferimento unicamente alle prestazioni finanziate nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tale limitazione è ritenuta inappropriata, occorre prevedere un'applicazione allargata anche agli ambiti retti dalle leggi federali sull'assicurazioni infortuni e invalidità.	TI
5. Konkrete Anträge INTERPRET beantragt folgende Ergänzungen: Art. 3, Ziele 1 Der Bund strebt mit dem Zentrum folgende Ziele an:	INTERPRET

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
a (neu) Sicherstellung des chancengleichen Zugangs zu den gesamten Angeboten des Gesundheitssystems für alle; b (neu) Schaffen von Rahmenbedingungen, damit die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, für alle in gleicher Qualität erbracht werden können. Dazu zählen insbesondere Massnahmen zur Sicherstellung der Verständigung; c (vormals a) (Text unverändert) d (vormals b) (Text unverändert) e (vormals c) Förderung der Sicherheit bei der Erbringung der Leistungen (Patientensicherheit) unter Berücksichtigung der Diversität der Anspruchsgruppen.	
Die vom Bund formulierten Ziele können mit einem nationalen Zentrum für Qualität nicht erreicht werden, da kein konkreter Nutzen hinsichtlich Qualitätsentwicklung erkennbar ist. Rolle und Aufgaben des Zentrums sowie die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren sind in der Vorlage zu vage formuliert und erlauben einen zu grossen Interpretationsspielraum. Es fehlt ein klares Bekenntnis und konkrete Angaben, dass erprobte und erfahrene Organisationen wie der ANQ weiterhin ihre Leistungen entfalten können und in das Netzwerk einbezogen sind. Mit den anvisierten Zielen - Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Koordination der Aktivitäten, Sicherstellung der Finanzierung - ist der ANQ einverstanden. Mit dem in dieser Form geplanten nationalen Zentrum für Qualität können die genannten Ziele aus nachfolgend erwähnten Gründen jedoch nicht erreicht werden.	ANQ
Keine Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (siehe oben). „Zentrum“ ist überall durch „BAG“ zu ersetzen. Sonst keine weiteren Bemerkungen.	Äg_BE
Les objectifs ne peuvent pas être atteints si l'on se cantonne à une approche centrée sur la LAMal. L'alinéa 1 doit donc être élargi.	Médecins de famille
Im Rahmen des bestehenden Artikels 58, Absatz 3 KVG hat der Bundesrat bereits heute die Kompetenz, Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätswiederherstellung zu ergreifen, ohne dass er diese bisher wahrgenommen hätte. Darunter fallen die neuen Ziele des Zentrums (Art. 3 Abs. 1 Bst. a, b und c Entwurf). Die Beihilfe zur Leistungsbewertung wird heute von einer Kommission im Milizverfahren zu Händen des Departementschefs vorbereitet und das Bundesamt hat weitreichende Kompetenzen (Art. 33, Abs. 4 und 5 KVG und 1. Teil, 3. Titel, 3. Kapitel Kommissionen KVV). Die Mängel des Verfahrens sind bekannt. Der Erläuternde Bericht verweist hier korrekterweise bereits auf Seite 2 auf den Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle vom 21. August 2008. Hierfür muss der Prozess innerhalb des KVG neu geregelt werden und nicht nur ein Organ hinzugefügt werden, das die bestehenden Mängel nicht behebt und keinerlei Kompetenzen hat.	H+
Es ist keine öffentlichrechtliche Anstalt zu bilden. Zentrum durch BAG ersetzen.	VLSS
Die GSASA begrüsst die Absicht des Bundes, der Behandlungsqualität und Patientensicherheit mehr Gewicht zu geben und dafür finanzielle Mittel bereit zu stellen. Auch wir finden, dass ein grosser Handlungsbedarf besteht. Es muss deshalb das Ziel eines Zentrums für Qualität sein, primär eine koordinative Rolle zu übernehmen und die bereits bestehenden guten Vorstösse zu bündeln und deren Weiterentwicklung zu fördern. Nur durch die Praxisnähe der einzelnen Projekte und die Anerkennung durch die einzelnen Leistungserbringer kann Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen gefördert werden. Weiter bedarf es einer nationalen und internationalen Vernetzung der wichtigsten Akteure. Damit dieses unabdingbare Vertrauen geschaffen wird, braucht es zudem grösst mögliche Transparenz.	GSASA
4. Schwindelerregende Kompetenzen für das Zentrum und den Bundesrat In Artikel 3 und 4 des Entwurfes weist der Bundesrat dem Zentrum eine grosse Zahl von Zielen und Aufgaben zu, die er zum Teil auf einzelne Bestimmungen des KVG stützt. Für andere Ziele und Aufgaben hat er offenbar keine „passenden“ KVG-Bestimmungen gefunden: - So zum Beispiel für Art. 3 Abs. 1 d und Art. 4 Abs. 2 b, auf welche das Zentrum die Einschränkung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) zu stützen gedenkt.	pMW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Erarbeiten einer integrativen und übergeordneten Sichtweise zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen (keine reine KVG-Optik), sowie einer gesamtwirtschaftlichen und nachhaltigen Vorgehensweise. Anerkennung der Struktur- und Prozessqualitätsaspekte, Personaldotation und Einhaltung arbeitszeitlicher gesetzlicher Grundlagen als wesentlicher Pfeiler der Qualität und Patientensicherheit. Der Geltungsbereich der Gesetzesvorlage ist aus unserer Sicht zu eng definiert. Qualitätsüberlegungen sollen nicht a priori aus der Optik der Krankenpflegeversicherung (KVG) betrachtet werden. Der (Patienten-)Nutzen, welcher durch die verschiedenen Qualitätsbestrebungen erzielt wird, fällt nicht im KVG-Bereich an. Entsprechend wird es nicht möglich sein, mit dem geplanten Zentrum für Qualität Hinweise oder Evidenzen zu schaffen, welche nebst den Kosten auch den Nutzen aufzeigen und dadurch eine gesamtwirtschaftliche und nachhaltige Bilanzierung erst erlaubt. Eine langfristige Betrachtungsweise mit Horizont 10-20 Jahre ist deshalb unerlässlich, da sich Folgen von guter oder mangelhafter Qualität in der Medizin meist nicht unmittelbar manifestieren. Des Weiteren ist bekannt, dass 60% bis 70% der für die Gesundheit ausschlaggebenden Faktoren aus Umfeld und Verhalten stammen, also nicht aus dem Gesundheitswesen, welches mit dem KVG abgebildet wird. Nebst der zu engen gesetzgeberischen Optik wird so auch die kausale Diskussion von Verbesserungsmassnahmen verunmöglicht oder zumindest deutlich eingeschränkt. Der Gesetzesvorschlag erwähnt darüber hinaus nirgends den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung der Ärzteschaft, im Speziellen der Angestellten und der erzielten medizinischen Qualität. Der VSAO engagiert sich seit Jahren stark für die Einhaltung des Arbeitsgesetzes im Spital (insbesondere die 50-Stunden-Woche) und verweist in den diversen Kampagnen auf die wissenschaftliche Evidenz bezüglich Zusammenhang mit der Patientensicherheit. Vorschlag FMH: Die beschriebenen Ziele der Vorlage können mit einer reinen KVG-Optik nicht erreicht werden, da der Nutzen und auch die Kosten zu einem wesentlichen Teil ausserhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes anfallen. (Ziele) Kommentar: Diese Ziele können aufgrund der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden (vgl. die oben stehenden Erläuterungen). Wie bereits erwähnt, ist sich die FMH des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten Ziele nicht erreicht werden. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Auswirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden. Die angestrebten Ziele unter Art. 3 sind klar zu unterstützen, aber mit der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes nicht zu erreichen.	FMH, AGZ, SSMO, SNG
Die angestrebten Ziele unter Art. 3 sind klar zu unterstützen, aber mit der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfes nicht zu erreichen. Die FMH wird mit der SAQM und ihren weiteren Unterstützungen der erwähnten breit abgestützten Organisationen ihre Arbeiten und Bestrebungen im Bereich Qualität weiter vorantreiben und sich selbstverständlich weiterhin konstruktiv in die Diskussionen einbringen. Für die FMH ist es jedoch zentral, dass die Ärzteschaft mit all ihren Organisationen und ihrem bisherigen Engagement nicht übergangen wird – denn die Qualität muss dort definiert werden, wo sie zum Nutzen der Patienten angewendet wird.“	ÄTG
Zu Artikel 3 - Kostendämpfung/Kostensenkung in der OKP als Ziel des Gesetzesvorhabens Die Kosten (Kostendämpfung/Kostensenkung) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) können per se kein Qualitätsziel sein und sind es auch nicht im Text der Gesetzesvorlage: Ziel des Zentrums für Qualität gemäss Art. 3 ist die ...Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ... übernommen werden. Die Dämpfung des Kostenanstiegs der OKP ist jedoch ein explizit erwähntes Ziel des Gesetzesvorhabens. Gemäss erläuterndem Bericht, S. 13 ist ... Zielsetzung der Vorlage... insgesamt die Dämpfung der Kostensteigerung. Die Vorlage betrifft grundsätzlich nur den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.	AGZ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Das bedeutet, dass die Dämpfung der Kostensteigerung in der OKP bei der Umsetzung des Gesetzes ein mitbestimmender Faktor sein wird, respektive die Kostenkontrolle und Kostensenkung in der OKP via Hintertür über das Bundesgesetz für Qualität eingeführt bzw. verstärkt werden soll. Auch aus diesem Grund ist das Gesetz grundsätzlich abzulehnen: Entweder macht der Bundesrat im Gesetz selbst transparent, dass er über ein „Bundesgesetz für Qualität“ die Kosten in der OKP beeinflussen will, wodurch er den betroffenen Akteuren bzw. dem Stimmvolk die Möglichkeit eröffnet, zu dieser Absicht Stellung zu beziehen, oder er streicht sämtliche diesbezügliche Passagen in den Gesetzesmaterialien.	
Art. 3 (Ziele) Kommentar: Diese Ziele können aufgrund der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden (vgl. die oben stehenden Erläuterungen).	KKA
Eine weitere grundsätzliche Anregung betrifft den Begriff der „Verbesserung“ (Artikel 3 a). Aus Sicht der sQmh muss in erster Linie die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität eingefordert und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dazu gehören die Qualitätssicherung, die Qualitätsentwicklung sowie die kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Es gibt viele Bereiche in der Leistungserbringung, wo eine umfassende Qualitätssicherung genügt, zudem kann der ständige Ruf nach Verbesserung die Organisationen überfordern. Dies muss in den Zielen zum Gesetz deutlich festgehalten und abgeändert werden.	sQmh
Für Patienten sind unabhängige und transparente Informationen über die Qualität medizinischer Leistungen zentral, damit sie selbstbestimmt entscheiden können. Deshalb unterstützen wir das geplante Zentrum im Streben, um die Transparenz bezüglich erbrachter Qualität zu erhöhen. Dabei wird die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen zur Erfassung von Patientenpräferenzen unerlässlich sein.	SPO
Art. 3 (Ziele) Kommentar: Diese Ziele können aufgrund der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden (vgl. die oben stehenden Erläuterungen).	KAeG SG
Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen um die Chancen zur Erreichung der Therapieziele zu erhöhen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) übernommen werden.“ Begründung: Qualität soll nicht ein eigenständiges Ziel sein, sondern ein Mittel, um die Therapieresultate zu verbessern. Qualität muss auf das Ergebnis ausgerichtet werden und die Ergebnisqualität erhöhen. Die Definition von Qualität, so wie sie in den Erläuterungen steht, ist abzulehnen. Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität, den zweckmässigen Einsatz und Förderung des Wettbewerbs der Leistungen.“ Begründung: Transparenz soll zur Möglichkeit einer bewussten Entscheidung und damit zu mehr Wettbewerb führen. Art. 3 Abs. 1 lit. c Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung: Die Sicherheit des Patienten ist Grundlage jeder Leistung und Aufgabe der Leistungserbringer. Art. 3 Abs. 1 lit. d Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung: Die Entscheidungsfindung und regelmässige Überprüfung von Leistungen ist eine Aufgabe, die mit Qualität primär nichts zu tun hat. Sie muss daher von Qualitätsfragen abgetrennt werden. Die Elemente im Zusammenhang mit der Bewertung von Gesundheitstechnologien sollen im KVG verankert werden.	santésuisse
1. Zielsetzung konsequent auf Steigerung von Qualität und Effizienz ausrichten und nicht durch Kostensenkungsziel kompromittieren Wie Erfahrungen im Ausland zeigen, besteht die Gefahr, dass unter dem Titel von Qualitätsprogrammen und HTAs einseitige und kurzfristige Kostensenkungen propagiert werden, die Qualitätsverbesserungen und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen kompromittieren und den Patienten den Zugang zur Innovation verwehren. Das Bundesgesetz für Qualität ist deshalb konsequent auf die Erhöhung der besseren Ergebnisqualität der Leistungen und die Steigerung der Qualität der Leistungserbringung auszurichten. Gehört	iph

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
eine Dämpfung der Kostensteigerung oder gar eine Kostensenkung zur primären Zielsetzung des Gesetzes, wird einer Rationierung durch die Hintertür begünstigt. Um die Gefahr der Rationierung und der Innovationsbremse durch die Hintertür zu bannen, sind methodische und prozessuale Vorgaben auf Gesetzesebene zwingend. Diese stellen sicher, dass die Arbeit des Zentrums für Qualität das Ziel der Qualitäts- und Effizienzsteigerung unterstützt, den Zugang zu Innovationen in der Grundversicherung nicht behindert und nicht auf einseitige Kostensenkung abzielt. Breit abgestützte Vorschläge für ein HTA, welches sich an den Zielen der OKP orientiert und dabei die Grundrechte und die Schweizer Rechtstradition, das Solidaritätsprinzip und die sozialen Präferenzen der Bevölkerung respektiert, sind im Rahmen des Projektes SwissHTA erarbeitet worden (siehe www.swisshta.ch). Sie sollten als Grundlage für Ergänzungen des Bundesgesetzes dienen. Eine diesbezüglich klare Zielsetzung des Gesetzes ist insbesondere vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Ausland von grösster Bedeutung. HTAs können sehr unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Dementsprechend sind die Ergebnisse von HTAs trotz internationalen - jedoch abstrakter, akademischer - Standards teilweise diametral entgegengesetzt und nur sehr beschränkt auf die Schweiz übertragbar. Beispielsweise verwendet in Deutschland das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein äusserst aufwändiges Verfahren, das selbst unbestrittenen Innovationen mit ausserordentlich hohem Mehrwert aus formalistischen Gründen keinen belegten Mehrnutzen zugesteht. In England dienen HTAs zur Begründung von Rationierungsentscheiden. Der Bevölkerung wird der Zugang zu lebensnotwendigen Therapien verwehrt und nach Alter rationiert mit der Begründung, die Kosteneffizienz einzelner Leistungen sei ungenügend. Dabei kommt ein ökonomisches ICER-Konzept zur Anwendung, das auf der sogenannten QALY-Methode basiert. Aus politischen Gründen musste kürzlich ein Cancer-Fund eingerichtet werden, der den Zugang zu Krebsmedikamenten ermöglicht, da die rigide, und einseitig ökonomische HTA-Methodik Ungerechtigkeiten schafft und selbst in England politisch nicht akzeptabel ist. Effektive Massnahmen zur Steigerung der Qualität und Effizienz können eine Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen und der OKP bewirken. Nicht nur die Vermeidung von unnötigen oder gar schädlichen Leistungen spart Kosten, auch die Steigerung der Qualität selbst kann wesentliches zu einer Kostensenkung beitragen. Der potenzielle Nutzen inkl. die Vermeidung von Folgekosten chronischer Erkrankungen fallen i.d.R. mehrheitlich ausserhalb der OKP an und sind deshalb zwingend bei der Auswahl prioritärer Themen und bei der Methodik zur Erfassung von Nutzen und Kosten zu berücksichtigen. 2. Zentrale Begriffe, insbesondere die Definition der Qualität, auf Gesetzesstufe verankern Der Gesetzesentwurf nennt den Begriff der „Qualität“ stets zusammen mit dem Begriff „zweckmässiger Einsatz der Leistungen“. Beide Begriffe werden jedoch nicht definiert (Art. 3 Abs. 1 Bst. a). Im erläuternden Bericht, nicht jedoch im Gesetzesentwurf, wird als Ziel der Vorlage unter anderem die Kostendämpfung in der Krankenversicherung angeführt (z.B. S.3, 30). Die Zielsetzung der Qualitätssteigerung wird so verwässert und kompromittiert. Unter dem Titel „angemessener Einsatz der jeweils geeignetsten Leistung“ (z.B. S. 12, 14, 31) sind auch rein ökonomische Konzepte subsumierbar, die auf reine Kostensenkung und Verhinderung des Zugangs zur Innovation ausgerichtet sind und sowohl die Verschreibungsfreiheit der Ärzte kompromittieren wie auch dem Ziel der Qualitätssteigerung und Verbesserung der Effizienz entgegenstehen. Wie im erläuternden Bericht (S. 21) aufgeführt, sollte sich der Begriff „Qualität“ in Anlehnung an die international breit akzeptierte Definition des Institute of Medicine (IOM), auf die Ergebnisqualität beziehen. Die Festlegung von konkreten, messbaren Qualitätsindikatoren muss in enger Zusammenarbeit mit den Stakeholdern insbesondere mit den medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet werden. Erfahrungen zeigen, dass mit einer Fokussierung auf bessere Outcomes in der Regel auch Kosteneinsparungen verbunden sind.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Anstelle der Einführung neuer, unklarer Begriffe wie „angemessener Einsatz der jeweils geeignetsten Leistungen“ sollte auch die Qualität der Leistungserbringung, welche die ökonomischen Betrachtungen mit einschliesst, auf Gesetzesstufe definiert werden. Dies in Anlehnung an die international breit akzeptierte Definition des Institute of Medicine (IOM). Die Definition verlangt, dass Leistungen sicher, wirksam, zweckmässig, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient angewendet werden und der Zugang für alle chancengleich ist. Dies entspricht den Zielen der OKP und konkretisiert und operationalisiert die WZW-Kriterien im Rahmen dieses Gesetzes weiter, wie von der GPK-S verlangt. Die Definition der Qualität der Leistungserbringung gemäss IOM sollte konsequent anstelle der unklaren Begriffe des „zweckmässigen“ oder „angemessenen“ Einsatzes der Leistungen stehen. 7. Ausgewogene Arbeitsprogramme und Prioritäten zur Qualitätssteigerung und zur Leistungsüberprüfung in allen Leistungsbereichen Wir begrüssen die Festlegung von strategischen Zielen und Aufgaben für jeweils vier Jahre. Dabei sollen die Prioritäten sowohl für die Qualitätsprogramme wie auch für die Leistungsüberprüfungen nach denselben Kriterien und auf Vorschlag der in einer nationalen Begleitgruppe organisierten Stakeholder gesetzt werden. Die Rolle, Aufgaben und Zusammensetzung der nationalen Begleitgruppe für die Qualitäts- und die HTA-Programme sowie die grundlegenden Kriterien sollten auf Gesetzesstufe verbindlich verankert werden. Ausgewogene Programme zur Qualitätssteigerung und zur Leistungsüberprüfung sollten in allen Leistungsbereichen nach denselben Kriterien der Systemrelevanz, Krankheitslast für Bevölkerung und Bestrittenheit ausgestaltet werden. Dabei ist eine breite Perspektive auf den zu erwartenden Nutzen und die zu erwartenden Kostenfolgen sowohl in der OKP wie auch in den anderen Sozialversicherungen und aus volkswirtschaftlicher Perspektive zu berücksichtigen. Der Zielsetzung des Gesetzes entsprechend, sollte der Ansatz ein medizinischer sein, d.h. die Programme sollten eine bessere Qualität und die Vermeidung von unnützen oder schädlichen Leistungen zur Folge haben. Als Beispiel dafür kann die Choosing Wisely-Initiative gelten bzw. Kampagne der SGIM wonach die medizinischen Fachgesellschaften Massnahmen bezeichnen, die aufgrund aktueller Evidenz zu vermeiden sind. Vermeidung von Schäden und unnützen Leistungen steigern die Qualität und die Patientensicherheit und spart dabei Kosten, ohne, dass ein ökonomisches Konzept angewendet wird und damit eine Rationierungsgefahr besteht. Einerseits soll das Gesetz in Anlehnung an die international breit akzeptierte Definition des Institute of Medicine (IOM) die Qualität der Leistungen steigern, sodass erwünschte Gesundheitsergebnisse (Outcomes) wahrscheinlicher eintreten. Andererseits soll auch die Qualität der Leistungserbringung analog dem IOM zur Zielsetzung gehören, womit sichergestellt werden soll, dass die Leistungen in der OKP sicher, wirksam, zweckmässig, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient angewendet wird und der Zugang für alle chancengleich ist. <u>Verbesserung der Qualität zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse.</u> Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) übernommen werden; Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität und auf die Qualität der Leistungserbringung; Förderung der Sicherheit bei der Erbringung der Leistungen (Patientensicherheit); Unterstützung der Entscheidungsfindung bei der Bezeichnung der Leistungen, indem systematische wissenschaftliche Grundlagen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien unter Berücksichtigung der medizinischen, ökonomischen, sozialen, ethischen und rechtlichen Aspekte bereitgestellt werden. Begriffe (neu) Eine klare Definition in Anlehnung an die international breit akzeptierte Definition des Institute of Medicine (IOM) ist auf Gesetzesstufe notwendig. Ebenfalls sollte die Qualität der	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Leistungserbringung auf Gesetzesstufe klar definiert werden. Der zweckmässige und effiziente Einsatz einer Leistung ist essenzieller Teil der Qualität der Leistungserbringung mit den Aspekten der Wirksamkeit, Sicherheit, Patientenzentriertheit und Chancengleichheit beim Zugang. Mit der expliziten Nennung der Sicherheit, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Effizienz, d.h. dem wirtschaftlichen Einsatz der Mittel, in diesem Gesetz werden die im KVG festgehaltenen WZW-Kriterien weiter operationalisiert, was den Forderung der GPK entspricht. Der unklare Begriff der „Angemessenheit“ sollte vermieden werden. Qualität: Ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen.	
Von der Zielsetzung her ist der Fokus der Aktivitäten des Zentrums nebst auf Qualität auch auf Zweckmässigkeit und Nutzen der Leistungen gerichtet, deren Kosten nach KVG übernommen werden.	ÄgBL
Art. 3 Absatz 1 d.: Die Leistungserbringer sollen bei der Bereitstellung der Unterlagen einbezogen werden.	labmed
Die Koordination der Bereiche Qualität, Patientensicherheit und HTA unter einem vernetzenden Dach ist sinnvoll und unterstützt die Verbindung gleichgelagerter Anliegen bei der Planung von Aktivitäten und die Durchlässigkeit bei der Umsetzung von Resultaten.	Medical Board
Eine Kombination von Qualität, Patientensicherheit und HTA finden wir sinnvoll.	SAMW
An und für sich sind die vorgesehenen Ziele des Zentrums gemäss Artikel 3 des Vorentwurfs wünschenswert: - Verbesserung der Qualität der Leistungen; - Förderung der Transparenz; - Förderung der Patientensicherheit; - Unterstützung der Entscheidungsfindung. CURAVIVA Schweiz und senesuisse beanstanden die dem Qualitätszentrum gesetzten Ziele also nicht – zweifeln aber stark daran, dass das vorgesehene Zentrum und die darin gebündelten Befugnisse ein geeignetes Mittel zum Zweck darstellen.	Curaviva
Art. 3 - Die Ziele tönen unterstützungswürdig, sind jedoch eine Mogelpackung, weil darunter eine Rationierung der Gesundheitsleistungen verstanden werden muss. Es ist zu erwarten, dass Nicht-Ärzte in diesem Zentrum nach vor allem ökonomischen Gesichtspunkten über Sinn und Unsinn von Behandlungen und Ausgaben entscheiden werden. Insgesamt werden uns die Folgen teurer zu stehen kommen. Sie bedeuten eine Entmenschlichung. Ärzte werden zunehmend in ihren Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt und haben sich nicht mehr an Einzelfällen zu orientieren. Menschen sind keine Maschinen nach Schema F. Nur unglaublich wird vorgegeben, dass auch soziale und ethische Aspekte mit einbezogen werden. Dieses Zentrum ist eine unnötige bürokratische Aufblähung des Gesundheitsapparates und ihr Bedarf anhand auf die Schweiz hochgerechneter amerikanischer Studienresultate ist wegen der (noch) unterschiedlichen Systeme nicht zulässig.	EDU
Betreffend Ethik: Health Technology Assessment (HTA) masst sich an, die wissenschaftlichen Behandlungsgrundlagen der medizinischen Fachgesellschaften einer utilitaristischen Kosten--Nutzen--Analyse nach anglo--amerikanischem Vorbild zu unterziehen (Art.3d). Das heisst im Klartext: HT möchte aus der medizinischen Frage: „Welche und wieviel Behandlung ist nötig für die Gesundheit des Patienten bzw. für die Linderung seiner Beschwerden?“ eine ökonomische Frage machen: „Welchen wirtschaftlichen Nutzen hat eine Behandlung?“	HGS
Unser Anliegen ist die Qualität in der Versorgung, Betreuung und Behandlung von Menschen, die nicht geheilt werden können: Chronisch-Kranke, geriatrische Patienten, behinderte Menschen und solche mit seltenen Erkrankungen (Orphan Diseases). In der jetzigen allgemein gehaltenen Formulierung insbesondere in Art. 3 („Ziele“) werden zwar neben den medizinischen und ökonomischen auch soziale, ethische und rechtliche Aspekte erwähnt, doch sind diese Begriffe in unklarer Weise aneinander gereiht (gleich gewichtet oder hierarchisch?) und ethische und rechtliche Aspekte werden zuletzt erwähnt. Wir	SAGB

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
schlagen vor, dass diese Aspekte als gleichwertig in einem Abschnitt e den anderen gegenüber gestellt werden, vorhandene ethische Richtlinien z.B. der SAMW, aber auch die UN-BRK miterwähnt werden und in diesem Zusammenhang speziell festgehalten wird, dass die besonderen Bedürfnisse von kleinen Minderheiten unter den Patienten nicht vernachlässigt werden dürfen, sondern vielmehr hier ein besonderes Augenmerk schon nur auf die Frage genügender Versorgung zu legen ist. Deren Behandlung ist aus rein wirtschaftlichen Überlegungen heraus oft nicht begründbar, sondern richtet sich in erster Linie an Aspekten der Ethik und der Lebensqualität der Betroffenen. Uns beschäftigt nämlich insbesondere die Sorge, dass ökonomische Aspekte (Kostenminderung und Rationierung) ein Übergewicht erhalten.	
Das SRK regt folgende Ergänzungen an: Art. 3 Ziele I Der Bund strebt mit dem Zentrum folgende Ziele an: a. (neu) Sicherstellung des chancengleichen Zugangs zu sämtlichen Angeboten des Gesundheitswesens für al/e; b. (neu) Schaffen von Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für alle in gleicher Qualität zu erbringen. Dazu gehören insbesondere Massnahmen zur Sicherstellung der Verständigung zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängerinnen und -empfängern; c. (vormals a.) (Text unverändert) d. (vormals b.) (Text unverändert) e. (vormals C.) Förderung der Sicherheit bei der Erbringung der Leistungen (Patientensicherheit) unter Berücksichtigung der Diversität der Anspruchsgruppen.	SRK
Art. 3 Ziele a) Medizinische Leistungen unterstehen bereits heute einem geordneten Verfahren auf Kostenübernahme bei neuen oder umstrittenen Leistungen bei der EGKL. Diese prüft, ob Leistungen die WZW-Kriterien, welche das KVG in Art. 32 und 33 definiert, erfüllt und fällt einen entsprechenden Entscheid. Die Vergütung einer medizinischen Leistung ist Teil der Tarifautonomie der Vertragspartner. Der Bundesrat wurde vom Parlament nur mit einer subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung ausgestattet. Im Bereich der stationären Leistungen fließen die Kosten über die REKOLE in die Swiss DRG-Pauschalen ein und die Swiss DRG AG erhält dazu auch alle Kostendaten, was die diesbezügliche Zielsetzung des Zentrums in Frage stellt. Die Zweckmässigkeit von Leistungen ergibt sich in genereller Art und Weise aus dem Entscheid der EGLK. Allenfalls müsste der Einzelfall geprüft werden, was einerseits Aufgabe der Krankenversicherer im Kostengutspracheverfahren ist und andererseits detaillierte Faktenkenntnisse und spezifisches Fachwissen voraussetzen würde, welches dem Zentrum wohl fehlen dürfte. Was die Unterstützung der Entscheidungsfindung bei der Bezeichnung von Leistungen betrifft, gibt es bereits das von der GDK und durch alle Vertragsparteien gestützte Swiss Medical Board, welches sogenannte HTA-Verfahren durchführt und entsprechende Empfehlungen abgeben kann. Auch ein Blick über die Grenzen zeigt, dass ein Nationales Qualitätsinstitut nicht automatisch zu einer Steigerung der Qualität führt. b + c) Im Bereich der stationären Leistungen verfolgt der Verein ANQ, bei welchem die Tarifpartner (H+, santésuisse, die Eidgenössische Sozialversicherer [IV, MV, UV] und die GDK) Mitglieder sind dieselbe Zielsetzung. Forderungen aus dem KVG und verschiedener parlamentarischer Vorstösse sind somit abgedeckt. Was den ambulanten Sektor betrifft, gibt es eine Vielzahl von geeigneten Vorhaben (ISO, EFQM, QualiMedNet, uvm.), welche ebenfalls in dieselbe Richtung zielen und viele Fachgesellschaften beschäftigen sich mit dem Thema "Guidelines for good medical practice". d) Diese Aufgabe untersteht der EGLK und diese Kommission ist innerhalb ihrer Reglemente und Organisation frei, Experten beizuziehen und auch die Antragssteller in die Pflicht zu nehmen, entsprechende Daten, welche für die Evaluation nötig sind, bereitzustellen. Somit besteht hier kein Handlungsbedarf und es würde eine Parallelstruktur geschaffen.	SBV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Les objectifs figurant dans le projet de loi (cf. art. 3) sont clairs, à savoir optimiser la qualité et l'adéquation des prestations, promouvoir la transparence, promouvoir la sécurité dans la fourniture de prestations et soutenir le processus décisionnel concernant la désignation des prestations. Ce dernier point ouvre toutefois la porte à un pilotage fédéral ne visant qu'à une rationalisation des prestations thérapeutiques. La Société Vaudoise de Médecine doute sérieusement que ce centre de collecte de données dispose des connaissances et des capacités pour conduire des études convaincantes dans la forme présentée par le projet actuel. En ce qui concerne les prestations médicales, la participation active des diverses sociétés médicales, qui sont en liens permanents avec leurs bases respectives, est indispensable pour que les analyses, les résultats et les recommandations puissent avoir une chance de convaincre les médecins et emporter l'adhésion du monde médical.	SVM
Art. 3 Ziele a) Medizinische Leistungen unterstehen bereits heute einem geordneten Verfahren auf Kostenübernahme durch die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK). Diese Kommission prüft, ob eine Leistung die WZW-Kriterien erfüllt, welche das KVG in Art. 32 und 33 definiert, und fällt einen entsprechenden Entscheid. Der Preis einer medizinischen Leistung ist Teil der Tarifautonomie der Vertragspartner. Der Bundesrat wurde vom Parlament lediglich mit einer subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung ausgestattet. Im Bereich der stationären Leistungen fließen die Kosten über die REKOLE in die Swiss DRGPauschalen ein. Die Swiss DRG AG erhält alle erforderlichen Kostendaten. Diesbezüglich erübrigt sich diese Zielsetzung des Zentrums. Die Zweckmässigkeit von Leistungen ergibt sich in genereller Art und Weise aus dem Entscheid der ELGK. Im Einzelfall müsste die Zweckmässigkeit mit detaillierten Fallkenntnissen und spezifischem Fachwissen übergeprüft werden, welche dem nationalen Zentrum fehlen dürften. Zudem wird die Zweckmässigkeit bereits durch den Krankenversicherer im Rahmen Kostengutspracheverfahrens überprüft. Zur Abklärung, ob ein Verfahren wirtschaftlich und zweckmässig ist, kann das von der GDK und allen Tarifpartnern gestützte Swiss Medical Board beauftragt werden, welches sogenannte HTA-Verfahren durchführt und entsprechende Empfehlungen abgeben kann. b + c) Im Bereich der stationären Leistungen verfolgt der Verein ANQ, bei welchem die Tarifpartner (H+, santésuisse, die Eidgenössische Sozialversicherer [IV, MV, UV]) und die GDK Mitglieder sind dieselbe Zielsetzung. Somit scheinen die Forderungen des KVG und der verschiedenen parlamentarischen Vorstösse bereits umgesetzt. Im ambulanten Sektor gibt es eine Vielzahl von guten Projekten (ISO, EFQM, QualiMedNet, uvm.), welche in dieselbe Richtung zielen. Viele Fachgesellschaften beschäftigen sich bereits heute mit dem Thema „Guidelines for Good Medical Practice“. In der Radiologie, wurde eine europäische Arbeitsgruppe geschaffen, welche europäische Guidelines erarbeiten und ein „Clinical Decision Support System (CDS)“ aufbauen soll. Diese CDS haben zum Ziel unnötige Untersuchungen zu vermeiden und die Strahlenexposition zu reduzieren. Angesichts dieser Bestrebungen macht der Aufbau eines neuen, arbeitsintensiven, nationalen Gremiums wenig Sinn und man muss sich fragen, ob eine eigenständige, nationale Lösung auf eine breite Akzeptanz stossen wird, wenn sie den international anerkannten Guidelines widerspricht. d) Diese Aufgabe untersteht der ELGK. Dieser Kommission steht es innerhalb ihres Organisationsreglementes frei, Experten beizuziehen und von den Antragsstellern die Daten zu verlangen, welche für die Evaluation notwendig sind. Somit besteht auch hier kein Handlungsbedarf und es würde eine unnötige Parallelstruktur geschaffen.	SGR
Il nous semble, enfin, important d'attirer l'attention sur les faits suivants : Les objectifs tels que définis à l'art 3 sont d'une importance indiscutable en rapport avec des prestations et techniques médicales : a. optimiser la qualité et l'adéquation des prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en vertu de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur	SMV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
l'assurance-maladie; b. promouvoir la transparence en ce qui concerne la qualité et l'adéquation des prestations ; c. promouvoir la sécurité dans la fourniture des prestations (sécurité des patients) ; d. soutenir le processus décisionnel concernant la désignation des prestations, en mettant à disposition des bases scientifiques systématisées.	
Konkrete Ergänzungen zu einzelnen Absätzen: Art. 3 Absatz 1 d: Die Leistungserbringer werden bei der Bereitstellung der Unterlagen mit einbezogen.	EVS
Art. 3 Ziele ¹ Der Bund strebt mit dem Zentrum folgende Ziele an: Antrag DVSP, neu: e. Überprüfung des nachgewiesenen Nutzens einer Leistung für die Patientinnen und Patienten f. Etablieren einer konstruktiven Fehlerverarbeitungskultur	DVSP
Art. 3 (Ziele) Kommentar: Diese Ziele können aufgrund der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden (vgl. die oben stehenden Erläuterungen).	SGA
Konkret zu einzelnen Absätzen: Art. 3 Absatz 1 d.: Die Leistungserbringer sollen bei der Bereitstellung der Unterlagen einbezogen werden.	SVBG
Art. 3 (Ziele) Kommentar: Diese Ziele können aufgrund der reinen KVG-Optik nicht erreicht werden (vgl. die oben stehenden Erläuterungen).	m-net
Art. 3 Ziele, lit. b. Antrag auf Neuformulierung bzw. Ergänzung: „Förderung der Transparenz und Vergleichbarkeit in Bezug auf die Qualität und Begründung: Es sind nicht nur die Transparenz über die Qualität der Leistung eines bestimmten Anbieters sondern auch Vergleiche unter verschiedenen Leistungsanbietern zu fördern. Die Vergleichbarkeit ist wichtig und sollte deswegen auch explizit erwähnt werden.	SSR

Articolo 3 capoverso 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<u>Der Bund</u> erfüllt zur Erreichung dieser Ziele die Aufgaben nach Artikel 4. Qualität der Leistungserbringung: Die Leistungserbringungen ist angemessen, wenn sie sicher, wirksam, zweckmässig, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient angewendet wird und der Zugang für alle chancengleich erfolgt.	iph
Art. 3 Ziele a) Medizinische Leistungen unterstehen bereits heute einem geordneten Verfahren auf Kostenübernahme bei neuen oder umstrittenen Leistungen bei der EGKL. Diese prüft, ob Leistungen die WZW-Kriterien, welche das KVG in Art. 32 und 33 definiert, erfüllt und fällt einen entsprechenden Entscheid. Die Vergütung einer medizinischen Leistung ist Teil der Tarifautonomie der Vertragspartner. Der Bundesrat wurde vom Parlament nur mit einer subsidiären Kompetenz zur Tariffestsetzung ausgestattet. Im Bereich der stationären Leistungen fliessen die Kosten über die REKOLE in die Swiss DRG-Pauschalen ein und die Swiss DRG AG erhält dazu auch alle Kostendaten, was die diesbezügliche Zielsetzung des Zentrums in Frage stellt. Die Zweckmässigkeit von Leistungen ergibt sich in genereller Art und Weise aus dem Entscheid der EGLK. Allenfalls müsste der Einzelfall geprüft werden, was einerseits Aufgabe der Krankenversicherer im Kostengut-spracheverfahren ist und andererseits detaillierte Fallkenntnisse und spezifisches Fachwissen voraussetzen würde, welches dem Zentrum wohl fehlen dürfte. Was die Unter-	asd

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
stützung der Entscheidungsfindung bei der Bezeichnung von Leistungen betrifft, gibt es bereits das von der GDK und durch alle Vertragsparteien gestützte Swiss Medical Board, welches sogenannte HTA-Verfahren durchführt und entsprechende Empfehlungen abgeben kann.	
Art. 3, Ziele 1 Der Bund strebt mit dem Zentrum folgende Ziele an: a (neu) Sicherstellung des chancengleichen Zugangs zu den gesamten Angeboten des Gesundheitssystems für alle; b (neu) Schaffen von Rahmenbedingungen, damit die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, für alle in gleicher Qualität erbracht werden können. Dazu zählen insbesondere Massnahmen zur Erreichung der sozial benachteiligten Bevölkerung; c (vormals a) (Text unverändert) d (vormals b) (Text unverändert) e (vormals c) Förderung der Sicherheit bei der Erbringung der Leistungen (Patientensicherheit) unter Berücksichtigung der Diversität der Anspruchsgruppen.	CTS

