

Versand per E-mail

Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

7-3-2 / AG/SM/HU

Bern, 22.01.2021

Stellungnahme der GDK zur Umsetzung der Änderung des KVG betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu den unterbreiteten Verordnungsentwürfen zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung nehmen zu können.

Der GDK-Vorstand nimmt dazu wie folgt Stellung.

Allgemeine Bemerkungen

Mit den Verordnungsentwürfen liegt das Ausführungsrecht zur im Juni 2020 vom Parlament verabschiedeten KVG-Revision betreffend Zulassung von Leistungserbringern vor. Die GDK hat sich stark dafür eingesetzt, dass die Zulassungsvorlage zügig und ohne Verknüpfung mit dem EFAS-Dossier verabschiedet wird, damit nach Auslaufen der befristeten Regelung für die Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG eine nahtlose Anschlusslösung besteht. Die Kantone müssen bei einem Überangebot von Ärztinnen und Ärzten kostendämpfend eingreifen können.

Mit der Gesetzesrevision wird den Kantonen aber nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten gegeben, sondern die Kantone sind neu auch für die formelle Zulassung der übrigen ambulanten Leistungserbringer zur OKP und für die Aufsicht über letztere zuständig. Zudem haben die Kantone die Daten der ambulanten Leistungserbringer in das neue Leistungserbringerregister einzutragen. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, die bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird. Die GDK ist daher äusserst erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser umfangreichen Vorlage finden. Sie fordert den Bundesrat auf, eine **Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen** für die Zulassung, Registrierung und Aufsicht vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für Krankenversicherer (insbesondere SASIS AG) bzw. für die Prämienzahlenden ihnen gegenüberstehen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit **Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer** decken dürfen.

Änderung der KVV und der KLV

Während die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vom Gesetzgeber definiert wurden, sind die Zulassungsvoraussetzungen für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich durch den Bundesrat festzulegen. Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte sind stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Die KVV-Vorlage trägt der unterschiedlichen Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte im spitalambulantem versus praxisambulanten Bereich – etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung – zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. **Im Hinblick auf das Wachstum des spitalambulanten Bereichs müssten die Kantone aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, mengenmässig zu steuern.**

Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen muss klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Im Übrigen begrüsst die GDK die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer, sowie die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung und der Zulassung zur Sozialversicherung. Auch würden wir begrüssen, wenn die weiteren Leistungserbringer, welche Leistungen zulasten OKP erbringen können, aufgenommen würden: Zahnarztpraxen (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen bzw. Organisationen der Chiropraktik), Podologinnen und Podologen sowie Psychologinnen und Psychologen und deren Praxen.

Der Gesetzgeber hat ausserdem festgelegt, dass die Leistungserbringer nebst der erforderlichen Aus- und Weiterbildung neu auch gewisse **Qualitätsanforderungen** erfüllen müssen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten, bilden die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung, wie sie die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den Qualitätsverträgen vorsieht. Die GDK unterstützt diese Neuerung im Grundsatz und erachtet es als sinnvoll, dass die Qualitätsanforderungen von allen (neuen) Leistungserbringern im ambulanten Bereich erfüllt sein müssen. Der Detaillierungsgrad der in Art. 58g E-KVV genannten Qualitätsanforderungen lässt den Kantonen den nötigen Spielraum, um die Anforderungen je nach Grösse und organisationaler Struktur des Leistungserbringers angemessen auszugestalten. Jedoch scheinen uns **zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Anforderungen umsetzbar**. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchstellenden müssen die Anforderungen überprüfbar und justiziabel sein. Einige der vorgesehenen Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder – falls sie objektiv nicht erfüllbar sind – vorerst wegzulassen.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass die Anforderungen von Art. 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf Betriebe und Organisationen zugeschnitten sind und nicht oder zumindest schlecht auf selbständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar sind. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.

Der Gesetzgeber hat für die Ärztinnen und Ärzte in Art. 37 nKVG ein Mindestniveau bezüglich Sprachkenntnissen sowie den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) als besondere Zulas-

sungsvoraussetzungen festgelegt. Aus Sicht der GDK ist es mit Blick auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nachvollziehbar, weshalb die übrigen Leistungserbringer diese Voraussetzungen bei der Zulassung nicht ebenfalls erfüllen müssen. Die GDK fordert den Bundesrat auf, **das Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse und des Anschlusses an das EPD auch bei den übrigen Leistungserbringern (Art. 40ff KVV) als Zulassungsvoraussetzung festzulegen.**

Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsdepartemente durch die Covid-19-Pandemie, zu wenig Zeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Art. 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Wir fordern ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen, welche sicherstellen, dass **keine Rechtslücke** entsteht und die **Kantone gleichzeitig die erforderliche Zeit haben**, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich soll gemäss Verordnungsentwurf durch das EDI mit den Kantonen ein Regressionsmodell entwickelt werden. Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest.

Dieses nationale Regressionsmodell und die Koeffizienten nach Fachgebiet verwenden die Kantone, um den regionalen Versorgungsbedarf, den regionalen Versorgungsgrad und – davon abgeleitet – die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebiets zu berechnen. Dabei sind die Bevölkerungsmerkmale, Patientenströme und das Leistungsvolumen je Fachgebiet einzurechnen und es kann ein Gewichtungsfaktor eingesetzt werden.

Die GDK begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Sie stellt aber fest, dass die Komplexität des Modells insbesondere die kleineren Kantone vor eine grosse Herausforderung stellt.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann nur schwer beurteilt werden, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann und die Kantone den ärztlichen ambulanten Bereich kostendämpfend steuern können. Klar ist hingegen, dass eine wirkungsvolle Steuerung nur dann gelingen kann, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen werden. Wie weiter oben erwähnt, ist die Verordnung in der Denkart stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen in der Regel sowohl spitalstationäre als auch spitalambulante Leistungen. Um letztere Art von Leistungen zu erbringen, benötigen sie nicht zwingend eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärzten in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den **Spitalambulatorien** zur Verfügung stehen. Die GDK fordert, dass der Bund unter Einbezug der Kantone sauber abklärt, welche Daten vom BFS erhoben werden müssen, damit die Vorlage auch für den Bereich der Spitalambulatorien umgesetzt werden kann. Was den praxisambulanten Bereich betrifft, wird die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS eine zentrale

Datengrundlage darstellen. Wir fordern den Bund deshalb auf, alles daran zu setzen, den **Rücklauf der MAS deutlich zu erhöhen** und die Datenqualität sicherzustellen.

Wir unterstützen, dass die Patientenströme bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden müssen. Dazu benötigen die Kantone **Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer**. Wir fordern, dass in der Verordnung eine rechtliche Grundlage geschaffen wird, um diese den Kantonen zugänglich zu machen.

Wir begrüssen, dass in Art. 9 der Verordnung die **Verpflichtung zur interkantonalen Koordination** gemäss Art. 55a Abs. 3 KVG präzisiert wird. Angesichts der Tatsache, dass nach Art. 4 Abs. 2 der Verordnung Höchstzahlen für einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone erlassen werden können, stellt sich die Frage, wie weit die Verpflichtung gemäss Art. 9 Bst. b der Verordnung ginge. Für wie viele und welche Varianten von inter- und innerkantonalen Festlegungen von Höchstzahlen müssten die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale beurteilt werden? Unklar ist auch, was unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial konkret zu verstehen wäre. Wir beantragen daher die Streichung von Buchstabe b.

Angesichts der Komplexität des Vorhabens begrüssen wir, dass eine **vierjährige Übergangsfrist** vorgesehen ist: zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.

Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Die Kantone werden neu nicht nur für das Zulassungsverfahren, sondern auch für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 38 Abs. 2 nKVG zuständig sein. Der Gesetzgeber hat deshalb mit Art. 40a ff. nKVG eine normative Grundlage für ein öffentlich zugängliches Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen. Damit soll aus Sicht des Gesetzgebers mehr Transparenz erreicht und der Austausch von Informationen zwischen den Kantonen erleichtert werden, damit sie diese Aufsichtsaufgabe erfüllen können.

Die GDK hat im Zuge der Ausarbeitung der Gesetzesrevision gefordert, mit dem Leistungserbringerregister (LE-Register) kein zusätzliches Register zu schaffen, sondern dieses in den bestehenden Registern MedReg, PsyReg und GesReg zu integrieren bzw. mit diesen zu verknüpfen. Wir anerkennen indes, dass die erwähnten Bewilligungsregister nur eine Teilmenge des künftigen LE-Registers abdecken und dass das LE-Register im Gegensatz zu den anderen Registern nicht nur Daten zu natürlichen, sondern auch zu juristischen Personen beinhalten wird. Aus diesem Grund kann die GDK der Schaffung eines eigenständigen Registers zustimmen unter der Bedingung, dass die relevanten Daten, welche bereits in den bestehenden Registern enthalten sind, nicht erneut erfasst werden müssen und dass Parallelstrukturen soweit möglich vermieden werden. Dies wird u.a. mit den Artikeln 4 bis 6 der Registerverordnung sichergestellt, welche die Lieferung der Daten über eine Standardschnittstelle vorsehen. Wir beantragen ergänzend, dass **auch das NAREG als Datenlieferant** via Standardschnittstelle in die Verordnung aufgenommen wird, für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, den Podologinnen und Podologen sowie der Rettungssanitäter (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind. Generell muss in Bezug auf die Verknüpfung und den Austausch der Daten zwischen den Registern eine hohe Benutzerfreundlichkeit angestrebt werden. Das heisst beispielsweise, dass alle Angaben zu einer bestimmten Gesundheitsfachperson, ob sie nun im Bewilligungsregister oder im LE-Register erfasst sind, für die Nutzer auf einen Blick ersichtlich sind.