Articolo 4 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
1. Vermeidung von Doppelspurigkeiten - Verschiedene Akteure resp. Institutionen beschäftigten sich bereits heute mit Qualitätsfragen und der HTA Thematik (insbesondere ANQ, Patientensicherheit Schweiz, Swiss Medical Board). Dies obwohl die Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit seit Einführung des Bundesgesetzes über die obligatorische Krankenversicherung (KVG) eigentlich eine Bundesaufgabe ist. Die in Artikel 4 definierten Aufgaben sind – vor allem was Absatz 1 betrifft – viel zu unbestimmt. Hier bedürfte es eines wesentlich klareren Leistungsauftrages. Insbesondere darf man sich nicht scheuen, die Aufgaben, welche heute von anderen Organisationen wahrgenommen werden, in das Gesetz aufzunehmen. Erst dieser Schritt würde es ermöglichen, im Nachgang zum Erlass des Bundesgesetzes teure Parallelstrukturen zu verhindern und die verschiedenen Organisationen aufzulösen resp. in das neue Bundesinstitut zu integrieren (vgl. Punkt 1 Vermeidung von Doppelspurigkeiten). Artikel 5 würde damit obsolet. Im Zusammenhang mit der Gesetzesvorlage stellen sich für uns weitere, insbesondere staatspolitische Fragen hinsichtlich des Stellenwerts der vorliegenden neuen Gesetzesvorlage im Verhältnis zu den übrigen Bundesgesetzen, der Verantwortlichkeiten, die in diesem Gesetz ebenso wenig klar geregelt zu sein scheinen wie im KVG und die Massgabe von national erarbeiteten Qualitätskriterien auf die kantonale Versorgungsplanungen.	GL
Bereits vorhandene Programme und Messinstrumente sollten aber nach Möglichkeit in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden, um auf vorhandene Erfahrungen aufbauen zu können. Um eine Bündelung und Koordination der Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung in der Schweiz zu erreichen, ist eine kooperative Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen Akteuren zentral. Die partnerschaftliche Umsetzung von Massnahmen im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist für die Akzeptanz und wirkungsvolle Umsetzung ein zentraler Erfolgsfaktor.	NW
Enfin, il nous paraît que, pour permettre un renforcement de l'assurance qualité et de la sécurité des patients, le centre devrait jouer un rôle moteur dans le développement des récoltes de données fiables dans un souci de cohérence et d'optimisation des processus, afin d'éviter de surcharger les prestataires de soins. Ces projets devront s'appuyer sur les expériences déjà faites au niveau cantonal dans le but de créer une culture de la qualité partagée avec tous les acteurs du système de santé. Elle n'en sera que mieux acceptée.	NE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Des Weiteren sind wir der Auffassung, dass die zusätzlichen Aufgaben, die für die Verarbeitung der durch das Zentrum erarbeiteten Grundlagen auf den Bund bzw. das BAG zukommen, eine zusätzliche Alimentierung des BAG erfordern, wie dies im erläuternden Bericht erwähnt wird. Dies ist aus Sicht des Regierungsrats eine Bedingung für das Funktionieren des vorgeschlagenen Konstrukts. Was die Aufgaben des Zentrums im Bereich der Qualitätssicherung und Patientensicherheit betrifft, befürwortet der Regierungsrat, dass die Aufgaben umfassend ausgestaltet sind. Bei der Umsetzung wird zu konkretisieren sein, welche Aufgaben das Zentrum übernehmen soll... Falls die Tätigkeiten der Stiftung für Patientensicherheit im Rahmen der nationalen Programme in den Aufgabenbereich des Zentrums übergehen und sich die Stiftung anschliessend aufgrund der fehlenden Finanzierung auflösen müsste, wäre es ein Anliegen der Kantone, dass die übrigen bisherigen Aktivitäten und Projekte der Stiftung (wie z.B. CIRNET), in die die Kantone massgeblich mitinvestiert haben, vom nationalen Zentrum übernommen und weitergeführt werden. Des Weiteren fordert der Regierungsrat im Sinne der erwarteten verstärkten Koordination, dass die aufgelegten Aktivitäten des Vereins QualiCCare zur Verbesserung der Behandlungsqualität chronisch Kranker in den Aufgabenbereich des Zentrums aufgenommen werden.	OW
2. Führungsrolle des Bundes in der Qualitätssicherung Das KVG enthält zahlreiche Vorgaben zu der von den Leistungserbringern zu erfüllenden Ergebnisqualität (Art. 39 Abs. 2ter KVG, Art. 49 Abs. 8 KVG, Art. 58 KVG, Art. 77 KVV). In der Qualitätsstrategie des Bundes von 2008 wurden zur Umsetzung dieser Vorgaben folgende Visionen des Bundes formuliert (siehe S. 21 des erläuternden Berichts): Der Bund will eine hohe Qualität in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zu angemessenen und für die ganze Bevölkerung tragbaren Kosten. Der Bund übernimmt in der Qualitätssicherung die führende Rolle und sorgt unter Beachtung der heutigen und möglicher neuer Aufgabenteilung für eine klare und eindeutige Rollenverteilung, welche die Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und die Koordination zwischen den Akteuren (Bund – Kantone – Versicherer – Leistungserbringer – Patienten – andere) regelt. Unter anderem wurde in der Qualitätsstrategie folgendes Aktionsfeld definiert: Aktionsfeld 1: "Führung und Verantwortung" Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, dass die Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit wirksam wahrgenommen werden können. Dies wird insbesondere durch den Aufbau von geeigneten Strukturen beim Bund sichergestellt. - Die auf Seite 33 f. des erläuternden Berichts aufgelisteten Aufgaben des Zentrums (Beschaffung und Vermittlung von Qualitätsinformationen, Vorgabe von Qualifikationsmassnahmen, Initiierung von Qualitätsprogrammen usw.) sind somit unzweifelhaft als Bundesaufgaben zu qualifizieren.	GR
Abs. 1b und Abs. 1c: Es ist sicherzustellen, dass die Datenerhebung sowie die Aufbereitung der Daten in enger Abstimmung mit den Leistungserbringern und in einem vernünftigen Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen erfolgt. Abs. 1e: Da die bestehenden Institutionen wie der ANQ und die Stiftung für Patientensicherheit in die Qualitätsstrategie fest eingebunden werden sollen, muss dieser Absatz entsprechend präzisiert werden.	SG
Les tâches confiées au centre semblent pertinentes par rapport aux objectifs visés. Nous souhaitons cependant attirer l'attention sur deux points importants : 1. Il est indispensable que le futur centre développe des programmes nationaux, des indicateurs nationaux, des programmes de recherche et des recommandations concernant la formation dans le domaine de la qualité des soins. 2. Comme évoqué ci-dessus, les activités du centre devront également couvrir l'ambulatoire, les soins à domicile et dans les éta-	GE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
blissements médico-sociaux. L'effort pour le développement d'indicateurs et la constitution de bases de données dans ces secteurs seront encore plus difficiles que pour l'hospitalier, alors que les problèmes de qualité y sont tout aussi nombreux.	
Das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Zentrums für Qualität als Organisationseinheit des Bundes erscheint ungünstig, dessen Aufgaben - insbesondere im Bereich der Qualität und der Patientensicherheit - zu allgemein und wenig konkret. Zudem sind diverse unerwünschte Doppelspurigkeiten mit bereits laufenden, etablierten Programmen im Bereich der Qualität zu erwarten. - Wichtig scheint uns der Hinweis auf die qualitätssichernde Komponente des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern. Das vorhandene Angebot übersteigt zumindest im stationären Bereich die Nachfrage. Dank der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweisenden werden nur qualitativ hochstehende Angebote Bestand haben, während mangelhafte durch einen Rückgang der Patientenzahlen unmittelbar wirtschaftlich sanktioniert werden. Wir könnten uns zudem vorstellen, dass der Bund im Rahmen von spezifischen Forschungsprojekten des Nationalfonds zum Themenkreis Versorgungsqualität den bestehenden Institutionen, die sich mit der Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befassen, vertiefte aktuelle Grundlagen bereitstellt.	BL
Par rapport au renforcement de l'assurance qualité et de la sécurité des patients, le centre devrait jouer un rôle moteur dans le développement des récoltes de données fiables dans un souci de cohérence et d'optimisation des processus pour éviter de surcharger les prestataires de soins. Ces projets devront s'appuyer sur les expériences déjà faites au niveau cantonal dans le but de créer une culture de la qualité partagée avec tous les acteurs du système de santé.	VD
Eine nationale Stelle, welche alle Qualitätsbemühungen in der Akutsomatik, in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung sowie im ambulanten Bereich koordiniert, ist sicher sinnvoll. In der Gesetzesvorlage fehlt eine klare Regelung der Verantwortlichkeiten im Bereich der Qualitätssicherung. Damit verfügt die Vorlage über die gleiche Schwäche wie das KVG.	AG
Approviamo i compiti descritti e attribuiti al Centro in ambito di promozione della qualità, di sicurezza dei pazienti e nel settore della valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA). Come già evidenziato, la mancanza di contenuti precisi quanto ai compiti e alle collaborazioni previste con le varie istituzioni già attive nel campo, impedisce di valutare compiutamente l'utilità stessa del Centro e l'adequazione delle risorse finanziarie previste.	TI
5. Aufgaben des Zentrums im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit Was die Aufgaben des Zentrums im Bereich der Qualitätssicherung und Patientensicherheit betrifft, befürwortet der GDK-Vorstand, dass die Aufgaben umfassend ausgestaltet sind. Bei der Umsetzung, bzw. im Rahmen der überarbeiteten Fassung der Vorlage, wird zu konkretisieren sein, welche Aufgaben das Zentrum übernehmen soll und wie es dabei mit den anderen Akteuren zusammenarbeitet. Die Ziele und Aufgaben des Zentrums müssten konkreter formuliert sein, damit der Nutzen des Zentrums und ob die vorgesehenen Mittel adäquat sind, besser beurteilt werden kann.	GDK
Damit die Qualität von Leistungen evaluiert und gefördert werden kann, sollen Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet werden, entsprechende anonymisierte und standardisierte Daten zur Verfügung zu stellen.	SKS
Die fokussierten Handlungsfelder sind zu eng gefasst. Wir beantragen, die Handlungsfelder um den Bereich Pflege und Arbeitsbedingungen (z.B. Monitoring über die Arbeitsbedingungen) zu erweitern. Beides leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Qualität und Patientensicherheit. Ein weiteres Handlungsfeld, das aufgenommen werden müsste, ist der Migrationsbereich. Verschiedene Studien ¹ machen darauf aufmerksam, dass der Zugang fremdsprachiger Patientinnen und Patienten zu den Angeboten des Gesundheitssystems erschwert und die Qualität der Gesundheitsversorgung mangelhaft ist. Wichtig ist, dass die Qualität und Patientensicherheit nicht nur auf Ergebnisqualität abgestützt wird. Wir beantragen, die vorgeschlagenen Massnahmen mit behandlungsprozessorientierten Projekten zu ergänzen und die Prüfmethode bei den Arzt- und	SGB

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Pflege-Fachgesellschaften zur Vernehmlassung einzureichen. Zudem müssen die Prüfmetho- den selber anhand von PeerReviews und Audits validiert werden, um Fehlbeurtei- lungen durch die Prüfmetho- den zu eliminieren.	
Ferner erachtet der Spitex Verband Schweiz Akkreditierungs- und Zertifizierungssys- teme als keine geeignete Massnahme zur Qualitätssicherung, weil sie erfahrungsge- mäss sehr ressourcen- und kostenintensiv sind. Es ist aus der Sicht des Spitex Verband Schweiz sehr fraglich, dass damit die erhoffte Kostendämpfung im Gesundheitswesen erreicht werden kann.	spitex
Art. 4, Aufgaben, Absatz 1 a Erarbeitung von Grundlagen zu Massnahmen nach Artikel 58 Absätze 1-3 KVG unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung einer lückenlosen Verständigung	INTERPRET
Die Organisationsstruktur des nationalen Zentrums ist ausführlich und detailliert be- schrieben, während die Aufgaben und Themenfelder allgemein und unkonkret gehalten sind. Das Zentrum kann alles machen (ausser regulieren und sanktionieren): Grundla- gen, Vorschläge, Forschung, nationale Programme/Projekte, Erhebung von Indikatoren, Publikationen. Dadurch wird der Aufbau von Parallelstrukturen möglich, was aus ANQ- Sicht keinen Sinn macht.	ANQ
Ganz grundsätzlich stellen die Aufarbeitung und Publikation von Informationen, die Erar- beitung von Vorschlägen und die Durchführung von Programmen keine gesetzlichen Aufgaben dar. Wenn Art. 4 des Gesetzesentwurfs derartige Instrumente explizit auf die- ser Normstufe nennt, so zeigt dies einzig, dass die weiter oben geäusserte Befürchtung einer ausufernden Tätigkeit einer solchen Anstalt gut begründet ist. Die im Art. 58 Abs. 2 KVG verankerte Subsidiarität, wonach die Durchführung der Kon- trollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen werden kann, muss im Art. 4 Abs. 1 des Gesetzesentwurfs nochmals ausdrücklich als Grundsatz ver- ankert werden. Ein blosser Verweis auf Art. 58 Abs. 1-3 erweist sich nach dem Gesag- ten als ungenügend und ist abzulehnen. Mit der Änderung des EArt. 58 Abs. 1 KVG (neu explizite Erwähnung der Kosten der OKP) sind wir einverstanden, beantragen aber Streichung des EArt. 58 Abs. 4 KVG. Entsprechend sind auch Art. 4 Abs. 1 lit. d und e ersatzlos zu streichen. Art. 4 Abs. 1 lit. a ist wie folgt umzuformulieren und zu vereinfachen: „Dem BAG obliegt die Durchführung der periodischen Überprüfung von Leistungen ge- stützt auf die gemäss Art. 33 Abs. 4bis KVG vorgesehene wissenschaftliche Bewertung der Gesundheitstechnologien.“	Äg_BE
Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist sichergestellt, wenn der Zugang zur Versorgung und bestimmte Qualitätsanforderungen an diese Versorgung gewährleistet sind. Der Kanton übt hierbei eine Aufsichtsfunktion aus; er interveniert, wenn die ge- nannten Voraussetzungen für eine adäquate medizinische Versorgung nicht mehr erfüllt sind. Daraus geht hervor, dass die Aufsicht über die medizinische Qualität bzw. Quali- tätssicherung im Kompetenzbereich der Kantone liegt. Dem Bund steht keine Verfas- sungsgrundlage zur Verfügung, um in diesen Kompetenzbereich vorzustossen. Es ist deshalb als verfassungskonform zu beurteilen, dass das Zentrum lediglich dazu be- stimmt ist, die Kantone in deren Zuständigkeitsbereich zu unterstützen und keine eige- nen hoheitlichen Kompetenzen erhält. Es kann zudem als Vorteil betrachtet werden, dass die Kantone durch eine zentrale Stelle unterstützt werden. Auf diese Weise können in allen Kantonen einheitliche, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Qualitätskriterien angewandt werden. Allerdings muss hier mit aller Deutlichkeit festge- halten werden, dass die Entscheidungshoheit bei den Kantonen liegt und bleiben muss. Bei der Übernahme von Qualitätsempfehlungen darf sich auf keinen Fall ein Vollzugsau- tomatismus entwickeln. Ein solcher Automatismus würde die Autonomie der Kantone unterhöhlen. Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung, in Kraft seit 1. Januar 2009) sind die Kantone verpflichtet worden, ihre Spitalplanung zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG). Dabei erlässt der Bund einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit, nachdem er zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer angehört hat (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Gemäss Übergangsbestimmungen	fmCh

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
müssen die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Nach Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Mit diesen Bestimmungen hat der Gesetzgeber die Grundlage für einen gesamtschweizerischen Preis- und Qualitätswettbewerb gelegt („Spitalbinnenmarkt Schweiz“). Die Kantone und der Bund haben diesen gesetzlichen Auftrag bis heute nicht wahrgenommen. Die Kantone haben die Frist von drei Jahren nicht genutzt, um ihre Planung zu koordinieren. Der Bund seinerseits hat es versäumt, einheitliche Planungskriterien, insbesondere zur Qualität, zu erarbeiten. Schweizweite Betriebsvergleiche, insbesondere zur medizinischen Ergebnisqualität, hat er ebenfalls keine angeordnet. Die Folgen sind bekannt. Die Kantone nehmen Spitäler auf die Spitalliste aufgrund von zum Teil willkürlichen Kriterien und verhindern so die gesetzeskonforme Umsetzung der Neuen Spitalfinanzierung. Von Qualitätswettbewerb ist entsprechend wenig zu sehen. Aus dieser Perspektive betrachtet kann die Schaffung eines Zentrums sinnvoll sein, welches die Kantone bei einer Qualitätsbasierten und koordinierten Spitalplanung unterstützt. Das Zentrum würde sich auch eignen, den Bund bei der Erarbeitung von einheitlichen Planungskriterien zu unterstützen. Es stellt sich sogar die Frage, ob das Zentrum – oder besser: die Fachstelle – nicht gleich auch die vom Gesetz verlangten einheitlichen Wirtschaftlichkeitskriterien erarbeiten soll. Die gesundheitsökonomisch sinnvolle Verknüpfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit würde auf diese Weise eine institutionelle Entsprechung erfahren. Spätestens seit der Gründung des ANQ und der Publikation der ersten Qualitätsberichte kann nicht mehr behauptet werden, die Tarifpartner würden ihren Auftrag im Bereich der Qualitätssicherung nicht wahrnehmen. Es stellt sich vielmehr die Frage, warum das BAG seiner Aufsichtsfunktion nicht nachkommt. Das BAG sollte beispielsweise darauf achten, dass der ANQ die Vergabe der Messaufträge nach den Prinzipien des öffentlichen Beschaffungswesens tätigt. Vergaben unter der Hand, wie sie noch in den Anfängen des ANQ toleriert werden konnten, sind definitiv nicht mehr statthaft; sie verunmöglichen einen fairen Wettbewerb zwischen den zahlreich auf den Markt drängenden Anbietern von Qualitätsmessungen. Nachdem nun die aktuelle Lage im Bereich der Tarifpartner dargestellt ist, stellt sich die Frage, inwiefern ein Nationales Zentrum, wie es im vorliegenden Gesetzesentwurf dargestellt ist, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualitätsfrage durch die Tarifpartner leisten kann. Die Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Da das Zentrum keine Aufsichtsfunktion ausüben soll, ist ein allfälliger Einfluss auf die Tarifpartner nur unsicher abzuschätzen. Den wertvollsten Beitrag würde das Zentrum vermutlich dadurch leisten, dass es eine gesetzeskonforme Umsetzung der Neuen Spitalfinanzierung unterstützen würde. Gerade in dieser Hinsicht ist aber weder im Gesetzesentwurf noch im erläuternden Bericht ein substantieller Hinweis zu finden. Wissenschaftliche Tätigkeit: Weder die PVK noch die OECD/WHO haben in ihren Berichten festgestellt, dass die Förderung von wissenschaftlichen Grundlagen als Priorität für die Schweiz deklariert werden müsse. Das Thema kann deshalb langfristig angegangen werden. Es empfiehlt sich, das in der Schweiz gut funktionierende wissenschaftliche System zu benutzen. Vorbild ist dabei der Nationalfonds. Das viele Geld, das für das Nationale Zentrum vorgesehen ist, sollte zweckmässiger beim Nationalfonds für wissenschaftliche Tätigkeiten im Bereich der Qualitätsforschung eingesetzt werden. Alternativ dazu kann die Gründung eines eigens für die Zwecke der Qualitäts- und Versorgungsforschung reservierten Nationalfonds diskutiert werden. Ein nationales Zentrum aber, das eigene wissenschaftliche Aktivitäten von Grund auf entwickelt, wird im wissenschaftlichen Wettbewerb, der schon längst auf internationaler Ebene stattfindet, kaum bestehen können. Ausserdem ist fraglich, wie die wissenschaftliche Unabhängigkeit eines Zentrums garantiert werden kann, welches der politischen Behörde direkt unterstellt ist. Projektarbeiten: Wie dem erläuternden Bericht über den Gesetzesentwurf zu entnehmen ist, soll das Nationale Zentrum Qualitätsprogramme in Anlehnung an die vom Institute for Healthcare Improvement (IHI) entwickelte "Breakthrough"-Methodik planen und umsetzen. Damit würde das Zentrum direkt als Akteur in das Leistungsgeschehen eingreifen und die Kompetenzen, die üblicherweise einer staatlichen Stelle zukommen, deutlich überschreiten.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die "Breakthrough"-Methodik verdient zweifellos höchste Anerkennung. Deren Umsetzung liegt aber klar in der Verantwortung und Kompetenz der Leistungserbringer. Weiter ist nicht ersichtlich, aus welchem Grund das Zentrum Verbesserungsinstrumente wie die "Checkliste sichere Chirurgie" planen, durchführen und evaluieren soll, zumal gerade dieses Instrument von der Stiftung für Patientensicherheit, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und der fmCh, mit Erfolg propagiert und eingesetzt wird. Auch hier würde das Zentrum in den Kompetenzbereich der Leistungserbringer eingreifen, was nicht zweckmässig ist. Schliesslich ist unverständlich, warum sich das Zentrum parallel zum ANQ an der Sammlung von Qualitätsdaten beteiligen will. Damit wären Doppelspurigkeiten, Kompetenzstreitigkeiten und Ineffizienzen programmiert. Das Zentrum sollte sich vielmehr mit der Aufsicht begnügen, diese aber umso ernsthafter wahrnehmen. HTA: Die einzig wirklich konkret beschriebene Tätigkeit des HTA-Zentrums ist die Erarbeitung von HTAs2. Welchen Standards diese HTA-Berichte genügen sollen, wird aber offen gelassen. Hierzu fehlen jegliche Aussagen. Das ist gemessen an der Bedeutung, welchen den verschiedenen gesundheitsökonomischen Methoden bei HTA-Verfahren zukommt, unverständlich. Mindestens zu den QALYs, wie sie vom Swiss Medical Board verwendet werden und die in den USA als Bewertungskriterium verboten sind, müsste ein Hinweis stehen. Die methodischen Aspekte sind viel zu wichtig, als dass sie erst auf Verordnungsstufe geregelt werden könnten. Als weitere Tätigkeit des Zentrums wird das „Horizon Scanning“ kurz erwähnt, aber inhaltlich nicht weiter erläutert. Es wird nirgends klar festgehalten, ob das Vertrauensprinzip beibehalten soll oder nicht. Einerseits wird behauptet, dass im Bereich der ärztlichen Leistungen das System der offenen Listen und das Vertrauensprinzip gelten sollen. Andererseits heisst es im erläuternden Bericht, dass nicht nur Anträge von Akteuren des Gesundheitswesens, sondern auch Ergebnisse des „Horizon Scanning“ zu Umstrittenheitsverfahren führen sollen. Wenn aber das „Horizon Scanning“ systematisch erfolgen soll, was eigentlich zum Wesen dieser Tätigkeit gehört, wären neue Leistungen nicht dem Vertrauensprinzip unterstellt, sondern müssten in der Regel einer Evaluation betreffend Erfüllung der WZW-Kriterien unterzogen werden. Damit wäre aber das Vertrauensprinzip faktisch ausgehebelt. Schliesslich wird erwähnt, dass für die Aufnahme von Leistungen in die offenen oder abschliessenden Listen grundsätzlich das Antragsprinzip gelten soll. Damit ist vollends unklar, ob nun das Vertrauensprinzip beibehalten wird oder ob mit der Einführung von Positivlisten zu rechnen ist. Ein allfälliger Systemwechsel dieser Bedeutung muss im Bundesgesetz explizit geregelt sein und kann nicht erst auf Verordnungsstufe entschieden werden.	
Die Aufgaben in Absatz 1 sind so vage gehalten, dass es nicht ersichtlich ist, was der Mehrwert des Zentrums ist. Der Absatz 3 gibt dann dem Bundesrat eine Gesamtabstufung, mit dem Zentrum zu tun und zu lassen, was er will.	H+
Portfolio I Aufgabenbereich Aus Sicht der Stiftung Patientensicherheit soll ein nationales Zentrum für Qualität und Patientensicherheit ein breites Aufgabenspektrum wahrnehmen unter Berücksichtigung weiterer Akteure, welche nach wie vor wichtige Aspekte im Bereich Qualität abdecken. Die Stiftung stützt sich dabei wesentlich auf den Bericht des vom BAG eingesetzten Scientific Advisory Boards vom Dezember 2013. • Erarbeitung und Implementierung von nationalen Standards und Guidelines • Koordination, Unterstützung und Verbesserung von existierenden Initiativen in Sicherheit und Qualitätsmanagement im Sinne einer laufenden Innovation • Erstellen eines Nationalen Berichts zum Stand des Verständnisses von Qualität und Sicherheit in der Schweiz • Konzeption und Durchführung von multi-disziplinärer Forschung in Sicherheit und Qualitätsverbesserung • Aufbau und Pflege eines umfassenden Stakeholder-Netzwerkes, welches nicht nur die wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen und Universitäten, sondern auch Patientinnen und Patienten sowie die Bevölkerung miteinbezieht Aufbau eines umfassenden Bildungsprogramms mit eigenen Angeboten und solchen in enger Zusammenarbeit mit Partnern. Nutzniesser sollen alle im Gesundheitswesen tätigen Personen sein, inkl. z.B. das Top-Management von Gesundheitsinstitutionen	Patientensicherheit

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
• Aufbau und Implementierung von nationalen Programmen mit konkreten Fragestellungen zur Erhöhung von Qualität und Patientensicherheit • Laufendes internationales Benchmarking und Vernetzung mit anerkannten ausländischen Institutionen für Qualität und Patientensicherheit. Das Zentrum soll also als nationales Kompetenzzentrum sowohl normative (Think Tank und Innovator, Festlegen von Standards etc.) als auch operative Aufgaben (z.B. Lancierung und Durchführung von nationalen Pilotprogrammen, Schulungen) wahrnehmen. - Abgleich mit dem Gesetzesentwurf: Einige der oben aufgelisteten Aufgaben finden sich in Art. 4 wieder, wesentliche jedoch fehlen. Die in Art. 4 beschriebenen Aufgaben entsprechen zu grossen Teilen denen eines operativen Dienstleisters zuhanden der Bundesbehörden. Die Patienten- und Bürgerbeteiligung fehlt gänzlich. Der im Gesetzes-Entwurf gelegte Fokus auf die Nationalen Programme reicht bei weitem nicht, um einem umfassenden Qualitätsprogramm gerecht zu werden. Hier braucht der Entwurf noch deutliche Verbesserungen.	
Art. 4 Abs. 1 lit. a ist wie folgt umzuformulieren und zu vereinfachen: „Dem BAG obliegt die Durchführung der periodischen Überprüfung von Leistungen gestützt auf die gemäss Art. 33 Abs. 4bis KVG vorgesehene wissenschaftliche Bewertung der Gesundheitstechnologien.“ Die im Art. 58 Abs. 2 KVG verankerte Subsidiarität, wonach die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen werden kann, muss im Art. 4 Abs. 1 des Gesetzesentwurfs nochmals ausdrücklich als Grundsatz verankert werden. Ein blosser Verweis auf Art. 58 Abs. 1-3 erweist sich nach dem Gesagten als ungenügend und ist abzulehnen.	VLSS
Wir beantragen, dass die Handlungsfelder breiter zu fassen sind. Gewisse Strukturmerkmale müssen zusätzlich zur Ergebnisqualität betrachtet werden. Internationale Studien legen nahe, dass besonders Personalschlüssel, Qualifikationsniveaus und Arbeitsbedingungen wichtige Rollen spielen.	SBK
Art. 4 Abs. 1b (Aufgaben) Erarbeitung von Vorschlägen für die Ermittlung oder Erhebung von Indikatoren, insbesondere auch für medizinische Qualitätsindikatoren nach Artikel 22a Absatz 1 Buchstabe f KVG Diese Aufgabe soll von bestehenden Institutionen wahrgenommen werden. Wichtig wäre, dass der Bund bzw. das Institut verbindlich festlegt, dass Qualitätsmessungen zu erfolgen haben und dies dann auch kontrolliert. (siehe auch Bemerkung Pkt. 2.3 erläuternder Bericht)	EQUAM
Oder für Art. 4 Abs. 1 d, mit dem die „nationalen Programme und Projekte“ wieder auf den Tisch kommen, die vielen Parlamentariern bereits in der Debatte zum durchgefallenen Präventionsgesetz zu zentralistisch waren.	pmW
Die Definition der medizinischen Qualität kann nur über die zuständigen Fachgesellschaften erfolgen. Die aufgeführten Aufgaben unter Art. 4 werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern in nachgewiesener guter Qualität und transparent durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem bisher an den Tag gelegten Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keinerlei Synergien. Die unter Art. 4 aufgelisteten Aufgaben werden zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern bereits durchgeführt.	FMH, AGZ, SSMO, SGN
Die Ärztesgesellschaft Thurgau stellt sich voll und ganz hinter die von der FMH am 1. September 2014 in deren Vernehmlassung gemachten Bemerkungen und unterstützt insbesondere das gemachte Fazit: „FAZIT - Wie bereits erwähnt, ist sich die FMH des politischen Auftrages des Bundes bewusst. Mit dem zur Vernehmlassung stehenden Gesetzesentwurf können jedoch die vom Bund gesteckten Ziele nicht erreicht werden. Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt ist für die FMH nicht zielführend. Die unter Art. 4 aufgelisteten Aufgaben werden zum jetzigen Zeitpunkt von den verschiedenen Stakeholdern bereits durchgeführt. Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem bis anhin an	ÄTG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
den Tag gelegten Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keinerlei Synergien. Entsprechend können auch keine kostendämpfenden Auswirkungen oder die Erhöhung des Patientennutzens erwartet werden.	
Zu Artikel 4 Aufgaben Die in Artikel 4 festgehaltenen Aufgaben verstärken die Stossrichtung der (ausschliesslich) nationalen Steuerung und Kontrolle der Qualität durch eine systemwidrige öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes (siehe auch die Bemerkungen oben zu Artikel 2): Das Zentrum für Qualität soll Berichte und Vorschläge zuhanden des Bundesrats erarbeiten, Arbeitsgrundlagen für das Zentrum sind Programme und Aufträge des Bundesrats bzw. des BAG. Die AGZ bekennt sich zur Qualitätsentwicklung des Schweizerischen Gesundheitswesens und zur Intensivierung bzw. besseren Koordination der (bestehenden) Aktivitäten unter aktiver Beteiligung der Ärzteschaft und anderer Trägerorganisationen des Gesundheitswesens. Die AGZ schlägt daher vor, das Gesetzesvorhaben zurückzustellen und einen runden Tisch von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern mit dem Ziel einzuberufen, einen Vorschlag auszuarbeiten, wie mit bestehenden oder weiterzuentwickelnden Instrumenten bzw., wenn nötig, mit einer neuen, gemeinsam getragenen Einrichtung die vom Gesetzesvorhaben angestrebten Qualitätsziele erreicht werden können. Falls eine gemeinsam getragene Einrichtung als zweckmässig erachtet wird, könnte die in den Erläuterungen als Referenz angeführte Entwicklung in Deutschland als Beispiel dienen: Eine (von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern) gemeinsam getragene Stiftung, die für die Politik, Krankenversicherer und Leistungserbringer wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen der Qualitätssicherung liefert und in der Öffentlichkeit durch transparente und verständliche Information die Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb durch verlässliche und anerkannte Kriterien schafft.	AGZ
Wir fragen uns jedoch, ob diese anspruchsvolle Koordinationsaufgabe durch ein Zentrum, dem keinerlei regulierende oder sanktionierende Funktion zukommen soll, tatsächlich möglich ist oder ob nicht gewisse Mitwirkungspflichten festgelegt werden müssten, um dem Vorhaben eine grössere Verbindlichkeit zu geben. Das Grundprinzip, d.h. dass die Massnahmen des Bundes als Ergänzung zu verstehen sind, und die laufenden Qualitätsbestrebungen und deren Finanzierung durch die Partner im Gesundheitswesen nicht ersetzt werden sollen, möchten wir dabei nicht grundlegend in Frage stellen. In einzelnen Fällen schiene es uns aber sinnvoll, dass die Leistungen des Zentrums nicht im Sinne einer freiwilligen Unterstützung in Anspruch genommen werden könnten, sondern dass dies zwingend der Fall sein müsste, so zum Beispiel bei der Erhebung von Qualitätsinformationen oder bei der Konzeption und Umsetzung zentraler Projekte. Hierzu fehlt aber die entsprechende verfassungsmässige Grundlage, so dass mit der aktuellen Konzeption ein beachtliches Risiko besteht, dass die erwünschten Effekte sich nicht einstellen. Wir begrüssen im Zusammenhang mit der Überprüfung von Leistungen in Hinblick auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien), dass der Fokus nicht nur auf neuen Methoden liegt, sondern dass periodisch auch bestehende überprüft werden sollen. Allerdings werden auch in diesem Zusammenhang Schnittstellen zwischen dem nationalen Zentrum und bisherigen Akteuren nur angedeutet, aber nicht eindeutig aufgezeigt.	FSP
Umsetzen von Qualitätsvorgaben bedeutet aus Sicht der sQmh auch immer das Aussprechen von verbindlichen Massnahmen inkl. deren Terminierung im Sinne von Sanktionen.	sQmh
Das definierte Aufgabenspektrum des Zentrums im Bereich Qualität ist schwammig und unvollständig. Schwammig, da der Bundesrat sich die Möglichkeit offen hält, dem Zentrum weitere Aufgaben zu übertragen. Unvollständig, da die kostenintensive Umsetzung der Qualitätsanforderungen nicht im Aufgabenkatalog enthalten ist. So gehören gemäss Gesetzesentwurf zu den Aufgaben des neuen Zentrums u.a. die Erarbeitung von Grundlagen und Vorschlägen zur Ermittlung und Erhebung von Qualitätsindikatoren. Wer hingegen die Umsetzung, insbesondere die Implementierung von geeigneten Messsystemen und die Durchführung von Pilotprojekten finanzieren soll, wird nicht geklärt. Dabei ist aus Sicht santésuisse insbesondere die Erhebung der Ergebnisqualität beziehungsweise der medizinischen Behandlungsqualität massgebend. Objektive, flächendeckend messbare	santésuisse

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
und transparent publizierte Ergebnisindikatoren wie Infektionsraten und Fallzahlen sind für die Patienten entscheidend für die qualitätsbasierte Wahlfreiheit und wichtige Grundlage für ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitssystem. Hingegen sieht santésuisse keine Notwendigkeit, den Prozess zur Bewertung von Gesundheitstechnologien in ein neues Zentrum zu integrieren und diese Aufgaben in einem neuen Bundesgesetz zu regeln. Vielmehr soll HTA im bestehenden KVG verankert werden. Die mit dem HTA-Prozess verbundenen administrativen Aufgaben (Erstellung Arbeitsprogramm nach Prioritäten, Submissionsverfahren für Assessments, Leitung von nationalen Projekten zur Weiterentwicklung der HTA-Methodik etc.) sollen nicht durch das BAG durchgeführt, sondern an eine dafür befähigte externe und unabhängige Organisation mandatiert werden. Die notwendigen Rahmenbedingungen wurden im Konsens-Papier der SwissHTA sowie den konkretisierenden Umsetzungspapieren definiert (www.swisshta.ch). Folgende Punkte möchte santésuisse besonders hervorheben: (1) santésuisse fordert eine strikte Trennung der Prozessschritte „Assessment“, „Appraisal“ und „Decision“ bei der Bewertung von Gesundheitsleistungen. Aus Sicht santésuisse ist es sinnvoll, den Prozessschritt „Decision“ beim BAG zu belassen. Die „Assessments“ sollen hingegen nicht durch das BAG, sondern durch Dritte, welche über das notwendige Know-how verfügen, durchgeführt werden. Dies stellt ein unabhängiges und ressourcenschonendes „Assessment“ sicher. (2) Die im Rahmen des „Assessments“ und des „Appraisals“ gewonnenen Erkenntnisse werden transparent und verbindlich in die Entscheidung des BAGs („Decision“) miteinbezogen und die BAG-Entscheidungen von den Leistungserbringern verbindlich umgesetzt. Bei Medikamenten ist dies durch eine Positivliste gegeben. Bei ärztlichen Leistungen liegt das Vertrauensprinzip vor. Die verbindliche Anwendung einer Therapieempfehlung ist hier nicht explizit eingeschlossen. (3) Wie der Bundesrat richtig feststellt, ist eine grosse Anzahl von Leistungen zu reevaluieren. Die vom Bund vorgesehene Priorisierung im Rahmen eines Arbeitsprogrammes ist daher zu begrüssen. Diese Priorisierung muss transparent und für alle Akteure nachvollziehbar stattfinden. (4) HTA kann nur mit internationaler Zusammenarbeit und Arbeitsteilung funktionieren. Der Einbezug von internationalen Erkenntnissen stellt denn auch einen effizienten Umgang mit den begrenzten Ressourcen sicher. (5) Sicherzustellen sind ausserdem Antrags- und Rekursrecht der Krankenversicherer im Rahmen des HTA-Prozesses. Bei den Medikamenten können gegenwärtig nur pharmazeutische Unternehmen Anträge stellen und Rekurse einreichen. Der Kreis, welcher über ein Antrags- und Rekursrecht verfügt, ist analog zu den Grundleistungen auszuweiten. Es steht ausser Frage, dass die Bewertung von Gesundheitstechnologien unter den oben erwähnten Bedingungen gestärkt werden muss. Diese Aufgaben aber in das neue Zentrum für Qualität zu integrieren ist unnötig, da diejenigen Elemente, die für die Verbesserung des Prozesses zur Bewertung von Gesundheitstechnologien notwendig sind, im KVG geregelt werden können. Zudem ist hier aus Sicht santésuisse die Verbindung der beiden Themen HTA und Qualität in einer Vorlage nicht gerechtfertigt und verstösst gegen den Grundsatz der Einheit der Materie. HTA und Qualität sind zwar Themen, die in Bezug auf die inhaltliche Arbeit über gewisse Schnittstellen verfügen. Die Frage aber, wie HTA und Qualität gestärkt werden sollen, muss unabhängig voneinander beantwortet werden. Art. 4 Abs. 1 Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung: Es besteht die Gefahr von unnötigen Parallelstrukturen. Dies sind Aufgaben der Tarifpartner und von bereits etablierten Institutionen, die sich um Qualitätsthemen kümmern.	
Der Bund hat im Bereich der Verbesserung der Qualität der Leistungen, der Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität sowie der Patientensicherheit folgende Aufgaben: d. Erarbeitung von Vorschlägen zuhanden des Bundesrates für nationale Programme, Projekte und Forschungsvorhaben;	iph