Das EDI unterbreitet zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung: Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen Dritten und Variante 2, welche vorsieht, dass das LE-Register durch das BAG betrieben wird. Die Übertragung an einen Dritten wäre gemäss Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen (BöB) ausschreibungspflichtig. Die GDK hat grosse Bedenken gegenüber einer

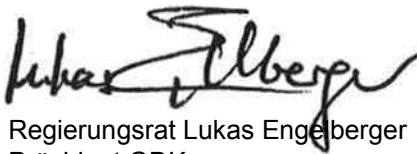
Übertragung der Registerführung an einen Dritten. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich für die GDK, **dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden darf**. Nur so können allfällige Interessenkonflikte verhindert werden. Das LE-Register darf zudem nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern (MedReg, GesReg, PsyReg, BUR; NAREG) ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosteneffizienz auswirken.

Wir begrüßen die **Aufbaufrist von drei Jahren** ab Inkrafttreten der Verordnung, bevor die Öffentlichkeit Zugang zum LE-Register erhält. Aufgrund der Erfahrungen bei den bestehenden Registern ist dies (unter Beachtung der Einspeisung via Standardschnittstellen) eine realistische Frist, um die geforderten Daten in das Register einzutragen. Dass diese Frist eingehalten werden kann, bedingt aber einen raschen Aufbau des Registers durch den Bund, damit die Kantone ihrerseits die erforderlichen Daten rechtzeitig eintragen können und hierfür genügend Zeit haben.

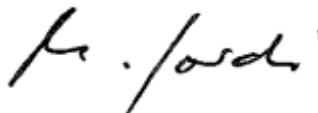
Unsere Bemerkungen und Anträge für Änderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte dem offiziellen Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK



Michael Jordi
Generalsekretär

Beilagen:

- Antwortformular mit Detailbemerkungen und -anträgen

Envoi par courriel à

Office fédéral de la santé publique
Madame Anne Lévy, directrice
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

7-3-2 / AG/SM/HU/Im

Berne, le 22.01.2021

Prise de position de la CDS sur la modification de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations

Chère Madame Lévy,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de prendre position sur les projets d'ordonnance soumis, relatifs à la mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations.

Le Comité directeur de la CDS prend position comme suit.

Remarques générales

Avec les projets d'ordonnance a été mis en place le droit d'exécution de la révision de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations, révision adoptée par le Parlement au mois de juin 2020. La CDS s'est employée de manière soutenue afin que le projet concernant l'admission soit adopté dans les meilleurs délais et sans le lier au dossier EFAS, de sorte qu'à l'échéance de la réglementation limitée dans le temps concernant la limitation de l'admission selon l'art. 55a LAMal, une solution soit disponible dans l'immédiat. En cas de surabondance des médecins, les cantons doivent être en mesure d'intervenir pour freiner la hausse des coûts.

Or, la révision de la loi ne donne pas seulement aux cantons un instrument pour limiter l'admission des médecins, mais ceux-là sont désormais aussi responsables de l'admission formelle des autres fournisseurs de prestations ambulatoires à l'AOS et de la surveillance de ces derniers. En outre, il incombe aux cantons de saisir les données des fournisseurs de prestations ambulatoires dans le nouveau registre. Les cantons devront ainsi assumer une tâche d'application considérable qui leur occasionnera des coûts supplémentaires significatifs et engagera des ressources en personnel et financières à la hauteur de la mission à remplir. C'est pourquoi la CDS est fort étonnée que le rapport explicatif ne mentionne aucune des conséquences financières de ce vaste projet. Elle invite le Conseil fédéral à procéder à une **évaluation des conséquences financières** pour l'admission, l'enregistrement et la surveillance, et à exposer comment il convient d'assumer les coûts supplémentaires des cantons et ce qu'ils représentent en termes d'économies pour les assureurs-maladie (en particulier SASIS SA) et les personnes assurées. L'ordonnance doit aussi prévoir expressément la possibilité et la manière pour les cantons de couvrir

leurs frais pour la procédure d'admission par des **taxes aux fournisseurs de prestations demandant l'admission**.

Modification de l'OAMal et de l'OPAS

Alors que les conditions d'admission des médecins ont été définies par le législateur, la fixation des conditions d'admission des autres fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire relève du Conseil fédéral. Tant les dispositions d'admission que l'ordonnance sur la fixation des nombres maximaux pour les médecins sont très axées sur le domaine ambulatoire en cabinet. Le projet d'OAMal ne tient pas suffisamment compte des différences entre les médecins travaillant dans le domaine ambulatoire hospitalier et ceux exerçant dans le domaine ambulatoire en cabinet – notamment en ce qui concerne l'obligation d'obtenir une autorisation de pratiquer la profession. Cela soulèvera des questions quant à la mise en œuvre. Mais notons surtout que les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas compris dans le projet, car ils ne doivent pas demander une admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Dans le meilleur des cas, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs des nombres maximaux. **Cependant, compte tenu de la croissance du domaine ambulatoire hospitalier, les cantons devraient disposer de la possibilité d'un pilotage quantitatif, en particulier dans ce domaine.**

Si un canton limite l'admission des médecins, les médecins travaillant dans le domaine ambulatoire et ayant été admis avant l'entrée en vigueur des nombres maximaux peuvent continuer à pratiquer à la charge de l'AOS (art. 55a, al. 5, nouvelle LAMal). Les dispositions d'exécution doivent cependant retenir clairement que cette garantie des droits acquis des médecins n'est valable que pour le canton ou les cantons où les médecins ont jusqu'ici pratiqué.

La CDS approuve en outre l'harmonisation des conditions d'admission pour les fournisseurs de prestations non médicaux, qu'il s'agisse de professionnels indépendants ou d'organisations de fournisseurs de prestations, ainsi que la stricte séparation entre l'admission incombant à la police sanitaire et l'admission à l'assurance sociale. Nous saluerions également que les autres fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'AOS soient intégrés : les cabinets dentaires (à l'instar des institutions médicales ambulatoires et des organisations de chiropraticiens), les podologues ainsi que les psychologues et leurs cabinets.

Le législateur a en outre stipulé que les fournisseurs de prestations sont désormais tenus de satisfaire à certaines **exigences en matière de qualité** au-delà de la formation et de la formation continue nécessaires afin de pouvoir facturer à charge de l'AOS. Comme exposé dans le rapport explicatif, les exigences en matière de qualité constituent dans l'admission la base pour le développement de la qualité, comme le prévoit la révision de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité avec les conventions de qualité. La CDS soutient le principe de cette novation et juge qu'il est judicieux que les exigences en matière de qualité doivent être remplies par tous les (nouveaux) fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Le degré de précision des exigences en matière de qualité mentionnées à l'art. 58g P-OAMal laisse aux cantons la marge de manœuvre nécessaire pour adapter les exigences de manière adéquate à la taille et à la structure organisationnelle du fournisseur de prestations. Toutefois, il nous semble **qu'à l'heure actuelle, toutes les exigences ne sont pas réalisables**. Ainsi, l'adhésion à un réseau national de déclaration d'événements indésirables risque notamment de n'être praticable pour tous les fournisseurs de prestations qui n'ont pas accès sans exception à de tels réseaux. Quant au droit de recours des requérants, les exigences doivent être vérifiables et justiciables. À cette fin, il convient de préciser la formulation de certaines des exigences prévues en matière de qualité ou – s'il est objectivement impossible d'y satisfaire – de les omettre pour le moment.

Notons enfin que, dans la présente formulation, les exigences de l'art. 58g P-OAMal sont conçues pour les entreprises et organisations, mais ne sont pas ou guère applicables aux fournisseurs de prestations

indépendants n'ayant pas d'employés. Il convient d'examiner s'il y a lieu de formuler dans un article séparé les exigences en matière de qualité applicables à ces fournisseurs de prestations.

À l'art. 37 de la nouvelle LAMal, le législateur a fixé pour les médecins un niveau minimum concernant les connaissances linguistiques ainsi que l'affiliation au dossier électronique du patient (DEP) comme conditions particulières à l'admission. Eu égard à la sécurité des patients, à la qualité des soins et à la collaboration interprofessionnelle, la CDS ne voit pas pourquoi ces conditions d'admission ne devraient pas aussi être remplies par tous les autres fournisseurs de prestations. La CDS demande au Conseil fédéral que **les connaissances linguistiques et l'affiliation au DEP soient fixées comme exigences d'admission pour les autres fournisseurs de prestations (art. 40 ss. OAMal) également.**

Le projet prévoit l'entrée en vigueur de l'OAMal révisée au 1^{er} janvier 2022. Cela laisse aux cantons moins d'une année pour établir les processus administratifs internes en vue de l'admission des fournisseurs de prestations à exercer à la charge de l'AOS et en vue de leur surveillance. C'est un laps de temps trop court compte tenu aussi de la charge importante que supportent les départements cantonaux de la santé en raison de la pandémie COVID-19. Nous nous posons en outre la question de savoir à quelle réglementation s'appliquera pendant la période comprise entre l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal (au 1^{er} juillet 2021) et l'entrée en vigueur de la modification de l'OAMal (au 1^{er} janvier 2022 voire plus tard). En effet, aux termes de l'art. 36 de la nouvelle LAMal, l'admission des fournisseurs de prestations à exercer à la charge de l'AOS relèvera des cantons à partir du mois de juillet 2021 mais l'ordonnance qui règle l'admission n'entrera en vigueur qu'à une date ultérieure. Nous demandons une entrée en vigueur coordonnée de la modification de l'ordonnance et des dispositions transitoires qui assurent que **toute lacune judiciaire sera évitée** et que les **cantons disposeront simultanément de suffisamment de temps** pour mettre en place les processus administratifs internes et les ressources nécessaires à l'application des nouvelles tâches.

Ordonnance sur la fixation des nombres maximaux pour les médecins dans le domaine ambulatoire

Le projet d'ordonnance prévoit que le DFI développe avec les cantons un modèle de régression afin de fixer les nombres maximaux des médecins dans le domaine ambulatoire. Le DFI détermine un coefficient pour chaque domaine de spécialité.

Les cantons utilisent ce modèle de régression national ainsi que les coefficients pour chaque domaine de spécialisation médicale afin de calculer le besoin régional en soins, le taux d'approvisionnement régional ainsi que – fonction de ces paramètres – les nombres maximaux pour les médecins d'une spécialisation médicale. Il faut également tenir compte des caractéristiques de la population, des flux de patients et du volume de prestations selon la spécialisation médicale considérée et on peut utiliser un facteur de pondération.

La CDS accueille favorablement le fait que le modèle de régression et les coefficients sont développés au niveau national et que les cantons puissent tenir compte des réalités régionales dans le calcul des nombres maximaux. Elle constate cependant que la complexité du modèle place les cantons plus petits en particulier face à un défi de taille.

À l'heure actuelle, il s'avère difficile d'évaluer si le modèle proposé permettra d'obtenir l'effet voulu par le législateur et si les cantons seront à même de piloter le domaine médical ambulatoire de sorte à maîtriser les coûts. Il est en revanche clair qu'un pilotage efficace ne pourra réussir qu'à condition que les cantons disposent des données nécessaires dans une bonne qualité pour leurs calculs. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, l'ordonnance est dans le fond très axée sur le domaine ambulatoire dans les cabinets. Les médecins employés dans un hôpital fournissent en général des prestations tant dans le domaine hospitalier stationnaire que dans le domaine hospitalier ambulatoire. Ils n'ont pas nécessairement

besoin d'une admission pour facturer à la charge de l'AOS en vue de fournir ce dernier type de prestations. En conséquence, la réussite du pilotage de l'admission dépendra essentiellement du fait que les cantons disposent des données nécessaires sur le nombre de médecins (y c. des médecins en formation continue) ainsi que sur les prestations que ceux-ci fournissent dans les **soins hospitaliers ambulatoires**. La CDS demande que la Confédération, avec le concours des cantons, précise clairement quelles données doivent être recueillies par l'OFS afin que le projet puisse aussi être mis en œuvre pour le domaine des soins hospitaliers ambulatoires. Pour ce qui est du domaine ambulatoire dans les cabinets, le relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires MAS (Medical Ambulatory Structure) représentera une base de données centrale. Nous invitons par conséquent la Confédération à tout mettre en œuvre afin d'**augmenter nettement la réception des données MAS** et d'en assurer la qualité.

Nous approuvons que les flux de patients sont à prendre en considération dans le calcul des nombres maximaux. À cette fin, les cantons doivent pouvoir **accéder aux données de facturation des assureurs-maladie**. Nous demandons que l'ordonnance intègre une base légale permettant aux cantons d'accéder à ces données.

Nous approuvons que l'art. 9 de l'ordonnance précise **l'obligation d'assurer une coordination inter-cantonale** selon l'art. 55a, al. 3, LAMal. Compte tenu du fait que, selon l'art. 4, al. 2 de l'ordonnance, des chiffres maximaux peuvent être définis pour une partie d'un canton, pour un canton, pour un territoire intercantonal ou pour un ensemble de cantons, il se pose la question de savoir jusqu'où irait l'obligation stipulée à l'art. 9, let. b de l'ordonnance. Pour combien de variantes et pour quelles variantes de fixations inter- et intracantonales de nombres maximaux faudrait-il évaluer les potentiels d'économicité et de qualité ? Il n'est pas clair non plus ce qu'il faudrait entendre concrètement par potentiels d'économicité et de qualité. Par conséquent, nous demandons de biffer la lettre b.

Compte tenu de la complexité du projet, nous saluons le qu'un **délai de transition de quatre ans** est prévu : une période de transition de deux ans résulte de la disposition transitoire de la modification de la LAMal. De son côté, l'ordonnance sur la fixation des nombres maximaux pour les médecins dans le domaine ambulatoire prévoit un délai supplémentaire de deux ans jusqu'à ce que les nombres maximaux doivent être fixés par région.

Ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations AOS

Les cantons seront désormais chargés non seulement de la procédure d'admission mais aussi d'ordonner des mesures en cas de non-respect des conditions d'admission selon l'art. 38, al. 2 de la nouvelle LAMal. Par conséquent, le législateur a créé avec l'art. 40a ss. de la nouvelle LAMal une base normative pour un registre public des fournisseurs de prestations admis dans le domaine ambulatoire. Le législateur entend par là obtenir plus de transparence et faciliter l'échange d'informations entre les cantons afin qu'ils soient en mesure de remplir cette tâche de surveillance.

Au cours de l'élaboration de la révision de la loi, la CDS a exigé de ne pas créer un registre supplémentaire avec le registre des fournisseurs de prestations (registre LeReg) mais de l'intégrer aux registres existants MedReg, PsyReg et GesReg en le connectant à ceux-ci. Nous reconnaissons cependant que les registres d'autorisation mentionnés ne couvrent qu'une partie du futur registre LeReg et que celui-ci comportera, à la différence des autres registres, non seulement des données sur des personnes physiques mais aussi sur des personnes morales. Cela étant, la CDS peut approuver la création d'un registre indépendant à condition que les données déterminantes déjà contenues dans les registres existants ne doivent pas être saisies à nouveau et que des structures parallèles soient évitées dans la mesure du possible. Cela est entre autres garanti grâce aux articles 4 à 6 de l'ordonnance sur le registre, lesquels stipulent que les données sont fournies par le biais d'une interface standard. Nous demandons

que le **NAREG en tant que fournisseur de données soit également intégré** à l'ordonnance par l'interface standard et ce, pour l'enregistrement des données relatives aux logopédistes, aux podologues ainsi qu'aux ambulanciers (en lien avec des transports de sauvetage et des transports de malades importants), saisis dans le NAREG. D'une manière générale, il convient de viser à une convivialité importante en ce qui concerne l'interconnexion et l'échange de données entre les registres. Cela signifie par exemple que toutes les données relatives à tel professionnel de la santé, qu'elles soient saisies dans le registre d'autorisation ou dans le registre LeReg, doivent être d'emblée visibles pour les usagers.

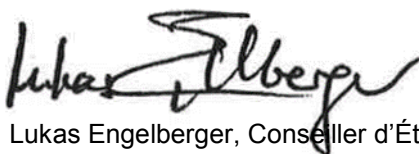
Le DFI a mis deux variantes de tenue du registre en consultation : la variante 1 délègue la tenue du registre à un tiers ; la variante 2 prévoit une gestion du registre LeReg par l'OFSP. Le transfert à un tiers exigerait une adjudication aux termes de la loi fédérale sur les marchés publics (LMP). La CDS est très réservée sur le transfert de la tenue du registre à un tiers. Le registre LeReg est utilisé à des fins de surveillance. Pour la CDS, cela signifie que **le registre doit être tenu par la Confédération et ne peut être transféré à un prestataire privé**. C'est la seule façon de prévenir d'éventuels conflits d'intérêts. Le registre LeReg ne doit pas non plus être considéré de manière isolée. Il s'intègre plutôt dans une chaîne de registres déjà en place (MedReg, GesReg, PsyReg, REE, NAREG) dont l'utilité ne jouera à plein que lorsque le flux d'informations entre eux sera assuré, ce qui se répercutera aussi en fin de compte positivement sur l'efficacité.

Nous approuvons le délai de trois ans pour la mise en place du registre à compter de l'entrée en vigueur de l'ordonnance avant que le public n'ait accès au registre LeReg. Sur la base des expériences en lien avec les registres existants, il s'agit là d'un délai réaliste (compte tenu de la saisie par le biais d'interfaces standard) qui permet d'enregistrer les données requises. Le respect de ce délai exige néanmoins que la mise en place du registre par la Confédération soit rapide afin que les cantons puissent à leur tour saisir les données nécessaires et qu'ils aient suffisamment de temps pour le faire.

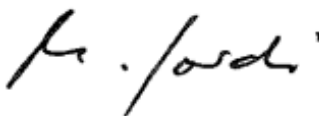
Veuillez consulter le formulaire de réponse officiel pour nos commentaires et demandes de modification concernant les différents articles.

En vous remerciant de bien vouloir tenir compte de nos demandes, nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

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



Lukas Engelberger, Conseiller d'État
Président CDS



Michael Jordi
Secrétaire général

Annexes

- Formulaire de réponse de la CDS

Versand per E-mail

Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

7-3-2 / AG

Bern, 16. Februar 2021

Umsetzung der Änderung des KVG betreffend Zulassung von Leistungserbringern: Zulassungsvoraussetzungen für Logopädinnen und Logopäden

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ergänzung der Stellungnahme der GDK vom 22. Januar 2021 zur Zulassungsvorlage lassen wir Ihnen einen aus unserer Sicht bedenkenswerten Hinweis zu den Zulassungsvoraussetzungen für die Logopäden und Logopädinnen zukommen. Die in Art. 50 lit. c E-KVV genannte Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit fällt für die Logopäden und Logopädinnen anspruchsvoller aus als für die übrigen nicht-ärztlichen Leistungserbringer. Während letztere die praktische Tätigkeit jeweils unter der Leitung einer nach dieser Verordnung zugelassenen Fachperson des jeweiligen Berufs ausgeübt haben müssen, wird für die Logopädinnen und Logopäden mindestens ein Jahr praktische Tätigkeit unter fachärztlicher Leitung in einem Spital vorausgesetzt. Diese Voraussetzung mag zwar aus Qualitätsgründen nachvollziehbar sein, stösst aber in der praktischen Umsetzung schon heute an ihre Grenzen. Es existieren in den Spitälern nicht genügend Stellen zur Absolvierung der einjährigen praktischen Tätigkeit unter fachärztlicher Leitung, zumal eine praktische Tätigkeit in der Rehabilitation im Hinblick auf die OKP-Zulassung nicht anerkannt wird. Mit der Verlagerung von medizinischen Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich werden auch logopädische Leistungen aus dem klinisch-stationären in den ambulanten Bereich ausgelagert, womit sich die Situation zusätzlich verschärft. Bereits heute arbeiten – je nach Landesteil – rund die Hälfte bis vier Fünftel der medizinisch-therapeutisch tätigen Logopädinnen und Logopäden im praxisambulanten Bereich, Tendenz steigend. Wird die geltende Zulassungsvoraussetzung für die Logopäden in der revidierten KVV weitergeführt, so droht ein ernsthaftes Nachwuchsproblem für die logopädische Versorgung im medizinisch-therapeutischen Bereich.