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
e. Evaluation der vom Bundesrat nach Artikel 58 Absatz 4 KVG festgelegten nationalen Programme, Projekte und Forschungsvorhaben zur Sicherung der Qualität der Leistungen; f. entfällt	
Aufgabenbereich Der im Gesetzesentwurf vorgesehene Aufgabenbereich des Qualitätszentrums ist zu offen formuliert. Im erläuternden Bericht wird zwar mehrfach erwähnt, dass die Grundsätze der bisherigen Rollenverteilung und die Steuerungssysteme unverändert bleiben. Diese Aussage findet aber keine Verankerung im Gesetzestext. Im Gegenteil schreibt der Gesetzesentwurf dem Qualitätszentrum einen derart vielfältigen und zudem nicht abschliessenden Aufgabenbereich zu, dass weitreichende Auswirkungen auf die bestehenden Rollen und Prozesse möglich sind. Im Bereich der Qualitätssicherung droht durch die Empfehlungen des Qualitätszentrums bspw. zu den Qualitätsindikatoren, zu der Art der Publikationen und der Risikoadjustierung ein Eingriff in die bestehenden, vertraglich breit abgestützten Programme und damit in das über Jahre hinweg aufgebaute Know-how. Kompetenzabgrenzung Der Gesetzesentwurf teilt dem Qualitätsinstitut nicht nur Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung zu, sondern mit der Bewertung von Gesundheitstechnologien auch im Bereich der Vergütung von Leistungen durch die OKP. Der erläuternde Bericht führt dazu aus, dass diese Themen angesichts ihrer Bedeutung für die Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung zwar in unterschiedlichen Strukturen betreut werden können, aufgrund ihrer Nähe eine enge organisatorische Verbindung aber zu Synergien führt und eine Gesamtsicht erlaubt. Wir halten dem entgegen, dass die oberwähnte Ineffizienz einer aufzubauenden öffentlich-rechtlichen Anstalt das Synergiepotential in Frage stellt und dass eine ausgelagerte Kompetenzverflechtung nicht sachgerecht ist. Den unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen mit jeweils anderen Normadressaten, Zuständigkeits- und Kostenregelungen sollte auch auf Behördenseiten strukturell Rechnung getragen werden: • Die Bewertung von Gesundheitstechnologien bezüglich ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfolgt nach den internationalen Grundsätzen von Health Technology Assessments (HTA). Werden von einem Medizinprodukt geprägte Leistungen bewertet, erstellt der Hersteller (in Zusammenarbeit mit den Anwendern) auf eigene Kosten umfangreiche wissenschaftliche Studien. Bei nicht-ärztlichen Leistungen tut er dies auf eigenen Antrag hin, bei ärztlichen Leistungen, die dem Vertrauensprinzip unterstehen, auf eigenen Antrag oder im Falle ihrer WZW-Umstrittenheit auf Anforderung der Behörden. Dieser Prozess dient dem Entscheid über die OKP-Vergütung und ist (mit Ausnahme der WZW-Überprüfung von bestehenden Leistungen) der Qualitätssicherung in zeitlicher Hinsicht vorgelagert. Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die Qualität der Behandlung und deren Erfolg. Sie liegt in der Verantwortung der Leistungserbringer, welche die Modalitäten und die Vergütung in Tarifverträgen oder speziellen Qualitätssicherungsverträgen mit den Kostenträgern vereinbaren. In den Bereichen, in denen kein oder kein genügender Vertrag abgeschlossen wurde, d.h. nur subsidiär, kann der Bundesrat nach Anhörung der interessierten Organisationen Bestimmungen erlassen.	FASMED
Art. 4: Bestehende Programme von Berufsverbänden / -gruppen sind zu berücksichtigen. Die Leistungserbringer sind bei der Beurteilung und Bewertung anzuhören.	labmed
Innerhalb der Organisation soll der Bereich HTA allerdings eine eigenständige Einheit mit einer gewissen Autonomie bilden, um sich optimal auf seine spezifischen Aufgaben fokussieren zu können.	Medical Board
Die Umsetzung der Qualitätsanforderungen ist im Aufgabenkatalog der Vorlage nicht enthalten. Das Zentrum hat laut der Vorlage vor allem die Aufgabe Grundlagen für Qualitätsindikatoren zu schaffen. Die Implementierung der Qualitätsindikatoren und Standards, sowie das Durchführen von Pilotprojekten etc. und die jeweilige Finanzierung dazu, werden in der Vorlage aber nicht geklärt. Obwohl gerade diese Umsetzung, also die Ergebnisqualität sehr wichtig ist. Dies erachtet die CVP als weitere Schwäche des Entwurfs. Die	CVP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Aufgabenteilung muss besser und zielgerichteter formuliert werden und in Realität umsetzbar sein.	
Im Bericht wird betont, dass das Zentrum keine bestehenden Organisationen ersetzen, sondern die bisherige Arbeiten und Aktivitäten ergänzen und unterstützen will. Allerdings sind die Rollen und Aufgaben des Zentrums sehr offen formuliert. Das Zentrum kann deshalb in der Praxis vieles machen: Grundlagen erarbeiten, Vorschläge zur Qualitätsverbesserung vorschlagen, Forschung unterstützen, nationale Qualitätsprogramme initiieren, Qualitätsindikatoren erheben und publizieren etc. Sowohl öffentliche wie auch private Institutionen engagieren sich in gleichen oder ähnlichen Bereichen. Der Aufbau einer Parallelstruktur ist damit unausweichlich. Dies ergibt neuen Koordinationsbedarf Bundesebene (Bundesamt für Statistik inkl. Obsan und Bundesamt für Gesundheit), mit den kantonalen Gesundheitsämtern auf sowie mit den unzähligen privaten Initiativen. In der Vorlage fehlen konzise Hinweise, wie diese Arbeitsaufteilung genau erfolgen soll.	econo- miesuisse
Handlungsbedarf bei Qualitätsmessungen besteht heute im ambulanten sowie an den Schnittstellen zwischen den stationären und ambulanten Bereichen. Aus Sicht SWISS REHA sollte der Bund gezielt Rahmenbedingungen erschaffen, um die Qualität von integrierten Behandlungspfaden beurteilen zu können. Die Einführung von Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich sollte in Übereinstimmung mit den schon bestehenden stationären Messungen erfolgen. Aus Sicht von Swiss Reha werden zudem wichtige versorgungspolitische Fragen im Bereich der Rehabilitation (und wohl auch andernorts) nicht angegangen, wo der Bund bereits heute die gesetzliche Grundlage dafür hätte. Dazu gehören beispielsweise: - Formulierung von konkreteren und schärferen Qualitäts-Anforderungen (insbesondere soweit möglich zu kritischen Grössen) an die Erstellung kantonaler Spitalplanungen und Spitallisten auf KVV-Ebene, wie sie Swiss Reha versucht hat einzubringen und welche von einzelnen Kantonen aus Standort-ErhaltungsÜberlegungen nicht oder nur teilweise berücksichtigt worden sind. - Formulierung erhöhter KVV-Anforderungen an die kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten im Bereich einer wohnortnahen, bedarfsgerechten Nachbehandlung (Beispiel: Somatische Akutspitäler erhalten in Bereichen wie z.B. Herz- oder Neurochirurgie keinen Leistungsauftrag auf der Spitalliste, wenn sie nicht über mindestens eine qualitativ und quantitativ ausreichende, dokumentierte und vertraglich vereinbarte Kooperation mit einer Rehabilitationsklinik verfügen; analoge Regelungen bei anderen Leistungsbereichen beispielsweise für die Spitex). - Konkretere KVV-Vorgaben an die Definition von Leistungsaufträgen, um schweizweit einheitliche Begrifflichkeiten zu verwenden und damit Vergleichbarkeiten zu ermöglichen (Beispiele: geriatrische Rehabilitation, wo einzelne Kantone entsprechende Leistungsaufträge erteilen, andere nicht; Akutgeriatrie, wo es teilweise a priori den Rehabilitationskliniken nicht zugestanden wird, einen solchen Leistungsauftrag auszuführen, obwohl sie die formulierten Anforderungen erfüllen, während somatische Akutspitäler geriatrische Rehabilitation anbieten dürfen).	Sw!ssReha
Zu den wesentlichen Aufgaben des Koordinationsorgans gehört es, Vorschläge zu Qualitätszielen, Programm-/Projektschwerpunkten im Bereich Qualitätssicherung und -Verbesserung, HTA-Arbeitsprogramme und das sogenannte "Horizon Scanning" zuhanden des Bundesrats zu erarbeiten, sowie entsprechenden Aufträge an externe Partner zu vergeben, inklusive Kontrolle und Evaluation der Auftragserfüllung.	QCC
Qualität kann nicht staatlich verordnet werden, sondern zeigt sich im Engagement der Betriebe. Methoden mit top-down-Ansatz haben im Bereich Qualitätsmanagement zur Genüge ihre Grenzen und sogar auch ihre kontraproduktiven Wirkungen gezeigt. Die in den Betrieben vorhandene positive Eigenverantwortung und der Wille zur Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen werden durch staatlichen Zwang deutlich geschmälert. Im Endeffekt führen top-down Verordnungen zur „Befriedigung von Qualitätskennzahlen“ statt zur Zufriedenheit der Bewohnenden von Heimen und sozialen Institutionen, so dass keine nennenswerte Qualitätsgewinne daraus entstehen. CURAVIVA Schweiz und senesuisse erachten es als höchst problematisch, dass einem Qualitätszentrum «hors sol» insbesondere folgende Aufgaben delegiert werden, wie es	Curaviva

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Artikel 4 Absatz 1 Buchstaben a und e sowie Absatz 2 Buchstaben a, b und c des Vorentwurfs vorsieht: - Erarbeitung von Grundlagen zu Massnahmen nach Artikel 58 Absätze 1-3 KVG zur Qualitätssicherung und zum zweckmässige Einsatz der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen; - Durchführung und Evaluation der vom Bundesrat nach Artikel 58 Absatz 4 KVG festgelegten nationalen Programme und Projekte zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen; - Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm - Erstellung von Berichten zur Feststellung, ob bei einer bestimmten Leistung eine Evaluation von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit notwendig ist und von Berichten zu neuen Leistungen gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG erteilten Auftrag; - systematische Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von neuen Leistungen oder Indikationserweiterungen, bei denen die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit umstritten ist. Wie eingangs (unter Punkt 2) ausgeführt, stehen CURAVIVA Schweiz und senesuisse der Gründung einer Einrichtung sehr misstrauisch gegenüber, besonders wenn sie derart bürokratische und teils quasi-polizeiliche Charakterzüge aufweist. Wenn ein Institut geschaffen werden muss, erachten es CURAVIVA Schweiz und senesuisse als notwendig, dass die in Artikel 4 des Vorentwurfs aufgezählten Aufgaben durch eine flexible und realitätsnahe Zusammenarbeit mit den betroffenen Akteuren im Gesundheitswesen besser zu erfüllen sind. In Bezug auf Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a des Vorentwurfs gilt es hervorzuheben, dass in Artikel 58 Absatz 3 KVG ausdrücklich vorgesehen wird, dass der Bundesrat „die Durchführung der Kontrollen [im Sinne von Artikel 58 KVG] den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen [kann]“. Tatsache ist: Bei den Berufs- und Branchenverbänden ist viel Know-how vorhanden, das nutzbar ist. Darauf kann und muss zurückgegriffen werden. In Bezug auf Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a des Vorentwurfs ist festzuhalten, dass gemäss Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe f KVG die Leistungserbringer bereits heute dazu angehalten sind, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, welche benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen – insbesondere für medizinische Qualitätsindikatoren.	
2. Abschnitt: Aufgaben und Zusammenarbeit Im KVG sind solche Aufgaben bereits weitgehend vorhanden und geregelt. Entsprechend würden durch die Einrichtung des Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung nur weitere Parallelstrukturen geschaffen mit entsprechend unnötigen Kosten. Art. 4, e. Nationale Programme und Projekte zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen entsprechen lange nicht immer der Logik der Betroffenen vor Ort oder den Überzeugungen des Volkes, wie die vom Bundesrat für gut befundene BAG-Kampagne „Love life“ einmal mehr zeigt. 4 Hier wird jenseits der direkten Demokratie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen vorangetrieben, was grundsätzlich kritisch betrachtet werden muss.	EDU
4. Ergänzungen des Zuständigkeitsbereichs und der Aufgaben des geplanten Zentrums für Qualität Das SRK ist der Ansicht, dass bei der Ausgestaltung des vorgesehenen Zentrums für Qualität in der Krankenpflegeversicherung mehrere Aspekte unzureichend berücksichtigt sind und diese somit zwingend zu ergänzen sind. Garantie des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle im Sinne der Chancengleichheit Übergeordnetes Qualitätsmerkmal des Gesundheitssystems ist die Chancengleichheit. D.h., es muss im Sinne der verfassungsrechtlichen Pflicht (Chancengleichheit und Diskriminierungsschutz) garantiert	SRK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
werden, dass die Gesundheitsversorgung allen gleichermassen offen steht. Die Chancengleichheit gehört zu den Zielen und Handlungsfeldern der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Dies erfordert entsprechend gezielte Massnahmen, insbesondere in den Bereichen Information und zielgruppenspezifischer Kommunikation. Die Gesundheitskompetenz von Menschen ist sehr unterschiedlich und hat einen grossen Einfluss auf ihre Möglichkeiten, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden. Gerade benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die u. a. über keine oder nur wenig formalisierte Bildung verfügen, haben in der Regel auch geringere Gesundheitskompetenzen. Dies ist zudem unabhängig von der Sprachkompetenz der Patientin oder des Patienten und ihrer Angehörigen. Sicherstellen der Kommunikation und Verständigung Der gegenseitigen Kommunikation und Verständigung zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten ist als zentralem Faktor einer erfolgreichen Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen. Die Verpflichtung, die Verständigung zu sichern, liegt gemäss den Kriterien des ‚informed consent‘ bei den Leistungserbringern. Im Falle erschwelter Rahmenbedingungen für eine zielgruppengerechte Kommunikation und Verständigung ist der Zugang zu Dolmetscherleistungen zu gewähren. Dabei benötigt es die Definition von Qualitätsstandards für den Dolmetsch- und Übersetzungsbereich (vgl. dazu die Kriterien von INTERPRET, welches im Rahmen des Bundesprogramms Migration und Gesundheit mit dem BAG zusammen arbeitet: www.inter-pret.ch). Förderung der transkulturellen Kompetenz von Fachpersonen im Gesundheitswesen In einer pluralisierten Gesellschaft wie der Schweiz zeichnen sich auch die Leistungsempfängerinnen und -empfänger des Gesundheitswesens durch eine zunehmende und wachsende Diversität aus. Je nach Standort und Angebot der Dienstleistungen machen beispielweise alleine Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund Ober einen Drittel aus. Für einen kompetenten Umgang mit dieser Diversität nach Herkunft, aber auch nach weiteren Kriterien, benötigt es entsprechend geschulte Leistungserbringerinnen und -erbringer. Die Schulung dieser Kompetenz ist im Sinne der Qualitätssicherung von den Institutionen zu verlangen. Das SRK bietet für Fachpersonen und Institutionen des Gesundheitswesens eine breite Palette an Weiterbildungen in diesem Bereich an: vgl. www.transkulturelle-kompetenz.ch .	
Es braucht dementsprechend einen Hinweis bei Abschnitt 2, Art. 4b. dass die medizinischen Qualitätsindikatoren auch diejenigen der Pflege- und Therapieberufe einschliesst. In der Erklärung dazu muss darauf deutlich verwiesen werden. Nur in Interprofessioneller Zusammenarbeit auf allen Ebenen von der Steuerung bis zur Umsetzung kann Qualität und Patientensicherheit nachhaltig verbessert werden. 2. Verarbeitung der Daten – Entwicklung von Verbesserungen Im Bericht werden auf Seite 8 die neun wichtigsten, international festgestellten Qualitätsprobleme dargelegt. Die Identifikation von Qualitätsproblemen und die Transparenz sind der erste Schritt, um mögliche Qualitätsverbesserungen einleiten zu können. Die Praxis benötigt unserer Meinung nach zum einen die stärkere Unterstützung bei der Erhebung aussagekräftiger und valider Daten. Zum anderen benötigen sie Hilfestellung und Programme bei der Entwicklung und Implementierung der Verbesserungsstrategien. Strategien zur Verarbeitung der erhobenen Daten, zu Entwicklung und Implementierung von neuen Programmen sind im neuen Gesetz zu wenig deutlich verankert (2. Abschnitt, Art. 4, S.2). - Begründung Gemäss dem Qualitätsgedanken nach Deming`s PDCA-Zyklus folgen der validen Datenerhebung und der methodisch korrekten Datenanalyse die Implementierung einer (evidenzbasierten) Verbesserungsstrategie und anschliessend eine erneute Evaluation. Viele der heute durchgeführten Qualitätssysteme enden bei der Messung und Publikation von Daten. Nachhaltige und evidenzbasierte Verbesserungsstrategien werden häufig nicht angeboten. Doch gerade hier benötigen die Institutionen Unterstützung. Ein gutes Beispiel sind in unseren Augen die Bestrebungen des amerikanischen Institute for Healthcare Improvement (IHI). (www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx). 5. Neuregelung der Haftpflicht und Kostenübernahme bei Behandlungsfehlern in Institutionen (Verletzung der Patientensicherheit) Zurzeit tragen Patientinnen und Patienten nach nachgewiesenen Behandlungsfehlern in	Kal

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
einer Institution, welche nicht einer einzelnen Person als kausale VerursacherIn zugeschrieben werden können, die Folgen alleine; sei dies durch die Übernahme der hohen Folgekosten durch die Krankenkasse des Betroffenen oder Erduldung von zusätzlichen langwierigen Spitalaufenthalten und Reduktion der Lebensqualität. Am Beispiel einer MRSA-Wundinfektion nach Einlage einer Hüftprothese mit anschliessender Entfernung der Hüftprothese lässt sich dieser Sachverhalt gut nachverfolgen. Fazit: In diesem Sinne fehlt im Gesetzesvorschlag „Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenversicherung“ unter Art. 4 „Aufgaben“ (S. 2) folgende Punkte: • Erarbeitung und Förderung von nachhaltigen, effektiven und effizienten Verbesserungsstrategien • Unterstützung und Koordination der Aus- und Weiterbildungen im Bereich „Qualitätsmanagement“ mit national anerkannten Abschlüssen im Bereich Medizin, Pflege und Therapieberufe • Schaffung und Lenkung eines Netzwerkes für Qualitätsmanagement und Verbesserungsstrategien im Gesundheitswesen bestehend aus Delegierten von allen Medizinal- und Gesundheitsberufen • Erarbeitung von Vorschlägen zuhanden des Bundesrates zur Neuregelung der Haftpflicht und Kostenübernahme bei Behandlungsfehlern (Verletzungen der Patientensicherheit). Wir sind davon überzeugt, dass die Einrichtung eines nationalen Qualitätszentrums ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist. Wir sollten aber auch von allen Ländern lernen, die schon jahrelange und zum Teil Jahrzehnte Erfahrungen in Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen gesammelt haben. Die Implementierungswissenschaften sollten uns hier Vorbild sein, wie sie in den skandinavischen Ländern, den Beneluxstaaten oder Grossbritannien schon länger in Wissenschaft und Praxis Einzug gehalten haben.	
Art. 4 Aufgaben Ziffer 1 a- f) Gerade diese Aufgabe sollte das Swiss Medical Board übernehmen, welches wie oben erwähnt Erfahrungen im Bereich der HTA-Untersuchungen hat und dank der Beteiligung aller Tarifpartner (inkl. GDK) auch über ein breites Netz von Experten verfügt. b) Die Arbeitsgruppe des BAG, worin auch die FMH vertreten ist, hat sich dieser Arbeit ja bereits angenommen und ist dem Vernehmen nach mit dem Projekt MARS in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik bereits weit fortgeschritten. Um Daten in einer Zeitreihe zu analysieren, ist eine Konsistenz in der Erhebung notwendig, was durch eine stete Überprüfung und Anpassung der Evaluation der Daten nach Art. 22 KVG verunmöglicht würde. Die Aufgabenstellung erscheint daher für das geplante Zentrum nicht opportun. c) Die Vermischung zwischen quasistaatlichen Funktionen und einer Tätigkeit für Dritte erscheint uns problematisch. Wissenschaftliche Fragestellungen wären durch das Swiss Medial Board zu bearbeiten und wir halten dafür, dass keine Institution des Bundes Studien für Dritte durchführt, denn dazu fehlt auch die gesetzliche Grundlage für die Verwendung von Daten, die für einen ganz spezifischen Zweck erhoben und dem bfs abgegeben werden müssen.	SBV
Die Schaffung eines riesigen und teuren Qualitätszentrums bringt die grosse Gefahr konttraproduktiver, bürokratischer, realitätsfremder Qualitätsprojekte mit sich. Die Qualität chirurgischer Eingriffe kann der Fachmann an der Front, der Chirurg kompetenter beurteilen und weitergeben als eigendynamische Betriebsamkeit des Qualitätsmarktes (häufig sind die Akteure Nicht-Mediziner).	pEG
Erwähnenswert – aber im Rahmen der Botschaft nicht hinreichend diskutiert – ist in diesem Zusammen- hang die Ausdehnung des Zuständigkeitsgebiets des Bundesrats gemäss neuem Artikel 58 Absatz 4 KVG. Wir sind dezidiert der Ansicht, dass es im Sinne	Curafutura

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
einer sauberen Governance nicht sachgerecht ist, dem Bund im Rahmen des KVG die Kompetenz zur Festlegung nationaler Programme und Projekte zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen zu erteilen. Zu befürchten sind insbesondere Zielkonflikte zwischen Qualitätsmessung und -darstellung als Kernaufgabe auf der einen Seite, und gesundheitspolitisch motivierten Eingriffen in die Leistungsprozesse auf der anderen Seite. Wir sprechen uns deshalb aus für eine Streichung der Art. 4 Abs. 1 Bst. d, e und f im Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der OKP sowie des neuen Art. 58 Abs. 4 KVG.	
Anwendungsbereich Das geplante Bundesgesetz beschränkt seinen Fokus auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Angesichts dieser Beschränkung muss unbedingt gewährleistet werden, dass der Patientennutzen im Zentrum steht und die Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität von Leistungen, die über die OKP finanziert werden, immer gestützt auf eine Evaluation von Kosten und Nutzen im Gesamtsystem erfolgen.	CVS
2. Abschnitt: Aufgaben und Zusammenarbeit (Artikel 4 – 5) Was hier an Aufgaben für das neue Zentrum zusammen gekratzt wird, ist weitgehend bereits andern Institutionen im Rahmen des geltenden KVG zugeordnet. Im KVG bestehen z.B im 4. Abschnitt: Aufsicht und Statistik in den Artikeln 21, 22a, 23, sowie im 6. Abschnitt: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen, Artikel 56, 57, 58, 59 entsprechende gesetzliche Grundlagen über Kontrollen und Meldepflichten, Wirtschaftlichkeitskriterien, Massnahmen usw. Da die Vernehmlassungsvorlage diese KVG-Bestimmungen nicht ersetzt, schafft das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung völlig unnötige Parallelstrukturen.	EDU
Das Aufgabenspektrum des Zentrums ist sehr breit gefasst, ohne klare Schwerpunkte und unklar abgegrenzt, da der Bundesrat gemäss Art. 4 Abs. 3 über eine Blankovollmacht für die Erteilung zusätzlicher Aufträge verfügt. Der Nutzen für die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit ist kaum abschätzbar. Auf die Kommentierung einzelner Artikel verzichten wir und verweisen auf die Vernehmlassungsantwort von H+ Die Spitäler der Schweiz.	K3
Les tâches seront nombreuses tant sur le plan de la qualité et l'adéquation des prestations que sur plan de la promotion de la transparence dans la qualité et la sécurité des patients. A cet égard, il conviendra de bien déterminer le cahier des charges du centre en matière de détermination des indicateurs de qualités médicaux. Ces tâches relèvent aujourd'hui de la compétence de l'OFS et il y a un risque réel de doublons avec le projet Mars ancré à l'art. 22a LAMal. Par ailleurs, l'évaluation des technologies médicales est indispensable et le projet dans sa formulation vise nettement à améliorer les processus actuellement en place, pour autant que les sociétés médicales soient consultées. Les liens entre une amélioration notable des « défauts de qualité » et la présence d'une base de données prospective paraissent toutefois quelque peu extrapolés. Toute étude scientifique sérieuse commence d'abord par poser une question scientifique d'abord, puis vise à récolter des données pour les analyser pour enfin répondre à la question. L'inverse consistant en premier lieu à collecter des données sans question scientifique claire présente le risque non négligeable de conduire à un travail considérable dont, au mieux, seule une petite partie pourrait éventuellement servir à une analyse. Le travail, et les dépenses qui en découlent, pour maintenir une base de données à jour seront conséquents. Aussi, la Société Vaudoise de Médecine ne peut soutenir une collecte de données à large échelle sans réelle question scientifique concrète. Elle plaide donc en faveur d'une collaboration étroite avec les médecins qui sont des acteurs centraux dans le système de la santé publique. Enfin, il s'avère que les médecins installés souffrent à l'heure actuelle déjà d'un excès de charge administrative. Le travail nécessité par la transmission de nombreuses informations au centre national de qualité ainsi risque de mener à une surcharge insupportable pour le monde médical, d'où un risque évident de désintérêt pour la profession et un risque de perte d'attrait pour la relève médicale	SVM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Art. 4 Aufgaben Ziffer 1 a – f) Die Beurteilung der Zweckmässigkeit eines technischen Verfahrens oder einer Einzelleistung sollte das Swiss Medical Board übernehmen, welches Erfahrungen im Bereich der HTA-Untersuchungen vorweisen kann und dank der Beteiligung aller Tarifpartner (inkl. GDK) auch über ein breites Netz von Experten verfügt. Die statistischen Daten des Projektes MARS sollten dem SWISS Medical Board zur Verfügung gestellt werden. c, e) Die Vermischung zwischen staatlicher Kostenkontrolle und Empfehlungen zum zweckmässigen Einsatz der Leistungen erscheint uns problematisch. Dieser Zielkonflikt kann dazu führen, dass aus Kostengründen von zweckmässigen Leistungen abgeraten wird. Dies kann fallweise zu einer verdeckten Rationierung führen. Wissenschaftliche Fragestellungen sollten vom Swiss Medical Board oder anderen unabhängigen Institutionen bearbeiten werden.	SGR
Dans l'ensemble, le PS approuve le catalogue des tâches incombant au centre. Le rapport explicatif relève un manque d'informations, de coordination et de transparence, lacunes que le centre devrait combler. A terme, il est impératif que le centre amène à une extension des bases de données disponibles et à des améliorations en matière d'accessibilité. Ce faisant, nous tenons à ce que le centre assume ces nouvelles tâches de concert avec les milieux spécialisés et les instituts oeuvrant dans la recherche médicale et sociale. Pour ce qui est du rôle des acteurs, et celui des assureurs plus particulièrement, le Conseil fédéral n'envisage pas de modifier les principes de la répartition actuelle des tâches. Or, le PS se montre de plus en plus sceptique en ce qui concerne le travail de contrôle par les caisses maladie du respect des exigences de qualité et d'économicité. Nous jugeons que cette disposition risque de progressivement ouvrir la porte à des déviations orientées sur une maximisation des profits aux dépens de la fourniture de prestations de qualité. Le PS préconise un modèle basé sur le contrôle mutuel entre les fournisseurs de prestations, sous la houlette du centre pour la qualité.	SP
Art. 4: Bestehende Programme von Berufsverbänden / -gruppen sind zwingend zu berücksichtigen. Die Leistungserbringer sind bei der Beurteilung und Bewertung anzuhören. Ausserdem erachten wir es über die Koordination hinaus als wesentlich, dass der Bund für die Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung verbindliche Vorgaben macht, die auf den Standards von Berufs- und Fachverbänden basieren und durch die Verbände validiert werden.	EVS
Art. 4 Aufgaben Antrag DVSP, neu: g. Erarbeitung von Richtlinien und Guidelines nach Möglichkeit und mit Fachgesellschaften	DVSP
• Bei der Erarbeitung von Vorschlägen für die Ermittlung oder Erhebung von Indikatoren gemäss Art. 4, Absatz 1 Buchstabe b müssen zwingend die betroffenen Berufsorganisationen miteinbezogen werden. Dies ist aus unserer Sicht gesetzlich zu regeln.	physioswiss
Art. 4: Bestehende Programme von Berufsverbänden / -gruppen sind zu berücksichtigen. Die Leistungserbringer sind bei der Beurteilung und Bewertung anzuhören.	SVBG
Art. 4 Aufgaben Absatz 1, lit. b Antrag auf Neuformulierung: Definition, Erlass und Kontrolle verbindlicher Qualitätsindikatoren" Begründung: Siehe Abschnitt I. Zusätzlicher Antrag auf Ergänzung von Art. 4: Auf die Umsetzung von qualitätsfördernden Massnahmen und die Erfüllung minimaler Anforderungen ist besonderes Gewicht zu legen. Dem Zentrum sollte deswegen die Kompetenz übertragen werden, bei mutwilligen oder wiederholten Verstössen gegen Qualitätsnormen Sanktionen ergreifen zu können. Eine entsprechende Formulierung und Einordnung dieses Erfordernisses ist dem Bundesrat Überlassen.	SSR
2. Ein nationales Institut macht nur Sinn, wenn es auch steuernde, kontrollierende und sanktionierende Funktionen ausüben kann. Ohne diese Kompetenzen sind Verbesserungen in den erwähnten Schnittpunktbereichen nicht realisierbar. Unseres Erachtens fehlt	VASOS

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
es weniger an anerkannten Qualitätsindikatoren als am Willen ihrer Anwendung bzw. an der Umsetzung vorhandener Erkenntnisse.	
2. Ergänzungen aufgrund Mangel in der Gesundheitsversorgung Wie der Schlussbericht Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? (Sottas, 2014) zeigt, wird zwar auf der Angebotsseite viel getan, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, auf der Nachfrageseite bestehen jedoch diverse Barrieren, die eine Inanspruchnahme der vorhandenen Angebote verhindern. Mögliche Barrieren sind beispielsweise Angst vor den Kosten, fehlendes Wissen und fehlende Gesundheitskompetenzen, Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten, sprachliche und kulturelle Barrieren. - Dieser Aspekt der Chancengleichheit wird auch in der vorgesehenen Ausgestaltung des Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht ausreichend berücksichtigt. Folgende Themen- und Aktionsbereiche müssen unserer Ansicht nach ergänzt werden: Art. 4, Aufgaben, Absatz 1 A Erarbeitung von Grundlagen zu Massnahmen nach Artikel 58 Absätze 1-3 KYG unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung einer lückenlosen Verständigung	CTS
Studies of organisational change have suggested that if improvement programmes are to succeed organisations have to be 'ready' in the sense of having the necessary conditions and capability to start with(27). Successful improvement requires senior management commitment, financial stability, clinical engagement and training as facilitating factors for a programme's success, along with provision of sufficient resources, careful programme management and the presence of the necessary culture. Some assessment of these issues would be a valuable prelude to any major improvement programme. It would also be useful to carry out a mapping exercise to review the nature and extent of education and training in safety and quality in Switzerland. The Centre needs to reach out to patients and citizens to foster a wider engagement and support for safe, high quality healthcare as part of the wider quest for living a life that is both healthy and sustainable. At present the centre is primarily viewed as a centre for national implementation. Ideally it would also play an important role in coordinating and supporting existing initiatives in safety and quality measurement, understanding and improvement. A national report summarising the current state of understanding of the safety and quality of care in Switzerland would provide an extremely valuable foundation for both local and national action. The Centre should include a capacity both for supporting multi-disciplinary research in safety and quality improvement. The Centre could also have a responsibility not just to implement known solutions but to innovate and develop new approaches. This does not necessarily require additional funding at the present time as much of this work could be carried out by partner organisations. With an appropriate legal basis additional funding could be sought from a variety of sources, including healthcare, university, industry and charitable endowments. The Centre could potentially commission research acting as a funding agency analogous to the United States Agency for Healthcare Research and Quality. The Centre should seek out a wide range of individuals and partner organisations to ensure that it can draw not only on the full range of clinical disciplines but on the full range of academic disciplines relevant to safety and quality improvement. The Centre will additionally need to seek out individuals and organisations with practical experience of large scale improvement. Particular attention should be given to family medicine and community services as safety and quality initiatives are less developed in these areas. The task of improving the delivery of healthcare to 8 million people will require a substantial educational programme, ranging from short courses for both patients and healthcare staff through to university affiliated PhD programmes. The Centre needs to include some capacity for delivering education and training with partner organisations but should play a major role in coordinating and harmonising existing training programmes. In addition substantial efforts should be made to integrate an understanding of safety and quality improvement into national clinical curricula.	SAB

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
One of the main goals should be to train the leaders in healthcare in capacity building, change management and designing high reliable healthcare institutions. The strategy should for instance address the training of Boards of Directors of Swiss Healthcare Institutions, on their role in supporting and leading quality and safety improvement, as well as on their responsibilities. Most importantly it is very doubtful if a single Institute can provide the capacity to implement programmes across a population of 8 million people. We should begin to consider a network of smaller centres across cantons and across providers. Small units exist within many hospitals and other healthcare organisation, but are often mainly concerned with regulation and compliance. If such units are to flourish they probably need to be supported by larger centres of improvement and research which can ground their work on safety and quality in a public health perspective.	

Articolo 4 capoverso 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Aufgrund weiter wachsender Gesundheitsausgaben ist es dringend notwendig, die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen durch den Bund bzw. durch von ihm beauftragte unabhängige Organisationen stärker zu überprüfen. Mit dem Swiss Medical Board wollen die Mitglieder des Trägervereins (Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Regierung des Fürstentums Liechtenstein) das Thema HTA vorantreiben. Vor dem Hintergrund der stetig zunehmenden therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten ist es dringend nötig, dass mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, um bestehende und neue Leistungen zu überprüfen. Damit können die Vorteile von Innovationen genutzt und gleichzeitig die Verwendung von personellen und finanziellen Ressourcen für nachgewiesen unnütze und unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden.	NW
Ebenso wichtig ist auch die stärkere Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen durch unabhängige Organisationen. Vor dem Hintergrund der stets zunehmenden therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten ist es dringend notwendig, bestehende und neue Leistungen gezielter zu überprüfen, damit die Vorteile von Innovationen genutzt und gleichzeitig unnütze und unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden können. Auch im Bereich HTA gibt es bereits zwei etablierte Organisationen, das Swiss Medical Board und SwissHTA. Auf deren Erfahrung und Knowhow muss zwingend aufgebaut werden. Und damit die Ergebnisse auch ihre Wirkung entfalten, müssen die Berichte verbindlich und systematisch in die Entscheide durch die eidgenössische Leistungskommission einfließen.	LU
Auch die stärkere Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen durch den Bund bzw. durch von ihm beauftragte unabhängige Organisationen war in den letzten Jahren immer die politische Forderung der Kantone. Vor dem Hintergrund der stetig zunehmenden therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten ist es dringend nötig, dass mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, um bestehende und neue Leistungen zu überprüfen, damit die Vorteile von Innovationen genutzt und gleichzeitig die Verwendung von personellen und finanziellen Ressourcen für nachgewiesen unnütze und unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden können. Was die Aufgaben des Zentrums im Bereich HTA bzw. der Überprüfung der Leistungen betrifft, wissen Sie, dass die Kantone zusammen mit anderen Partnern das Swiss Medical Board als Zentrum aufgebaut haben, das bereits regelmässig mit HTA-Berichten das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis von medizinischen Leistungen untersucht und dabei grosse Erfahrung im Bereich HTA aufbauen konnte. Wir sind der Ansicht, dass auf dieser Erfahrung aufgebaut werden sollte und unterstützen das Szenario, dass der Bund dem Swiss Medical Board einen ständigen Leistungsauftrag für die Aufgaben im Bereich HTA erteilt.	OW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Unabhängig davon sollte aus unserer Sicht die künftig anwendbare Methode zusammen mit den Partnern entwickelt werden – innerhalb oder ausserhalb des geplanten Zentrums.	
Auch in diesem Artikel muss klar zum Ausdruck gebracht werden, dass prioritär Swiss Medical Board für diese Aufgaben berücksichtigt werden muss.	SG
Auch die stärkere Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen durch den Bund bzw. durch von ihm beauftragte unabhängige Organisationen war in den letzten Jahren immer die politische Forderung der Kantone. Mit dem Swiss Medical Board will die GDK das Thema HTA vorantreiben. 6. Aufgaben des Zentrums im Bereich HTA Was die Aufgaben des Zentrums im Bereich HTA bzw. der Überprüfung der Leistungen betrifft, weisen wir Sie darauf hin, dass die Kantone zusammen mit anderen Partnern das Swiss Medical Board als Zentrum aufgebaut haben, das bereits regelmässig mit HTA-Berichten das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis von medizinischen Leistungen untersucht und dabei beträchtliche Erfahrung im Bereich HTA aufbauen konnte. Wir sind der Ansicht, dass auf dieser Erfahrung aufgebaut werden sollte und unterstützen das Szenario, dass dem Swiss Medical Board im Rahmen der zukünftigen Organisationsstruktur ein ständiger Leistungsauftrag für die Aufgaben im Bereich HTA erteilt wird.	GDK
Im Rahmen der Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) sollen insbesondere auch bestehende Medikamente der Spezialitätenliste (SL) und deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden.	SKS
Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) Ein Ziel der Vorlage ist es, HTA zu stärken : - Einführung einer systematischen periodischen Überprüfung bestehender Leistungen; - Verbesserung von Entscheidungsgrundlagen zur Bewertung neuer Leistungen mittels HTA-Berichten; - Einführung eines Horizon Scanning zur systematischen Früherkennung von fraglichen neuen Leistungen oder Indikationenerweiterungen, die einer Evaluation nach WZW bedürfen. Das KVG fordert grundsätzlich schon heute, dass solche Instrumente eingesetzt werden, um den WZW-Ansprüchen für alle medizinischen Leistungen gerecht zu werden. Die Realität ist jedoch eine andere: Während die Arzneimittel heute sehr konsequent und nachhaltig auf die Erfüllung der WZW-Bestimmungen geprüft werden, werden solche Prüfungen für andere medizinischen Leistungen - entgegen dem gesetzlichen Auftrag - kaum durchgeführt. So ist denn im Bericht unter Ziff. 1.4.3 auch zu lesen: "Das BAG orientiert sich in der Ausgestaltung des Prozesses zur Bezeichnung der Leistungen an den genannten Grundsätzen und Methoden des HTA. So müssen die Antragstellenden die Erfüllung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) entsprechend dokumentieren." Das BAG orientiert sich also heute schon -zumindest im Arzneimittelbereich- an den Grundsätzen und Methoden des HTA. Es ist deshalb umso unverständlicher, weshalb dazu nun ein separates Institut mit hohen Kosten aufgebaut werden soll. Mit dem Hinweis im Bericht unter Ziff. 1.4.3 („Bisher wurden umfassende und von unabhängigen Stellen erstellte HTA-Berichte nur in wenigen Einzelfällen in Auftrag gegeben, jedoch wurden international vorhandene HTA-Berichte als Grundlagen zur Entscheidung einbezogen.") verschweigt das EDI jedoch, dass HTA in der Schweiz bereits eine sehr grosse Rolle im Arzneimittelbereich spielt. So werden mit dem sogenannten Auslandspreisvergleich ausländische HTA-Überprüfungen (Deutschland/IQWiG), Frankreich/HAS, Grossbritannien/NICE, Holland/CVZ) automatisch in den Schweizer Preis einbezogen. Damit stellt sich ganz grundsätzlich die Frage, ob es überhaupt sinnvoll ist, für die Schweiz noch aufwändige HTA-Verfahren für Arzneimittel anzustellen. Wird diese Frage bejaht, müsste konsequenterweise der Auslandspreisvergleich in der Schweiz entfallen, wie dies bei den anderen medizinischen Leistungen auch der Fall ist. Im Bericht wird unter Ziff. 1.4.3 weiter ausgeführt, dass die Erstellung von HTA-Berichten nicht für neue Leistungen, sondern für ältere Leistungen notwendig seien: "Insbesondere hinsichtlich der periodischen WZW-Überprüfung von bestehenden Leistungen der obliga-	vips