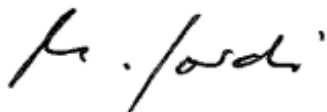
Wir beantragen dem BAG daher, die Formulierung in Art. 50 lit. c E-KVV wie folgt anzupassen:

Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit überwiegend im Erwachsenenbereich ausgeübt

1. bei einer Logopädin oder einem Logopäden, die nach dieser Verordnung zugelassen sind,
2. in einem Spital unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder in einer Organisation der Logopädie unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung dieses Anliegens und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Michael Jordi
Generalsekretär



Annette Grünig
Leiterin Interne Dienste / Projektleiterin

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Abkürzung der Firma / Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Bern

Kontaktperson : Silvia Marti, Annette Grünig

Telefon : 031 356 20 20

E-Mail : silvia.marti@gdk-cds.ch; annette.gruenig@gdk-cds.ch

Datum : 22.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	12
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Weitere Vorschläge _____	14
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zu den Verordnungsentwürfen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	30b	1	a	Hier gibt es einen Tippfehler zu korrigieren	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
GDK	30b	1	b	Die GDK stimmt dem Artikel zu, weist aber darauf hin, dass hier zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären ist, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die GDK beantragt eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.	
GDK	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Die GDK fordert, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.	
GDK	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	dem Referenzniveau C1.
GDK	42		b	<p>Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüssen diese Änderung.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).</p>	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut <i>in der Schweiz</i> aus.
GDK	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Wir begrüssen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nicht zutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
GDK	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
GDK	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	
GDK	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen/innen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
GDK	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
GDK	58g		c	Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur	Streichen von Bst. c.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung.</p>	
GDK	58g			<p>Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.</p>	
GDK	58g			<p>Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
GDK	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</i>			<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritte die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	Neu einzufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
GDK	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
GDK	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	2			Schreibfehler.	[...] an Ärztinnen und Ärzten
GDK	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
GDK	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. <u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<ul style="list-style-type: none"> a. <u>die Altersstruktur;</u> b. <u>die Geschlechterverteilung;</u> c. <u>die Verteilung der gewählten Jahresfranchise;</u> d. <u>die Mortalitätsrate;</u> e. <u>die Hospitalisierungsquote.</u>
GDK	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.	
GDK	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Abréviation de la société / de l'organisation : CDS

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Berne

Personne de référence : Silvia Marti, Annette Grünig

Téléphone : 031 356 20 20

Courriel : silvia.marti@gdk-cds.ch; annette.gruenig@gdk-cds.ch

Date : 22.01.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Autres propositions _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
CDS	Les commentaires généraux de la CDS sur les projets d'ordonnance figurent dans la prise de position de la CDS sous forme de lettre.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
CDS	30b	1	A	Faute de frappe à corriger en allemand	Betriebsvergleiche (au lieu de Vertriebsvergleiche)
CDS	30b	1	<i>b</i>	La CDS approuve l'article, mais souligne qu'il reste à clarifier exactement entre l'OFSP et l'OFS avec le concours des cantons ce qui peut être couvert par les relevés existants de l'OFS ou si des données supplémentaires doivent éventuellement être relevées. La base légale pour cela existe dans l'art. 59a LAMal et l'art. 55a, al. 4, nouvelle LAMal. Des sources de données subsidiaires (notamment données des assureurs-maladie) sont à prendre en considération au maximum pour une phase transitoire, jusqu'à ce que la Confédération dispose des données nécessaires. Les données doivent être mises à la disposition des cantons gratuitement par la Confédération. LA CDS demande une précision / un complément correspondant dans les explications.	
CDS	38	1	<i>a.</i>	Le projet est fortement axé sur le domaine ambulatoire des cabinets médicaux. Les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas compris dans le projet, car ils ne doivent pas demander une admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Dans le meilleur des cas, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs des nombres maximaux. Mais ils n'ont aucune possibilité de piloter l'admission dans ce domaine. La CDS demande que les cantons aient également la possibilité de piloter quantitativement dans le domaine hospitalier ambulatoire.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

CDS	38	3		Au lieu de la description plutôt vague des exigences linguistiques, le niveau de référence C1 doit être explicitement indiqué aux let. <i>a-c</i> de l'ordonnance.	Un certificat de langue reconnu au niveau de référence C1 est exigé.
CDS	42		<i>b</i>	<p>Les dentistes doivent désormais justifier d'une formation de trois ans dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire (contre deux ans auparavant). Nous approuvons cette modification.</p> <p>Afin d'éviter tout malentendu, il convient de préciser que le cabinet de dentiste ou l'institut dentaire visé au point b doit être situé en Suisse (par analogie avec l'art. 37, al. 1, LAMal, respectivement la réglementation pour les professions de la santé, où l'activité pratique de deux ans doit également se dérouler en Suisse).</p>	justifier d'une formation pratique de trois ans dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire <i>en Suisse</i> ;
CDS	44a et 52d			Le rapport explicatif indique : « La formulation adoptée permet ainsi d'éviter une augmentation quantitative des prestations et d'assurer la qualité ». Cette énonciation n'est pas intelligible pour nous. Les explications sur la modification de l'ordonnance devraient décrire plus en détail ce que cela signifie et dans quelle mesure les quatre dispositions permettent d'éviter une augmentation des volumes.	
CDS	45, 47, 48, 49, 50a			Nous nous félicitons de ce que les conditions d'admission de tous les fournisseurs de prestations de cette catégorie soient structurées de manière analogue selon les quatre éléments autorisation cantonale de pratiquer, avoir exercé pendant deux ans une activité pratique, exercer à son propre compte et exigences de qualité. Pour l'exigence d'avoir exercé pendant deux ans une activité pratique, le chiffre 2 mentionne comme possibilité l'activité correspondante dans un hôpital. L'exigence selon laquelle cela doit se faire sous la direction d'une personne qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance n'est	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				toutefois pas pertinente concernant la let. c. Les professionnels de la santé dans les hôpitaux n'exercent pas leur profession à leur propre compte et ne remplissent donc pas les conditions d'admission prévues dans la présente ordonnance. Tout au plus peut-on exiger ici que l'activité soit accomplie sous la direction d'une personne qui remplit les critères d'exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle.	
CDS	45, 47, 48, 49, 50a		b	L'activité pratique pendant deux ans visée au ch. 1 doit pouvoir être exercée auprès d'un spécialiste admis en vertu de l'ancien droit ou de la présente ordonnance.	Il convient de reformuler chaque fois comme suit le ch. 1 : ... admis en vertu de la présente ordonnance admis à pratiquer à la charge de l'AOS;
CDS	45, 47, 48, 49, 50a		c	L'expression « à titre indépendant » doit être adaptée selon la formulation figurant dans la LPMéd, la LPSan et la PsyG en la remplaçant par la formulation « sous leur propre responsabilité professionnelle ».	pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte;
CDS	45		b	Les sages-femmes doivent avoir exercé pendant deux ans une activité pratique pour être admises. L'activité dans un cabinet médical spécialisé n'est à cet égard plus reconnue. Nous approuvons cette modification.	
CDS	45		b	La lettre c. introduite pour toutes les autres professions de la santé fait défaut.	c. pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte; d. prouver qu'elles remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g.
CDS	49	1	b	Comme jusqu'ici, les infirmiers doivent pour être admis avoir exercé pendant deux ans une activité pratique auprès d'un infirmier admis ou dans un hôpital ou au sein d'une organisation	4. dans un EMS, sous la direction d'un infirmier qui remplit les conditions d'admission de la présente

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				d'aide et de soins à domicile. Nous demandons qu'une activité de deux ans dans un EMS soit désormais aussi reconnue.	ordonnance.
CDS	50b		a	Les neuropsychologues ne reçoivent pas d'autorisation de pratiquer (AP) selon la LPsy. L'octroi d'une autorisation de pratiquer revient au canton sur la base du droit cantonal.	... sont admis en vertu de la législation du canton dans lequel ils pratiquent leur activité ...
CDS	55			Pour l'admission à l'AOS, les centres de remise de moyens et d'appareils doivent avoir conclu un contrat avec un assureur-maladie. Cette reformulation ne permet pas de savoir si un contrat avec un assureur signifie que la remise peut s'opérer comme jusqu'ici à la charge de cet assureur ou, de manière générale, à la charge de l'AOS.	
CDS	56			Pour l'admission à l'AOS, les entreprises de transport et de sauvetage doivent avoir conclu un contrat avec un assureur-maladie. Cette reformulation ne permet pas de savoir si un contrat avec un assureur signifie que les entreprises peuvent comme jusqu'ici travailler à la charge de cet assureur ou, de manière générale, à la charge de l'AOS.	
CDS	57	1	a	Les établissements de cure balnéaire doivent être admis en vertu du droit cantonal pour être admis à l'AOS. Selon l'art. 40, al. 1, LAMal, ils doivent en même temps être reconnus par le département pour leur admission à l'AOS. Cela entraîne un doublon qu'il convient d'éviter.	Suppression de l'art. 57, al. 1, let. a
CDS	58g		c	Exiger un concept pour une culture de la sécurité et un système de rapports internes adéquat et d'amélioration des connaissances (art. 58g, let. c) nous paraît en particulier irréaliste à l'heure actuelle. L'utilisation généralisée d'un système de déclaration des erreurs est souhaitable, mais tous les fournisseurs de prestations ne disposent pas d'un système approprié.	Suppression de la let. c.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

			Une amélioration de la qualité n'est effective via un système de déclaration des erreurs que si l'utilisation du système est bien implémentée dans les organisations. Cela ne peut être contrôlé par les cantons pour l'admission et devrait l'être dans l'exercice de la profession dans le cadre des conventions de qualité des partenaires tarifaires. Nous demandons la suppression de cette exigence pour l'admission.	
CDS	58g		La formulation de cet article et des explications s'y rapportant n'est guère applicable aux fournisseurs de prestations indépendants n'ayant pas d'employés. Il convient d'examiner s'il y a lieu de formuler dans un article séparé les exigences en matière de qualité applicables à ces fournisseurs de prestations. Il faudrait y omettre la let. a et adapter les let. b et c aux indépendants n'ayant pas d'employés.	
CDS	58g		Le rapport explicatif indique à juste titre que les prestations des fournisseurs de prestations sont de nature diverse et que par conséquent « ceux-ci ne doivent pas tous remplir les mêmes exigences en matière de qualité (let. a à d) pour être admis ». Cette formulation n'est toutefois pas claire — on ne peut déduire de l'ordonnance que, suivant le fournisseur de prestations, toutes les exigences en matière de qualité ne doivent pas être remplies. L'ordonnance doit préciser dans quelle mesure les fournisseurs de prestations ne peuvent et ne doivent pas tous remplir les mêmes exigences en matière de qualité pour être admis.	
CDS	<i>Dispositions transitoires de la modification du ...</i>		Les données concernant les fournisseurs de prestations admis avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal ne doivent pas être transmises aux cantons, mais directement migrer du Registre des codes-créanciers RCC dans le registre des fournisseurs de prestations.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

			<p>Cela pour les raisons suivantes. Premièrement, l'inscription de l'admission est en soi incontestée : selon la disposition transitoire sur la modification de la LAMal du 19 juin 2020 (al. 2), le maintien des droits acquis concernant l'admission est en effet garanti aux fournisseurs de prestations déjà admis en vertu de l'ancien droit. Deuxièmement, le contrôle et l'enregistrement cas par cas des fournisseurs de prestations dans le nouveau registre représenterait un travail énorme pour les organes d'exécution. On devrait dans un premier temps se fier à la base de données de la SASIS SA et confier dans un deuxième temps aux cantons l'examen, le contrôle et, le cas échéant, l'adaptation des données dans le cadre des activités ordinaires d'exécution en rapport avec les autorisations (respectivement leurs mutations) et la surveillance.</p>	
--	--	--	--	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif

Nom/société	Commentaire / observation
CDS	Les commentaires généraux de la CDS concernant le projet d'ordonnance sur le registre et concernant le rapport explicatif figurent dans la prise de position de la CDS sous forme de lettre.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
CDS	À insérer après l'art. 6			Le registre national des professions de la santé NAREG doit également être intégré dans l'ordonnance en tant que fournisseur de données via une interface standard, et ce pour l'enregistrement des données relatives aux logopédistes, aux podologues et aux ambulanciers (dans la mesure où cela est important en lien avec les transports de sauvetage et les transports de malades) qui sont saisis dans NAREG.	Fourniture et enregistrement des données du registre national des professions de la santé NAREG Al. 1 et 2 analogues aux articles 4 à 6
CDS	8	1	a	L'expérience acquise avec le MedReg montre que les fournisseurs de prestations autorisés omettent fréquemment de déclarer aux autorités cantonales les changements d'adresse de leur cabinet ou de leur établissement. Il doit être clairement indiqué dans l'ordonnance que les fournisseurs de prestations admis ont l'obligation de déclarer au canton les modifications de leurs données de base.	
CDS	8	3	d	Divers droits et obligations de déclaration existent dans le cadre de l'autorisation et de la surveillance selon la LPMéd, la LPsy et	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<p>la LPSan et selon les lois cantonales sur la santé. Cela concerne l'échange de données importantes entre les cantons ainsi que la coordination et l'échange de données entre les autorités cantonales d'autorisation et de surveillance, d'une part, et les autorités judiciaires et administratives, d'autre part. Des obligations et droits de déclaration analogues concernant l'autorisation ou son retrait (par exemple pour le cas où une personne dispose d'une autorisation dans plusieurs cantons) font défaut dans l'ordonnance sur le registre.</p> <p>Nous partons de l'idée qu'il s'agit d'une omission délibérée, car on peut supposer qu'en cas de retrait de l'autorisation de pratiquer (selon l'art. 38 LPMéd) ou d'ouverture d'une procédure disciplinaire (selon l'art. 44 LPMéd) l'autre canton dans lequel la personne dispose d'une AP et de l'admission à l'AOS est déjà informé conformément aux articles mentionnés de la LPMéd. Cela doit être explicité dans le rapport explicatif sur l'ordonnance.</p>	
--	--	--	--	---	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
CDS	Les commentaires généraux de la CDS concernant le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et concernant le rapport explicatif figurent dans la prise de position de la CDS sous forme de lettre.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
CDS	1	1		La référence à l'alinéa correspondant de l'art. 55a LAMal fait encore défaut.	
CDS	2	1		À notre connaissance, les données hospitalières ne permettent pas (encore) de répartir les prestations et le temps de travail des médecins par domaine hospitalier stationnaire et domaine hospitalier ambulatoire. De plus, les activités des médecins agréés doivent être prises en compte de manière appropriée. Pour l'intégration des médecins pratiquant dans l'hospitalier ambulatoire, il convient donc de travailler dans une phase initiale avec des hypothèses / approximations nationales. La procédure à suivre à cet égard devrait être esquissée dans les explications.	
CDS	5	1		Il reste à déterminer quels indicateurs (facteurs explicatifs) sont inclus dans le modèle. Cela doit être précisé, la liste des indicateurs ne devant toutefois pas être exhaustive.	[...] d'un modèle de régression de l'offre en prestations médicales ambulatoires, modèle défini de façon uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Pour évaluer le modèle, il intègre divers indicateurs de la démographie et de la morbidité de la population résidant en Suisse, en particulier : a. <u>la structure d'âge</u> ; b. <u>la répartition des sexes</u> ; c. <u>la répartition de la franchise annuelle choisie</u> ;

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

					<p>d. <u>le taux de mortalité ;</u></p> <p>e. <u>le taux d'hospitalisation.</u></p>
CDS	7			<p>Les données subsidiaires mentionnées aux lettres <i>a</i> et <i>b</i> sont incomplètes : les prestations brutes de l'AOS ne comprennent que les prestations pour lesquelles les factures sont envoyées aux assureurs-maladie (une partie des prestations en tiers payant dans le cadre de la franchise n'est ainsi p. ex. pas incluse). Le nombre de consultations en dit d'autre part peu sur le nombre et la qualité des prestations fournies. La Confédération doit donc veiller à ce que les données nécessaires puissent être tirées du relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires MAS, qui est obligatoire pour les fournisseurs de prestations depuis le 1^{er} janvier 2020.</p>	
CDS	12 (nouvel article à insérer)			<p>L'art. 55a, al. 4, des modifications de la LAMal du 19 juin 2020 oblige les fournisseurs de prestations et leurs associations ainsi que les assureurs et leurs associations à fournir gratuitement aux cantons les données nécessaires au calcul des nombres maximaux. Il convient de préciser dans l'ordonnance les sources de données correspondantes (données sur les coûts des assureurs, MAS, etc.).</p>	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte

REGIERUNGSRAT

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

A-Post Plus

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

17. Februar 2021

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat des Kantons Aargau äussert sich wie folgt dazu:

Allgemeine Bemerkungen

Mit den Verordnungsentwürfen liegt das Ausführungsrecht zur im Juni 2020 vom Parlament verabschiedeten KVG-Revision betreffend Zulassung von Leistungserbringern vor. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat sich stark dafür eingesetzt, dass die Zulassungsvorlage zügig und ohne Verknüpfung mit dem EFAS-Dossier verabschiedet wird, damit nach Auslaufen der befristeten Regelung für die Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG eine nahtlose Anschlusslösung besteht.

Die Kantone müssen bei einem Überangebot von Ärzten kostendämpfend eingreifen können. Mit der Gesetzesrevision wird den Kantonen aber nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung gegeben, sondern die Kantone sind neu auch für die formelle Zulassung der übrigen ambulanten Leistungserbringer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuständig.

Zudem haben die Kantone die Daten der ambulanten Leistungserbringer in das neue Leistungserbringerregister einzutragen. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, die bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und zusätzlich personelle und finanzielle Ressourcen fordern wird.

Deshalb ist der Regierungsrat des Kantons Aargau erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser umfangreichen Vorlage finden. Er fordert den Bundesrat auf, eine Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen für die Zulassung, Registrierung und Aufsicht vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für die Krankenversicherer beziehungsweise für die Prämienzahler zu erwarten sind. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer decken dürfen.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Während die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte vom Gesetzgeber definiert wurden, sind die Zulassungsvoraussetzungen für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich vom Bundesrat festzulegen. Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärzte sind stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet.

Die Vorlage zur Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) trägt der unterschiedlichen Ausgangslage von Ärzten im spitalambulantem versus praxisambulanten Bereich – etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung – zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Im Hinblick auf das Wachstum des spitalambulantem Bereichs müssten die Kantone aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, mengenmässig zu steuern. Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten der OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen ist klar festzuhalten, dass dieser Bestandesschutz für Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Im Übrigen begrüsst der Regierungsrat des Kantons Aargau die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nichtärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbstständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer, sowie die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung und der Zulassung zur Sozialversicherung.