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
torischen Krankenpflegeversicherung, was bisher aus Ressourcengründen nicht systematisch umgesetzt werden konnte, ist die Erstellung von HTA-Berichten notwendig." Für die Arzneimittel ist diese periodische Prüfung jedoch bereits Tatsache. Richtigerweise steht dazu im Bericht 1.6: "Der Bund hat sich bisher aus Ressourcengründen auf die Prüfung von umstrittenen medizinischen Verfahren konzentriert und eine regelmässige Überprüfung zumindest der Wirtschaftlichkeit nur bei den Arzneimitteln durchgeführt." Dazu stellt sich die Frage: Wieso soll für die Bereitstellung dieser Ressourcen zusätzlich ein aufwändiger Beamtenapparat aufgezogen werden?	
Art. 4 Abs. 2 lit. b kann ersatzlos gestrichen werden.	Äg_BE
Mit Blick auf allfällig zu implementierende HTA-Prozesse sind für die Assessments (Review der Evidenz) unabhängige, wissenschaftliche Teams unter Einbezug von jeweils für die Fragestellung kompetenten Experten zuständig. Fachspezifische Experten können fallweise durch das Assessment-Team einbezogen werden und die in den Fachgesellschaften konsolidierten Positionen einbringen, sodass alle Aspekte insbesondere klinischer und wissenschaftlicher Art sowie Expertisen in Ethik, Ökonomie und Recht abgedeckt sind. Zu den Aufgaben des Bundes zählten dann neben der erwähnten Vernetzung und Koordination der bestehenden Aktivitäten zudem die Finanzierung von Programmen, Projekten und Berichten zur Unterstützung der Akteure in der Festlegung der methodischen und inhaltlichen Eckwerte. Als Entscheidungsstelle sollte der Bund indes Assessments nicht selber durchführen, sondern an kompetente externe Partner vergeben, andernfalls die konsequente Rollentrennung nicht gewährleistet ist. Die Ergebnisse des Assessments sind alsdann im Appraisal (Bewertung der Leistung) unter Berücksichtigung von klinischen, ethischen, ökonomischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Aspekten aus verschiedenen Perspektiven zu gewichten. Ein Appraisal Committee muss daher durch den Einbezug der relevanten Stakeholder breit abgestützt sein und sowohl aus Experten wie auch Vertretern von Stakeholdern zusammengesetzt sein. Fallweise können für die jeweilige Fragestellung ausgewiesene Fachpersonen zusätzlich einbezogen werden. Das Appraisal basiert auf dem Assessment Report sowie auf Kommentaren von Stakeholdern inkl. der Fachgesellschaften, die im Rahmen eines Pre-Publication Review des Assessment Reports einbezogen wurden. Die Unabhängigkeit des Appraisal Committees von Einzelinteressen, Auftraggeber bzw. Entscheidungsbehörden und vom Assessment Committee muss auf alle Fälle gewährleistet sein. Für das Appraisal im Rahmen der Leistungsbezeichnung in Positivlisten, haben sich die bestehenden, spezialisierten Eidgenössischen Leistungskommissionen EAK und EAMGK grundsätzlich bewährt. Zur Verstärkung der klinischen Expertise und Unterstützung durch ein wissenschaftliches Sekretariat wären hier zusätzliche Ressourcen für diese Kommissionen zu prüfen. In Bezug auf breiter ausgerichtete Bewertungen von Leistungen erscheinen jedoch die bestehenden Ressourcen und Kompetenzen der ELGK ungenügend. Appraisals von Assessments ausserhalb der Positivlisten könnten deshalb im Hinblick auf ausreichende Ressourcen unter Einbezug der betroffenen Stakeholder an externe Partner vergeben werden, wobei die Methodik und Prozesse im Grundsatz vorzugeben werden könnten. Ein zentrales Anliegen im ganzen Prozess ist ein enger und frühzeitiger Einbezug der Stakeholder bei möglichst allen Schritten zur Sicherstellung der Akzeptanz und der Implementierung der Prüfungsergebnisse resp. der darauf basierenden Entscheidungen in der Praxis. Umfassende Partizipationsmöglichkeiten sind deshalb für Stakeholder sowohl auf institutioneller Ebene- darunter die Vertretung in den Appraisal Committees selbst- sowie auf prozessualer Ebene vorzusehen, d.h. im Auswahlprozess, bei der Festlegung von Auswahlkriterien und im Rahmen möglicher Appeal-Verfahren. Dabei sollen in allen Appraisal Committees die folgenden Akteure vertreten sein: BAG als Koordinator, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Verbände, Patientenorganisationen sowie die Industrie selbst.	scienceindustries
Ces deux articles ne sont pas cohérents et se contredisent. Ainsi, il n'est pas question de « programme de travail » dans l'art. 33 al. 4bis LAMal. Il s'agit de s'assurer de la cohérence interne de ces articles.	Médecins de famille

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die Aufgaben in Absatz 2 könnten, wie unter Art. 3 erwähnt, innerhalb des KVG komplett integriert werden. Dies ist ein Beispiel, dass das Zentrum die Gesundheitspolitik und namentlich die soziale Krankenversicherung verkompliziert, da seine Aufgaben in Konkurrenz zur ELGK stehen.	H+
Im vorgeschlagenen Zentrum ist auch ein Health Technology Assessment-Teil vorgesehen. Obwohl die Absicht, damit Synergien zu schaffen und Parallelstrukturen zu vermeiden, durchaus sinnvoll sein kann, ist es dennoch nicht zwingend, HTA mit Qualität und Patientensicherheit zu vereinen. Falls das von Patientensicherheit Schweiz vorgeschlagene Alternativ-Modell zum Tragen käme, könnte HTA als eigenes Departement Sinn machen. Sie äussert sich m der Stellungnahme nicht weiter zum HTA-Teil.	Patientensicherheit
Art. 4 Abs. 2 lit. b kann ersatzlos gestrichen werden. Art. 33 Abs. 4bis KVG sollte wie folgt formuliert werden: „Er beauftragt das BAG oder private Organisationen mit der Festlegung der Kriterien für die wissenschaftliche Bewertung der Gesundheitstechnologien.“ Wir begrüßen die Bemühungen, systematische wissenschaftliche Grundlagen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien zu schaffen (z.B. HTA). Die Durchführung entsprechender nationaler Projekte zur Weiterentwicklung der Methodik ist sinnvoll. Es ist aber nicht nachvollziehbar, wieso hier trotz den bereits bestehenden intensiven Aktivitäten vom Bund neue Parallelstrukturen geschaffen werden sollen. Die FMH ist Gründungsmitglied des SNHTA, Mitträgerin des Swiss Medical Board und war aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt. Anstatt die notwendigen Grundlagen selber durch eine öffentlich-rechtliche Anstalt oder durch das BAG zu erarbeiten und dort noch nicht vorhandenes Know How neu aufzubauen, wäre es nach dem Gesagten zielgerichteter, auf bereits bestehende private Institutionen zurückzugreifen und diesen die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zu übertragen. Dafür genügt die Schaffung eines neuen Art. 33 Abs. 4bis KVG, ohne dass im Gesetz Arbeitsprogramme und Berichte vorgesehen werden müssen.	VLSS
Health Technology Assessment HTA Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfelder. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Decision ein – die Gewaltentrennung muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Wir engagieren uns seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das HTA in der Schweiz. Die FMH ist Gründungsmitglied des SNHTA, Mitträgerin des Swiss Medical Board und war aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt. Kommentar: Die beiden Artikel sind in sich nicht konsistent bzw. Art. 4 Abs. 2 lit. a des Gesetzesentwurfes stimmt mit dem neuen Art. 33 Abs. 4bis KVG nicht überein, d.h. in Art. 33 Abs. 4bis steht nichts von den «Arbeitsprogrammen». Entsprechend müssen die beiden Artikel im Sinne der Konsistenz angepasst werden. Des Weiteren verlangt die FMH eine klare Gewaltentrennung – diese muss auch im Bereich HTA gelten. Die Entscheidungskompetenz liegt klar beim Bund, die entsprechenden Assessments sind von unabhängigen Institutionen zu erarbeiten. Art. 4 Abs. 2 lit. a: Das Zentrum hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben: a. Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm;	FMH, AGZ, SSMO, SGN
Health Technology Assessment HTA Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfelder. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Decision ein – die Gewaltentrennung muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Die Ärzteschaft engagiert sich seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das	KKA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
HTA in der Schweiz. Wir verweisen dabei auf die FMH, welche als Gründungsmitglied des SNHTA und Mitträgerin des Swiss Medical Board aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt war. Der aktuell laufende Konvergenzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes – oder Partikularinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten; die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund. Mit den Forderungen, dass die bestehenden Leistungen im Leistungskatalog regelmässig gemäss den WZW-Kriterien überprüft werden und die Innovationen gefördert werden, gehen wir - zusammen mit der Forderung der volkswirtschaftlichen Gesamtkostenoptik - vollkommen einig. Die KKA hat diese Position bereits 2011 formuliert und mit ihren verschiedenen Aktivitäten stets gefördert. So haben bereits Fachgesellschaften die „Smarter Medicine“ gefördert und thematisiert bzw. Interventionen definiert, welche als unwirksam gelten. Für die KKA macht es keinen Sinn, dass die verschiedenen – bereits laufenden und etablierten – Massnahmen und Aktivitäten von Seiten des Bundes nochmals neu erfunden werden. Eine Zentrumslösung ist aufgrund der vielen Aktivitäten der Leistungserbringer und anderer Stakeholder keine adäquate Lösung. Vielmehr werden so Doppelspurigkeiten geschaffen, anstatt Synergien genutzt. Das BAG orientiert sich heute schon an den Grundsätzen und Methoden des HTA. Es ist deshalb umso unverständlicher, weshalb dazu nun ein separates Institut mit hohen Kosten aufgebaut werden soll. Art. 4 Abs. 2 lit. a und Art. 33 Abs. 4bis Kommentar: Die beiden Artikel sind in sich nicht konsistent bzw. Art. 4 Abs. 2 lit. a des Gesetzesentwurfes stimmt mit neu Art. 33 Abs. 4bis KVG nicht überein, d.h. in Art. 33 Abs. 4bis steht nichts von den „Arbeitsprogrammen“. Entsprechend müssen die beiden Artikel im Sinne der Konsistenz angepasst werden. Art. 4 Abs. 2 lit. a: Das Zentrum hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben: a. Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm; Art. 33 Abs. 4bis 4bis Er beauftragt das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Erstellung von Berichten, die ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der Bezeichnung der Leistungen unterstützen	
2.3 Nationale HTA-Plattform (Health Technology Assessment) Die steigenden Kosten des Gesundheitswesens sind für viele Bürgerinnen und Bürger beunruhigend. Die medizinische und ethik-ökonomische Bewertung von Arzneimitteln und nicht-medikamentösen Diagnose- und Therapiemethoden ist unerlässlich, um den zweckmässigen Einsatz von Leistungen zu gewährleisten. Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates wies bereits 2009 zu Recht auf das ungenügende und lückenhafte System bezüglich frühzeitiger Erkennung und Bewertung von Innovationen hin. Ebenso sind bezüglich Reevaluation von Leistungen HTA-Prozesse nötig, um den zweckmässigen Einsatz zu verbessern.	SPO
Health Technology Assessment HTA Die Entscheidungskompetenz des Bundes im Bereich HTA stellen wir in keiner Weise in Frage. Das BAG bzw. das EDI verfügt über klar definierte Kompetenzen und Handlungsfelder. Wir setzen uns hingegen stark für die Trennung von Assessment, Appraisal und Decision ein – die Gewaltentrennung muss zu jeden Zeitpunkt gewährleistet sein. Die Ärzteschaft engagiert sich seit Jahren mit verschiedenen Aktivitäten für das HTA in der Schweiz. Wir verweisen dabei auf die FMH, welche als Gründungsmitglied des SNHTA und Mitträgerin des Swiss Medical Board aktiv beim Projekt SwissHTA beteiligt war. Der aktuell laufende Konvergenzprozess zwischen den verschiedenen Akteuren zeigt deutlich auf, dass der Bund für die Entscheidungen zuständig ist. Die Assessments sind hingegen unabhängig von Bundes – oder Partikularinteressen durchzuführen. Die Wissenschaft gehört an die Universitäten; die Leistungsentscheide gemäss Gesetz zum Bund.	KAeG SG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Das BAG orientiert sich heute schon an den Grundsätzen und Methoden des HTA. Es ist deshalb umso unverständlicher, weshalb dazu nun ein separates Institut mit hohen Kosten aufgebaut werden soll. Art. 4 Abs. 2 lit. a und Art. 33 Abs. 4bis Kommentar: Die beiden Artikel sind in sich nicht konsistent bzw. Art. 4 Abs. 2 lit. a des Gesetzesentwurfes stimmt mit neu Art. 33 Abs. 4bis KVG nicht überein, d.h. in Art. 33 Abs. 4bis steht nichts von den „Arbeitsprogrammen“. Entsprechend müssen die beiden Artikel im Sinne der Konsistenz angepasst werden. Art. 4 Abs. 2 lit. a: Das Zentrum hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben: a. Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm;	
Im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien stellen wir in Frage, inwiefern es sinnvoll ist, weiterhin parallele HTA-Initiativen in der Schweiz voranzutreiben. Aus unserer Sicht sind die bisherigen Bestrebungen in mehrfacher Hinsicht ungenügend. Prozess, Qualität und daraus abgeleitete Schlussfolgerungen resp. Empfehlungen werden von verschiedenen Akteuren in Frage gestellt. Entsprechend hat sich auch kein nennenswerter Einfluss der bisherigen Ergebnisse gezeigt. Aus unserer Sicht wäre im Bereich der Qualitätsanalyse und -sicherung insbesondere von HTA eine Ressourcenkonzentration mit einer damit einhergehenden Qualitätssteigerung angebracht.	KLS
Art. 4 Abs. 2 Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung: Die Aufgaben im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien sind im KVG zu verankern. Art. 4 Abs. 2 lit. e (neu) Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Die Umsetzung der im Rahmen der HTAs gewonnenen Erkenntnisse in verpflichtende Regeln.“ Begründung: HTAs stiften erst Nutzen, wenn der Entscheid im Sinne des Assessments und Appraisals auch umgesetzt wird. Bei Medikamenten ist dies durch eine Positivliste gegeben. Bei ärztlichen Leistungen haben wir das Vertrauensprinzip. Dieses steht im Gegensatz zu einer verpflichtenden Anwendung einer Therapieempfehlung. Art. 4 Abs. 2 lit. f (neu) Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Internationale Erkenntnisse werden beim Aufnahmeentscheid und bei der regelmässigen Überprüfung verpflichtend berücksichtigt.“ Begründung: Bei beschränkten Ressourcen sollen internationale Erkenntnisse, die natürlich einem gewissen Qualitätsstandard entsprechen müssen, zwingend berücksichtigt werden.	santésuisse
Der Bund hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben: <u>Externe Vergabe</u> von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm; <u>Externe Vergabe</u> von Berichten zur Feststellung, ob bei einer bestimmten Leistung eine Evaluation von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit notwendig ist und von Berichten zu neuen Leistungen gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG erteilten Auftrag; systematische Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von neuen Leistungen <u>gemäss Prioritäten des vom Zentrum</u> Leitung von nationalen Projekten zur Weiterentwicklung der Methodik im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien <u>in Zusammenarbeit mit betroffenen Anspruchsgruppen</u>, soweit es dazu vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt ist: <u>Die Bewertung von Gesundheitstechnologien erfolgt unter klarer Rollentrennung der einzelnen Beurteilungsschritte wie der Evidenz (Assessment), der Bewertung der Leistung (Appraisal) sowie eines allfälligen Vergütungsentscheids (Decision).</u>	iph

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien ist zudem eine Eigendynamik und Intransparenz zu befürchten, die weitere Rechtsunsicherheit schafft und bezüglich ärztlichen Leistungen geeignet ist, das Vertrauensprinzip zwischen Kostenträgern und Leistungserbringer zu unterhöhlen. Auch wenn dem Qualitätszentrum theoretisch keine hoheitlichen und regulierenden Befugnisse zukommen sollen, werden dessen Studien und Empfehlungen gegenüber Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen de facto Anweisungsscharakter zukommen.	FASMED
Mit den in Artikel 4, Abs. 2 genannten Aufgaben für den Bereich zu Bewertung von Gesundheitstechnologien sind wir grundsätzlich einverstanden. Nicht erwähnt ist hier die Erstellung von Berichten als Unterstützung von Entscheiden im Zusammenhang mit der Leistungsbezeichnung für die obligatorische Krankenversicherung. Es scheint uns nahe liegen, dass diese Aufgaben ebenfalls in der Agentur für HTA angesiedelt würden, wie dies übrigens mit der vorgeschlagenen Änderung von Artikel 33, Abs. 4bis KVG suggeriert wird, da sie doch die gleichen Kompetenzen erfordern. Die Änderung von Artikel 33, Abs. 4bis KVG ist insofern unvollständig, als die unter Artikel 4, Abs. 2 erwähnt Aufgaben nicht aufgeführt sind. Ausserdem vermissen wir im Gesetzesentwurf die aus unserer Sicht zentralen Aussagen dazu wie die Resultate aus den HTA-Berichten umgesetzt, resp. dem Decision-Prozess zugeführt werden sollen.	Medical Board
Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) Die Bewertung der Gesundheitstechnologien und der medizinischen Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Health Technology Assessment, HTA), sowie die Überprüfung des zweckmässigen Einsatzes und des Nutzens der Leistungen, Behandlungsverfahren und Arzneimittel unterstützt die CVP. Das Bestreben, die Zahl der nicht wirksamen, nicht effizienten und unnötigen Behandlungen und Eingriffe zu reduzieren und teure Fehl- oder Überversorgungen zu vermeiden ist aus Sicht der CVP ein wichtiger Teil in dem Qualitätsbestreben. Damit kann die Qualität der Behandlung erhöht werden. Für das HTA werden drei Ziele in der Vorlage genannt: - - Einführung einer systematischen periodischen Überprüfung bestehender Leistungen - Verbesserung von Entscheidungsgrundlagen zur Bewertung neuer Leistungen mittels HTA-Berichten - Einführung eines Horizon Scanning zur systematischen Früherkennung von fraglichen neuen Leistungen oder Indikationserweiterungen, die einer Evaluation nach WZW-Kriterien bedürfen. - Bei der systematischen und periodischen Bewertung der Gesundheitsleistungen bedingt es einer strikten Trennung der einzelnen Prozessschritte: „Assessment“, „Appraisal“ und „Decision“. Assessment ist eine wissenschaftliche Analyse, Appraisal ist eine Überprüfung hinsichtlich der Umsetzung der Anforderungen und daher müssen die betroffenen Akteure einbezogen werden. Nur der Bereich Decision, also die Entscheidung, soll beim BAG liegen. Aus Sicht der CVP sollen die anderen Prozessschritte an externe Auftragnehmer vergeben werden, diese verfügen bereits über das Knowhow. Die gewonnen Erkenntnisse müssen vom BAG transparent in ihre Entscheide einfließen und vom Leistungserbringer verbindlich umgesetzt werden. Die CVP begrüsst die Förderung des Swiss-HTA. Sie setzte sich bereits für die Schaffung einer Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Leistungen im Sinne des HTAs ein und hat dazu auch Vorstösse eingereicht (10.3754 Postulat, Ruth Humbel: „Einführung einer gesamtschweizerischen Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Leistungen“, 13.3995 Interpellation, Pirmin Bischof: „Einführung einer gesamtschweizerischen Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Leistungen“). Die CVP hat auch in ihrem neusten Gesundheitspapier (Mai 2014) die Schaffung eines Fonds für die Finanzierung von unabhängige Studien vorgeschlagen. Der Einbezug von internationalen Erkenntnissen ist grundlegend für einen effizienten Umgang mit dem HTA und daher ein Anliegen der CVP. Für das HTA bedingt es entsprechend eine gute internationale Zusammenarbeit und eine funktionierende Arbeitsteilung.	CVP
Im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien unterstützen wir die Forderung, bestehende Leistungen im Leistungskatalog regelmässig gemäss WZW-Kriterien zu	QCC

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
überprüfen und ein systematisches "Horizon Scanning" durchzuführen. Wichtig ist, dass dabei sämtliche Leistungsbereiche berücksichtigt werden. Doch auch hier sprechen wir uns generell für eine klare Gewaltentrennung aus: Als Entscheider sollte aus unserer Sicht der Bund keine HTA-Assessments durchführen. Diese Aufgabe ist besser durch externe, unabhängige wissenschaftliche Partner zu erfüllen, während Appraisal in den Aufgabenbereich der neuen Organisationseinheit und Decision in den Hoheitsbereich des Bundes (Leistungskommissionen bzw. Bundesrat) fallen.	
Art. 4, 2b./c. Zuerst sind die behandelnden Ärzte die Experten zur Evaluation von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. Auch die Wirtschaftlichkeit darf der Beurteilung von Einzelfällen nicht einfach im Weg stehen. Eine einseitige Orientierung an der Wirtschaftlichkeit wird sich auf längere Sicht für die Patienten als Bumerang erweisen und durch spätere zusätzliche Kosten zu Buche schlagen. Ein hochstehendes Gesundheitswesen kostet und muss uns etwas wert sein, ohne rentieren zu müssen.	EDU
2- HTA: Schon, aber nicht so ... und nie zur vorgängigen Evaluation von Leistungen, die erst später durch die Krankenversicherung übernommen werden sollen. Aufgrund bisheriger Erfahrungen mit dem Swiss Medical Board sollen über HTA die wirksamen Massnahmen aufgelistet werden. Die SOG spricht sich entschieden gegen eine vorgängige Evaluation neuartiger medizinischer Leistungen aus: Heute gilt prinzipiell das Vertrauensprinzip, das heisst neue Leistungen sind bis zur Entscheidung in einem Umstrittenheitsverfahren kassenpflichtig und gelten (mit klar definierten Ausnahmen) als zulässige, wirtschaftliche, zweckmässige und wissenschaftlich begründete Behandlungsmethoden. Dies ist Ausdruck des Vertrauens der Verwaltung und der Bevölkerung in die Ärzte, die das schweizerische Gesundheitswesen in Betrieb halten. Eines der besten der Welt! Wenn nun über die HTA jegliche medizinische Leistung zunächst einen Abklärungsprozess durchlaufen muss, führt dies zwangsläufig zu einer Verzögerung für sämtliche Innovationen. Es entsteht eine zeitliche Lücke, welche die vernünftige Umsetzung neuer und sehr wertvoller Technologien verzögert, um nicht zu sagen verunmöglicht. Mit der jetzt geplanten Lösung wird über HTA grundsätzlich ein geschlossener Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung kreiert. Ein Ansinnen, welches das Parlament selbst (siehe Motion Schwaller zur KLV, Anhang 1) bachab geschickt hat. Die SOG nimmt nicht an, dass die Bevölkerung und das Parlament mit solchen Konsequenzen einverstanden sind. Die bisher hoch stehende Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens fällt durch solche Regulierungen auf ein tiefes Niveau, vergleichbar den Entwicklungsländern, nur dass die medizinische Versorgung in administrativen Gründen und nicht in einer finanziellen Mangellage begründet wäre. Das darf nicht hingenommen werden. Aus diesem Grund lehnt die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft auch diesen Part ab. 3. HTA sind sinnvoll, aber nicht tauglich für die präventiven Abklärungen neuer Verfahren, weil sie sonst die Forschung und die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin verhindern. Soweit HTA in die Umstrittenheitsverfahren gemäss bestehendem Gesetz eingeführt werden, erscheint dies (und nur dies) sinnvoll.	SOG, SFSM
Im Bereich HTA unterhält die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) eine Fachstelle für Medizinische Leistungen und Technologien. Bereits heute besteht ein Austausch zwischen der Fachstelle und dem SAG, um Synergien zu nutzen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Wir begrüßen insbesondere die systematische periodische Überprüfung bestehender Leistungen, das Horizon Scanning, die Öffnung für eine internationale Zusammenarbeit sowie die Einrichtung nationaler Plattformen.	MTK
“Health Technology Assessment” - Was ist das eigentlich? Welche und wieviel Behandlung für die Gesundung bzw. für die Linderung von Beschwerden nötig ist, ist keine ökonomische, sondern eine rein (fach)medizinische wissenschaftliche Frage. Nun trifft der Leser aber überall in den Hintergrundtexten zum geplanten „Qualitätszentrum“ auf den Begriff „HTA“ (Health Technology Assessment). Diese HTAs massen sich an, die wissenschaftlichen Behandlungsgrundlagen der medizinischen Fachgesellschaften einer utilitaristischen Kosten-Nutzen-Analyse nach anglo-amerikanischem Vorbild zu unterziehen.	pSvB-pMN