Auch würden wir begrüssen, wenn die weiteren Leistungserbringer, welche Leistungen zulasten der OKP erbringen können, aufgenommen würden: Zahnarztpraxen (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen beziehungsweise Organisationen der Chiropraktik), Podologen sowie Psychologen und deren Praxen.

Der Gesetzgeber hat ausserdem festgelegt, dass die Leistungserbringer nebst der erforderlichen Aus- und Weiterbildung neu auch gewisse Qualitätsanforderungen erfüllen müssen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten, bilden die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung, wie sie die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den Qualitätsverträgen vorsieht. Wir unterstützen diese Neuerung im Grundsatz und erachtet es als sinnvoll, dass die Qualitätsanforderungen von allen (neuen) Leistungserbringern im ambulanten Bereich erfüllt sein müssen.

Der Detaillierungsgrad der in Art. 58g E-KVV genannten Qualitätsanforderungen lässt den Kantonen den nötigen Spielraum, um die Anforderungen je nach Grösse und Struktur des Leistungserbringers angemessen auszugestalten. Jedoch scheinen uns zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Anforderungen umsetzbar. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchsteller müssen die Anforderungen überprüfbar und justiziabel sein. Einige der vorgesehenen Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder – falls sie objektiv nicht erfüllbar sind – wegzulassen.

Schliesslich weisen wir darauf hin, dass die Anforderungen von Art. 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf Betriebe und Organisationen zugeschnitten und nicht oder nur teilweise auf selbstständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar sind. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.

Der Gesetzgeber hat für die Ärzte in Art. 37 nKVG ein Mindestniveau bezüglich Sprachkenntnissen sowie den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) als besondere Zulassungsvoraussetzungen festgelegt. Gemäss dem erläuternden Bericht soll auf das Sprachniveau C1 des europäischen Referenzrahmens für Sprachen abgestellt werden. Wir beantragen zudem, dass Art. 11a der Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung, MedBV) im Sinne einer Homogenisierung so angepasst wird, dass auch für die Bewilligung das Niveau C1 verlangt wird (Fremdänderung). Zwar begrüsst der Regierungsrat des Kantons Aargau diese Regelung, kann aber mit Blick auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nachvollziehen, weshalb die übrigen Leistungserbringer diese Voraussetzungen bei der Zulassung nicht ebenfalls erfüllen müssen. Wir fordern den Bundesrat auf, das Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse und des Anschlusses an das EPD auch bei den übrigen Leistungserbringern (Art. 40ff. KVV) als Zulassungsvoraussetzung festzulegen.

Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP aufzubauen. **Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsdepartemente durch die COVID-19-Pandemie, zu kurzfristig.**

Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Art. 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. **Wir fordern ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen, welche sicherstellen, dass keine Rechtslücke entsteht und die Kantone gleichzeitig die erforderliche Zeit haben, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.**

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte im ambulanten Bereich

Zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte im ambulanten Bereich soll das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) gemäss Verordnungsentwurf mit den Kantonen ein Regressionsmodell entwickeln. Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest. Dieses nationale Regressionsmodell und die Koeffizienten nach Fachgebiet verwenden die Kantone, um den regionalen Versorgungsbedarf, den regionalen Versorgungsgrad und – davon abgeleitet – die Höchstzahlen für Ärzte eines Fachgebiets zu berechnen. Dabei sind die Bevölkerungsmerkmale, die Patientenströme und das Leistungsvolumen je Fachgebiet einzurechnen, und es kann ein Gewichtungsfaktor eingesetzt werden.

Der Regierungsrat des Kantons Aargau begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Zum jetzigen Zeitpunkt ist nur schwer zu beurteilen, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erreicht und die Kantone den ärztlichen ambulanten Bereich kostendämpfend werden steuern können. Auf jeden Fall kann eine wirkungsvolle Steuerung nur dann gelingen, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen werden. Wie weiter oben erwähnt, ist die Verordnung in der Denkart stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Im Spital angestellte Ärzte erbringen in der Regel sowohl spitalstationäre als auch spitalambulante Leistungen. Um letztere Art von Leistungen zu erbringen, benötigen sie nicht zwingend eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärzte (inklusive Ärzte in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den Spitalambulatorien zur Verfügung stehen.

Der Regierungsrat des Kantons Aargau fordert, dass der Bund unter Einbezug der Kantone sauber abklärt, welche Daten vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben werden müssen, damit die Vorlage auch für den Bereich der Spitalambulatorien umgesetzt werden kann. Was den praxisambulantem Bereich betrifft, wird die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren über das Angebot und die Organisation (MAS) eine zentrale Datengrundlage darstellen. Wir fordern den Bund deshalb auf, alles daran zu setzen, den Rücklauf der MAS deutlich zu erhöhen und die Datenqualität sicherzustellen.

Wir unterstützen, dass die Patientenströme bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden müssen. Dazu benötigen die Kantone Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer. Wir fordern, dass in der Verordnung eine rechtliche Grundlage geschaffen wird, um diese den Kantonen zugänglich zu machen.

Wir begrüßen, dass in Art. 9 der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte im ambulanten Bereich die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination gemäss Art. 55a Abs. 3 KVG präzisiert wird. Angesichts der Tatsache, dass gemäss Art. 4 Abs. 2 der Verordnung Höchstzahlen für einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone erlassen werden können, stellt sich die Frage, wie weit die Verpflichtung gemäss Art. 9 Bst. b der Verordnung ginge. Für wie viele und welche Varianten von inter- und innerkantonalen Festlegungen von Höchstzahlen müssten die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale beurteilt werden? Unklar ist auch, was unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial konkret zu verstehen wäre. Wir beantragen daher die Streichung von Buchstabe b.

Angesichts der Komplexität des Vorhabens begrüßen wir, dass eine vierjährige Übergangsfrist vorgesehen ist: zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte im ambulanten Bereich sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.

Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Die Kantone werden neu nicht nur für das Zulassungsverfahren, sondern auch für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 38 Abs. 2 nKVG zuständig sein. Der Gesetzgeber hat deshalb mit Art. 40a ff. nKVG eine normative Grundlage für ein öffentlich zugängliches Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen. Damit soll aus Sicht des Gesetzgebers mehr Transparenz erreicht und der Austausch von Informationen zwischen den Kantonen erleichtert werden.

Das EDI unterbreitet zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung: Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen Dritten und Variante 2, welche vorsieht, dass das LE-Register durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betrieben wird.

Der Regierungsrat des Kantons Aargau erachtet die Registerführung durch das BAG als sachgerecht (Variante 2). Es ist nicht nachvollziehbar, weswegen dieses Register respektive dessen Verwaltung im Gegensatz zu den bestehenden Registern (zum Beispiel dem Medizinalberufe- oder dem Gesundheitsberuferegister) einem Dritten übertragen werden soll. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich, dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden soll. So lassen sich allfällige Interessenkonflikte verhindern. Das LE-Register darf zudem nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosten auswirken.

Wir begrüßen die Aufbaufrist von drei Jahren ab Inkrafttreten der Verordnung, bevor die Öffentlichkeit Einsicht in das LE-Register erhält. Aufgrund der Erfahrungen bei den bestehenden Registern ist dies (unter Beachtung der Einspeisung via Standardschnittstellen) eine realistische Frist, um die geforderten Daten in das Register einzutragen. Dass diese Frist eingehalten werden kann, bedingt aber einen raschen Aufbau des Registers durch den Bund, damit die Kantone ihrerseits die erforderlichen Daten rechtzeitig eintragen können und hierfür genügend Zeit haben.

Unsere Bemerkungen und Anträge für Änderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte dem beigelegten Antwortformular. Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Stephan Attiger
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Antwortformular

Kopie

- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 17. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	3
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR AG	Die allgemeinen Bemerkungen des Regierungsrats des Kantons Aargau zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	30b	1	a	Korrektur Tippfehler.	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche).
RR AG	30b	1	b	<p>Grundsätzliche Zustimmung. Allerdings ist zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden.</p> <p>Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der Kanton Aargau beantragt eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.</p>	
RR AG	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärzte, welche Leistungen im spitalambulant	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Wir fordern, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulanten Bereich mengenmässig zu steuern.	
RR AG	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf dem Referenzniveau C1. Wir beantragen, Art. 11a MedBV als Fremdänderung so anzupassen, dass auch für die Bewilligung Niveau C1 vorhanden sein muss (Homogenisierung).
RR AG	39			Es wird nicht ausdrücklich erwähnt, ob die 90 Tage-Regelung für Personen aus EU/EFTA Staaten gilt.	
RR AG	42			Neu sollen Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüssen diese Änderung. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG beziehungsweise der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut in der Schweiz aus.
RR AG	44a und 52d			Im erläuternden Bericht steht: "Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden."	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.	
RR AG	45, 47, 48, 49, 50a			Wir begrüßen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie gleich ausgestaltet sind mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nichtzutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
RR AG	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
RR AG	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck "selbständig" sollte entsprechend der Formulierung im Medizinalberufegesetz (MedBG), im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) sowie im Psychologieberufegesetz (PsyG) angepasst werden, in dem er durch die Formulierung "in eigener fachlicher	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Verantwortung" ersetzt wird.	
RR AG	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüssen diese Änderung.	
RR AG	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g erfüllen.
RR AG	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung einer Pflegefachperson, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
RR AG	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
RR AG	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
RR AG	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
RR AG	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
RR AG	58g		c	<p>Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung</p>	Streichung von Bst. c.
RR AG	58g			Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.	
RR AG	58g			<p>Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher "nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen". Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
RR AG	Übergangsbestimmung zur Änderung vom...			<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden. Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritt die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (beziehungsweise deren Mutationen) und der</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Aufsicht überlassen.	
--	--	--	--	----------------------	--

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR AG	Die allgemeinen Bemerkungen des Regierungsrats des Kantons Aargau zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	Neu einzufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopäden, zu den Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Art. 4-6
RR AG	8	1	a	Die Erfahrung mit dem Medizinalberuferegister (MedReg) zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	Die Meldepflicht soll in einem neuen Artikel 8a festgehalten werden.
RR AG	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und -rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und -rechte betreffend die Zulassung beziehungsweise deren Entzug (zum Beispiel für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR AG	Die allgemeinen Bemerkungen des Regierungsrats des Kantons Aargau zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	2			Schreibfehler	[...] an Ärztinnen und Ärzten
RR AG	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
RR AG	2	4		Die Tätigkeit im spitalambulanten Bereich kann nur bedingt mit der in der Praxis verglichen werden. Im ersten Fall handelt es sich oft um Assistenzärzte, im zweiten um erfahrene Fachärzte. Dazu kommt ein weiteres Thema, das nicht berücksichtigt wurde, besonders in der Grundversorgung. In ambulanten Einrichtungen vom Typ Permanence/Walk-in-Praxis oder Spitalambulanz werden oft Notfälle behandelt, in "klassischen" Hausarztpraxen vorwiegend chronisch Kranke / geriatrische Patienten. Bei der Berechnung der Vollzeitäquivalente wird ausserdem nicht auf die Belegarztstätigkeit eingegangen. Hier stellt sich die Frage, wie die ambulante Tätigkeit dieser Ärzte berechnet werden soll. Ein weiterer Punkt, der nicht klar definiert	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				ist, betrifft Ärzte mit ambulanter Tätigkeit an mehreren Standorten, zum Teil in mehreren Kantonen. Da die Identifikation der Ärzte anhand der GLN-Nummer (Global Location Number) erfolgt, ist daraus kein Rückschluss auf den Tätigkeitsort oder das Pensum zu schliessen. Dies ist nur möglich, wenn die abgerechneten Leistungen vor allem in ambulanten Einrichtungen auch dort abgerechnet werden, wo sie geleistet werden. Dies soll präzisiert werden,	
RR AG	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere: a. die Altersstruktur; b. die Geschlechterverteilung; c. die Verteilung der gewählten Jahresfranchise; d. die Mortalitätsrate; e. die Hospitalisierungsquote.
RR AG	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1. Januar 2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist	
RR AG	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	



KANTON
APPENZELL INNERRHODEN



Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Per E-Mail an
- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- geuer@bag.admin.ch

Appenzell, 18. Februar 2021

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Zulassung von Leistungserbringerinnen und -erbringern Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. November 2020 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Zulassung von Leistungserbringerinnen und -erbringern, zukommen lassen.

Anbei erhalten Sie unsere detaillierte Stellungnahme, die sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren stützt, jedoch partiell Ergänzungen beinhaltet.

Für die Standeskommission ist insbesondere wichtig, dass die geplanten Umsetzungsregelungen praktikabel sind und unnötiger administrativer Aufwand auf allen Ebenen vermieden wird. Wir beantragen daher auch, dass die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung, welche unseres Erachtens auf grössere Betriebe oder Organisationen zugeschnitten sind, für selbständigerwerbende Leistungserbringende ohne Angestellte angepasst und vereinfacht werden.

Im Weiteren ist es wichtig, dass das Inkrafttreten der KVG-Änderung und der KVV-Änderung aufeinander abgestimmt werden (inkl. Übergangsregelung) und die Kantone genügend Zeit zur Verfügung haben, um die benötigten verwaltungsinternen Prozesse für die neuen kantonalen Zulassungs- und Aufsichtsaufgaben aufzubauen und sicherzustellen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrag von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:

Markus Dörig

Beilage:
Antwortformular

Zur Kenntnis an:

- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner (thomas.rechsteiner@parl.ch)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Standeskommission / Kanton Appenzell I.Rh.

Abkürzung der Firma / Organisation : Kt. AI

Adresse : Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Kontaktperson : Markus Dörig

Telefon : 071 788 93 11

E-Mail : info@rk.ai.ch

Datum : 16. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	13
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
Weitere Vorschläge _____	15

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kt. AI	Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte sind stark auf den praxisambulan-ten Bereich ausgerichtet. Die KVV-Vorlage trägt der unterschiedlichen Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte im spitalambulantem Bereich - etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung - zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Im Hin-blick auf das Wachstum des spitalambulantem Bereichs müssten die Kantone aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, men-genmässig zu steuern.
Kt. AI	Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkraft-treten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten der OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen sollte klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätig-keit gilt.
Kt. AI	Die Standeskommission begrüsst die Vereinheitlichung bei den Zulassungsbeschränkungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringerinnen und -erbringer. Es sollen daher auch die weiteren Leistungserbringerinnen und -erbringer, welche Leistungen zulasten der OKP erbringen können, aufgenommen werden: Zahnarztpraxen (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen bzw. Organisationen der Chiropraktik), Podologinnen und Podologen sowie Psychologinnen und Psychologen und deren Praxen.
Kt. AI	Die in Art. 58g E-KVV genannten Qualitätsanforderungen erscheinen zum jetzigen Zeitpunkt nicht alle umsetzbar. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Allgemein sind die Anforderungen von Art. 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf grössere Betriebe und Organisationen zugeschnitten und nicht oder zumindest schlecht auf selbständigerwerbende Leistungs-erbringerinnen und -erbringer ohne Angestellte anwendbar. Für diese Leistungserbringerinnen und -erbringer sollen angepasste Qualitätsanforde-rungen in einem separaten Artikel formuliert werden.
Kt. AI	Mit Blick auf die Patientensicherheit und Versorgungsqualität erscheint es sinnvoll, dass nicht nur bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern auch bei den übrigen Leistungserbringerinnen und -erbringern das Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse und des Anschlusses an das EPD als Zulassungsvoraussetzung festgelegt wird.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	<p>Gemäss Entwurf soll das revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringerinnen und -erbringer zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist gerade vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie zeitlich zu knapp. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Art. 36 nKVG sind die Kantone ab dem Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringerinnen und -erbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Es ist daher ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen erforderlich, welches sicherstellt, dass keine Rechtslücke entsteht und die Kantone gleichzeitig die erforderliche Zeit haben, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.</p>
--------	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. AI	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Analog zur GDK sollen die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.	
Kt. AI	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in lit. a-c ausdrücklich das Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf dem Referenzniveau C1.
Kt. AI	42		b	Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Diese Änderung wird begrüsst. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach lit. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut in der Schweiz aus.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	45 47 48 49 50a			Es ist begrüssenswert, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziff. 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch bei lit. c nicht zutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
Kt. AI	45 47 48 49 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1 soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
Kt. AI	45 47 48		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, indem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	49 50a				
Kt. AI	45		b	Es fehlt eine lit c., welche bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g erfüllen.
Kt. AI	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation ausgeübt haben. Hier soll neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt werden.	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
Kt. AI	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologinnen und -psychologen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen...
Kt. AI	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
Kt. AI	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 lit. a
Kt. AI	58g		c	Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g lit. c) erscheint zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, jedoch steht vermutlich nicht für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer ein geeignetes System zur Verfügung. Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartnerinnen und -partner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung soll diese Anforderung gestrichen werden.	Streichung von lit. c.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	58g			Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringerinnen und -erbringer ohne Angestellte. Für diese sollen daher angepasste Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden. Dabei wäre lit. a wegzulassen und die lit. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.	
Kt. AI	58g			Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringerinnen und -erbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (lit. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar: Aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringerinnen und -erbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen. Es ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringerinnen und -erbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.	
Kt. AI	Übergangsbestimmung zur Änderung vom...			Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringerinnen und -erbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden. Dies aus den folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringerinnen und -erbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				und Aufnahme der Leistungserbringerinnen und -erbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritt die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (und deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kt. AI	Es wäre zu bevorzugen gewesen, wenn kein zusätzliches neues Leistungserbringerregister (LE-Register) geschaffen worden wäre, sondern dieses in den bestehenden Registern MedReg, PsyRg und GesReg integriert worden wäre. Da dies nicht der Fall sein wird, ist darauf zu achten, dass die relevanten Daten, welche bereits in den bestehenden Registern enthalten sind, nicht erneut erfasst werden müssen und dass Parallelstrukturen soweit möglich vermieden werden. Aus diesem Grund soll auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufgenommen werden, für die Eintragung der Logopädinnen und Logopäden, der Podologinnen und Podologen sowie der Rettungssanitäterinnen und -sanitäter.
Kt. AI	Die Standeskommission hat grosse Bedenken bezüglich der Übertragung der Registerführung an eine Dritte oder einen Dritten. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich, dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an eine private Anbieterin oder einen privaten Anbieter übertragen werden darf. So können Interessenskonflikte vermieden und der Informationsfluss der bestehenden Register untereinander sichergestellt werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. AI	Neu einzufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitäterinnen und -sanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Art. 4 bis 6
Kt. AI	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringerinnen und -erbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringerinnen und -erbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kt. AI	Die Standeskommission begrüsst es, dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Es wird aber festgestellt, dass das geplante Regressionsmodell sehr komplex ist und die Umsetzung für kleine Kantone herausfordernd sein, und viele Ressourcen binden wird. Dies obwohl zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer beurteilt werden kann, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber gewünschte Wirkung überhaupt erreicht werden kann und die Kantone den ärztlichen ambulanten Bereich kostendämpfend werden steuern können.
Kt. AI	Klar ist, dass eine wirkungsvolle Steuerung nur dann gelingen kann, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, ist diese Verordnung stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet und wird im spitalambulanten Bereich zu Umsetzungsproblemen führen, da die Kantone hier praktisch über keine Informationen verfügen. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den Spitalambulatorien zur Verfügung stehen. Es ist daher darauf zu achten, dass der Bund unter Einbezug der Kantone detailliert abklärt, welche Daten vom BFS erhoben werden müssen, damit die Vorlage auch für den Bereich der Spitalambulatorien umgesetzt werden kann. Weiter sollte der Bund alles daran setzen, den Rücklauf der MAS, welche die Datengrundlage im praxisambulanten Bereich bilden wird, deutlich zu erhöhen und die Datenqualität sicherzustellen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. AI	2	1		Nach aktuellem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärztinnen und -ärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
Kt. AI	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	<p>[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. <u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u></p> <p><u>a. die Altersstruktur;</u> <u>b. die Geschlechterverteilung;</u> <u>c. die Verteilung der gewählten Jahresfranchise;</u> <u>d. die Mortalitätsrate;</u> <u>e. die Hospitalisierungsquote.</u></p>
Kt. AI	7			Die unter lit. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst).	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb darauf hinwirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit dem 1. Januar 2020 für die Leistungserbringerinnen und -erbringer obligatorisch ist.	
Kt AI	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringerinnen und -erbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