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Heisst im Klartext: Das HTA möchte aus der medizinischen Frage (Welche und wieviel Behandlung für die Gesundung bzw. für die Linderung von Beschwerden ist nötig) eine ökonomische Frage machen: Welchen wirtschaftlichen Nutzen hat eine Behandlung? Der Ökonom hat aber kein Recht, ihm fremde Wissenschaftsgebiete zu dominieren. Die Ökonomie in einem demokratischen Rechtsstaat hat dienende Funktion. Sie stellt die materiellen Mittel zur Verfügung, die zum Erhalt von Leben und Gesundheit nötig sind. Ihre Aufgabe besteht im verantwortungsvollen Umgang mit den materiellen Gütern, nicht in der Bewertung von medizinischen Heilverfahren. Und der Schutz des Lebens hat ethisch oberste Priorität, der Umgang mit den materiellen Ressourcen ist dem ethisch untergeordnet. Das unten erläuterte Medical Board ist nur eine Form des HTA. Die verschiedenen HTA-Formen benutzen nicht alle den sogenannten QALY, sie sind aber alle nicht dem Fürsorgeprinzip, sondern dem utilitaristischen Kosten-Nutzen-Denken verpflichtet: Wieviel Franken ist dieses Leben noch wert? Das ist die fürchterliche Kröte, die der Bürger schlucken soll. Die PR-Berater des BAG säuseln zwar dem Bürger vor, es gehe um „Qualität“, „Kostensenkung“ und „Patientensicherheit“. Aber in den Hintergrundtexten der gleichen PR-Berater des BAG heisst es unmissverständlich: „Zukunftsfähigkeit erfordert einen fundamentalen Wandel in der therapeutischen Beziehung. Die individuelle Arzt- beziehungsweise Therapeuten-Beziehung wird dahingehend normalisiert, dass sie wie andere Dienstleistungen im Gesundheitswesen grundsätzlich den Gesetzmässigkeiten der Waren- und Konsumwelt folgt.“ Schauen wir also die drei Teile des geplanten Zentrums an. 1. „Swiss Network for Health Technology Assessment“ (SNHTA) Das geplante Nationale Zentrum für Qualität wird das HTA-Denken des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Health Technology Assessment international (HTA) und anderer Partner-Organisationen übernehmen. 1999 gründet das Bundesamt für Sozialversicherung BSV das Swiss Network for Health Technology Assessment (SNHTA). Das Sekretariat wird vom BAG in Bern geführt. Seine Mitglieder sind laut Erläuterndem Bericht „das BAG, die Kommission für Technologie und Innovation (KTI), der Schweizerische Nationalfonds (SNF), das Zentrum für Technologiefolgeabschätzung der Akademien der Wissenschaften Schweiz, universitäre Institute und Universitätsspitäler, die im Bereich HTA aktiv sind, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK), die Sektion Gesundheit des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Tessin und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK).“ „Kooperation“ heisst EU-Einbindung Das SNHTA kooperiere mit den „europäischen HTANetzwerken“ säuselt der Bericht. „Kooperation“ tönt gut. Sucht man aber im Internet nach den „europäischen HTANetzwerken“, dann entpuppt sich „Kooperation“ als übelster Propagandatrick. Denn man gelangt zu dem „Europäischen Netzwerk für HTA“ (EUnetHTA) und erfährt dort, dass „Swiss Network for HTA“ längst dort Mitglied ist. Ja, in den „Governance Guiding Principles“ des EUnetHTA steht, das Swiss Network for Health Technology Assessment (SNHTA) sei Gründungsmitglied der EUnetHTA. Damit sind die Mitglieder des SNHTA (BAG, FMH, GDK, SAKK, KTI, SNF, Zentrum für Technologiefolgeabschätzung der Akademien der Wissenschaften Schweiz, universitäre Institute und Universitätsspitäler, die im Bereich HTA aktiv sind, die Sektion Gesundheit des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Tessin) de facto in zentralistischen Strukturen der EU eingebunden und erfüllen am Volk vorbei EU-Aufträge. Das meinte Bundesrat Berset 2013, als er "für ein pragmatisches Vorgehen plädierte, das auf »Soft Power« und die Einbindung aller Akteure setzt" und als am 29.1.2013 sagte: „Wir brechen die Macht des Einzelnen“. Die „Einbindung aller Akteure“ erweist sich im Klartext als Einbindung in die EU. Wer hat die Verhandlungen mit der EU geführt und wer war bei der Versammlung am 29. September 2009 in Sevilla der Schweizer Beamte, der diesen Beitritt – in wessen Auftrag?	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
– von BAG, FMH, GDK und anderen nationalen Behörden und Gremien in den Brüsseler Machtblock am Volk vorbei vollzog? Von der Homepage von EUnetHTA „Organisation: EUnetHTA is a network of government appointed organisations (from EU Member States, EU-accession countries, plus EEA and EFTA countries) and a large number of relevant regional agencies and non-for-profit organisations that produce or contribute to HTA in Europe.” Das „EUnetHTA“ ist Kind und Teil der EU: “In 2004, the European Commission and Council of Ministers targeted Health Technology Assessment (HTA) as »a political priority«, recognising »(...) an urgent need for establishing a sustainable European network on HTA«.” Das Sekretariat von ‚EUnetHTA‘ wird vom Dänischen Bundesamt für Gesundheit und Medizin („Danish Health and Medicines Authority“) geführt. Sekretariatsdirektor ist Finn Boerlum Kristensen. Er schreibt: „The development of HTA in Europe has been a combination of scientific, political and practical steps in a region of the world that provides specific conditions for that to happen – the European integration and the EU.” EUnetHTA wird von der EU als eine ihrer Institutionen geführt, „ensuring the continuation and development of HTA in the EU“. Wes Brot ich fress, des Lied ich sing ... Die EU-Aufträge, die nun via SNHTA vollzogen werden, sind gebunden an die Wirtschafts- und Machtinteressen von 20 “Stakeholdern”, die als NGOs ebenfalls Mitglieder des EUnetHTA sind: “AESGP: The Association of the European Self-Medication Industry (Industry); AIM: Association Internationale de la Mutualité (Payers); BEUC: The European Consumer Organisation (Patients); COCIR: The European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (Industry); CPME: The Standing Committee of European Doctors (Providers); EDMA: The European Diagnostic Manufacturers Association (Industry); EFPIA: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (Industry); EGA: The European Generic Medicines Association (Industry); EMSP: European Register for Multiple Sclerosis (Patients); EPF: The European Patients Forum (Patients); ESC: European Society of Cardiology (Providers); ESIP: The European Social Insurance Platform (Payers); ESMO: The European Society for Medical Oncology (Providers); Eucomed Eucomed - Medical Technology (Industry); EuropaBio: The European Association of Bioindustries (Industry); EURORDIS: The European Rare Diseases Organisation (Patients); HIO: Health Insurance Organisation (Payers); HOPE: The European Hospital and Healthcare Federation (Providers); Weight Watchers Weight Watchers (Providers)” 2. „SwissHTA“ Das „SwissHTA“ wurde von den Verbänden santésuisse und Interpharma im Herbst 2010 ins Leben gerufen. Es sollte ein Schweizer „Konsensuspapier“ erarbeiten. Dieses „Konsensuspapier“ sollte das aus den USA übernommene Health Technology Assessments (HTA) an Schweizer Verhältnisse anpassen. Bald wurden die Schweizerische Ärztegesellschaft (FMH) und die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) zum Bestandteil des „SwissHTA“ erklärt. 2011 erschien das „Konsensus-Papier“ und zwischen 2012 und 2013 sechs „Umsetzungspapiere“. Auch hier findet eine grandiose Manipulation der Sprache statt. „SwissHTA“ und alle anderen HTA-Gruppen reden davon, es gehe um den (finanziellen) Nutzen von „Gesundheitstechnologien“. Der allgemeine Sprachgebrauch versteht unter „Gesundheitstechnologien“ technische Mittel. Aber die „GesundheitsökonomInnen“ aus der HTA-Branche verstehen unter „Gesundheitstechnologie“ technische und menschliche Dinge! Für diese Leute sind die Psychotherapie und die Arzt-Patient-Beziehung eine „Gesundheitstechnologie“. Auch alle anderen menschlichen und mitmenschlichen Tätigkeiten sind in diesem reinen materialistischen Nützlichkeitsdenken „Technologien“. Das erhellt die furchtbare Bedeutung des Satzes, der sich in einer der Schriften der BAG-Berater findet: „Die individuelle Arzt- beziehungsweise Therapeuten-Beziehung wird dahingehend normalisiert, dass sie wie andere Dienstleistungen im Gesundheitswesen grundsätzlich den Gesetzmäßigkeiten der Waren- und Konsumwelt folgt.“ Wo mitmenschliches Denken, Fühlen und Handeln des Arztes (Diagnostik, Psychotherapie, Arzt-Patient-Beziehung, Beratung, Hausarztversorgung), zur „Technologie“ erklärt	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
wird, raubt man der Medizin das mitmenschliche Denken, Fühlen und Handeln des Arztes, schafft also eine „Medizin ohne Menschlichkeit“. Die will keiner. Es ist ein ethischer, menschenrechtlicher und staatspolitischer Skandal, wie weit diese HTA-Gruppen sich bereits herauswagen und zum Zivilisationsbruch auffordern – und erst noch im Namen der Wissenschaft: „Eine Diskussion um eine ... monetäre Bewertung menschlichen Lebens ist nicht unmoralisch“, schreibt zum Beispiel die Akademie der Wissenschaften Schweiz in „Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen“. ABER: Artikel 2 der EMRK sagt: „Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt.“ Das ist geltendes Recht in der Schweiz. Und „ist geschützt“ ist bitter ernst gemeint und heisst: Den Menschen schützen vor allen Versuchen der Entmenslichungen, den Menschen schützen vor allen Versuchen, ihn als Mittel zum Zweck herabzuwürdigen. Denn wenn der Mensch nur noch einen berechenbaren Wert in Heller und Franken hat, dann gibt es solche, die „zu teuer“ sind und daher keinen „Lebens-wert“ mehr zugesprochen bekommen. Den Menschen vor solchen Bedrohungen seines Lebens zu schützen ist der Zweck des Staates, das ist naturrechtliche Grundlage jeder Rechtsordnung. Niemand hat das Recht, menschliches Leben mit Geld zu berechnen. Der Mensch hat keinen Preis. Er hat eine Würde. Die Ideologie der „Ballastexistenzen“ gehört zu den schlimmsten Unrechtserfahrungen des 20. Jahrhunderts. Eine „monetäre Bewertung menschlichen Lebens“ ist zutiefst unmoralisch und muss es bleiben. Wenn das Leben in Geldwert umgerechnet wird, dann bestimmen die (Geld-)Mächtigen, welchen Wert Menschen haben dürfen: „Beim preisgünstigen Serienmodell Pinto wurde ein erhöhtes Sicherheitsrisiko festgestellt. Weil eine Kosten-Nutzen-Analyse ergab, dass die Entschädigungszahlungen für errechnete 1.000 Todesfälle das Unternehmen günstiger kommen würden, entschied die Geschäftsführung gegen die Aufrüstung der Autos. Die Bilanz nach vier Jahren: 20 Millionen verkaufte Pintos und 9.000 Todesopfer.“ 3. „Swiss Medical Board“ Die Scheinheiligkeit einer gewissen Public-Relations-Gilde herrscht auch hier im Erläuternden Bericht des Bundesrats. Dort heisst es: „Das Swiss Medical Board ist in Zusammenhang mit einem Projekt der Gesundheitsdirektion Zürich entstanden und wird von der GDK, der FMH, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sowie seit 2012 auch von der Regierung des Fürstentums Liechtenstein getragen.“ Der Leser denkt, das Medical Board sei ein Kind der drei wichtigsten medizinischen Institutionen der Schweiz, nämlich der GDK, der FMH und der SAMW. Zweifelhafter Import von niederländischen Euthanasiepropagandisten und US-Rationierern Was er nicht erfährt: 2008 beauftragte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich das Wirtschaftsunternehmen Ernst Basler+Partner und das Ethikunternehmen Dialog Ethik, das Medical Board zu gründen. Seine Aufgabe: „diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen aus der Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts zu überprüfen. Dabei geht es im Kern um die Beurteilung der Kosten/Wirksamkeit umstrittener Leistungen.“ Exkurs 1: Ruth Baumann Hölzle Gründerin und Leiterin von Dialog Ethik (mit US-Schulung in Harvard und am The Hastings Institute von Daniel Callahan) spielt eine zwielichtige Rolle: Sie hat 1994 die „Euthanasie“-Kampagne in der Schweiz (mit)eröffnet, indem sie den widerlichsten Euthanasie-Töter aus den Niederlanden (Piet Admiraal) ans Unispital Zürich zur „Diskussion“ einlud. Damals legte sie eine Folie auf mit einem Text des grausamsten Medizin-Rationierers aus den USA, Daniel Callahan: Ob man Über-85jährige noch behandeln soll ... Exkurs 2: Daniel Callahan „Im Lichte der demographischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und der daraus resultierenden erhöhten Gesundheitsbedarfe älterer Menschen, sehen Daniels und Callahan keine andere Möglichkeit, als daß über staatliche Institutionen eine gerechte	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Verteilung von Ressourcen erreicht wird.“ Callahan rechtfertigt die „Rationierung von Gesundheitsgütern für alte Menschen damit, daß eine Umverteilung von Ressourcen im Lebenslauf allen Bürgern zu einem früheren Zeitpunkt ihres Lebens zu gute käme.“ Einbindung der ärztlichen Fachverbände Bis Ende 2009 dauerte die Pilotphase. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich war alleiniger Träger des Medical Board. 2010 wurde der Regelbetrieb aufgenommen, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK wurde Mit-Trägerin. Seit 2011 sind SAMW, FMH, GDK, FMH und SAMW Mitglieder des Trägervereins Medical Board. Er schlägt die Themen vor. Die eigentliche Bearbeitung führt ein Projektteam durch, beraten von einem Expertenrat. Externe Fachspezialisten können hinzugezogen werden. Das Projektteam selber besteht aus Vertretern von Ernst Basler und Partner AG und des Instituts Dialog Ethik – beides keine medizinischen Institutionen! Utilitaristisch „geregelte“ Rationierung Im Namen des Medical Board redet Baumann-Hölzle 2011 die Notwendigkeit von Rationierungen herbei: Es stünden nicht genügend Ressourcen für eine Gesundheitsversorgung auf dem neuesten Stand der Wissenschaft für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung, und es finde eine verdeckte Rationierung statt. Mangels klarer Kriterien verlaufe diese aber willkürlich. Das sei ethisch bedenklich. Daher brauche es eine neutrale Stelle und allgemeinverbindliche Kriterien für eine „geregelte“ Rationierung. Das sieht dann so aus. QALY – via Sprachmanipulation zum ‚lebensunwerten Leben‘ Am 30. April 2009 veröffentlicht die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich das Papier Beurteilung medizinischer Verfahren. Geschrieben wurde es vom Medical Board (Arbeitsgemeinschaft Ernst Basler + Partnerinstitut Dialog Ethik). Darin wird vorgeführt, wie in Zukunft die „Wirtschaftlichkeit“ und der „Lebensqualitätsgrad“ von Kranken in Franken und Rappen berechnet werden sollen. Das Medical Board übernimmt dazu den 1989 in Oregon/USA erfundenen QALY (=Quality Adjusted Life Years). Exkurs 4: QALY “In 1989, the state of Oregon began work on a controversial plan for the allocation of health care resources. The goal, noble enough, was to provide Medicaid benefits for more people than had previously been covered. But how? One option would obviously be to raise more money for health services, though the corresponding tax increases would have been unpopular. Oregon chose another approach: to make fewer services available to an enlarged pool of Medicaid recipients. So, by restricting services, they could afford to grant access to more people.” Das Medical Board berechnet die „Wirkung [QALY]“ einer Therapie als mathematisches Produkt aus „Anzahl gewonnene Lebensjahre“ mal „Lebensqualitätsgrad“: „$W=L \cdot Q$ (W: Wirkung[QALY], L: Anzahl gewonnene Lebensjahre, Q: Lebensqualitätsgrad)“. Für 1 QALY wird dann ein bestimmter Geldbetrag politisch festgesetzt. „Als Basis für die Definition des Lebensqualitätsgrades dient der Karnofsky-Index“, schreibt das Medical Board in seiner Broschüre „Beurteilung medizinischer Verfahren“. Dieser Satz beinhaltet eine betrügerische Sprachmanipulation: Der Karnofsky-Index kennt nämlich den Begriff „Lebensqualität“ nicht, sondern misst den objektiven Behinderungsgrad eines Patienten in 10 Stufen: Zum Beispiel „1.0 Keine Beschwerden“; „0.50 Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen“, „0.3 Schwerbehindert. Hospitalisation erforderlich“. Exkurs 5: Der Karnofsky-Index Er hat überhaupt nichts mit dem subjektiven „Wert“ oder „Qualität“ des Lebens zu tun, verwendet diese Begriffe auch nicht. Er misst allein den objektiven Grad der Behinderung eines Menschen, und zwar medizinisch beurteilt durch den Arzt. Zweck: Die medizinischen Behandlungen bestimmen zu können, die dem Behinderungsgrad entspricht – unabhängig von den Kosten, allein der optimalen medizinischen Behandlung verpflichtet. Er wurde 1949 entwickelt, um herauszufinden, ob es einem Patienten gut genug ging, dass er eine damalige Chemotherapie vertrug.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die „Lebensqualität“ eines Kranken ist „abstrakt“ und subjektiv. Ein Schwerbehinderter der Karnowsky-Stufe 0.3 kann zum Beispiel subjektiv eine hohe „Lebensqualität“ empfinden. Das Medical Board setzt aber den objektiven Behinderungsgrad mit der subjektiven Lebensqualität gleich und behauptet: Mit dem Karnowsky-Index „kann der abstrakte Begriff der Lebensqualität operationalisiert und standardisiert und damit fassbar gemacht werden.“ Das heisst, die Lebensqualität „als Variable mathematischer Operationen zu verwenden“ und mathematisch zu berechnen. Das Berechnungsverfahren: Ein Patient gewinnt durch ein Medikament X ein Lebensjahr ($L=1$). Sein individueller Karnowsky-Index ist 0.5 ($Q=0.5$). Nach der Formel $W=L \cdot Q$ wäre der individuelle QALY für diesen Patienten $W=0.5$. Der Wert von 1 QALY in Franken wird politisch festgesetzt. Angenommen, dieser Betrag sei 40'000.- Fr., dann ist der QALY des Patienten in dem ob. Beispiel ($W=0.5$) 20'000.- Fr. Mehr soll er dann für eine Behandlung nicht mehr bekommen. Ein gesünderer Patient mit $L=1$ und $Q=0.8$ würde einen QALY von $W=0.8$ erhalten, das wären 32'000.- Fr. Mit der falschen und betrügerischen Gleichsetzung von ‚objektiv‘ und ‚subjektiv‘ hat jetzt das Medical Board den subjektiven Grad der „Lebensqualität“ dieser Patienten in objektive 20'000.- bzw. 32'000.- Fr. umgerechnet. Trotzdem redet es zynisch von einem „Missverständnis“, wenn man jetzt glaube, dass hier der „Wert eines Menschenlebens festgelegt werde“. Leistungsabrechnung der Krankenkassen nach Lebenswert? Kostet das Medikament X im obigen Beispiel zum Beispiel 30'000.- Fr., dann bekommt es der gesündere Patient ($W=0.8=32'000.-$) bezahlt, aber nicht der kränkere ($W=0.5=20'000.-$). Der QALY-Betrag wird nach dieser perversen Rechnung umso kleiner je schwerer die Krankheit ist. Gerade denen, die besonders auf unseren Schutz angewiesen sind, spricht man so den Lebenswert ab und verweigert ihnen das Geld für die Behandlung. Kranke und Behinderte werden damit für weniger wertvoll angesehen als Gesunde! Die Gesunden bekommen das meiste, die Kranken das wenigste Geld. Hier wird die ganze Lebensverachtung des Utilitarismus sichtbar. Geplant ist ein oberer und unterer Schwellenwert in QALY für die Kosten: Leistungen die unter dem unteren Schwellenwert liegen, sollen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden. Leistungen die zwischen dem oberen und dem unteren Schwellenwert liegen, können „eventuell, nach sorgfältiger Abwägung“ von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden. Leistungen, die über dem oberen Schwellenwert liegen, werden nur in absoluten Ausnahmesituationen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Wenn das durchkommt, muss systematisch durch gezielte unterlassene Hilfeleistung sterben – wer kein Geld hat. Kranke würden den Dignitas- und Exit-Tötern in die Hände getrieben. Homo oeconomicus: Der Mensch als Ware So erfindet das Medical Board lebenswerte und lebensunwerte Kranke neu. Lebensunwerte sind Kranke mit einem niedrigen QALY. Das ist die menschenverachtende Ideologie des homo oeconomicus: Der Mensch existiert nur noch als „Humankapital“ und bekommt einen Preis wie alle Güter auf dem Markt. Wie früher der Sklave auf dem Auktionsblock wird der Patient in diesem „kostenintensiven Massenmarkt“ wie eine Ware behandelt. Der Geist des Qualitätszentrums ist das gnadenlose Nützlichkeitsdenken der Berater des BAG, die unverblümt schreiben: „Die individuelle Arzt- beziehungsweise Therapeuten-Beziehung wird da-hingehend normalisiert, dass sie wie andere Dienstleistungen im Gesundheitswesen grundsätzlich den Gesetzmässigkeiten der Waren- und Konsumwelt folgt.“ Exkurs 7 Zivilisation Der Mensch hat keinen Preis. Er hat eine Würde. Er ist als Person Zweck an sich (Selbstzweck). Kein Mensch ist „unwert“. Haben wir so schnell vergessen, was im nördlichen Nachbarland vor 1945 „Medizin ohne Menschlichkeit“ war? Das Medical Board führt mit dem QALY das „lebensunwerte Leben“ ein! Zur Euthanasie ist es nur noch ein unbedeutend kleiner Schritt. Zivilisation aber ist das Gegenteil von QALY. Zivilisation ist die immer bessere Sorge gerade für die Schwachen, Kranken, Kleinen, Behinderten, Betagten usw.	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
– oder, wie es in der Präambel der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft von 1999 steht, „dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohle der Schwachen“. Dabei muss es bleiben. QALYs sind ein Kind des angloamerikanischen Kosten-Nutzen-Denkens (Utilitarismus: Je-remy Bentham, James Mill), der heute vor allem von dem Euthanasie-Philosophen und Grün-der der radikalen Tierbefreiungsbewegung, Peter Singer, propagiert wird. „QALYs sagen immer, dass das Leben einer älteren oder behinderten Person weniger Wert hat“. „50% der medizinischen Leistungen könnten eingespart werden“ Auf Seite 1 der Broschüre „Beurteilung medizinischer Verfahren“ steht: „Das Medical Board ist ein von Verwaltung, Leistungserbringern und Industrie unabhängiges Gremium.“ In der Broschüre wird das Medical Board dann aber als „Arbeitsgemeinschaft Ernst Basler+Partner/Institut Dialog Ethik im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich“ bezeichnet. Büro des Medical Board: „c/o Ernst Basler+Partner AG, Zollikerstr. 65, 8702 Zollikon“. Von einem „unabhängigen Gremium“ kann also keine Rede sein. Unter den Mitgliedern des angeblich unabhängigen Gremiums wird zudem genannt: „Peter Meier-Abt, klinischer Pharmakologe, Universität Basel“. Seit 2011 ist Peter Meier-Abt Präsi-dent der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Am Mitt-woch, den 14. Mai 2014, als der Bundesrat den Vorentwurf für ein Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität veröffentlichte (!), sagte Peter Meier-Abt, „Es sei bekannt, dass rund 50 Prozent der Behandlungen nicht auf Evidenz basierten, sondern auf der Intuition des behan-delnden Arztes. ... Angesichts des Umstandes, dass nur bei jeder zweiten Behandlung die Wirksamkeit erwiesen sei, <ist die Zahl der Behandlungen, die man infrage stellen kann, gross>.“ Kaum verschleiert werden damit 50% aller ärztlichen Leistungen für überflüssig erklärt. Dadurch war der menschenverachtende Zweck des geplanten Qualitätszentrums un-missverständlich erklärt. Welche und wieviel Behandlung für die Gesundheit bzw. für die Linderung von Beschwerden nötig ist, ist keine ökonomische Frage Angloamerikanische Länder wie England, Kanada, Neuseeland und Australien haben den QALY schon eingeführt. Auch die für ihre mitleidlosen Patiententötungen (auch ohne und gegen ihren „freien Willen“) berüchtigten Niederlande. In England wurde beispielsweise durch das NHS ein oberer und unterer Schwellenwert festgelegt, welcher bei umgerechnet 40,000 bzw. 60'000 CHF pro QALY liegt. Die Frage, welche und wieviel Behandlung für die Gesundheit bzw. für die Linderung von Beschwerden nötig ist, ist keine ökonomische Frage. Kein „Gesundheits-Ökonom“ hat das Recht, diese grundsätzliche Entscheidung zu beeinflussen. Wie das Beispiel QALY zeigt. Die Wirtschaft hat dem Leben zu dienen. Wie der Arzt. Die grundsätzliche Entscheidung für das Ausmass und die Art einer Behandlung gehört allein in die Hände von Arzt und Patient. Das Berechnen eines angeblichen „Lebenswerts“ steht niemandem im Staat zu. Das Nationale Zentrum für Qualität Man muss jetzt nur noch die drei Bauteile zusammensetzen, dann ist das Nationale Zentrum für Qualität sofort lebensfähig. Steuerung des Gesundheitswesens Schweiz durch OECD und EU-Kommission Die Schweizer Gesundheitspolitik folgt mit dem Medical Board einer Agenda, die die OECD gemeinsam mit der WHO in Reformempfehlungen vorgegeben hat. 2004 beauftragte Bundesrat Couchepin die OECD und die WHO, das Schweizer Gesundheitssystem zu beurteilen (Bericht von 2006). Bundesrat Burkhalter erneuerte 2011 diese Bitte (Bericht 17.10.2011) . In ihrer Antwort loben OECD und WHO unser Gesundheitssystem: Im internationalen Vergleich gehöre es zu den Besten. Die Menschen hätten hier eine hohe Lebenserwartung und es herrsche eine hohe Patientenzufriedenheit. Das haben wir schon vorher gewusst! Wir bezahlen unsere Gesundheit gerne. Hier sind alle Bürger versichert. In den USA ist die Hälfte der Bevölkerung nicht versichert und 40 Millionen, soviel wie Spanien Bürger hat, sind arm und bekommen kaum oder keine „Lebensqualität“ zugesprochen. Wollen wir das? Ich habe in der U-Bahn von Chicago die furchtbaren Plakate hängen sehen, auf denen man Geld für Organe bot! Ich habe dort die Plakate gesehen,	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
auf denen Freiwillige für „neue Behandlungen/Medikamente“ gesucht wurden, Behandlung kostenlos: Menschenversuche an den am meisten Hilflosen! Wieviele verzweifelte Kranke, für die man kein Geld mehr haben will, weil sie angeblich keinen „Lebenswert“ mehr haben, suchen ihr letzte Rettung bei diesen „neuen Behandlungen“ ... Neulich ging die traurige Nachricht durch die Medien, dass in den USA ein Verletzter von der Notfallrettung aufgenommen und zur Klinik gefahren.	
Art. 4 Aufgaben Ziffer 2 a- c) Hierfür wurde die EGLK ursprünglich geschaffen. Alle interessierten Kreise können Anträge an die EGLK stellen und diese ist für die Durchführung dieser Evaluationen zuständig.	SBV
2. Klare Prozesse und Einbezug der Akteure - curafutura fordert im Bereich der HTA wie auch in der Qualitätssicherung eine saubere Prozessführung zur Sicherstellung der Zuständigkeiten und der Governance. Das Zentrum soll Erhebungen nicht selber erstellen, sondern sich auf die Koordination mit Auftragsvergabe sowie Prozessführung beschränken. Nur so kann auch hier eine klare Governance sichergestellt werden. Wichtig ist insbesondere die separate Betrachtung der folgenden Schritte. Assessments gehören in den Bereich der Wissenschaft, Appraisal muss unter Einbezug der Stakeholder geschehen und Decision liegt unter der Verantwortung des BAG. - curafutura legt Wert auf eine klare Aufgabengliederung in sämtlichen Prozessen. Wichtig ist dabei, dass die bestehenden Institutionen für Qualitätssicherung, Patientensicherheit und HTA über ein breit abgestütztes Netzwerk involviert werden. Wir sehen eine Gefahr dahingehend, dass das Zentrum für Qualität zu weit entfernt von diesen wichtigen Gefässen agieren könnte, was die Akzeptanz des Zentrums massiv beeinträchtigen würde. - Ein Zentrum könnte nur dann erfolgreich sein, wenn bereits mit den gesetzlichen Grundlagen gelingt, die Aufgabenerteilung und- ausübung eines dem Bund verpflichteten Instituts mit den übrigen, partnerschaftlichen entwickelten Qualitätsinitiativen in eine klare Rollenverteilung zu bringen. Wir appellieren an Bund und Behörden, diesem Aspekt entsprechend Rechnung zu tragen. - Wir vermissen diesbezüglich das klare Bekenntnis über den Einbezug der Stakeholder. Vielmehr verleihen wir unserer Besorgnis Ausdruck, dass die vorgesehenen "Nationales Plattformen" für Qualität und HTA letztlich zwar jedem Gehör, aber kaum jemandem Einflussmöglichkeiten einräumen. Wir sind dezidiert der Meinung, dass die Stakeholder durch eine ausgewogene Besetzung der Führungsgremien (Verwaltungsrat) des Instituts einzubeziehen und in der Verantwortung zu nehmen sind, unter angemessener Berücksichtigung der Krankenversicherer.	Curafutura
Art. 4 Aufgaben Ziffer 2 a – c) Hierfür wurde die ELGK ursprünglich geschaffen. Alle interessierten Kreise können Anträge an die ELGK stellen und diese ist für die Durchführung dieser Evaluationen zuständig. Das Projekt MARS des Bundesamts für Statistik sorgt für die notwendige Kostentransparenz und liefert der ELGK die notwendigen Daten zur Beurteilung der Effizienz einer Untersuchung oder eines Leistungserbringers.	SGR
Le projet prévoit par ailleurs un renforcement du poids du « Health Technology Assessment » (HTA). Aux yeux de PS, il est absolument central que l'efficacité et l'adéquation des nouvelles technologies soient évaluées de manière appropriée dans le cadre d'un HTA. En principe, leur caractère économique devrait ensuite découler de ces critères si l'évaluation s'avère positive. Il n'est en effet pas souhaitable qu'un tel examen se réduise à une simple analyse coûts-bénéfices, celle-ci n'étant pas incontestablement pertinente pour la qualité d'un traitement. L'économisation rampante dans le domaine de la santé recèle le danger du rationnement des soins ; par conséquent, cela risque d'en affaiblir la qualité et de contrecarrer les objectifs poursuivis. Enfin, et accessoirement, la meilleure technologie disponible ne constitue pas le seul garant de la qualité : il faut que son utilisation par le personnel médical soit appropriée et compétente.	SP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
• Bei der Erarbeitung eines verbindlichen Rasters für die Interpretation der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im jeweiligen medizinischen Fachgebiet gemäss Art. 4, Absatz Buchstaben 2 a & b muss den betroffenen Berufsorganisationen ein gesetzlich verankertes Mitspracherecht gewährt werden.	physioswiss
Art. 4 Abs. 2 lit. a und Art. 33 Abs. 4bis Kommentar: Die beiden Artikel sind in sich nicht konsistent bzw. Art. 4 Abs. 2 lit. a des Gesetzesentwurfes stimmt mit neu Art. 33 Abs. 4bis KVG nicht überein, d.h. in Art. 33 Abs. 4bis steht nichts von den „Arbeitsprogrammen“. Entsprechend müssen die beiden Artikel im Sinne der Konsistenz angepasst werden. Art. 4 Abs. 2 lit. a: Das Zentrum hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben: a. Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm; Art. 33 Abs. 4bis 4bis Er beauftragt das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Erstellung von Berichten, die ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der Bezeichnung der Leistungen unterstützen	m-net
Health Technology Assessments (HTA) PULSUS erachtet es als notwendig, dass im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien und der regelmässigen Re-Evaluation der OKP-Leistungen gehandelt wird. Leistungen sollen hinsichtlich der WZW-Kriterien erbracht werden. PULSUS ist jedoch gegen eine Aufgabeneingliederung im HTA-Bereich in das Zentrum für Qualität und die Regelung im Rahmen eines neuen Bundesgesetzes. PULSUS befürwortet eine Organisationsstruktur, bei der externe und neutrale Akteure den HTA-Prozess koordinieren. Zweckmässigerweise sollte diese neutrale Organisationsstruktur unabhängig vom BAG gestaltet werden und so ausgelegt sein, dass die SwissHTA definierten Rahmenbedingungen die Gestaltungsgrundlage bilden. PULSUS schlägt vor, dass die Koordination des HTA-Prozesses nicht durch das BAG, sondern durch eine externe und unabhängige Institution auf der Basis der im Konsens der SwissHTA definierten Rahmenbedingungen stattfindet.	PULSUS

Articolo 4 capoverso 3

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Art. 4 Abs. 3 Ersatzlos zu streichen.	Äg_BE
Il convient de spécifier que le centre ne peut exercer des tâches rémunérées que si elles répondent aux objectifs fixés à l'article 3.	Médecins de famille
Art. 4 Abs. 3 Ersatzlos zu streichen.	VLSS
Besonders interessant die Generalklausel in Art. 4 Abs.3 („Der Bund kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben übertragen.“) Will heissen, dass das Zentrum mit heute noch nicht bekannten weiteren „Aufgaben“ versehen werden kann.	pMW
(Aufgaben) Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor: - 3 Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben nach den in Art. 3 genannten Zielen übertragen.	FMH, AGZ, SSMO, SGN
Art. 4 Abs. 3 (Aufgaben) Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor:	KKA

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
3 Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben nach den in Art. 3 genannten Zielen übertragen.	
Art. 4 Abs. 3 (Aufgaben) Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor: 3 Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben nach den in Art. 3 genannten Zielen übertragen.	KAeG SG
Art. 4 Abs. 3 Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung: Hier hält sich der Bundesrat die Möglichkeit offen, dem Zentrum weitere Aufgaben zu übertragen. Aus Sicht der Krankenversicherer besteht die Gefahr, dass der Kompetenzbereich des Zentrums beliebig erweitert wird und sich damit der finanzielle Ressourcenbedarf erhöht.	santésuisse
Die nationalen Plattformen werden im erläuternden Bericht mehrmals und an zentralen Stellen erwähnt. Im Gesetzestext fehlen hingegen die nationalen Plattformen vollständig. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 4 vor: Abs.3 (neu) Zur Erfüllung dieser Aufgaben stützt sich das Zentrum auf die bereits existierende nationale Qualitäts-Plattform und auf die nationale HTA-Plattform. Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor: Abs.4 (neu) Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben nach den in Art. 3 genannten Zielen übertragen.	SAMW
Art. 4,3 Die bundesrätlichen Befugnisse müssen kritisch betrachtet werden. 4 Hier wird jenseits der direkten Demokratie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen vorangetrieben, was grundsätzlich kritisch betrachtet werden muss.	EDU
Art. 4 Abs. 3 (Aufgaben) Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor: 3 Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben nach den in Art. 3 genannten Zielen übertragen.	SGA
Art. 4 Abs. 3 (Aufgaben) Kommentar: Falls eine Aufgabenerweiterung nötig bzw. angezeigt ist, kann dies nur im Rahmen der Zielsetzung unter Art. 3 erfolgen. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Abs. 3 vor: 3 Der Bundesrat kann dem Zentrum gegen Abgeltung weitere Aufgaben nach den in Art. 3 genannten Zielen übertragen.	m-net

Articolo 4 capoverso 4

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Bundesrat „kann das Zentrum ermächtigen, den Bund in internationalen Organisationen und Vereinigungen in den Bereichen Qualität und Bewertung von Gesundheitstechnologien zu vertreten“ (Art. 4 Abs.4).	pMW

Articolo 5

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Es erscheint zweckmässig, die verschiedenen Institutionen im Zentrum für Qualität zusammenzuführen.	GL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Dies ist für die Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Abgrenzungsschwierigkeiten wesentlich zielführender als die angestrebte Zusammenarbeit (Artikel 5). Zwingende Voraussetzung ist aber die Einbindung der verschiedenen Stakeholder. Als Modell könnte die Organisation der SwissDRG AG dienen. Im Verwaltungsrat wären nach einem zu bestimmenden Schlüssel Bund, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer und die verschiedenen, heute in der Qualitätsdiskussion bereits etablierten und verankerten Akteure (ANQ, Swiss Medical Board, Stiftung Patientensicherheit Schweiz u. a.) vertreten. Alle haben ein Interesse, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Schweiz zu verbessern und die medizinischen Leistungen im Rahmen von HTA einer Beurteilung zu unterziehen.	
Eine angemessene Vertretung aller Akteure mit bisherigen und aktuellen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung, der Patientensicherheit und der HTA ist deshalb eine zwingende Bedingung bei der Schaffung eines nationalen Qualitätszentrums. Die partnerschaftliche Umsetzung von Massnahmen im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist für die Akzeptanz und wirkungsvolle Umsetzung ein zentraler Erfolgsfaktor. Die Kantone müssen insbesondere deshalb miteinbezogen werden, da sie für eine angemessene Qualität in den Spitälern mitverantwortlich sind. 2.2 ANQ - Ein weiterer Punkt ist die Beibehaltung des ANQ. Aus Sicht des Schwyzer Regierungsrates ist dieser nach der Schaffung eines nationalen Zentrums überflüssig. Bereits heute gibt es viele Einzelaktivitäten, mangelnde Koordination und keine Bündelungen der Ressourcen. Mit der aktuellen Vorlage und der Aufrechterhaltung des ANQ würden diese Probleme nur unwesentlich verbessert. Die Situation würde durch die entstehende Konkurrenz und die Doppelspurigkeit im Gegenteil komplizierter. Eine Integration des ANQ in ein zukünftiges nationales Zentrum für Qualität wäre deshalb ein weiteres, wichtiges Anliegen.	SZ
Ähnliches gilt auch für den Miteinbezug bereits bestehender Akteure im Bereich der Qualitätssicherung wie etwa der ANQ, die Stiftung für Patientensicherheit, der Verein QualiCare oder die Stiftung CIRNET. Es soll mit diesen Institutionen geprüft werden, wie sie allenfalls in das Zentrum oder in die Arbeiten des Zentrums integriert werden können.	LU
Ensuite, nous sommes d'avis que les activités du centre devraient être élargies aux prestations de soins régies par les assureurs fédéraux accident et invalidité. Partant, le projet de loi devrait explicitement faire référence à la LAA et à la LAI. Les domaines de la prévention des maladies, en particulier sur le plan des mesures individuelles financées par l'AOS, et de la promotion de la santé devraient également être pris en compte. Pour le reste, la qualité des prestations et la sécurité des patients doivent être assurées bien au-delà du seul séjour hospitalier des patients. C'est pourquoi nous préconisons que le périmètre couvert par les activités du centre englobe également le domaine ambulatoire, ceux des EMS et du soin à domicile dans une perspective de prise en charge des soins coordonnée.	NE
...und wie es dabei mit den anderen Akteuren zusammenarbeitet. Die Abstimmung mit bzw. die Abgrenzung zum ANQ, der als Institution der Tarifpartner bestehen bleiben soll, erachten wir dabei als zentral. Um eine Bündelung und Koordination der Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung in der Schweiz zu erreichen, ist aus Sicht der Kantone eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen Akteuren zentral.	OW
Die Notwendigkeit einer effizienten Bündelung, Koordination und Verstärkung der Erkenntnisse und Anstrengungen in der Qualität wird damit keineswegs bestritten;...	ZH
Ein weiterer Punkt, den es zu klären gilt, ist die Zusammenarbeit der bereits im Qualitätsbereich tätigen Akteure. Es erscheint zweckmässig und ressourcensparend, diese ganz oder teilweise ins neue Zentrum zu integrieren. Damit auf der Erfahrung des Swiss Medical Board aufgebaut werden kann, würde der Regierungsrat es begrüßen, wenn der Bund dem Board einen ständigen Leistungsauftrag für die Aufgaben im Bereich HTA erteilt.	BE
En ce qui concerne les répercussions du projet de loi sur les autres institutions soutenues par la CDS et les cantons, le Gouvernement est d'avis que les activités de Sécurité des patients suisse et de Swiss Medical Board devraient être reprises par le centre de qualité. Quant à l'ANQ, la relation avec le centre pourrait s'inscrire dans le cadre d'un mandat spécifique..	JU

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
A nostro parere, l'avamprogetto messo in consultazione non approfondisce in maniera sufficiente le collaborazioni con le istituzioni già attive nel settore della promozione della qualità (ad esempio: l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche – ANQ – e la Fondazione per la sicurezza dei pazienti). Quale sarà il loro ruolo in un prossimo futuro? Come saranno ripartite le varie competenze e responsabilità? Il dubbio che si possano creare dei doppioni inutili e costosi a scapito dell'obiettivo principale che è quello di assicurare e garantire la qualità in ambito sanitario, nonché di promuovere il coordinamento tra le varie iniziative, è legittimo.	TI
Schnittstellen zwischen oder eine künftige Zusammenarbeit mit dem nationalen Zentrum und bisherigen Akteuren werden nur angedeutet, aber nicht eindeutig aufgezeigt. Der ANQ ist nach wie vor an einer konstruktiven Zusammenarbeit mit dem BAG sehr interessiert und auch bereit, weiterhin seinen Beitrag für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu leisten.	ANQ
Ad Art. 5 (Anpassung) „Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das BAG mit den Behörden, Institutionen und Organisationen auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene zusammen und hört diese regelmässig an.“	Äg_BE
Le terme « en particulier » peut prêter à confusion. Il convient de le supprimer afin que l'on ne puisse pas déduire que l'OFSP doit être le partenaire privilégié au détriment des « autres autorités, institutions et organisations [...] ». Il est de plus important de mentionner ici les plateformes nationales qualité et HTA, qui devront constituer des partenaires de choix. Comme nous l'avons mentionné déjà plus haut, ces plateformes doivent être impérativement définies dans le projet de loi.	Médecins de famille
Vernetzung Aufgrund der komplexen Natur von Qualität ist eine systematische Vernetzung mit den wichtigsten Akteuren zwingend. Es müssen dafür geeignete Gefässe geschaffen werden. Das Einberufen von regelmässigen Treffen mit den Stakeholdern ist ein wesentlicher Bestandteil der Vertrauensbildung und des Realitätsabgleichs. Zu den wichtigsten Stakeholdern zählen nach Ansicht von Patientensicherheit Schweiz die Kantone, Versicherer, Berufs- und Fach- und Branchenverbände, medizinische Fachgesellschaften sowie Patientenorganisationen. Von zentraler Bedeutung ist zudem die Einbindung von akademischen Partnern, welche in den Bereichen Gesundheit und Organisationsentwicklung aktiv sind. Das Zentrum soll ein Kompetenzzentrum werden, welches auch akademisch durch innovative, interdisziplinäre und interprofessionelle Forschung Anerkennung findet. Abgleich mit dem Gesetzesentwurf: In der Auflistung der Aufgaben in Art. 4 ist die Vernetzung nicht namentlich genannt. Art. 5 regelt die Zusammenarbeit und nennt insbesondere das BAG als Partner. Die als sehr wichtig erachtete Netzwerkfunktion des Zentrums sowie die in den Erläuterungen erwähnten Stakeholder Plattformen werden nicht abgebildet in den Strukturen und Aufgaben und bleiben somit weitgehend der Willkür des Zentrums überlassen	Patientensicherheit
Ad Art. 5 (Anpassung) „Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das BAG mit den Behörden, Institutionen und Organisationen auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene zusammen und hört diese regelmässig an.“	VLSS
Das schweizerische Gesundheitswesen ist dezentral organisiert und die Kantone übernehmen viele wichtige Funktionen. Die Kantone sind aber nach unserer Interpretation des Gesetzes nur am Rande berücksichtigt. Auch hier sehen wir einen Nachholbedarf.	GSASA
Wenn jedoch ein Zentrum entsteht, sollten auch in diesem Rahmen die bestehenden Institutionen des Bereichs (und hier v.a. EQUAM als anerkannte Institution für Qualitätsmessung in der ambulanten Medizin) in die Entwicklung von Indikatoren und Standards und deren Überwachung miteinbezogen werden. Insofern sind wir befremdet darüber, dass EQUAM nicht offiziell zur Vernehmlassung eingeladen wurde. Immerhin gibt es diese Institution seit 1999 und sie ist in entsprechenden Kreisen – inklusiv dem BAG - bestens bekannt.	EQUAM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Während EQUAM der Feststellung des Berichtes im Anschluss an die OECD/WHO, dass gerade im ambulanten Bereich ein Mangel an grundlegenden Daten und Messinstrumenten vorherrscht, generell zustimmt, ist anzumerken, dass EQUAM über wesentliche Kompetenzen für die Beforschung und Messung von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität verfügt. Die Stiftung entwickelt seit dem Jahr 1999 gemeinsam mit dem deutschen Forschungsinstitut AQUA (das auch im Bericht S.10 Erwähnung findet) und in enger Kooperation mit Praktikern und Fachleuten (u.a. Vertreter des Versicherungswesens, Führungspersonen aus der Medizinindustrie, Vertreterinnen von Patientenorganisationen etc.) mehrere Sets öffentlich einsehbarer Indikatoren und Standards zur Messung von Prozess- und Strukturqualität im ambulanten Bereich; für Einzel- als auch Gruppenpraxen, sowie für Spezialärzte und Ärztenetzwerke. Nach Veröffentlichung der ersten Version der Indikatoren haben sich die Entwickler in der „TOPAS-Europe Association“ zusammengeschlossen, um die Indikatoren und Instrumente regelmässig zu aktualisieren. Seit fünf Jahren entwickelt EQUAM zudem Indikatorensets zur Messung von Ergebnisqualität, z.B. für Medikationssicherheit, Diabetes, Hypertonie und koronare Herzkrankheiten. Diese Sets basieren u.a. auf QiSA-Indikatoren, die durch ein internationales Expertengremium entwickelt wurden (Zusammenarbeit mit AOK bzw. AQUA-Institut). Weitere Indikatorensets für medizinische Versorgungszentren sowie für Zahnarztpraxen sind in Kooperation mit dem AQUA-Institut in Planung. Im Rahmen der Zertifizierungsaudits, welche die Stiftung durch unabhängige Auditoren durchführen lässt, dokumentiert EQUAM seit 15 Jahren ihre Messungen und ermöglicht seit ca. 10 Jahren ein fundiertes Benchmarking zwischen über 300 zertifizierten Institutionen. Eine alsbald erscheinende Studie wird die diachrone Entwicklung der Qualität in einem Sample zertifizierter Schweizer Praxen darstellen und die Wirkung des EQUAMQualitätsmanagements wissenschaftlich messen. Noch im Jahr 2014 wird EQUAM auch in der Westschweiz aktiv werden und auch dort ihre Qualitätsentwicklungs- und Zertifizierungsarbeit anbieten. Die EQUAM Stiftung erfüllt die Kriterien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften „Zertifizierung im medizinischen Kontext“ und ist von der schweizerischen Akkreditierungsstelle SAS nach der Norm 17021 akkreditiert. Die langjährige Erfahrung der Stiftung in der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Qualitätsindikatoren und in der konkreten Qualitätsarbeit in der ambulanten Medizin macht EQUAM zu einem idealen Kooperationspartner für das entstehende Zentrum für Qualität für diesen Bereich. Ein Zentrum für Qualität ist für EQUAM geschäftsschädigend, sollte EQUAM nicht mit- einbezogen werden, d.h. konkurriert werden. Dies gilt selbstverständlich auch für andere Anbieter in diesem Bereich. Art. 5 (Zusammenarbeit) Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum insbesondere mit dem BAG und anderen in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene zusammen. EQUAM erwartet und fordert eine Zusammenarbeit im Bereich von Qualitätsmessungen in der ambulanten Medizin	
Das Zentrum soll gemäss Art. 5 mit allen möglichen Institutionen zusammenarbeiten, „insbesondere mit dem BAG“ und mit „Behörden, Institutionen und Organisationen auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene“. Diese Aufzählung entwertet die Kantone als souveräne Glieder des Bundesstaates: Sie kommen nur als Sitz von allerlei „Behörden, Institutionen und Organisationen“ in Betracht und nur neben nationalen und internationalen Organisationen.	pMW
(Zusammenarbeit) Kommentar 1: Wir gehen davon aus, dass sich die Formulierung «insbesondere» auf das BAG und die anderen, in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen gleichermaßen bezieht. Falls die Formulierung «insbesondere» sich primär auf das BAG bezieht, ist eine entsprechende Streichung der Formulierung nötig.	FMH, AGZ, SSMO, SGN

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kommentar 2: Die nationalen Plattformen werden im erläuternden Bericht mehrmals und als zentrale Stelle erwähnt. Im Gesetzestext fehlen hingegen die nationalen Plattformen vollständig. Entsprechend schlagen wir folgende Änderung zu Art. 5 vor: 2 Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum des Weiteren mit der nationalen Qualitätsplattform und der nationalen HTA-Plattform zusammen, welche sich aus den Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzen Das geplante Zentrum schafft vor allem Doppelspurigkeiten, wird dem bis anhin an den Tag gelegten Commitment der Stakeholder nicht gerecht und bringt keinerlei Synergien.	
Art. 5 (Zusammenarbeit) Kommentar: Wir gehen davon aus, dass sich die Formulierung „insbesondere“ auf das BAG und die anderen in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen gleichermaßen bezieht. Falls die Formulierung „insbesondere“ sich primär auf das BAG bezieht, ist eine entsprechende Streichung der Formulierung nötig. Kommentar: Die nationalen Plattformen werden im erläuternden Bericht mehrmals und als zentrale Stelle erwähnt. Im Gesetzestext fehlen hingegen die nationalen Plattformen vollständig. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 5 vor: 2 Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum des Weiteren mit der nationalen Qualitäts-Plattform und der nationalen HTA-Plattform zusammen, welche sich aus den Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzen.	KKA
Insbesondere muss explizit auf die bereits heute von den Universitäten durchgeführte Forschung und deren Kompetenz in diesem Bereich verwiesen werden. Für uns ist unbestritten, dass ihnen dabei eine zentrale Position zukommt und dass das geplante Zentrum nicht ohne Zusammenarbeit mit diesen Akteuren über den Nutzen von Therapien befinden kann und soll. Nur so können eine dauerhaft hohe Qualität und ein sinnvoller Ressourceneinsatz garantiert werden.	FSP
Art. 5 (Zusammenarbeit) Kommentar: Wir gehen davon aus, dass sich die Formulierung „insbesondere“ auf das BAG und die anderen in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen gleichermaßen bezieht. Falls die Formulierung „insbesondere“ sich primär auf das BAG bezieht, ist eine entsprechende Streichung der Formulierung nötig. Kommentar: Die nationalen Plattformen werden im erläuternden Bericht mehrmals und als zentrale Stelle erwähnt. Im Gesetzestext fehlen hingegen die nationalen Plattformen vollständig. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 5 vor: 2 Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum des Weiteren mit der nationalen Qualitäts-Plattform und der nationalen HTA-Plattform zusammen, welche sich aus den Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzen.	KAeG SG
8. Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Ausland nur, wenn mit Schweizer Zielsetzung vereinbar Grundsätzlich ist es sinnvoll HTAs nicht unnötig zu duplizieren, da deren Erstellung mit grossem Aufwand verbunden ist. Auf ausländische HTA-Berichte kann jedoch nur beschränkt zurückgegriffen werden. Während die klinischen Aspekte von HTA-Berichten in der Regel gut übertragbar sind, sind ökonomische Aspekte aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten des Gesundheitssystems nicht ohne weiteres übertragbar. Assessment-Berichte und Appraisals sind höchstens dann übertragbar, wenn die im Ausland angewendete Methodik mit den Schweizer Zielsetzungen übereinstimmt.	iph
Im Gesetzesabschnitt 'Aufgaben und Zusammenarbeit' vermissen wir konkrete Ausführungen dazu, wie die im Q-Förderungsbereich erprobten und erfahrenen, bereits bestehenden Organisationen in die Arbeit des Zentrums einbezogen werden sollen. Facit: Die AeGBL deutet den Mangel an Klarheit in diesem wichtigen Punkt als entlarvend schwaches Bekenntnis zu einer ebenbürtigen und wertschätzenden Zusammenarbeit mit den genannten Organisationen und Institutionen - aus unserer Sicht namentliche der SAQM der FMH.	ÄgBL
Im erläuternden Bericht zu den Qualitätsbestrebungen wird sehr ausführlich über die grosse Zahl und die Bedeutung der bereits existierenden nationalen Plattformen und Partner berichtet. Im Gesetzesentwurf wird aber nirgends erwähnt, wie diese in ein nationales	SAMW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zentrum eingebunden werden sollen. Im Bericht heisst es nur, dass das Zentrum sich „nicht an die Stelle der Akteure setzt, sondern diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten unterstützt. Die genannten Massnahmen des Bundes sind denn auch als Ergänzung zu verstehen“. Das ist grundsätzlich zu begrüessen, aber es sollte im Gesetz so geregelt werden, dass keine Doppelspurigkeiten entstehen. Den meisten Akteuren mangelt es nämlich nicht an wissenschaftlichen Grundlagen, sondern an materieller und projektbezogener Unterstützung. Ein berechtigtes Anliegen des Bundes ist es, die zahlreichen bereits bestehenden Bestrebungen zur Qualitätsverbesserung und zur Patientensicherheit zu bündeln, zu koordinieren und transparent zu machen. Dazu ist aber nicht notwendigerweise ein eigenes Zentrum erforderlich. Die Definition medizinisch relevanter Q-Faktoren ist schwierig und benötigt grosses Fachwissen, die vollständige Erfassung ist nur mit vorbehaltloser Kooperation der Leistungserbringer möglich und eine seriöse Auswertung und Publikation erfordert wiederum ein grosses Fachwissen. Dies wäre für ein Zentrum eine sehr anspruchsvolle und sehr aufwändige Arbeit und allein sicher nicht machbar. Viel besser wäre eine projektbezogene Kooperation mit den entsprechenden Partnern, welche aber im Gesetz auch entsprechend formuliert werden müsste.	
CURAVIVA Schweiz und senesuisse begrüessen zwar die (pro forma?) Erwähnung der Zusammenarbeit unter den bestehenden Interessenvertretern im Gesundheitsbereich, bedauern aber zugleich, dass Artikel 5 des vorliegenden Vorentwurfs faktisch den Rang einer blossen Anmerkung aufweist, deren Inhalt überhaupt nicht konkretisiert wird. Dabei ist es an sich für den Erfolg von Qualitätsbestrebungen essentiell, über die Branchenverbände auch die Motivation der betroffenen Betriebe sicherzustellen. Wenn schon ein solch staatliches Institut geschaffen werden muss, sollte wenigstens der Zusammenarbeit im Rahmen der Vorlage einen hohen Stellenwert eingeräumt werden. Der Gesetzesentwurf müsste konkrete und verbindliche Inhalte der Zusammenarbeit mit den Akteuren vorsehen: Die bestehenden Bemühungen zur stetigen Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitsbereich dürfen auf keinen Fall unterdrückt und ignoriert werden. Im Spiel steht die Effektivität des geplanten Zentrums für Qualität: Seine Tätigkeit ist unbestrittenermassen auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren angewiesen – sonst droht seine Aktion unweigerlich unwirksam und sogar schädlich zu scheitern. Die Kultur der Zusammenarbeit spielt im Schweizer Verwaltungssystem eine wichtige Rolle, die nicht unterschätzt werden darf: Die Beispiele sind unzählig von Projekten, die zum Scheitern verurteilt wurden, weil Grundanforderungen des Projektmanagements ungenügend berücksichtigt wurden, indem Planung, Akzeptanz und Umsetzung von Vorhaben nicht sorgfältig genug vorbereitet wurden. Die föderalistische Struktur des Schweizer Staats und die eng damit verbundene demokratische Arbeitskultur verbieten jegliches jakobinisches Unterfangen. Die Erfahrung zeigt: Nur im Rahmen einer von allen Betroffenen gut verstandenen und nachvollzogenen Zusammenarbeit können wirksame Evaluationstätigkeiten und Umsetzungsprogramme durchgeführt werden. CURAVIVA Schweiz und senesuisse bedauern, dass die Zusammenarbeit unter und mit den betroffenen Akteuren im Gesundheitswesen nicht stärker betont, konkretisiert und gefördert wird. Wie eingangs (unter 2.) betont, bedauern CURAVIVA Schweiz und senesuisse, dass die Zusammenarbeit in Artikel 5 des Vorentwurfs faktisch den Rang einer blossen Anmerkung bekommt, deren Inhalt kaum konkretisiert ist. Der Zusammenarbeit mit den bestehenden Stakeholders im Gesundheitsbereich, insbesondere den Leistungserbringern, sollte im Rahmen der Vorlage ein sehr hoher Stellenwert zukommen: diese soll verstärkt gefördert werden und an konkrete und verbindliche Inhalte anknüpfen. Deswegen empfehlen CURAVIVA Schweiz und senesuisse, den Inhalt von Artikel 5 des Vorentwurfs zu konkretisieren und verbindlicher zu machen. Diese Bestimmung darf keinen rein deklaratorischen Charakter haben – sonst drohen schmerzhaft Rückschläge: Das Zentrum für Qualität darf es sich nicht leisten, durch eine autoritäre Vorgehensweise die Akteure zu enttäuschen und entmutigen, auf deren wertvolle Zusammenarbeit es doch unbedingt angewiesen ist.	Curaviva

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Hier wird jenseits der direkten Demokratie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen vorangetrieben, was grundsätzlich kritisch betrachtet werden muss.	EDU
Bewährte Institutionen wie der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ, die Stiftung für Patientensicherheit, der Verein Swissnoso oder der Verein QualiCCare müssen in angemessener Weise eingebunden und gestärkt werden. Angesichts der verfassungsmässigen Zuständigkeitsordnung für das Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz, strebt der vorliegende Entwurf eine zu starke Zentralisierung der Aufgaben und Kompetenzen an. Dies gilt insbesondere für die Umsetzung von Massnahmen (Programme und Projekte). Im Sinne von Good Governance muss hier eine bessere Gewaltentrennung eingehalten werden. Wenn das Zentrum für Qualität eine starke Rolle in der Definition der Strategie und in der Evaluation der Umsetzung übernehmen soll, müssen die Umsetzungsaktivitäten zur Verfolgung der Strategie an kompetente externe Akteure übertragen werden.	GELIKO
S'agissant du chapitre « Collaboration » (cf. art. 5), il n'est pas assez clairement noté avec quelles institutions, outre l'OFSP, l'OFS et l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), ce centre va devoir collaborer. La Société Vaudoise de Médecine estime que les associations professionnelles telles que la FMH, les sociétés suisses de spécialistes et les sociétés médicales cantonales devraient figurer en bonne place dans le texte de loi. Elle estime que seuls des médecins éclairés peuvent réellement évaluer et juger une prise en charge médicale. Une très étroite collaboration est ainsi indispensable avec les sociétés faitières de spécialistes et les sociétés médicales cantonales. A cet égard, la Société Vaudoise de Médecine recommande que le type de données à récolter ainsi que le contexte médical dans lequel elles sont récoltées soient clairement définis par les sociétés médicales. Par ailleurs, les données récoltées devraient être publiques, gratuites et utilisables par tous les partenaires de la santé. Dites données devraient pouvoir servir à tous dans la mesure où elles auront été récoltées par le biais des médecins et ce, tout en respectant les règles impératives en matière de protection des données ainsi que le secret médical. Le rapport explicatif produit à l'appui du projet de loi dresse une longue liste de problèmes majeurs dans la prise en charge des prestations médicales. Ces problèmes sont cernés depuis fort longtemps et ne sont pas démentis. De nombreux efforts ont été effectués dans les institutions et les cercles de qualité en accord avec les associations de patients. Les résultats sont tangibles et ils contribuent à la responsabilisation de chacun des intervenants. Il existe déjà des instruments de contrôle ambulatoire sous forme de cercles de qualités loco-régionaux. Une promotion de ces derniers, plus proches de la réalité et du terrain, conduirait à plus raison.	SVM
Art. 5 Zusammenarbeit Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum insbesondere mit dem BAG und anderen in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene zusammen. Antrag DVSP: (...) Den Patientinnen- und Patientenvertretungen wird ein Antragsrecht zur Überprüfung einzelner Leistungen eingeräumt.	DVSP
• Der guten Ordnung halber sollen fachliche Berufsorganisationen in Art. 5 genannt werden. Entsprechende Organisationen, die mehr als 50% der in der Schweiz tätigen Leistungserbringer ihrer Berufsgruppe vereinen, sollen in einem Anhang ausdrücklich genannt werden.	physioswiss
Art. 5 (Zusammenarbeit) Kommentar: Wir gehen davon aus, dass sich die Formulierung „insbesondere“ auf das BAG und die anderen in den Aufgabenbereichen nach Artikel 4 tätigen Behörden, Institutionen und Organisationen gleichermaßen bezieht. Falls die Formulierung „insbesondere“ sich primär auf das BAG bezieht, ist eine entsprechende Streichung der Formulierung nötig. Kommentar: Die nationalen Plattformen werden im erläuternden Bericht mehrmals und als zentrale Stelle erwähnt. Im Gesetzestext fehlen hingegen die nationalen Plattformen vollständig. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 5 vor:	m-net

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
2 Zur Erfüllung seiner Aufgaben arbeitet das Zentrum des Weiteren mit der nationalen Qualitäts-Plattform und der nationalen HTA-Plattform zusammen, welche sich aus den Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzen.	
Für den Bereich HTA ist im Weiteren eine Zusammenarbeit mit ausländischen Institutionen unabdingbar.	SVV
Internationally centres of safety and quality improvement are emerging in many countries, though there are few truly national centres. At an institutional level we can point to The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, which has built collaboration between the business school, the medical school and clinicians in a wide range of settings. The fruits of this collaboration include the business inspired clinical microsystem concept and its application in a host of quality improvement programmes. Organisations such as the Institute for Healthcare Improvement (www.ihl.org) and Qulturum in Jönköping County Council in Sweden (www.lj.se/qulturum) have also constantly sought out ideas, concepts and practices from other disciplines and industries. Internationally we need a network of such major centres which carry out education, training, research and improvement activities in their own right but also act as the hub of a wider networks and forum for anyone concerned with the safety and quality of healthcare	SAB

Articolo 6

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
L'indépendance du centre devra en outre être garantie, non seulement en ce qui concerne les activités HT A, mais aussi par la mise en place d'un comité scientifique neutre recourant par exemple à des experts venant d'autres pays. Il s'agit aussi d'éviter que des intérêts commerciaux influencent la stratégie du centre. Pour ce faire, il y aurait lieu de limiter le pouvoir de décision au Conseil fédéral.	NE
2. Organisation und Rechtsform eines nationalen Zentrums Was die institutionelle Ausgestaltung, die Rechtsform und die strukturellen Rahmenbedingungen des vom Bundesrat vorgeschlagenen Zentrums betrifft, ist aus Sicht des GDK-Vorstands positiv, dass ein unabhängiges nationales Zentrum vorgeschlagen wird.	GDK
Die im Vorfeld immer wieder besprochene wichtige Vernetzung und Koordination aller Akteure und deren Aktivitäten als eine der Hauptaufgaben eines solchen Zentrums müssen im Gesetz viel besser abgebildet werden, entsprechende Organe müssen geschaffen werden. Die aufgezählten Organe Verwaltungsrat, Geschäftsleitung und Revisionsstelle bilden diesen Anspruch nicht ab. Wir erlauben uns, am Ende dieser Stellungnahme ein Grobkonzept darzulegen, welches aus Sicht der Stiftung Patientensicherheit Schweiz den Anforderungen an ein nationales Qualitätszentrum eher gerecht würde, und verzichten hier auf die Detailanalyse der einzelnen Paragraphen. Wir beziehen uns in unseren Ausführungen auch auf die Empfehlungen des vom SAG als Reflexionsorgan eingesetzten wissenschaftlichen Begleitkomitees vom November 2013. Diese Empfehlungen sollten aus unserer Sicht zwingend Grundlage für die Überlegungen zu einem nationalen Qualitätszentrum sein, wurden jedoch weder im Gesetzestext noch in den Erläuterungen berücksichtigt Praxisnähe: Qualität und Patientensicherheit liegen in erster Linie in der Verantwortung der Leistungserbringer, d.h. der Institutionen und Fachpersonen, welche für die Betreuung und Behandlung von Personen zuständig sind. Im Fokus sind auch die Betroffenen, d.h. die Patientinnen und Patienten; sie spüren die Auswirkungen falscher oder ungenügender Behandlungen direkt und unmittelbar. Die im Bereich Qualität und Patientensicherheit zu entwickelnden Aktionsfelder müssen zwingend immer wieder den Austausch bzw. einen Abgleich mit der Realität in der Praxis beinhalten. Damit können einerseits echte	Patientensicherheit

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Bedürfnisse der verschiedenen Versorgungssektoren erkannt und aufgegriffen werden, andererseits schafft die Praxisnähe Vertrauen, nicht zuletzt durch persönliche Kontakte. Qualität und Patientensicherheit sind komplexe Themen, welche nicht primär und alleinig top-down verordnet werden können, sondern Akzeptanz, Einsicht, Training, Schulung und die Berücksichtigung der verschiedenen Arbeitsweisen aller Versorgungssektoren benötigen. Ableich mit dem Gesetzesentwurf: Im aktuellen Gesetzesvorschlag ist die äusserst wichtige echte Praxis-Nähe praktisch nicht abgebildet. Der Einbezug der Stakeholder, insbesondere der Leistungserbringer auf Strategie-, Entwicklungs- und Umsetzungsebene, ist wichtig, da es darum geht, innovative in der Praxis akzeptierte und umsetzbare Lösungen zu entwickeln. Im Gesetz sind keine offiziellen Gefässe vorgesehen, welche diesen Einbezug und damit die Praxisnähe garantieren. Dieser Aspekt ist im aktuellen Gesetzesvorschlag nicht berücksichtigt. Hier braucht es deutliche Verbesserungen, indem das Zentrum nicht als Bundesstelle, sondern als praxisnahe Unterstützungsstelle angesehen wird. Ein Advisory Board ist nicht vorgesehen. Damit besteht die Gefahr, wichtige internationale Entwicklungen zu verpassen und ein nach innen gerichtetes Zentrum für das Ausführen von Aufträgen von Bundesstellen zu werden. Ein international zusammengesetztes Advisory Board -auch als Garant für eine hohe Qualität von wissenschaftlichen Arbeiten -wäre auch sehr attraktiv, um die Schweizer Hochschulen als Partner zu gewinnen. "Kompetenzzentrum für Qualität und Patientensicherheit" - ein Alternativ-Vorschlag der Stiftung Patientensicherheit Schweiz Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat seit ihrer Gründung im Jahr 2003 Pionierarbeit geleistet. Ihre Stärken sind Unabhängigkeit, das Vertrauen der Leistungserbringer und der weiteren Stakeholder, welche im Stiftungsrat eingebunden sind, ein überzeugender und anerkannter Leistungsausweis sowie hochqualifizierte Mitarbeitende. Dank diesen Stärken hat sich die Stiftung als national und international anerkanntes Kompetenzzentrum für die Belange der Patientensicherheit etabliert. Seit Jahren zeichnet der Bund die Stiftung als Partner des Vertrauens aus, indem ihr via BAG diverse Projekte übertragen wurden. Aktuell sind dies die beiden Pilotprogramme progress! Sichere Chirurgie und Sichere Medikation an Schnittstellen. Zudem stossen ihre Produkte, Projekte und Empfehlungen in Fachkreisen auf hohe Akzeptanz und werden von den Leistungserbringern als richtungsweisend bewertet. So z.B. der Aufbau von CIRNET, einem Netzwerk für lokale Fehlermeldesysteme, welches es angeschlossenen Gesundheitsorganisationen ermöglicht, Fehlermeldungen aus ihren lokalen CIRS-Systemen anonymisiert einzuspeisen und aus Fehlern anderer zu lernen. Zudem werden spezifische, überregional relevante Probleme in sogenannten ‚Quick Alerts‘ aufbereitet, welche im In- und Ausland hoch geschätzt werden. Im Weiteren fördert, koordiniert und entwickelt die Stiftung Aktivitäten, Methoden, Projekte und praktisches Wissen. Sie betreibt praxisrelevante Forschung, bietet Hilfe bei der lernorientierten Aufarbeitung von Patientensicherheitsproblemen und beteiligt sich aktiv an Lehrveranstaltungen. Idealerweise könnten die bewährten Strukturen und Stärken der Stiftung genutzt und einen der Kerne einer grösseren, substantiell finanzierten Struktur des geplanten Zentrums bilden. Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen, insbesondere der zugrunde liegenden Philosophie und des beschriebenen Aufgabenbereiches, wurden Überlegungen angestellt, wie ein solches Zentrum ausgestaltet sein könnte, um diesen Ansprüchen zu genügen. Der Vorschlag orientiert sich strukturell an ähnlich gelagerten, wenn auch inhaltlich anders ausgerichteten bestehenden Institutionen in der Schweiz: dem Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung, den Akademien der Wissenschaften Schweiz, der Stiftung für Gesundheitsförderung oder education 21. Alle genannten Institutionen haben die Rechtsform einer Stiftung, werden über Leistungsaufträge durch den Bund (bzw. im Fall education 21 auch über die Kantone und die Zivilgesellschaft) subventioniert und geniessen ein hohes Vertrauen der Stakeholder. Das in den Erläuterungen p.II erwähnte geplante Institut für Qualitätssicherung	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
und Transparenz im Gesundheitswesen' in Deutschland entspricht in seinen Grundzügen ebenfalls diesem Typus. SwissDRG mit der Rechtsform einer AG könnte ebenfalls als Modell herangezogen werden. Da im Zentrum mindestens drei zusammenhängende, jedoch verschiedene inhaltliche Schwerpunkte vereint werden sollen, kann man sich am Konstrukt der Akademien der Wissenschaften Schweiz orientieren. Die Dachorganisation beherbergt die vier Einzel-Akademien mit unterschiedlichen Rechtsformen, Zielen und Aufgaben. Sie entwickeln gemeinsame Aktivitäten und schliessen mit dem Bund (SBFI) eine gemeinsame Leistungsvereinbarung ab, berichten in jährlichen Intervallen über die erzielten Ergebnisse, sind jedoch bezüglich Führung, Budget und Aktivitäten-Portfolio weitgehend autonom. Weitere Institutionen / Organisationen können dem Zentrum angelagert werden. Aufgaben Die Aufgaben für das Departement Patientensicherheit sind detailliert aufgelistet auf der Seite 5 dieses Dokumentes. Governance Oberstes Organ: Jedes Departement hat entsprechend seiner Rechtsform einen eigenen Rat. Im Departement Patientensicherheit sollen die wichtigsten Stakeholder (Kantone, Leistungserbringer, die Wissenschaft, Versicherer, Patientenorganisationen u.a.) Einsitz haben. Die Präsidien der einzelnen Departements-Räte bilden den Zentrumsrat. Weitere Organe: • Advisory Board, zusammengesetzt aus fachkompetenten Persönlichkeiten aus dem In- und Ausland • Plattform für regelmässigen Austausch mit Stakeholdern • Fachkommissionen • Geschäftsstelle • Revisionsstelle Vernetzung Zum einen soll die Plattform genutzt werden, um den Dialog mit den verschiedenen Anspruchsgruppen (Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Verbänden der Leistungserbringer und Patientenorganisationen) zu pflegen und die Vernetzung der Leistungserbringer zu fördern. Zum anderen sollen insbesondere ausgewählte akademische Partner (Universitäten, Fachhochschulen) eingebunden werden, um gemeinsam Forschungsprojekte zu entwickeln, welche relevante Erkenntnisse liefern und in der Praxis implementiert werden können.	
Die Plattformen und Entscheidungsgremien des Zentrums müssen die Berufsgruppen und die Sozialpartner zwingend entsprechend ihrem Gewicht im Gesundheitswesen einbinden.	SBK
Während die «nationalen Plattformen» im erläuternden Bericht erwähnt werden, sucht man im Gesetzestext vergeblich nach verbindlichen Aussagen zu den Plattformen. Auch fehlen bei den Erläuterungen detaillierte Angaben, wie die Plattformen besetzt werden sollen und wie die Prozesse und Abläufe vorgesehen sind. Der transparente Einbezug der Stakeholder in Form derer Verbände, die konsolidierte Stellungnahmen einbringen können, sind zwingend den Meinungen von Einzelpersonen vorzuziehen. Die Organisation ist überdies mit ihren gesetzlichen Organen zu starr und die verschiedenen Positionen werden auch nicht adäquat zu besetzen sein.	FMH, AGZ, SSMO, SGN
Grösste Bedenken haben wir auch bei der personellen Besetzung der Gremien und Organe des Zentrums. In diesem Zusammenhang ist es äusserst befremdlich, dass willkürlich die Stiftung für Patientensicherheit – ein Verein der naturgemäss seine Partikularinteressen vertritt – in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden soll. Dies steht der geplanten Errichtung eines unabhängigen Zentrums für Qualität diametral entgegen und wird von der KAeG SG dezidiert abgelehnt.	KAeG SG
Hier fehlt die Beschreibung der strategischen Aufgaben des Zentrums; es sollte in der Verantwortung des Verwaltungsrats liegen, die strategischen Ziele zu erarbeiten und diese jährlich seinem Auftraggeber, dem Bundesrat oder dem EDI vorzustellen. Dies kann	SAMW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
auch in Form einer strategischen Zielvereinbarung erfolgen. Der Verwaltungsrat sollte in dieser Beziehung eine weitgehende Autonomie und Verantwortung haben.	
Betreffend „mehr Transparenz“: Mehr Transparenz für wen? Höchstens für die Steuerungszentrale „Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ und ihre Kontrolleure!	HGS
3. Abschnitt: Organisation (Artikel 6 – 9) 4. Abschnitt: Personal (Artikel 10 – 11) Was hier beschrieben wird, ist der Aufbau eines aus unserer Sicht völlig unnötigen administrativen Verwaltungsapparates für das neue – aber trotzdem völlig überflüssige - Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ausser teure Verwaltungskosten und -Honorare zu Lasten der Krankenversicherungen, produziert diese neue Institution nichts Notwendiges oder Nützliches.	EDU

Articolo 7 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wir sind jedoch der Ansicht, dass insbesondere die Ausgestaltung des Verwaltungsrates des Zentrums angepasst werden sollte, um die Akzeptanz massgeblich zu erhöhen und die Chancen für eine partnerschaftliche und wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu steigern. Ein paritätisch zusammengesetzter Verwaltungsrat erhöht das Wohlwollen für das nationale Zentrum und vereinfacht die Aufgabenerfüllung. Wichtig ist, dass der Verwaltungsrat steuernd tätig ist und Herausforderungen und Themenbereiche selbständig festlegen kann. Dies stärkt die gewünschte Unabhängigkeit des nationalen Zentrums.	NW
Insbesondere die Zusammensetzung des Verwaltungsrats muss angepasst werden. Die wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen, also die Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, die Industrie und der Bund müssen darin vertreten sein. Die Mitglieder des Verwaltungsrats sollen von diesen Akteuren vorgeschlagen werden können. Wichtig ist, dass der Verwaltungsrat steuernd tätig sein kann und Themenbereiche selbstständig festlegen kann. Dies stärkt die gewünschte Unabhängigkeit des nationalen Zentrums.	LU
Nous estimons tout d'abord que la composition proposée par le Conseil fédéral pour le futur centre, notamment au sein de son conseil d'administration, devrait mieux prendre en compte la représentativité des différents partenaires actifs dans le domaine de la santé, et notamment celle des cantons, afin de lui donner la plus grande légitimité possible et d'en assurer un fonctionnement optimal.	NE
Wir sind jedoch der Ansicht, dass die angemessene Vertretung aller Akteure mit bisherigen und aktuellen Aufgaben im Bereich von Qualitätssicherung, Patientensicherheit und HTA gemäss vorliegender Konzipierung des Zentrums nicht möglich ist. Die partnerschaftliche Umsetzung von Massnahmen im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist für die Akzeptanz und wirkungsvolle Umsetzung ein zentraler Erfolgsfaktor. Der breite Einbezug der Betroffenen hat sich beispielsweise in der Stiftung für Patientensicherheit sehr bewährt. Um die Akzeptanz der Stakeholder massgeblich zu erhöhen und die Chancen für eine partnerschaftliche, wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu steigern, ist aus Sicht des Regierungsrats insbesondere die Ausgestaltung des Verwaltungsrats des Zentrums anzupassen: Der Verwaltungsrat sollte aus neun Mitgliedern bestehen, die die Akteure im Gesundheitswesen (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Bund) repräsentieren. Die Mitglieder des Verwaltungsrats sollen von diesen Akteuren vorgeschlagen werden können. Die Kantone können drei Personen vorschlagen. Der Verwaltungsrat kann vom Bundesrat eingesetzt werden (analog zu Swissmedic). Wichtig ist, dass der Verwaltungsrat steuernd tätig sein und Herausforderungen und Themenbereiche selbstständig festlegen kann. Dies stärkt die gewünschte Unabhängigkeit des nationalen Zentrums.	OW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Da die Erteilung von Leistungsaufträgen sowie die partnerschaftliche Umsetzung von Massnahmen im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit für die Akzeptanz und wirkungsvolle Umsetzung ein zentraler Erfolgsfaktor ist, muss der Verwaltungsrat zwingend aus Mitgliedern bestehen, welche die Akteure im Gesundheitswesen (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Bund) repräsentieren. Diese Mitglieder sollen von den Akteuren (z.B. GDK, Organisationen der Leistungserbringer, Dachverband der Krankenkassen, MTK) vorgeschlagen werden können. Artikel 7 Absatz 1 soll dies klar vorsehen: "Der Verwaltungsrat ist das oberste Leitungsorgan. Er besteht aus zehn fachkundigen Mitgliedern, aus je drei Kantonsvertreterinnen und -vertretern, aus Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer und aus Vertreterinnen und Vertreter der Kranken- und Unfallversicherern sowie aus einem BAG-Vertreter."	SG
En ce qui concerne la gouvernance du futur centre, le projet fédéral prône un modèle expert et centralisé, régulé par la Confédération, avec participation des parties prenantes (cantons, prestataires, assureurs, ...), sous forme de plateformes, dont on suppose que le rôle sera consultatif. A l'instar de la Conférence intercantonale des directrices et directeurs de la santé (CDS), le canton de Genève souhaite voir explicitement fixée dans la loi la représentation des cantons au sein du Conseil d'administration. Responsables de l'organisation des soins et de leur co-financement, ils doivent être adéquatement représentés dans la manière d'organiser l'évaluation de ce, qui relève de leur responsabilité.	GE
D'après le projet de loi, les objectifs stratégiques seront fixés par le Conseil fédéral et il est indispensable que les cantons soient associés à ce niveau-là de discussion. La question se pose de savoir si l'institution d'une plateforme consultative à laquelle, selon le projet de loi, les cantons seront conviés, est une réponse suffisante pour assurer que les cantons soient entendus.	FR
Les acteurs auxquels le législateur a confié des compétences et des responsabilités au sens de l'AOS devraient être représentés dans le conseil d'administration du centre afin de lui donner la plus grande légitimité possible et d'en assurer un fonctionnement optimal; L'indépendance du centre devra être garantie, non seulement en ce qui concerne les activités HTA, mais aussi par la mise en place d'un comité scientifique neutre (qui pourrait par exemple comporter des personnalités académiques étrangères reconnues). Ainsi, octroyer le pouvoir de décision au Conseil fédéral uniquement doit être retenu car cela limite le risque que des intérêts commerciaux influencent la stratégie du centre ;	VD
Die Kantone sind verantwortlich für die Versorgungsplanung und Versorgungsqualität und müssen demzufolge mindestens gleichberechtigt mitsteuern können. Es braucht über die Vertretung im Verwaltungsrat (VR) hinaus ein stärkeres und verbindlicheres Mitwirkungsrecht der Kantone und Tarifpartner. Vor diesem Hintergrund muss unter anderem die Ausgestaltung des VR des Qualitätszentrums angepasst werden. Der VR soll aus Mitgliedern aus Kanton, Versicherern und Bund bestehen. Wichtig ist, dass der VR auch steuernd tätig ist.	AG
Condividiamo l'importanza, più volte evidenziata nel testo, di garantire, attraverso la forma giuridica scelta (una fondazione di diritto pubblico), l'indipendenza e la trasparenza degli sforzi che saranno intrapresi. Siamo persuasi della necessità che questo istituto possa operare in maniera autonoma e neutra garantendo di fatto un monitoraggio obiettivo della qualità in ambito sanitario e assumendo un ruolo di referente a livello nazionale. E' fondamentale che il Consiglio di amministrazione possa esercitare una funzione di pilotaggio e che possa definire in maniera indipendente strategie e obiettivi. Crediamo tuttavia, contrariamente a quanto presentato nel testo, che i Cantoni e gli altri attori importanti (in particolare i fornitori di prestazioni e gli assicuratori) debbano essere integrati in maniera adeguata a livello strategico ed operativo e far parte del Consiglio di amministrazione.	TI
Die Kantone und andere wichtige Partner sind jedoch im vorliegenden Vorschlag auf der strategischen und operativen Ebene nicht angemessen einbezogen. Für den GDK-Vorstand ist eine alleinige Steuerung des Zentrums durch den Bund nicht akzeptabel und mehrheitsfähig. Der verbindliche Einbezug der relevanten Akteure (insbesondere der Kantone, aber auch der Leistungserbringer, Versicherer und allenfalls weiterer Akteure) ist zwingend sicherzustellen, beispielsweise durch eine breitere Trägerschaft und Vertretungen im Verwaltungsrat.	GDK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Um die Akzeptanz der Stakeholder massgeblich zu erhöhen und die Chancen für eine wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu steigern, ist aus Sicht des GDK-Vorstands insbesondere die Ausgestaltung des Verwaltungsrats bzw. des strategischen Führungsorgans des Zentrums und allenfalls auch der Rechtsform anzupassen. Hier sollten weitere Optionen erarbeitet werden.	
Für die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des Qualitätszentrums befürwortet die SKS entweder ein neutrales Gremium ohne Vertreter von Leistungserbringern, Versicherern oder anderen Akteuren oder eine ausgewogene Vertretung aller relevanten Akteure. Bei der zweitgenannten Variante wäre es unabdingbar, dass sowohl die Patienten- wie auch die Konsumentenschutz-Organisationen vertreten wären und für die dafür nötigen Ressourcen entschädigt würden.	SKS
Bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Nationalen Plattform fehlen die Sozialpartner. Wie oben erwähnt, sind die Arbeitsbedingungen ein wichtiger Faktor, um die Qualität und die Patientinnensicherheit zu gewährleisten. Wir beantragen deshalb, die Sozialpartner und die Patientinnenorganisationen sowohl in den Verwaltungsrat als auch in die Nationale Plattform aufzunehmen.	SGB
Il faut absolument que les fournisseurs de prestations médicales soient partie intégrante du conseil d'administration. De plus, il convient de mettre en place des dispositions afin de garantir qu'ils soient adéquatement représentés. « 1 Le conseil d'administration est l'organe de direction suprême. Il se compose de sept à neuf experts. <i>Les fournisseurs de prestations médicales doivent être adéquatement représentés.</i> »	Médecins de famille
Der Verwaltungsrat hat keine inhaltlich-strategischen Aufgaben, sondern ausschliesslich eine organisatorische Aufsichtsfunktion. Der Bundesrat legt die inhaltliche Strategie fest und die Geschäftsstelle führt diese aus. Die gemäss Erläuterungen notwendige „hohe Fachkompetenz“ bezieht sich somit wohl auf Aufsichtskenntnisse über Bundesinstitutionen und nicht auf Kenntnisse in Qualität, Patientensicherheit und Health Technology Assessment.	H+
Abgleich mit dem Gesetzesentwurf: Aus den genannten Gründen ist es kaum sinnvoll, dass der Bundesrat eine der wichtigsten Aufgaben des Verwaltungsrates, nämlich die Festlegung der Strategie, übernimmt, so wie es im aktuellen Entwurf vorgesehen ist. Die dem VR zugeordneten Aufgaben wie in Art. 7, Absatz 6 festgelegt (z.B. Erlassen des Organisationsreglements, der Personalverordnung etc.) weisen diesem eine schwache Position zu, was die Suche nach qualifizierten Persönlichkeiten für dieses Amt schwierig werden lässt. Ein Advisory Board ist nicht vorgesehen. Damit besteht die Gefahr, wichtige internationale Entwicklungen zu verpassen und ein nach innen gerichtetes Zentrum für das Ausführen von Aufträgen von Bundesstellen zu werden. Ein international zusammengesetztes Advisory Board -auch als Garant für eine hohe Qualität von wissenschaftlichen Arbeiten - wäre auch sehr attraktiv, um die Schweizer Hochschulen als Partner zu gewinnen.	Patientensicherheit
Art. 7 (Verwaltungsrat) Der Verwaltungsrat ist das oberste Leitungsorgan. Er besteht aus sieben bis neun fachkundigen Mitgliedern. Mitwirkende bei EQUAM befassen sich seit Jahren mit dem Thema Qualitätsmessungen und wären geeignet, im Verwaltungsrat mitzuarbeiten.	EQUAM
Wir stellen im Weiteren fest, dass bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Mitglieder der nationalen Plattform die Sozialpartner fehlen. Wie oben erwähnt sind die Arbeitsbedingungen ein zentraler Faktor, um Qualität und Patientensicherheit zu gewährleisten. Die SP60+ beantragt daher, dass Sozialpartner, Patienten- und Seniorenorganisationen sowohl in den Verwaltungsrat als auch in die nationale Plattform aufzunehmen sind.	SP60+
Insgesamt begrüsst die SGV die Schaffung des Gesetzes. Sofern dasselbe wie vorgeschlagen verabschiedet wird, wünscht der Vorstand indessen, die weitere Umsetzung eng mitverfolgen zu können. Im Status eines Beraters, eventuell auch im Vorstand des Instituts. Naheliegend, da die Vertrauensärzte im Alltag stets mit WZW-Fragen konfrontiert sind. Der Vertrauensarzt ist somit in der Diskussion von Qualität ein wichtiger Partner.	SGV

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Wir unterstützen die Idee, dass der VR aus Fachpersonen und nicht aus Interessenvertretern zusammengesetzt ist.	SAMW
Die SGED hat zudem sehr starke Bedenken bezüglich der Zusammensetzung des Verwaltungsrats. Eine paritätische Vertretung der Akteure des Gesundheitswesens ist für die erfolgreiche Aufgabenerfüllung des Zentrums unabdingbar. Die im Bericht formulierte Koordination der Qualitätsanstrengungen und die Schaffung von Synergien ist schlicht nicht realisierbar, wenn die Mitwirkung der Akteure im Gesundheitswesen im strategischen Organ des Zentrums ausgeschlossen und somit ein "Miteinander" anstatt eines "Gegeneinanders" verankert wird. Dies umso mehr, da im eigentlichen Gesetzestext die postulierten "nationalen Plattformen" nicht weiter auftauchen.	SGED
Antrag DVSP, neu: ³ Die Mitglieder des Verwaltungsrats sollten paritätisch und ausgewogen aus verschiedenen Bereichen vertreten sein. Die Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten bzw. deren Verbände sollten zwingend mindestens mit einem Mandat Einsitz nehmen können. ⁴ Die Mitglieder des Verwaltungsrats müssen ihre Aufgaben und Pflichten mit aller Sorgfalt erfüllen und die Interessen des Zentrums in guten Treuen wahren. Der Verwaltungsrat trifft die organisatorischen Vorkehrungen zur Wahrung der Interessen des Zentrums und zur Verhinderung von Interessenkollisionen.	DVSP
Pour la composition du Conseil de qualité du centre, nous préconisons, soit la mise en place d'un organisme neutre, au sein duquel les fournisseurs, les assureurs et les autres acteurs concernés ne seraient nullement représentés, soit une représentation équilibrée de tous les acteurs concernés. Pour la seconde variante, soulignons qu'il serait alors primordial que les patients, ainsi que les organismes de défense des consommateurs soient équitablement représentés. Autre alternative, on pourrait imaginer également que, dans le cadre d'un programme national de qualité, à la définition duquel seraient invités les associations des patients et des consommateurs, des mandats (par ex. quinquennaux) soient attribués à des universités dans le cadre de concours publics.	ACSI, frc
Sollte trotz allem an einem Zentrum für Qualität festgehalten werden, müssen aus Sicht des SVV folgende Rahmenbedingungen erfüllt sein: • Sowohl im Verwaltungsrat als auch in der Geschäftsleitung müssen die Krankenversicherer vertreten sein.	SVV
Mit Erstaunen stellen wir fest, dass bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Mitglieder der Nationalen Plattform die Sozialpartner fehlen. Wie oben erwähnt sind die Arbeitsbedingungen ein zentraler Faktor, um Qualität und Patientensicherheit zu gewährleisten. Wir beantragen deshalb, die Sozialpartner, Patientinnen- und Seniorenorganisationen sowohl in den Verwaltungsrat als auch in die Nationale Plattform aufzunehmen.	VASOS

Articolo 7 capoverso 6

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Absatz 6b: Wichtig ist, dass der Verwaltungsrat steuernd tätig sein und Herausforderungen und Themenbereiche selbständig festlegen kann. Dies stärkt die gewünschte Unabhängigkeit des nationalen Zentrums.	SG
Entsprechend lehnen wir den Vorschlag, dass der Verwaltungsrat 1n der Personalverordnung Entlohnung, Nebenleistungen und weitere Vertragsbestimmungen festlegen kann, ab.	SGB

Articolo 8 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Geschäftsleitung soll ausserdem die selbständige operative Führung des Zentrums obliegen. Um die notwendige fachliche Abstützung zu gewährleisten, sollte ihr ein wissenschaftlicher Beirat zur Seite gestellt werden.	LU
Der Geschäftsleitung soll ausserdem die selbständige operative Führung des Zentrums obliegen. Um die notwendige fachliche Abstützung zu gewährleisten, soll der Geschäftsleitung ein wissenschaftlicher Beirat zur Seite gestellt werden.	OW
Um die notwendige fachliche Abstützung zu gewährleisten, sollen in der Geschäftsleitung (GL) Leistungserbringer vertreten sein. Die selbständige operative Führung des Zentrums soll der GL obliegen.	AG
Eine breitere Unterstützung würde sicherlich eine unabhängige Organisation finden, in deren Verwaltungsrat die Akteure im Gesundheitswesen (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Bund) vertreten sind. Wichtig ist, dass der Verwaltungsrat steuernd tätig sein und Herausforderungen und Themenbereiche selbstständig festlegen kann. Dies stärkt die gewünschte Unabhängigkeit des nationalen Zentrums. Der Geschäftsleitung soll ausserdem die selbständige operative Führung des Zentrums obliegen. Um die notwendige fachliche Abstützung zu gewährleisten, soll der Geschäftsleitung ein wissenschaftlicher Beirat zur Seite gestellt werden.	GDK
Die Geschäftsstelle ist der eigentliche Ort der Handlung. Abs. 2 Bst. f Entwurf verhindert, dass der Verwaltungsrat inhaltlich eingreift.	H+
Sollte trotz allem an einem Zentrum für Qualität festgehalten werden, müssen aus Sicht des SVV folgende Rahmenbedingungen erfüllt sein: • Sowohl im Verwaltungsrat als auch in der Geschäftsleitung müssen die Krankenversicherer vertreten sein.	SVV

Articolo 10 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
In Bezug auf den 3. Abschnitt des Vorentwurfs zur Organisation des geplanten Instituts haben CURAVIVA Schweiz und senesuisse keine Bemerkungen und halten sich mit einer Bewertung der geplanten Organisation zurück.	Curaviva

Articolo 12

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Bei der gemäss Artikel 12 Buchstabe a vorgesehenen Finanzierung über zusätzliche Prämienbeiträge handelt es sich nach unserer Einschätzung um eine sogenannte Kostenanlastungssteuer. Da wie bereits erwähnt die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit eine im KVG dem Bund zugeordnete Aufgabe ist und die daraus resultierenden Ausgaben dementsprechend als gesetzlich gebunden zu beurteilen sind, ist nicht nachvollziehbar, weshalb letztere über eine zusätzliche Kostenanlastungssteuer und nicht über allgemeine Steuergelder finanziert werden sollen (vgl. hierzu S. 21 des erläuternden Berichts). Wir machen vorsorglich darauf aufmerksam, dass die geforderte Einbindung der Stakeholder nicht dazu führen darf, die finanziellen Lasten (einmal mehr) auf die Kantone abzuwälzen. Bei einem solchen Vorgehen müsste mindestens gewährleistet sein, dass auch die Leistungserbringer – welche von der Arbeit des Zentrums ebenfalls einen Nutzen hätten – sich an der Finanzierung beteiligen müssten.	GL
Der Regierungsrat des Kantons Nidwalden begrüsst die vorgeschlagene Finanzierung des nationalen Zentrums für Qualität. Es ist notwendig, dass künftig für die Stärkung der Qualitätssicherung und auch für die Überprüfung und Bezeichnung der Leistungen massgeblich mehr Ressourcen zur Verfügung stehen. Es ist zu begrüssen, dass die Finanzierung der	NW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit durch einen Krankenkassen-Prämienzuschlag sichergestellt werden soll. Die Finanzierung der Aufgaben im Bereich HTA über Bundesmittel erachten wir aufgrund des gesetzlichen Auftrages des Bundes als korrekt.	
Mit der vorgeschlagenen Finanzierung sind wir einverstanden.	LU
Wie dargelegt verpflichtet das KVG den Bund, auf die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit hinzuwirken. Der Bund hat die aus der Umsetzung der Verpflichtung entstehenden Ausgaben zu tragen. Die Finanzierung hat demzufolge aus allgemeinen Mitteln des Bundes zu erfolgen. Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene Finanzierung über Beiträge der Versicherer abgelehnt.	AR
Die Finanzierung der vom Bund obliegenden Aufgabe der Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ist durch den Bund über allgemeine Steuern zu finanzieren.	GR
Was die Finanzierung des Zentrums und seiner Aktivitäten betrifft, stimmt der Regierungsrat dem vorliegenden Vorschlag des Bundesrates zu und begrüsst, dass die Kantone nicht in die Mitfinanzierungspflicht genommen werden.	BE
Deshalb lehnen wir die vorgesehene Finanzierung zu/asten der OKP bzw. der Prämienzahlenden und der Kantone entschieden ab. Eine damit verbundene Prämienhöhung würde überdies auch die Kantone und Gemeinden über die Prämienverbilligung und über nicht bezahlte Prämien finanziell belasten. Anzumerken ist, dass die mit der Vorlage verbundenen Ziele mit dem geplanten Mitteleinsatz (30 Mitarbeitende mit einem Budget von 32 Mio. Franken pro Jahr) nicht erreicht werden können. So dürfte eine Erhöhung der finanziellen Mittel bereits nach kurzer Zeit unumgänglich werden.	UR
Considérant le mode de financement actuel de l'AOS, il faut sans doute se poser la question de réfléchir à un autre modèle. Il y en effet lieu de rappeler que les cantons (pour le Canton du Jura cela représente plus de 33 millions) contribuent au paiement des assurés de condition économique modeste par le biais de subsides versés aux assureurs-maladie. A ce titre et si ce mode de financement devait être maintenu, on ne saurait considérer que les cantons ne paient rien. Un financement par l'impôt sur le plan fédéral, voire par des tiers selon des modalités à construire, mais en garantissant absolument l'indépendance et la neutralité du centre, serait envisageable	JU
Die vorgesehenen finanziellen Mittel erachtet der Regierungsrat im Verhältnis zu den Aufgaben des Zentrums als sehr hoch. Es muss sichergestellt werden, dass die finanziellen Mittel nicht in einen übertrieben grossen administrativen Apparat versickern, sondern nachweislich die Patientensicherheit erhöhen und zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen.	AG
Fazit 4: Der GDK-Vorstand erachtet es als notwendig, dass zur Stärkung der Qualitätssicherung und des HTA gegenüber der heutigen Situation mehr Mittel auf Bundesebene bereitgestellt werden. Wir wünschen aber eine präzisere Darstellung der entsprechenden Kostenaufteilung und Finanzierungsverantwortlichkeiten. Die Mehrheit der Kantone ist der Meinung, dass Bundesaufgaben nicht über die OKP-Prämien finanziert werden dürfen.	GDK
Geltungsbereich, Finanzierung Der Staat ist in der Pflicht, die bestmögliche Behandlungsqualität sicherzustellen. Dies muss sich auf alle Bereiche, in denen medizinische und pflegerische Dienstleistungen zur Anwendung kommen, beziehen. Die Finanzierung sollte aus allgemeinen Bundesmitteln stammen, um diese generelle Abdeckung der Behandlungsqualität zu gewährleisten. Zusätzliche Mittel soll das Zentrum selber akquirieren. Dafür stehen verschiedene Quellen zur Verfügung: nationale und internationale Forschungsförderungsinstitutionen, Vergabestiftungen, Industrie, Stakeholder. Das erfolgreiche Einwerben von Drittmitteln ist auch ein Garant dafür, dass die zu schaffende Organisation kompetitiv bleibt. Die Finanzierung wird im Gesetzesentwurf den Prämienzahlern angelastet. Dies erweckt den Eindruck, dass gute Qualität und Patientensicherheit quasi zusätzlich eingekauft werden müssen, und dies in einem der teuersten (und wohl auch besten) Gesundheitssysteme weltweit, und fairerweise sollte man in diesem Fall nicht mehr von Finanzierung durch den Bund reden. Wir anerkennen jedoch, dass ein Finanzierungsmodus via Krankenkassenprämien eine maximale Finanzierungsstabilität gewährleistet.	Patientensicherheit

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Finanzierung Bundesbeiträge, evtl. Beiträge Versicherter, evtl. Beiträge von Kantonen über eine gemeinsame Leistungsvereinbarung, jedoch separate Budgets und Zielvereinbarungen und entsprechende jährliche Berichterstattung Zweit- und Drittmittel Rolle Stiftung Patientensicherheit Schweiz in einem zukünftigen Zentrum für Qualität und Patientensicherheit: Die Stiftung mit ihrer Reputation, ihrem Knowhow, ihrem Netzwerk und ihren personellen Ressourcen soll der Nukleus des neuen Zentrums, des Departementes Patientensicherheit, darstellen. Geeignete weitere Institutionen können die Nuklei für die Bereiche HTA und Qualität I Register bilden.	
D Die Kosten für das Zentrum inklusive 30 Vollzeitstellen werden im Erläuternden Bericht auf 32 Millionen Franken pro Jahr geschätzt. (S. 43/44) Gemäss Art. 12 Entwurf sollen die Kosten durch die Krankenkassenprämien, durch Steuergelder aus der Bundeskasse und aus „Drittmitteln“ finanziert werden. - Erhöhung der Versicherungsprämien (Artikel 13): Die Versicherten sollen mit „rund 3.50 Franken“ pro Jahr zur Kasse gebeten werden (S.43). - Mehr Bürokratie – mehr Kosten Unsere gute Gesundheitsversorgung auf Kosten der Prämien- und Steuerzahler hinunterfahren und dafür ein teures Bundeszentrum bezahlen?	pMW
Artikel 12 des Vorentwurfs des ‚Bundesgesetzes über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung‘ beschreibt die Finanzierung des Zentrums wie folgt: „Das Zentrum finanziert seine Tätigkeiten aus: a. dem jährlichen Beitrag nach Artikel 13; b. Abgeltungen des Bundes c. Drittmitteln“ Mit dem jährlichen Beitrag unter a. ist ein jährlicher Beitrag jeder erwachsenen versicherten Person an das Zentrum gemeint. Was mit ‚Drittmitteln‘ ganz konkret gemeint ist, und woher sie konkret stammen sollten, steht weder im Vorentwurf des Gesetzes noch in den Erläuterungen dazu.	pHHG
Art. 12 lit. a Dieser Artikel ist zu streichen. Begründung: santésuisse lehnt beim vorliegenden Strukturmodell die Finanzierung der Qualitätsarbeit durch Prämienfelder ab. Sind mehr Ressourcen nötig, sind diese durch Steuermittel zu finanzieren.	santésuisse
Die Finanzierung ist sinnvoll aufgeteilt. Falls auch die Beurteilung von neuen Leistungen einbezogen würde (siehe Bemerkung zu Art. 4), müsste die Finanzierung entsprechend etwas erhöht werden. Dafür müssten diese Aufgaben nicht mehr vom BAG erbracht werden. Die entsprechenden Bundesmittel könnten einfach transferiert werden.	SAMW
Keine Finanzierung über Prämienfelder Der Gesetzesentwurf sieht für das Qualitätszentrum eine Prämienabgabe von maximal 0.09% der durchschnittlichen Jahresprämie vor. Begründet wird diese Prämienabgabe mit dem Äquivalenzprinzip: die Versicherten würden von der Qualitätssteigerung durch bessere Leistungen und eine tiefere Kostenentwicklung profitieren. Das Krankenversicherungsgesetz fordert von den Leistungserbringern wirtschaftliche und qualitativ gute Leistungen. In KVG Art. 59 sind sogar Sanktionen vorgesehen für jene, die den Qualitätsanforderungen nicht genügen. Gute Qualität ist also integraler Bestandteil einer Leistung, die über die Grundversicherung vergütet wird. Eine zusätzliche Prämienabgabe für die Leistung wäre somit eine Doppelbelastung für den Prämienzahler. Mit dem Äquivalenzprinzip kann deshalb eine solche Abgabe nicht gerechtfertigt werden.	economiesuisse
CURAVIVA Schweiz und senesuisse begrüßen die Finanzierungsvorlage des geplanten Zentrums für Qualität grundsätzlich, verlangen aber auch eine Finanzierung der bei den Leistungserbringern zusätzlich anfallenden Kosten zur Ausführung der Evaluationen, die vom Zentrum gefordert würden. In Bezug auf den 4. Abschnitt des Vorentwurfs zur Belegschaft des geplanten Zentrums für Qualität haben CURAVIVA Schweiz und senesuisse keine Bemerkungen. Es sei aber mit	Curaviva

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Blick auf die Finanzierung dieses Personals die Feststellung erlaubt, dass zusätzliche Kosten ohne garantierten Nutzen entstehen. Das eingestellte Personal verdrängt kostensteigernd die bereits heute bestehenden Dienstleistungen und Bestrebungen.	
5. Abschnitt: Finanzierung und Finanzhaushalt Eine Vereinfachung und nicht eine weitere Aufblähung der Bürokratie und damit der Finanzen dafür täte not! Das Zentrum wird immer neue Aufgaben finden, die weitere Abteilungen durch den Bund neben dem Krankenkassenprämienanteil zur Folge haben werden.	EDU
5. Abschnitt: Finanzierung und Finanzhaushalt (Artikel 12 – 19) Hier wird ein richtiggehender Raubzug auf die Versicherten und Steuerzahler veranstaltet. Die Versicherer werden gezwungen, die von ihnen nicht bestellten „Bürokratie-Leistungen“ des Zentrums für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit namhaften Beiträgen bis 0,09% der durchschnittlichen Jahresprämie für Erwachsene ab 26 Jahren (Artikel 13) zu sponsern. Zusätzlich wird noch die Bundeskasse, resp. der Steuerzahler für Beiträge an diese unnötige Bürokratie-Institution bemüht. Dass diese teure Bürokratie-Aufblähung schlussendlich auch in den Krankenversicherungsprämien spürbar wird, ist logisch. Die EDU verlangt jedoch eine Reduktion der administrativen Kosten und des administrativen Aufwandes im Gesundheitsbereich, keine zusätzliche und unnötige teure Aufblähung. Die EDU ist erstaunt über die Aktivitäten des BAG, die Gesundheitsbürokratie ständig aufzublähen, statt sie zu vereinfachen und zu reduzieren.	EDU
Die vorgesehenen finanziellen Mittel im Umfang von CHF 32 Mio. sind eine Mehrbelastung für Steuer- und Prämienzahler. Eine kosten- und prämiendämpfende Wirkung wird durch die Schaffung des neuen Zentrums kaum eintreten. Die QUALAB erhofft sich durch die Vernehmlassung eine klare Regelung sowie die Bestätigung ihres Auftrages. Im Fall einer positiven Beurteilung der Vorlage sollen dadurch keine neuen Abgrenzungsprobleme mit den neu entstandenen Strukturen entstehen.	QUALAB
Art. 12 Finanzierung, lit a, und Art. 13 Beitrag der Versicherer Antrag auf Streichung - Begründung: Wir lehnen eine zusätzliche finanzielle Belastung der Versicherten ab. Der Finanzierungsanteil des Bundes (siehe Art. 12, lit.b) ist entsprechend zu erhöhen.	SSR
Die vorgeschlagene Finanzierung des Qualitätszentrums über Beiträge der Versicherten lehnen wir ab. Die unsoziale Kopfprämie und die ungenügend ausgebaute Prämienverbilligung lassen keinen Spielraum für zusätzliche Belastungen der unteren und mittleren Einkommen.	VASOS

Articolo 13 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Le financement du centre qualité par l'impôt fédéral et par des tiers apparaît plus adéquat que le financement proposé par l'assurance obligatoire des soins qui, par ailleurs, impacterait indirectement les cantons via le financement de la réduction individuelle des primes.	VS
Finanzierung der Qualitätssicherung über Prämienzuschläge falscher Ansatz Die Ziele in der Qualitätssicherung und bezüglich Zweckmässigkeit der Leistungen sind nur mit einem erhöhten finanziellen Aufwand zu erreichen. Die finanziellen Mittel sind zweckgebunden und unter Verpflichtung zur Koordination direkt an die bereits bestehenden, privat und öffentlich organisierten Institutionen auszurichten. Die Finanzierung durch die Versicherten über Prämienzuschläge lehnen wir ab.	ZG
Was die Finanzierung des Zentrums und seiner Aktivitäten betrifft, stimmt der Regierungsrat dem vorliegenden Vorschlag des Bundesrats zu. Es ist notwendig, dass künftig für die Stärkung der Qualitätssicherung und auch für die Überprüfung und Bezeichnung der Leistungen massgeblich mehr Ressourcen zur Verfügung stehen. Es ist zu begrüßen, dass der Bund die Finanzierung der Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit durch einen Prämienzuschlag auf eine sichere Basis stellt.	OW
Wie dargelegt verpflichtet das KVG den Bund, auf die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit hinzuwirken. Der Bund hat die aus der Umsetzung der Verpflichtung entstehenden	AR

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Ausgaben zu tragen. Die Finanzierung hat demzufolge aus allgemeinen Mitteln des Bundes zu erfolgen. Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene Finanzierung über Beiträge der Versicherer abgelehnt.	
De plus, quant au financement, nous insistons sur le principe que les tâches fédérales doivent être financées par la Confédération seulement. Dans ce contexte, il est exclu de les payer par le biais des primes ou la mise à contribution des ressources des cantons.	FR
Sollte trotz allem ein neues Zentrum geschaffen werden, sind die entsprechenden Kosten allein vom Bund zu tragen, da die Qualitätssicherung bei der Gesundheitsversorgung dessen Aufgabe ist. Zudem müsste das Zentrum im Sinne einer dezentralisierten Verwaltung ausserhalb der Region Bern aufgebaut werden.	AI
La messa a disposizione di CHF 32 milioni all'anno per la gestione del Centro e per il finanziamento delle varie istituzioni ad esso correlate, ci sembra essere un importo elevato. Per una somma così importante si ritengono necessarie una migliore definizione dei compiti e delle responsabilità, nonché una descrizione dettagliata dei costi ipotizzati. Inoltre, ci allineiamo alla maggioranza dei Cantoni e respingiamo fermamente l'ipotesi formulata di finanziare il Centro anche attraverso un supplemento applicato ai premi di cassa malati. Assumendo compiti di spettanza della Confederazione, il Centro dev'essere finanziato da quest'ultima. Si auspica che i costi di gestione possano essere contenuti.	TI
4. Finanzierung Was die Finanzierung des Zentrums und seiner Aktivitäten betrifft, stimmt der GDK-Vorstand dem vorliegenden Vorschlag des Bundesrates nur teilweise zu. Es ist notwendig, dass künftig für die Stärkung der Qualitätssicherung und auch für die Überprüfung und Bezeichnung der Leistungen massgeblich mehr Ressourcen zur Verfügung stehen. Ausserdem ist zu begrüssen, dass der Bund die Finanzierung der Aufgaben auf eine sichere Basis stellen will. Wir weisen allerdings darauf hin, dass ein massgeblicher Teil der erwähnten Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit Bundesaufgaben betreffen. Entsprechend müssten diese vom Bund finanziert werden. Wir wünschen eine präzisere Darstellung der entsprechenden Kostenaufteilung und Finanzierungsverantwortlichkeiten.	GDK
Wir lehnen den Vorschlag des Bundesrates, mehr als die Hälfte der Finanzierung des Qualitätszentrums über Beiträge der Versicherten sicherzustellen, ab. Die unsoziale Kopfprämie und die ungenügend ausgebaute Prämienverbilligung lassen keinen Spielraum für zusätzliche Belastungen der unteren und mittleren Einkommen. Die Finanzierung des Zentrums liegt im Interesse aller und soll deshalb sozial gerechter, d.h. steuerfinanziert werden. Zudem sind wir der Meinung, dass die vorgeschlagenen Mittel von 32 Mio. Franken nicht ausreichend sind, um die notwendigen Aufgaben, die das Zentrum erfüllen soll, wahrnehmen zu können.	SGB
Dass nun noch die Kosten für das nationale Zentrum für Qualitätssicherung von den Leistungserbringern auf die Versicherten überwälzt werden sollen, weil die Leistungserbringer ihren gesetzlichen Auftrag nicht erfüllt haben, ist nicht nachvollziehbar. Dass nun noch die Kosten für das nationale Zentrum für Qualitätssicherung von den Leistungserbringern auf die Versicherten überwälzt werden sollen, weil die Leistungserbringer ihren gesetzlichen Auftrag nicht erfüllt haben, ist nicht nachvollziehbar. Die Freiwilligkeit der Fehlernachbearbeitung und der in der Praxis durchaus noch angewandten Verschleierung von Fehlern (auch durch Haftpflichtversicherungen, die kein Interesse haben, die Schäden zu decken) sollte einem Commitment aller am Gesundheitswesen Beteiligten weichen, die Fehlerzahlen und Missbräuche durch eine moderne Fehlerkultur zu senken, und dies unabhängig kontrollierbar. Für eine solche Anlaufstelle wäre ich als Versicherungsnehmerin bereit via Prämie meinen Anteil zu leisten. Die damit verbundene Erfassung von Fehlerdaten und Schwächen im System sind meiner Meinung nach von nationalem Interesse und fördern heilbringend Transparenz und Lösungen für alle.	pMH
Art. 13 Ersatzlos zu streichen. Falls die Art. 58 Abs. 1-3 KVG vom BAG mit dem bestehenden Personaletat richtig umgesetzt werden, resultieren Einsparungen, welche nicht seitens der Versicherten vorfinanziert werden müssen. Dieses Prinzip müsste auch bei einem notwendigen Personalausbau auf Stufe Zentralverwaltung gelten.	Äg_BE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Art. 13 Das Zentrum soll Aufgaben des Bundes übernehmen, für die der Bund bereits heute gemäss KVG zuständig ist. Es stellt sich deshalb die Frage, warum der Bund diese bestehenden gesetzlichen Aufgaben nun neu via Kopfprämie der sozialen Krankenversicherung finanzieren will statt aus den ordentlichen Bundesmitteln.	H+
Art. 13 Ersatzlos zu streichen. Falls die Art. 58 Abs. 1-3 KVG vom BAG mit dem bestehenden Personaletat richtig umgesetzt werden, resultieren Einsparungen, welche nicht seitens der Versicherten vorfinanziert werden müssen. Dieses Prinzip müsste auch bei einem notwendigen Personalausbau auf Stufe Zentralverwaltung gelten.	VLSS
Die vorgeschlagene Finanzierung des Qualitätszentrums über Beiträge der Versicherten lehnen wir ab. Die unsoziale Kopfprämie und die ungenügend ausgebaute Prämienverbilligung lassen keinen Spielraum für zusätzliche Belastungen der unteren und mittleren Einkommen.	SP60+
Wir unterstützen das finanzielle Konzept, das vorsieht, von erwachsenen Versicherten für den Betrieb des Qualitätszentrums zusätzlich Fr. 3.50 pro Jahr aus Prämiegeldern zu beanspruchen.	SPO
Im erläuternden Bericht wird vorgeschlagen, dass jährlich 32 Millionen Franken für den Betrieb des Zentrums für Qualität und für die Bewältigung dessen Aufgaben zur Verfügung gestellt werden. Dieser Betrag ist aus Sicht des sgV angesichts des fehlenden Nachweises kostendämpfender Wirkungen viel zu hoch. Wir treten klar dafür ein, dass die Aufgaben im Bereich der Qualitätsförderung mit den dem BAG zur Verfügung stehenden Mitteln bewältigt werden. Aus Sicht des sgV dürfen nur dann weitere Mittel gesprochen werden, wenn vorgängig nachgewiesen wird, dass mit einem Payback in mindestens gleicher Grössenordnung durch Qualitätsverbesserungen oder Kosteneinsparungen gerechnet werden darf. Der sgV lehnt es klar ab, dass neue Zuschläge auf den Krankenversicherungsprämien erhoben werden. Auch wenn der nun zur Diskussion stehende Betrag vergleichsweise bescheiden sein mag (immerhin könnte er aber aufgrund des vorliegenden Gesetzesentwurfs jederzeit locker verdoppelt und danach dem Prämienwachstum entsprechend weiter angehoben werden), trägt er dazu bei, das Prämienwachstum weiter anzukurbeln, was für uns inakzeptabel ist. Zu unserer klaren Absage an einen neuen Prämienzuschlag tragen auch die negativen Erfahrungen mit dem Beitrag für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gemäss Art. 19 KVG bei. Wir haben grosse Zweifel, dass die dort eingeforderten Mittel wirkungsvoll und nachhaltig eingesetzt werden und wollen vermeiden, dass dieses schlechte Beispiel Schule macht und die Versicherten laufend zur Finanzierung neuer Aufgaben Hand bieten müssen.	sgv
Zustimmung	iph
Die CVP fordert eine paritätische Finanzierung für die Finanzierung des Qualitätsbestrebens. Grundsätzlich ist die Qualitätssicherung Aufgabe der Leistungsbringer und bereits durch den Tarif abgegolten. Daher ist die alleinige Finanzierung durch den Prämienzahler nicht gerechtfertigt.	CVP
CURAVIVA Schweiz und senesuisse begrüßen die Finanzierungsvorlage des geplanten Zentrums für Qualität grundsätzlich. Es erscheint insbesondere gerechtfertigt, dass – gemäss Art. 13 des Vorentwurfs – die Hauptlast der Finanzierung auf Beiträgen der Versicherten beruht. Dadurch wird auch indirekt der Tatsache Rechnung getragen, dass die Versicherten von den Qualitätskontrollen des Zentrums ebenso profitieren sollten: In Tat und Wahrheit werden die Versicherten diese Zusatzkosten voraussichtlich auf die Versicherten durch entsprechende Erhöhungen der Krankenkassenprämien überwälzen.	Curaviva
Finalement, nous soutenons un financement du centre au travers d'une part plus importante provenant de l'argent des impôts et d'une part moins importante provenant du financement par assuré. Les primes d'assurance ne devraient pas être augmentées dans la mesure proposée. Nous proposons un financement d'au maximum CHF 1.00 par assuré (le reste étant prélevé des revenus de la Confédération et des Cantons).	SVDE

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Les quelques 32 millions de francs prélevés à la fois sur le volume des primes de tous les assurés (à l'exception des enfants) et sur le financement de l'Health Technology Assessment (HTA) devraient permettre au centre de fonctionner avec un personnel suffisant.	SVM
physioswiss ist der Ansicht, dass die Finanzierung eines solchen Zentrums Aufgabe des Staates ist und nicht zulasten der obligatorischen Krankenversicherung gehen sollte. In Folge muss Art. 13 dementsprechend angepasst werden.	physioswiss
Es ist eine paritätische Finanzierung durch alle Akteure vorzusehen, ausser im Bereich HTA, bei dem eine Bundesfinanzierung vorgesehen ist.	SVV

Articolo 13 capoverso 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
4. Finanzierung Das Zentrum soll insbesondere durch einen in der Höhe vom Bundesrat festgelegten Beitrag der Krankenversicherer nach Art. 11 KVG für jede nach dem KVG versicherte Person, mit Ausnahme der Kinder, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziert werden. Der Gesetzesentwurf sieht keine Plafonierung des Beitrages vor. Das von der GDK stets hochgehaltene Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (wer zahlt, befiehlt beziehungsweise umgekehrt wer befiehlt, bezahlt), wird durch die vorgeschlagene Form der Finanzierung des Zentrums ignoriert. Die vorgesehene Finanzierung des Zentrums durch die Krankenversicherer und damit letztlich der Versicherten hat die Merkmale einer Kostenanlastungssteuer. Staatliche Aufgaben sollten grundsätzlich über allgemeine Steuern finanziert werden. Sonderanlastungssteuern sollten gemäss Lehre und Rechtsprechung nur ausnahmsweise erhoben werden. Sie führen tendenziell indirekt zu einer schleichenden Erhöhung der Staatsquote (Hettich P./Wettstein X., Rechtsfragen um Kostenanlastungssteuern in Archiv für Schweizerisches Abgaberecht 78 Nr. 9 2009/2010 S. 537 ff., S. 564). Im erläuternden Bericht fehlen Ausführungen zur Frage, ob der Bund überhaupt über eine Verfassungsgrundlage zur Erhebung der in Frage stehenden Kostenanlastungssteuer verfügt. - Unabhängig von der Beantwortung dieser Frage lehnen wir die vorgesehene Finanzierung des Zentrums ab. Wie wir vorstehend dargelegt haben, geht es um die Finanzierung von Bundesaufgaben. Bundesaufgaben müssen vom Bund finanziert werden. Es darf keine Überwälzung von Kosten aus Bundesaufgaben auf die Krankenversicherer beziehungsweise die Versicherten (und via Prämienverbilligungssystem auf die Kantone) erfolgen.	GR
Für den Bereich der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen wird ein Finanzvolumen von 22 Millionen Franken veranschlagt. Die Finanzierung soll über die Krankenkassenprämien erfolgen, wobei der maximal mögliche Beitrag auf 0.09 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für Erwachsene ab 26 Jahre für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung beschränkt ist. Dieser Betrag ist zu hoch. Zu prüfen ist, ob anstelle von 0.09 Prozent nicht 0.05 Prozent reichen.	SG

Articolo 14

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Die Finanzierung der Aufgaben im Bereich HTA über Bundesmittel erachten wir aufgrund des gesetzlichen Auftrags des Bundes als korrekt. Im Moment fehlt in Art. 14 des Gesetzesvorschlags eine konkrete Summe bzw. Regelung zur Festlegung der Höhe der Bundesmittel. Wir gehen davon aus, dass der Bund sicherstellen wird, dass der Finanzierungsmechanismus so ausgestaltet wird, dass die Planungssicherheit des Zentrums im Bereich HTA gewährleistet ist.	OW

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Le canton de Genève salue le fait que le financement de l'évaluation de la qualité par le biais de l'assurance sociale et de la Confédération soit ancré dans le projet de loi. Le financement par le biais de l'assurance de base (0,09% du montant de la prime, soit environ CHF 3.50.- par an) est approprié, de même qu'un financement par le biais de la Confédération. Dans le cas souhaitable d'un élargissement des activités du centre à l'ensemble des assurances sociales, il faudra également élargir le financement aux assurances accident et invalidité. Tout financement complémentaire des cantons ne pourrait venir que d'un transfert des ressources que ces derniers versent déjà aujourd'hui dans ce domaine (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux, Swiss medical board, etc.).	GE
Die Finanzierung der Aufgaben im Bereich HTA über Bundesmittel erachten wir aufgrund des gesetzlichen Auftrags des Bundes als korrekt. Im Moment fehlt in Art. 14 des Gesetzesvorschlages eine konkrete Summe bzw. Regelung zur Festlegung der Höhe der Bundesmittel. Wir gehen davon aus, dass der Bund sicherstellen wird, dass der Finanzierungsmechanismus so ausgestaltet wird, dass die Planungssicherheit im Bereich HTA gewährleistet ist.	GDK
Art. 14 Es ist richtig, dass die neue staatliche Aufgabe der wissenschaftlichen Bewertung von Gesundheitstechnologien vom Bund finanziert werden soll.	Äg_BE
Art. 14 Es ist richtig, dass die neue staatliche Aufgabe der wissenschaftlichen Bewertung von Gesundheitstechnologien vom Bund finanziert werden soll.	VLSS
Die HTA-Tätigkeiten nicht mit Prämienbeiträgen, sondern mit Bundesmitteln zu finanzieren, erachten wir ebenfalls als sinnvoll. Denn dabei werden wissenschaftliche Grundlagen zu politischen und gesetzlichen Entscheidungen geliefert, die nicht immer im Interesse einzelner Patienten sind. Deshalb ist richtig und wichtig, HTAAktivitäten nicht durch Krankenkassenbeiträge, sondern durch den Bund zu finanzieren.	SPO
Zustimmung	iph
Es ist eine paritätische Finanzierung durch alle Akteure vorzusehen, ausser im Bereich HTA, bei dem eine Bundesfinanzierung vorgesehen ist.	SVV

Articolo 15 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Ausserdem erscheint dem Regierungsrat die vorgesehene Möglichkeit des Zentrums, Drittmittel entgegenzunehmen und gewerbliche Leistungen zu erbringen, nicht ganz unproblematisch. Dem Bundesrat soll daher die Aufgabe übertragen werden, zur Verhinderung von Interessenskonflikten Ausführungsbestimmungen zu erlassen oder zumindest das vorgesehene Reglement zu genehmigen.	BE
Dazu der Wortlaut des Artikels 15 „Drittmittel 1 Das Zentrum darf Mittel von dritter Seite entgegennehmen oder sich beschaffen, soweit dies mit seiner Unabhängigkeit und seinen Aufgaben und Zielen vereinbar ist. 2 Das Zentrum beschafft sich Drittmittel insbesondere durch: a. Entgelte für gewerbliche Leistungen nach Artikel 22 b. Zuwendungen Dritter 3 Der Verwaltungsrat erlässt Vorschriften über die Verwaltung dieser Drittmittel und die Annahme von Zuwendungen Dritter.“ Auch im ‚Erläuternden Bericht‘ zum Bundesgesetz über das Zentrum bleiben die Erläuterungen zu den Drittmitteln vage: „Art. 15 Drittmittel Es muss vermieden werden, dass die Unabhängigkeit des Zentrums oder die Zielerreichung und Aufgabenerfüllung durch die Entgegennahme von Drittmitteln (Einnahmen aus gewerblichen Leistungen und Zuwendungen Dritter auf Grund von Forschungs- und Entwicklungsaufträgen oder auf Grund von Kooperationsverträgen) beeinträchtigt wird.	pHHG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
(...)“1 Exkurs: Drittmittel in der Praxis Drittmittel sind nichts Neues. Man findet sie bereits im ‚Gesetz über die Universität Zürich‘ vom 15. März 1998: „B. Mittel der Universität (...) Paragraph 40. 1 Die finanzielle Unterstützung der Universität durch Dritte sowie die Erbringung von Dienstleistungen zu Gunsten Dritter dürfen die Freiheit von Forschung und Lehre nicht beeinträchtigen.“ Das tönt seriös. In der Praxis sieht es dann aber anders aus, wie die praktischen Erfahrungen mit Drittmitteln in vielen Ländern seit der Bolognareform an Universitäten und Fachhochschulen deutlich machen. Drittmittel stammen von privaten Geldgebern. Diese handeln in der Regel nicht aus altruistischen Motiven. So ‚DIE WELT‘ vom 4.11.2012: „Private Geldgeber sind an den Universitäten erwünscht. Doch sie haben auch einen Nachteil: Sie bestimmen mit, woran geforscht wird. (...) Ist aber erst einmal ein externer Geldgeber an Bord – ob Unternehmen oder Stiftung – stellt sich immer auch die Frage nach der wissenschaftlichen Unabhängigkeit. ‚Wes Brot ich ess, des Lied ich sing‘, heisst eine alte Volksweisheit.“ Es braucht wenig Phantasie, um sich konkret vorzustellen, was es bedeutet, wenn ‚DIE WELT‘ schreibt: „Auch die Pharmaindustrie finanziert Universitätsstudien.“ Ähnlich leidvolle Erfahrungen mit Drittmitteln haben wir auch in der Schweiz. Unter anderem auch an der Universität Zürich, trotz dem oben zitierten Gesetz! Das hatte zur Folge, dass sich Wissenschaftler im Februar 2013 an die Öffentlichkeit wandten: ‚Zürcher Appell‘ (‚Internationaler Appell für die Wahrung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit‘) „Universitäten sind aus der Idee entstanden, der freien Forschung, Bildung und Lehre einen geschützten und nicht käuflichen Ort zu schaffen. Sie dienen dem Wohl der Gemeinschaft und werden auch von der Gemeinschaft getragen. Direkt verbunden mit dieser Gründungsidee ist das wissenschaftliche Ethos, das den besonderen Ort ‚Universität‘ frei hält von politischen, ideologischen oder ökonomischen Verwertungsinteressen.“ Exkurs: Kooperationsverträge in der Praxis. Auch mit Kooperationsverträgen hat man in der Schweiz bereits zweifelhafte Erfahrungen gemacht. Dazu der ‚Zürcher Appell‘: „Im April 2012 hat die Leitung der Universität Zürich unter Ausschluss der Öffentlichkeit einen Kooperationsvertrag mit den Spitzen der UBS (Union Bank of Switzerland) abgeschlossen. Es geht um Universitäts-Sponsoring durch die UBS in der Höhe von 100 Millionen Schweizer Franken und die Platzierung eines ‚UBS International Center of Economics in Society‘ innerhalb des universitären Raumes. Weder der Citoyen noch die an der Universität Forschenden und Lehrenden sind dazu befragt worden. Der Vertrag zwischen der UZH und der UBS wurde im Frühjahr 2012 geheim abgeschlossen.“ Es handelt sich dabei – nota bene! – um dieselbe UBS die damals mit Milliarden aus der Bundeskasse ‚gerettet‘ worden ist... - Überlegungen zu den Drittmitteln für das geplante Zentrum Bevor man sich mit der möglichen Herkunft von Drittmitteln für das Zentrum befasst, muss man den Zweck des Zentrums etwas genauer betrachten. Das Zentrum hat unter anderem die Aufgabe, die „strategischen Ziele des Bundesrates“ umzusetzen, wie sie in ‚Gesundheit 2020‘2 festgelegt sind. Bereits im September 2013 hatte Bundesrat Berset „eine siebenköpfige Gruppe von Gesundheitsexperten eingesetzt (...) Sie soll garantieren, dass die Strategie ‚Gesundheit 2020‘ auf eine innovative Weise umgesetzt wird. Zu dieser Gruppe gehören die Gesundheitsökonom Luca Crivelli und Willy Oggier, die Ärztin und Ethikerin Samia Hurst, die Politikwissenschaftlerin Ilona Kickbusch, der Jurist Markus Moser, der Arzt Peter Suter sowie der Jurist und Arzt Thomas Zeltner.“3 Greifen wir zwei dieser Experten heraus, die das BAG als „kritisch und unabhängig“ bezeichnet, und schauen uns deren Vita etwas genauer an. Ad Ilona Kickbusch Die deutsche Soziologin und Politologin Ilona Kickbusch war über viele Jahre am Hauptsitz der WHO in Genf tätig und führt eine umfassende Beratungstätigkeit in der Schweiz (BAG4, Stiftung Careum, Public Health Schweiz, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz) und im Ausland (Rockefeller-Stiftung, International Social Security Association). Zu ihren Kunden zählt Kickbusch auch die Pharmariesen und Impfstoffhersteller Pfizer Europe und Merck and Dohme MSD. Die Frage stellt sich, wie „kritisch und unabhängig“ Kickbusch in dieser Expertengruppe wirken wird. Kickbusch hat – nebst Thomas Zeltner – bereits beim Präventionsgesetz Pate gestanden. Man beachte: Ilona Kickbusch kommt nicht aus der medizinischen Fakultät, und ihr fehlt das Verständnis für unser föderalistisches Staats- und Gesundheitssystem vollständig! Sie strebt ein global orientiertes international	

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
vernetztes Gesundheitssystem an unter Auflösung aller nationalen Grenzen. Damit übergeht sie die nationalstaatliche Entscheidungsgewalt. So schreibt Kickbusch unter dem Titel „Das Gesundheitswesen der Zukunft denken“: „Im Zeitalter der Globalisierung ist der heute noch betont nationale Fokus der Gesundheits- und Bildungssysteme zwangsläufig ungenügend. Güter, Dienstleistungen, Gesundheitsfachleute und auch Patienten sind auf den zunehmend globalisierten Märkten mobil. Es ist daher unabdingbar, alle möglichen und denkbaren Grenzüberschreitungen mit zu bedenken.“ Als Soziologin/Politologin geht Kickbusch zudem von einem soziologischpolitologischen Ansatz aus, nicht von einem medizinischen.⁵ Ihre Beratertätigkeit in verschiedenen nationalen und internationalen Gremien des Gesundheitswesens ist offensichtlich nicht von einer echten Sorge um die Gesundheit motiviert. Das «Graduate Institute Geneva», wo sie Direktorin im Bereich Global Health ist, arbeitet u.a. mit der Novartis Foundation for sustainable development zusammen und wird von der Rockefeller-Stiftung mitfinanziert.⁶ Interessant ist auch, dass die letzte Seite von Kickbuschs Deutschübersetzung des ‚Lancet Report‘⁷ für das Careum mit den Logos von ‚Education of Health Professionals for the 21st Century‘, ‚THE LANCET‘, der ‚Bill & Melinda Gates foundation‘ sowie ‚the Rockefeller Foundation‘ geziert ist. Ad Thomas Zeltner In den 80er Jahren war Thomas Zeltner über längere Zeit an der Harvard School of Public Health in Boston, was ihm die Türen zu internationalen Kontakten geöffnet hat. Von 1991 bis 2009 stand er dem Bundesamt für Gesundheit vor. Zeitgleich vertrat er die Schweiz bei der WHO, präsidierte mehrere internationale WHO-Gremien und war von 1999-2002 Mitglied im WHO-Exekutivrat. An sich wäre das kein Grund für kritische Überlegungen. 2004 hatte Bundesrat Couchepin WHO und OECD gebeten, das schweizerische Gesundheitssystem zu überprüfen. Auftraggeber dieser Expertise war BAG-Direktor Thomas Zeltner. WHO und OECD machten daraufhin ‚Empfehlungen‘ für unser Gesundheitswesen, die dann zur Grundlage von Berset’s Gesundheitsprogramm ‚Gesundheit 2020‘ wurden. Zu der Gruppe von Gesundheitsexperten, die dann dieses Programm umsetzen sollen, gehören Thomas Zeltner und Ilona Kickbusch. Folgende Frage stellt sich: Handelt es sich bei diesem Vorgang um die Vorbereitung einer Art beruflicher Vorsorge für die Zeit nach dem Abtreten als BAG-Direktor? 2009 endete Zeltner’s Amt als BAG Direktor. Im Februar 2010 gründete er die Firma Health Solutions GMBH, Bern: Einzige Gesellschafter Thomas Zeltner und seine Ehefrau. Zweck der Firma: „Die Gesellschaft bezweckt die Erbringung von Beratungsdienstleistungen im Gesundheitswesen. Die Gesellschaft kann im In- und Ausland Zweigniederlassungen errichten, sich an anderen Unternehmen im In- und Ausland beteiligen, gleichartige oder verwandte Unternehmen erwerben oder sich mit solchen zusammen schliessen, Grundstücke erwerben und veräussern sowie alle Geschäfte eingehen und Verträge abschliessen, die geeignet sind, den Zweck der Gesellschaft zu fördern oder die direkt oder indirekt damit in Zusammenhang stehen.“ Nun zurück zur Anfangsfrage nach einer möglichen Herkunft von Drittmitteln beim Zentrum. So schwierig wird sie wohl kaum zu beantworten sein.	
Entfällt bei der Bündelung der Aktivitäten im BAG. In jedem Fall ist jedoch sicherzustellen, dass Mittel von Dritten nicht nur mit der Unabhängigkeit, den Aufgaben und Zielen vereinbar ist sondern auch mit den festgelegten Prioritäten und dem festgelegten Arbeitsprogramm. Dritten darf es nicht möglich sein, die Zielsetzung und Ausgewogenheit der Programme zur Evaluation und Re-Evaluation von Leistungen zu untergraben.	iph
Die Formulierung von Artikel 15 Absatz 1 des Vorentwurfs, wonach „das Zentrum [...] Mittel von dritter Seite entgegennehmen oder sich beschaffen [darf], soweit dies mit seiner Unabhängigkeit und seinen Aufgaben und Zielen vereinbar ist“, erachten CURAVIVA Schweiz und senesuisse als zu knapp und vage, um die Unabhängigkeit des Zentrums in Erfüllung seiner Aufgaben tatsächlich zu gewährleisten. Vielmehr sollten klare und konkrete Leitplanken gesetzt werden, um die Rechtschaffenheit der Finanzeinnahmen des Zentrums durch Drittmittel.	Curaviva
Art. 15 Drittmittel 2b. ist besonders heikel, weil die Abhängigkeit von Geldgebern auch eine Interessenbindung zur Folge hat!	EDU

Articolo 15 capoverso 3

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
³ Der Verwaltungsrat erlässt Vorschriften über die Verwaltung dieser Drittmittel und die Annahme von Zuwendungen Dritter (...) Antrag DVSP, Ergänzung: (...) und weist diese transparent aus.	DVSP

Articolo 18 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
In Artikel 18 und 23 wird dem neuen Zentrum die Pforte geöffnet, um sich bei der Eidg. Finanzverwaltung mit Darlehen auf Pump zu finanzieren. Diese Möglichkeit wird der neue Bürokratie-Moloch dankbar nutzen.	EDU

Articolo 20 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Um die Akzeptanz zu erhöhen und die Chancen für eine partnerschaftliche, wirksame Umsetzung der qualitätsverbessernden Massnahmen zu steigern, ist der verbindliche Einbezug aller Akteure zentral. Mit dem vorliegenden Entwurf ist jedoch eine angemessene Vertretung aller Akteure nicht möglich. Der Regierungsrat fordert daher, dass die Kantone und die weiteren Akteure verbindlich in die Steuerung des Zentrums einbezogen werden. Insbesondere erachtet der Regierungsrat einen Einbezug der Kantone vor allem bei der Themenpriorisierung und Wahl der Indikationen zur Qualitätsüberprüfung als zwingend. Ebenso erscheint dem Regierungsrat eine Mitwirkungsmöglichkeit der Kantone bei den nationalen Programmen und Projekten angezeigt (im Rahmen von Hearings, Workshops und Vernehmlassungen).	BE
Les plateformes nationales qualité et HTA doivent participer à la mise en oeuvre des objectifs. De plus il est vital que les fournisseurs de prestations médicales puissent être directement impliqués dans la conception à travers le conseil d'administration. « 1 En règle générale, le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans les objectifs stratégiques contraignants assignés au centre en fonction des objectifs et des tâches découlant des art. 3 et 4 <i>en accord avec le conseil d'administration et avec le concours des plateformes nationales de la qualité et du domaine HTA</i> . Il peut adapter les objectifs au cours de la période de quatre ans si les bases servant à fixer les objectifs ont fondamentalement changé. »	Médecins de famille
Art. 20 Die strategischen Ziele bezüglich Patientensicherheit und Qualität kann der Bund schon heute gemäss KVG festlegen, ohne dass hierfür ein neues Gesetz oder ein Bundeszentrum für Qualität notwendig sind.	H+
Gemäss Art. 20 legt der Bundesrat „für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest (Abs. 1) und „hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an“ (Abs. 2). Auch hier werden die Kantone nur neben anderen „interessierten Kreisen“ erwähnt und sie werden nur „angehört“ – diese Formulierungen sind jenseits jedes föderalistischen Staatsverständnisses. Eine zentralistische Steuerung im Gesundheitswesen ist abzulehnen und das Gesundheitswesen – nicht nur bezüglich der Umsetzung – in der Kompetenz der Kantone zu behalten.	pMW
Ein Engagement des Bundes ist notwendig, damit die bestehenden Aktivitäten verstärkt und koordiniert weitergeführt werden können. Für die FMH bleibt aber weiterhin unklar, wie der Einbezug ausgestaltet werden soll. (Strategische Ziele)	FMH, AGZ, SSMO, SGN

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Kommentar: Den nationalen Plattformen wird im erläuternden Bericht ein grosses Gewicht beigemessen und auf Seite 45 ist erwähnt, dass die Plattformen bei der Festlegung der strategischen Ziele beigezogen werden. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 20 vor: 1 Der Bundesrat legt im Rahmen der Ziele und Aufgaben nach den Artikeln 3 und 4 und unter Beibehaltung der nationalen Qualitäts- und HTA Plattformen in der Regel für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest. Er kann die Ziele im Verlauf der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für die Festlegung der Ziele massgeblich verändert haben.	
Art. 20 (Strategische Ziele) Kommentar: Den nationalen Plattformen wird im erläuternden Bericht ein grosses Gewicht beigemessen und auf Seite 45 ist erwähnt, dass die Plattformen bei der Festlegung der strategischen Ziele beigezogen werden. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 20 vor: 1 Der Bundesrat legt im Rahmen der Ziele und Aufgaben nach den Artikeln 3 und 4 und unter Beibehaltung der nationalen Qualitäts- und HTA Plattformen in der Regel für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest. Er kann die Ziele im Verlauf der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für die Festlegung der Ziele massgeblich verändert haben. 2 Er hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an.	KKA
Art. 20 (Strategische Ziele) Kommentar: Den nationalen Plattformen wird im erläuternden Bericht ein grosses Gewicht beigemessen und auf Seite 45 ist erwähnt, dass die Plattformen bei der Festlegung der strategischen Ziele beigezogen werden. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 20 vor: 1 Der Bundesrat legt im Rahmen der Ziele und Aufgaben nach den Artikeln 3 und 4 und unter Beibehaltung der nationalen Qualitäts- und HTA Plattformen in der Regel für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest. Er kann die Ziele im Verlauf der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für die Festlegung der Ziele massgeblich verändert haben. 2 Er hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an.	KAeG SG
Zustimmung zu verbindlichen Ziele für vier Jahre.	iph
Den nationalen Plattformen wird im erläuternden Bericht ein grosses Gewicht beigemessen und auf Seite 45 ist erwähnt, dass die Plattformen bei der Festlegung der strategischen Ziele beigezogen werden. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 20 vor: 1 Der Bundesrat legt im Rahmen der Ziele und Aufgaben nach den Artikeln 3 und 4 und unter Beibehaltung der nationalen Qualitäts- und HTA Plattformen in der Regel für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest. Er kann die Ziele im Verlauf der Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für die Festlegung der Ziele massgeblich verändert haben. 2 Er hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an.	SAMW
In Bezug auf den 6. Abschnitt des Vorentwurfs zur Wahrung der Bundesinteressen haben CURAVIVA Schweiz und senesuisse keine Bemerkungen – verweisen aber im Zusammenhang mit den in Artikel 20 Absatz 1 des Vorentwurfs zitierten Artikeln 3 und 4 des Vorentwurfs auf die obigen Bemerkungen (unter 3.3 und 3.4) zu diesen Bestimmungen.	Curaviva
Antrag DVSP, neu: ³ Er publiziert die Ziele und allfällige Änderungen mit Begründung	DVSP
Art. 20 (Strategische Ziele) Kommentar: Den nationalen Plattformen wird im erläuternden Bericht ein grosses Gewicht beigemessen und auf Seite 45 ist erwähnt, dass die Plattformen bei der Festlegung der strategischen Ziele beigezogen werden. Entsprechend schlagen wir folgende Änderungen zu Art. 20 vor: 1 Der Bundesrat legt im Rahmen der Ziele und Aufgaben nach den Artikeln 3 und 4 und unter Beibehaltung der nationalen Qualitäts- und HTA Plattformen in der Regel für jeweils vier Jahre die strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest. Er kann die Ziele im Verlauf der	m-net

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Vierjahresperiode anpassen, falls sich die Grundlagen für die Festlegung der Ziele massgeblich verändert haben. 2 Er hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an.	
2. Ein nationales Institut macht nur Sinn, wenn es auch steuernde, kontrollierende und sanktionierende Funktionen ausüben kann. Ohne diese Kompetenzen sind Verbesserungen in den erwähnten Schnittpunktbereichen nicht realisierbar. Unseres Erachtens fehlt es weniger an anerkannten Qualitätsindikatoren als am Willen ihrer Anwendung bzw. an der Umsetzung vorhandener Erkenntnisse.	VASOS

Articolo 20 capoverso 2

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Er <u>berücksichtigt die Vorschläge der nationalen Begleitgruppen</u> und hört vorgängig die Kantone und die interessierten Kreise an.	iph
6. Abschnitt: Wahrung der Bundesinteressen Art.20 1 Der Bundesrat bekommt mehr Macht, was nicht im Interesse der direkten Demokratie ist. 2 Es findet eine Zentralisierung statt: Kantone und interessierte Kreise werden zwar angehört, haben aber kein Mitbestimmungsrecht. Die EDU setzt sich grundsätzlich für das Subsidiaritätsprinzip ein. Damit sind wir in der Vergangenheit gut gefahren und dieses sichert dem Staat den notwendigen Rückhalt im Volk.	EDU

Articolo 21 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Angesichts dieser Aufsichtsaufgaben des Bundesrats stellt sich die Frage, warum es überhaupt ein Zentrum mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit und einem Verwaltungsrat braucht. Offen-sichtlich sollen alle inhaltlich-strategischen und organisatorischen Verantwortlichkeiten beim Bundesrat verbleiben. Damit könnte die Umsetzung der Aufgaben genauso gut weiterhin vom zuständigen Bundesamt wahrgenommen werden.	H+
Auch eine Präzisierung und Ergänzung von Artikel 21 des Vorentwurfs zur Aufsicht des Zentrums für Qualität durch den Bundesrat sollte zu diesem Zweck erwogen werden.	Curaviva

Articolo 22 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Ausserdem erscheint dem Regierungsrat die vorgesehene Möglichkeit des Zentrums, ... und gewerbliche Leistungen zu erbringen, nicht ganz unproblematisch. Dem Bundesrat soll daher die Aufgabe übertragen werden, zur Verhinderung von Interessenskonflikten Ausführungsbestimmungen zu erlassen oder zumindest das vorgesehene Reglement zu genehmigen.	BE
Art. 22 (Gewerbliche Leistungen) Das Zentrum kann Dritten gewerbliche Leistungen erbringen ... Damit wird das Zentrum eine gefährliche Konkurrenz zu den bestehenden Anbietern von Qualitätsmessungen und Beratungen in diesem Bereich. Da das Zentrum ja im Auftrag des Bundes handelt, bedeutet dies schlussendlich das „AUS“ für die einzelnen bestehenden Qualitätsinstitutionen. Viel-	EQUAM

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
mehr sollten die Aufgaben wie Indikatorenentwicklung, Messungen, Audits an die bestehenden Organisationen delegiert oder zumindest in enger Kooperation mit diesen angegangen werden (siehe Art. 5 Zusammenarbeit)	
Wichtig ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz und senesuisse der 4. Absatz von Artikel 22 des Vorentwurfs, wonach das Zentrum „[...] im Bereich der gewerblichen Leistungen denselben Pflichten wie die privaten Anbieterinnen und Anbieter [untersteht]“: Tatsächlich muss auch in diesem Bereich ein fairer Wettbewerb herrschen.	Curaviva
7. Abschnitt: Gewerbliche Leistungen Der Einfluss des Staates wird immer weiter ausgebaut und damit die Gestaltungsmöglichkeiten durch verantwortungsvolle Bürger vor Ort eingeschränkt, was lokal angepasste Lösungen zunehmend verunmöglicht.	EDU
A l'art. 22 2 a, nous préconisons la suppression de la mention « ainsi que de leurs membres », terme évasif et peu clair à notre avis.	frc

Articolo 23 capoverso 1

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zum 7. Abschnitt des Vorentwurfs zu den gewerblichen Leistungen des Zentrums haben CURAVIVA Schweiz und senesuisse keine besonderen Kritiken. Zum 10. Abschnitt des Vorentwurfs haben CURAVIVA Schweiz und senesuisse keine Bemerkungen.	Curaviva
In Artikel 18 und 23 wird dem neuen Zentrum die Pforte geöffnet, um sich bei der Eidg. Finanzverwaltung mit Darlehen auf Pump zu finanzieren. Diese Möglichkeit wird der neue Bürokratie-Moloch dankbar nutzen.	EDU

Articolo 24

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Damit die Ergebnisse der Arbeiten des Zentrums im Bereich HTA ausreichend Wirkung entfalten können und tatsächlich eine konsequentere Überprüfung der Leistungen stattfindet, ist vorzusehen, dass die entsprechende Verankerung des Zentrums in Art. 33 Abs. 4bis KVG so ergänzt wird, dass die Weiterbearbeitung dieser Berichte verbindlich und systematisch in jedem Fall in die BAG-internen Prozesse zur Vorbereitung der Entscheide durch die eidgenössischen Leistungskommissionen ein-geschleust werden können.	OW
Damit die Ergebnisse der Arbeiten im Bereich HTA ausreichend Wirkung entfalten können und tatsächlich eine konsequentere Überprüfung der Leistungen stattfindet, ist vorzusehen, dass die entsprechende Verankerung im KVG Art. 33 Abs. 4bis so ergänzt wird, dass die Weiterbearbeitung dieser Berichte verbindlich und systematisch in jedem Fall in die BAG-internen Prozesse zur Vorbereitung der Entscheide durch die eidgenössischen Leistungskommissionen eingeschleust werden können. 8. Verhältnis der Vorlage zu anderen Gesetzen Abschliessend möchten wir Sie darauf hinweisen, dass für die Kantone nicht gänzlich klar ist, was der Stellenwert des neuen Gesetzes im Verhältnis zu den anderen Bundesgesetzen ist und welche Auswirkungen es auf die in anderen Gesetzen bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung und die entsprechenden Kompetenzen hat. Offen bleiben auch die Auswirkungen des Gesetzes auf die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen des Bundes, der Kantone, Leistungserbringer und Versicherer, die diesen durch die entsprechenden Bestimmungen im KVG für die Qualitätssicherung zugewiesen werden. Insbesondere wäre zu klären, welchen Stellenwert vom Zentrum erarbeitete Qualitätskriterien für die Kantone im Rahmen der Versorgungsplanung einnehmen würden.	GDK

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Art. 33 Abs. 4bis KVG sollte wie folgt formuliert werden: „Er beauftragt das BAG oder private Organisationen mit der Festlegung der Kriterien für die wissenschaftliche Bewertung der Gesundheitstechnologien.“	Äg_BE
Zu Art. Art. 33 Abs. 4bis KVG In diesem neuen Abschnitt zeigt sich, dass die Komplexität erhöht und nicht reduziert wird. Es ist völlig unklar, wie der Bundesrat künftig mit den Positionen der bestehenden Kommissionen und jenen des zu gründenden Zentrums umgehen würde, speziell wenn sich die jeweiligen Organe widersprechen. Weiter ist völlig unklar, ob und wie die jeweiligen Kommissionen und das Zentrum zusammenarbeiten würden. Hier sind die Ideen im Entwurf unausgegoren. Zu Art. 58 Abs. 4 KVG Eventuell wird hier die einzige Lücke geschlossen, falls Programme und Projekte nicht unter Massnahmen aus Abs. 3 fielen. Durch eine Ergänzung dieses neuen Absatzes kann die ganze separate Gesetzgebung ersetzt werden: <i>4 Er legt nationale Programme und Projekte zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen fest und kann hierzu externe Leistungsaufträge erteilen.</i> Mit dieser Ergänzung erhält der Bundesrat die gesetzliche Grundlage, Programme oder Leistungsbewertungen durch bestehende, breit akzeptierte Organisationen, z.B. die Stiftung Patientensicherheit Schweiz realisieren zu lassen, ohne unnötig Geld in den Aufbau neuer Strukturen zu stecken.	H+
Art. 33 Abs. 4bis KVG sollte wie folgt formuliert werden: „Er beauftragt das BAG oder private Organisationen mit der Festlegung der Kriterien für die wissenschaftliche Bewertung der Gesundheitstechnologien.“ Mit der Änderung des EArt. 58 Abs. 1 KVG (neu explizite Erwähnung der Kosten der OKP) sind wir einverstanden Wir beantragen aber Streichung des EArt. 58 Abs. 4 KVG.	VLSS
Art. 33 Abs. 4bis Er beauftragt das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Erstellung von Berichten, die ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der Bezeichnung der Leistungen unterstützen.	FMH, AGZ, SSMO, SGN
Art. 4 Abs. 2 lit. a und Art. 33 Abs. 4bis Kommentar: Die beiden Artikel sind in sich nicht konsistent bzw. Art. 4 Abs. 2 lit. a des Gesetzesentwurfes stimmt mit neu Art. 33 Abs. 4bis KVG nicht überein, d.h. in Art. 33 Abs. 4bis steht nichts von den „Arbeitsprogrammen“. Entsprechend müssen die beiden Artikel im Sinne der Konsistenz angepasst werden. Art. 4 Abs. 2 lit. a: Das Zentrum hat im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien folgende Aufgaben: a. Erstellung von Berichten zur periodischen Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG gemäss dem vom Bundesrat nach Artikel 33 Absatz 4bis KVG festgelegten Arbeitsprogramm; Art. 33 Abs. 4bis 4bis Er beauftragt das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Erstellung von Berichten, die ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der Bezeichnung der Leistungen unterstützen	KKA
Art. 33 Abs. 4bis 4bis Er beauftragt das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Erstellung von Berichten, die ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Zusammenhang mit der Bezeichnung der Leistungen unterstützen	KAeG SG
Zur vom Bund angestrebten Verbesserung, der frühzeitigen Erkennung und Bewertung von Innovationen bzw. der regelmässigen Re-Evaluation der im Leistungskatalog aufgenommen Leistungen nach Art. 32 Abs. 2 KVG' genügt in unseren Augen die Aufstockung der Ressourcen der zuständigen Fachkommission im BAG. Damit werden unnötige Doppelspurigkeiten und kostenaufwändige Parallelstrukturen vermieden.	ÄgBL

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Mit der Änderung von Artikel 33 und 58 im KVG schafft sich der Bundesrat die Kompetenz, die neue Bürokratie-Einrichtung mit Aufgaben in Betrieb zu halten. Aus Sicht der EDU völlig überflüssig, unnötig.	EDU
Die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt lehnt die FMH ab: Im föderalen Gesundheitswesen der Schweiz ist eine solche Rechtsform systemwidrig. Weder die Kompetenz des Bundesrats, beratende Kommissionen einzusetzen (Art. 33 Abs. 4 KVG), noch diejenige zur Kontrolle der Qualität und der Zweckmässigkeit von Leistungen (Art. 58 Abs. 1 bis 3 KVG), sind nach Auffassung der FMH eine geeignete Grundlage dafür, mittels eines neuen Spezialgesetzes eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit der Umsetzung der bundesrätlichen, aus dem KVG abgeleiteten Aufgaben zu beauftragen. Die Organisation ist überdies mit ihren gesetzlichen Organen zu starr und die verschiedenen Positionen werden auch nicht adäquat zu besetzen sein. - Vorschlag FMH: Die Rechtsform ist zwingend nochmals zu prüfen. Andere Rechtsformen wie beispielsweise eine Stiftung oder ein Verein haben sich in den letzten Jahren im Gesundheitswesen mehr als bewährt. Die Leistungserbringer müssen für ihre Qualitätsarbeit und Dokumentation adäquat vergütet werden.	SGA
Ausserdem erachten wir es über die Koordination hinaus als wesentlich, dass der Bund für die Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung verbindliche Vorgaben macht, die auf den Standards von Berufs- und Fachverbänden basieren und durch die Verbände validiert werden.	SVBG

Allegato 1: elenco dei destinatari

Liste der ständigen Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires

Elenco dei destinatari

1. Kantone / Cantons / Cantoni

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

Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 Postfach 4001 Basel staatskanzlei@bs.ch
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude 8510 Frauenfeld staatskanzlei@tg.ch
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Residenza Governativa 6501 Bellinzona can-scads@ti.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Château cantonal 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Palais du Gouvernement 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Château 2001 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Case postale 3964 1211 Genève 3 service-adm.ce@etat.ge.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	Rue du 24-Septembre 2 2800 Delémont chancellerie@jura.ch

Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 444 3000 Bern 7 mail@kdk.ch
--	---

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

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

Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Postfach 8252 3001 Bern info@svp.ch
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS Parti socialiste suisse PSS Partito socialista svizzero PSS	Postfach 7876 3001 Bern verena.loembe@spschweiz.ch

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

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 Postfach 8022 3001 Bern verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband	Monbijoustrasse 8 Postfach 8175 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Postfach 7836 3001 Bern info@sab.ch

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

economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere	Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch bern@economiesuisse.ch
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch
Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Haus der Schweizer Bauern Laurstrasse 10 5200 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB)	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch

Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	Postfach 1853 8027 Zürich hansu-eli.schuetz@kvschweiz.ch
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch

5. Andere Interessenten / autres milieux intéressés / altri interessati

5.1 Kantonale Konferenzen / Conférences cantonales / Conferenze cantonali

Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren (FDK) Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances (CDF) Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle finanze (CDF)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 3000 Bern 7
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7
Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS)	Generalsekretariat Speichergasse 6 Postfach 3000 Bern 7

5.2 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Ärzte mit Patientenapotheke (APA)	Röschstrasse 18 Postfach 191 9006 St. Gallen
Association Spitex privée Suisse ASPS	Uferweg 15 3000 Bern 13
Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP)	Riedtlistrasse 8 8006 Zürich
curahumanis	Weinberglistrasse 4 6005 Luzern
Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern

Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik (FASMED) Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale Federazione delle associazioni svizzere del commercio e dell'industria della tecnologia medica	Worbstrasse 52 3074 Muri
Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV)	Bluntschlisteig 1 8002 Zürich
Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera	Generalsekretariat Rosenweg 29 4500 Solothurn
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	Choisystrasse 11 Postfach 510 3000 Bern 14
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 54 Postfach 6052 3001 Bern
Heilbäder & Kurhäuser Schweiz Espaces Thermaux et Maison de Cure Suisses	Bahnhofstrasse 2 9100 Herisau
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4A 3013 Bern
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH) Association Suisse des Maisons de Naissances (IGGH-CH)	Präsidentin Frau Jacqueline Wenk Geburtshaus Terra Alta Schellenrain 6208 Oberkirch
Intergenerika	Haus der Wirtschaft Altmarktstrasse 96 4410 Liestal
Interpharma - Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche Associazione delle imprese farmaceutiche svizzere che praticano la ricerca	Petersgraben 35 Postfach 35 4003 Basel
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) Collège de médecine de premier recours (MPR) Collegio di medicina di base (CMB)	Geschäftsführer Dr. med. Ueli Grüninger Landhausweg 26 3007 Bern
Konferenz der kantonalen Ärztgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden	c/o DLV Bluntschlisteig 1 8002 Zürich

Konferenz kantonale Krankenhaus Verbände	c/o Verband ZH Krankenhäuser Wagerenstrasse 45 8610 Uster
pharm!action	Route du Signal 7 1001 Lausanne
Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere	Beundenfeldstrasse 45 3013 Bern
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavo- rano in cliniche private (ASMI)	Moosstrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)	Sulgenauweg 38 3007 Bern
Schweizerische Kantonsapothekervereinigung (KAV/APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV/APC) Associazione dei farmacisti cantonali (KAV/APC)	Monsieur Dr Jean-Blaise Montandon Pharmacien Cantonal Service de la santé publique Pourtalès 2 2001 Neuchâtel
Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren	Rolf Gilgen, CEO Stadtspital Waid 8037 Zürich
Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte (SVPC) Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Sekretariat Stationsstrasse 12 3097 Liebefeld
Schweizerischer Drogisten-Verband Association suisse des droguistes	Nidaugasse 15 Postfach 3516 2500 Biel/Bienne 3
Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine	Grand-Rue 22 1814 La Tour-de-Peilz
Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	Physioswiss Stadthof Centralstrasse 8b 6210 Sursee
Schweizerischer Verband freiberuflicher Physiotherapeu- ten (SVFP) Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI)	Route du Lac 2 – Paudex Case postale 1215 1001 Lausanne
SVMTT Gesundheit ASMTT Santé ASMTT sanità	Stadthof Bahnhofstrasse 7b 6210 Sursee

Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (labmed) Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)	Geschäftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern
Scienceindustries Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech	Viaduktstrasse 42 4051 Basel
Schweizerischer Optikerverband (SOV) Association Suisse de l'Optique	Baslerstrasse 32 Postfach 4601 Olten
Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	Rosenweg 25 C 3000 Bern 23
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE) Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômés	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker (SVOT) Association Suisse des Techniciens en Orthopédie (ASTO)	Moosstrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospitali (GSASA)	3000 Bern
Schweizerische Union für Labormedizin (SULM) Union suisse de médecine de laboratoire (USML) Unione svizzera di medicina di laboratorio (USML)	Sekretariat SULM c/o MQ, Verein für medizinische Qualitätskontrolle Universitätsspital Zürich 8091 Zürich
Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse d'odonto-stomatologie Società svizzera di odontologia e stomatologia	Münzgraben 2 Postfach 664 3000 Bern 7
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)	Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen
Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern
Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR)	pa chemin de Mornex 38 Case postale 7443 1002 Lausanne

Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	Sulgenauweg 38 Postfach 1074 3000 Bern 23
Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (FMCH) Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH) Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica ed intensiva (FMCH)	Bahnhofstrasse 22 2502 Biel
Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPZ)	Postfach 150 6004 Luzern
Verband deutschschweizerischer Ärztgesellschaften (VEDAG)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) L'Associazione Ticinese dei Medici Assistenti e dei Capoclinica (ASMAC)	Bahnhofplatz 10 A Postfach 8650 3001 Bern
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15
Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)	Bolligenstrasse 52 3006 Bern
Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDH)	Öffentliche Zahnkliniken BS Claragraben 95 4005 Basel
Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips) Association des entreprises pharmaceutiques en Suisses (vips)	Baarerstrasse 2 PF 4856 6304 Zug
Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz (SWISS REHA) Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera	Geschäftsstelle Laurenzvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau

5.3 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

Allianz Schweizer Krankenversicherer Alliance des assureurs maladie suisses Unione degli assicuratori malattia svizzeri	c/o Groupe Mutuel Waisenhausplatz 25 3011 Bern
Cura futura - Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern

Gli assicuratori-malattia innovativi	
Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn
Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux de l'assurance-accidents	Fluhmattstrasse 1 6002 Luzern
Santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni	Fluhmattstrasse 1 6002 Luzern
Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn
Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK) Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern
Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni	Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 Postfach 4288 8022 Zürich

5.4 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI)	Via Polar 46 c.p. 165 6932 Lugano-Breganzona
ASSUAS Association Suisse des Assurés	Avenue Vibert 19 Case postale 1911 1227 Carouge
Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich
Fédération romande des consommateurs (FRC)	Case postale 6151 1002 Lausanne
Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori	Belpstrasse 11 3007 Bern
Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	Josefstrasse 92 8005 Zürich
Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23
Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients OSP Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti OSP	Häringstrasse 20 8001 Zürich

5.5 Andere / Autres / Altri

Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	Dufourstrasse 30 Postfach 311 3000 Bern 6
Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche	Thunstrasse 17 Postfach 370 3000 Bern 6
patientensicherheit schweiz sécurité des patients suisse sicurezza dei pazienti svizzera	Stiftung für Patientensicherheit Asylstrasse 77 8032 Zürich
Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	Effingerstrasse 54 3001 Bern
PULSUS	Lidostrasse 6 Postfach 15127 6000 Luzern 15
QualiCCare	Rütistrasse 3a 5400 Baden
Schweizerische Akademie der Qualität in der Medizin (SAQM) Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) Accademia svizzera per la qualità nella medicina (ASQM),	FMH Generalsekretariat Elfenstrasse 18 Postfach 300 3000 Bern 15
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Académie suisse des sciences médicales (ASSM) Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM)	Generalsekretariat Petersplatz 13 4051 Basel
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) Société suisse pour la politique de la santé (SSPS) Società svizzera per la politica della salute (SSPS)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (SQMH) Société Suisse pour le Management de Qualité dans la Santé Società svizzera per la gestione della qualità nel settore sanitario	c/o Dr. Margit Widmann Gasse 20 4524 Günsberg
Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)	c/o MBC Markus Bonelli Consulting Industriestrasse 24 8404 Winterthur
Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (QUALAB) Commission Suisse pour l'assurance de qualité dans le laboratoire médical Commissione svizzera per l'assicurazione di qualità nel laboratorio medico	Sekretariat c/o Sigrid Hess-Scheurer Effingerstrasse 25 3008 Bern
Trägerverein Swiss Medical Board	Susanna Marti Calmell Stampfenbachstrasse 30 Postfach 8090 Zürich

Allegato 2: elenco dei partecipanti alla consultazione / abbreviazioni / statistiche

I. Destinatari

N.	Abbreviazione	Nome
001	VS	Canton duValais
002	GL	Canton de Glaris
003	SZ	Canton de Schwyz
004	NW	Cantonde Nidwald
005	LU	Canton de Lucerne
006	TG	Canton deThurgovie
007	NE	Canton de Neuchâtel
008	ZG	Canton de Zoug
009	OW	Canton d'Obwald
010	AR	Canton d'Appenzell Rhode Exterieur
011	ZH	Canton de Zurich
012	GR	Canton des Grisons
013	SH	Canton de Schaffhouse
014	BE	Canton de Berne
015	UR	Canton d'Uri
016	SG	Canton de St. Gall
017	SO	Canton de Soleure
018	GE	Canton de Genève
019	BL	Canton de Bâle-Ville
020	FR	Canton de Fribourg
021	VD	Canton de Vaud
022	JU	Canton du Jura
023	AI	Canton d'Appenzell Rhode Intérieur
024	AG	Canton d'Argovie
025	TI	Canton du Tessin
026	CDS	Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé
027	SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
028	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
029	SVPL-ASDSI	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflege-dienstleister
030	Spitex	Spitex Verband Schweiz
032	ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
033	vips	vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
036		Gesundheitsförderung Schweiz
037	scienceindus-tries	scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech
038	fmCh	fmCh, Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften
039	médecins de famille	Hausärzte Schweiz - Berufsverband der Haus- und Kinderärzte

040	H+	Les Hôpitaux de Suisse
041	Patientensicherheit	Patientensicherheit Schweiz
042	PKS	Privatkliniken Schweiz
043	PLR	FDP. Die Liberalen
044	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
045	GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
046	senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
048	SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
052	FMH	FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
055	KKA-CCM	Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften KKA-CCM
057	FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
058	SVP	SVP Schweiz
061	sQmh	Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (SQMH)
063	SPO	Stiftung SPO Patientenschutz
064	ChiroSuisse	ChiroSuisse Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
066	sgv	Schweizerischer Gewerbeverband sgv
069	santésuisse	santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer
070	iph	interpharma
071	SGV	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV)
072	FASMED	FASMED Dachverband der schweizerischen Handels- und Industrievereinigungen der Medizintechnik
074	labmed	Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker labmed
075	Medical Board	Swiss Medical Board
078	CVP	CVP Schweiz
079	SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
080	economiesuisse	economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen
082	Sw!ss Reha	SW!SS REHA die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz
083	QCC	QualiCCare
084	Curaviva	Curaviva Verband Heime und Soziale Institutionen Schweiz
085	SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
091	GELIKO	GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
092	VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS)
094	SVDE	Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
095	MKT	Zentralstelle für Medizinaltarife UVG
103	RVK	RVK Luzern
104	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
105	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und – ärzte
109	curafutura	curafutura Die innovative Krankenversicherer

114	QUALAB	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (QUALAB)
116	K3	Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
119	SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SP)
120	pharmaSuisse	pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband
121	SDV	Schweizerischer Drogistenverband
126	EVS	ErgotherapeutInnen – Verband Schweiz
127	DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstelle (DVSP)
130	K/SBL	Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
132	ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana, Bre-ganzona
133	physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband
135	frc	Fédération romande des consommateurs, Lausanne
137	PULSUS	PULSUS
140	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
148	FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH)
151	BS	Kanton de Bâle Villedt
152	KHM	Kollegium für Hausarztmedizin

II. Organizzazioni non interpellate

N.	Abbreviazione	Nome
031	INTERPRET	Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmet-schen und Vermitteln
034	pMH	Monika Hasler, 9542 Münchwilen
035	Äg_BE	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
047	pCP	Centre Patronal
049	EQUAM	EQUAM Stiftung
050	pMW	Marianne Wüthrich, Dr. iur., Kiefernweg 5, 8057 Zürich
051	SP60+	SP60+ AG Gesundheit
053	ÄGT	Ärztegesellschaft Thurgau
054	AGZ	AerzteGesellschaft des Kantons Zürich AGZ
056	FER	Fédération des Entreprises Romandes, Genève
059	SBLV	Schweizerischer Bäuerinnen- und Landfrauenverband
060	pHHG	Dr.phil. Henriette Hanke Güttinger, Tanneggerstr. 11, 8374 Dussnang
062	AGSZ	Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz
065	KAeG SG	Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen
067	UWÄG	Unterwaldner Ärztegesellschaft
068	KLS	Krebsliga Schweiz
073	ÄgBL	Ärztegesellschaft Baselland
076	Dakomed	Dachverband Komplementärmedizin
077	SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie Gastrozentrum Hirslanden
081	SGPMR	Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabili-tation
086	EDU	EDU Kanton St. Gallen
087	UNION	UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisa-tionen

088	SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
089	SGED	Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
090	Sn	Swissnoso, Zürich
093	ALZ	Schweizerische Alzheimervereinigung
096	pSvB + pMN	Sonja van Biezen, Schwarzenbach + Moritz Nestor, Dussnang
097	SGMO-agsz	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
098	HGS	Hippokratische Gesellschaft Schweiz
099	SAGB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
100	SGN	Schweiz. Gesellschaft für Nephrologie
101	SRK	Verein Schweizerisches Rotes Kreuz
102	Kal	Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
106	GM	Groupe Mutuel Martigny
107	SGAP-SPPA	Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –Psychotherapie SGAP-SPPA
108	pEG	Ernst Genssenjäger, Basel
110	Innoval	Institute for Innovation & Valuation in Health Care
111	BÄV	Bündner Ärzteverein
112	CVS	CardioVasc Suisse, Public Health Services GmbH
113	EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union (EDU), Thun
115	mws	medical women switzerland
117	SVM	Société Vaudoise de Médecine
118	SGR-SSR	Schweizerische Gesellschaft für Radiologie
122	BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen
123	SFSM	Facharzt für Onkologie-Hämatologie und Innere Medizin, Präsident der SFSM, Dr. med. Jürg Nadig
124	SMV	Société Médicale du Valais
125	VKL	Verein Komplikationenliste
128	SGA	Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie (SGA)
129	asd	Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche
131	ARLD	association romande des logopédistes diplômés
134	svbg	Schweizerischer Verband der Organisationen im Gesundheitswesen
136	m-net	medswiss.net, Dachverband der Schweizer Ärztenetze
138	SGAR-SSAR	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation
139	SGR	Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie
141	CSCQ	Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle
142	SSR	Schweizerischer Seniorenrat
143	VASOS	Vereinigung aktiver Senioren-und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz
144	CTS	Caritas Schweiz
145	SGGG	Gynécologie Suisse, die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
146	VAKA	Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA), der Aargauische Gesundheitspartner
147	SGHC	Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie
149	SAB	Scientific Advisory Board

150	VFNGG	Verein zur Förderung der Neurovegetativen und Ganzheitlichen Gesundheit
-----	-------	---

III. Statistica

	Totale delle persone consultate	Pareri delle persone consultate	Pareri delle persone che sono non state consultate	Totale pareri
Pareri per iscritto	139	89	63	152