Regierungsrat, 9102 Herisau

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
3003 Bern
Per E-Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch
und gever@bag.admin.ch
(als PDF und Word-Datei)

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

Herisau, 22. Januar 2021

Eidg. Vernehmlassung; Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Das eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 4. November 2020 ein Vernehmlassungsverfahren zur Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern eröffnet. Die Vernehmlassungsfrist dauert bis zum 19. Februar 2021.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Im Grundsatz unterstützt der Regierungsrat die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), sieht aber in gewissen Punkten einen weitergehenden Präzisierungsbedarf. Dass die Kantone mit der Gesetzesrevision bei einem Überangebot von Ärztinnen und Ärzten kostendämpfend eingreifen können, ist zu begrüßen. Ein zusätzliches Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten ist ein Mehrwert für die Kantone und mit der neuen Zuständigkeit für das formelle Zulassungsverfahren der übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich zur Abrechnung zulasten der OKP können die Kantone noch besser eingreifen. Damit kommen jedoch auf die Kantone beachtliche Vollzugsaufgaben und Mehrkosten zu. Wie der GDK stellt sich auch für den Regierungsrat daher die Frage, weshalb sich in den Erläuterungen keine klaren Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage zu finden sind. Dazu ist zu beachten, dass die Bereitstellung der zur fristgerechten Erfüllung dieser neuen Aufgaben notwendigen Ressourcen insbesondere für kleinere Kantone eine bedeutende Herausforderung darstellt. Zudem wäre es zu begrüßen, wenn der Bund klären würde, inwiefern die Kosten der Kantone für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer (mit-)gedeckt werden können.

Die detaillierte Stellungnahme des Regierungsrates erfolgt via beiliegendem Antwortformular.



Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Dr. iur. Roger Nobs, Ratschreiber

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Beilage 11

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Appenzell Ausserrhoden

Abkürzung der Firma / Organisation : AR

Adresse : Regierungsgebäude, 9102 Herisau

Kontaktperson : Roger Nobs, Ratschreiber

Telefon : +41 71 353 63 51

E-Mail : roger.nobs@ar.ch

Datum : 19. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	5
Weitere Vorschläge _____	7

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Es ist zu beachten, dass sich zusätzlich zur neuen Aufgabe das formelle Zulassungsverfahren für ärztlich und zahlreiche nicht-ärztlich ambulant tätige Leistungserbringer zur Abrechnung nach obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu legitimieren für die Kantone sowohl neue Aufsichts- und Sanktionspflichten als auch verwaltungsrechtliche Mehraufgaben ergeben (z. B. infolge aufsichtsassoziierter Untersuchungen und zu betreuende Regressverfahren durch Einsprachen im Zusammenhang mit Zulassungsablehnungen).
	<p>Qualitätsanforderungen :</p> <p>Da die Kommunikation zwischen Patient und Leistungserbringer in allen ambulanten medizinischen Tätigkeitsbereichen von hoher Bedeutung ist, wird die Aufnahme von Mindestsprachkenntnissen als eine Anforderung für alle Gruppen von Leistungserbringern mit Zulassungspflicht befürwortet. Dabei sollte das erforderliche Sprachniveau den berufsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen angepasst und entsprechend spezifiziert werden.</p>
	<p>Prozessuales:</p> <p>Der festgesetzte Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Revisionen 1. Juli 2021 beziehungsweise 1. Januar 2022 wird als zu kurz beurteilt. Eine Übergangsfrist sollte zwingend vorgesehen werden.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Die Erfüllung der vorgesehenen Meldepflichten für das Leistungserbringerregister gehen sowohl während des Aufbaus (z.B. initiale retrospektive Erhebungen, IT-Anbindung an Standardschnittstelle) als auch während des Betriebs mit einem hohen Aufwand einher. Ein kantonales Monitorings aller Leistungserbringer, die auf Basis der neuen oder alten Gesetzesgrundlagen zu einem gegebenen Zeitpunkt ambulante Leistungen zulasten der OKP erbringen dürfen, muss implementiert werden. Jedoch stellt dies für kleinere Kantone eine grosse Herausforderung dar.</p> <p>Aufgrund der bestehenden Erfahrungen mit dem Aufbau und der Führung verwandter Register (Medizinalberuferegister , Gesundheitsberuferegister, Psychologieberuferegister) sowie der gegebenenfalls nutzbaren Synergien teilen wir die Einschätzung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, wonach es sachlich und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kosten zu bevorzugen ist, das Leistungserbringerregister direkt in der Verantwortlichkeit des BAG zu verankern. Appenzell Ausserrhoden begrüsst die möglichst enge Verzahnung der bestehenden Register soweit hierdurch Doppelerfassungen vermieden werden können.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Höchstzahlfestlegung:</p> <p>Es ist festzuhalten, dass das Verfahren zur Festlegung der Höchstzulassungsgrenzen hochkomplex ist und selbst bei einer aufwendigen vertiefenden Datenerhebung und -analyse bedarf es einer regelmässigen Aktualisierung und Wirksamkeitsüberprüfung. Für Appenzell Ausserrhoden dessen Gesundheitslandschaft in direkter Nachbarschaft zum grösseren städtischen Kanton St. Gallen regional stark verschränkt ist und die zudem durch einen hohen Anteil überregionaler Patientenströme geprägt wird, stellen sich dabei zahlreiche Fragen zur Umsetzung der vorgesehen Bedarfsanalyse und Zulassungsbeschränkungen im kantonsübergreifenden Setting. Eine Präzisierung hierzu wäre zu begrüßen. Zudem könnte die Bereitstellung eines schweizweiten IT-Tools zur Analyse des tatsächlichen Bedarfs und der Beurteilung der jeweiligen Versorgungssituation unter Berücksichtigung von häufigen Einflussfaktoren auf verschiedene lokale, regionale oder kantonsübergreifend gebildeter Versorgungsregionen hilfreich sein.</p> <p>Es wird bedauert, dass in den zur Vernehmlassung eingereichten Unterlagen Herausforderungen der Unterversorgung und mögliche Steuerungsansätze - die sich insbesondere in ländlichen Regionen in bestimmten Fachbereichen abzeichnen könnten - nicht aufgezeigt werden.</p>
	<p>Gleichbehandlung unterschiedlicher Leistungserbringer:</p> <p>Eine weitere grosse Herausforderung wird zudem bei der Erhebung der notwendigen Daten im spitalambulanten Bereich gesehen, da eine Vielzahl der in den Spitälern angestellten Ärzte je nach Bedarf fliessend stationäre und spitalambulante Leistungen erbringen. Qualitativ unterschiedliche Daten bergen die Gefahr einer Benachteiligung der in den Praxen tätigen Ärzteschaft gegenüber dem spitalambulanten Bereich. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Praktikabilität der Höchstzahlbegrenzung als Steuerungsinstrument massgeblich von der Verfügbarkeit und Qualität der für die Berechnung zur Verfügung gestellten Daten abhängen wird.</p>
	<p>Berücksichtigung von Entwicklungen der ambulanten Versorgung:</p> <p>Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitisch angestrebten und durch den medizinischen Fortschritt vorangetriebenen zunehmenden Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Leistungsraum (AVOS) wird bezweifelt, ob das vorgeschlagene auf retrospektiven Analysen der Leistungsabrechnung beruhende Verfahren zur Festlegung des Regressionskoeffizienten tatsächlich geeignet ist den objektiven Bedarf ärztlicher Leistungen korrekt abzubilden.</p> <p>Aus Sicht von Appenzell Ausserrhoden ist eine Berücksichtigung der zunehmenden Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor in Form einer dynamischen unter Umständen auch prospektive Anpassung des Regressionskoeffizienten notwendig. Die vorgeschlagene regelmässige</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Überprüfungsfrequenz alle drei bis fünf Jahre wird aus diesem Grund als zu gering erachtet. Soll der Effekt der Leistungsverlagerung durch den jeweiligen Gewichtungsfaktor ausgeglichen werden, wäre es zu begrüssen, wenn eine Bandbreite angegeben werden könnte in der eine Faktorkorrektur zur Berücksichtigung dieser Entwicklung zur Anwendung kommen soll.
	<p>Prozessuales</p> <p>Die Einplanung von Übergangsfristen zur Anpassung der kantonalen Regelungen (bis 30. Juni 2023) und zur Umsetzung der festgelegten Methodik (bis 30. Juni 2025) wird begrüsst. Aufgrund der kantonalen Prozesse zu Gesetzesanpassungen sprechen wir uns für eine Verlängerung der Frist zur Anpassung der kantonalen Regelungen bis 30. Juni 2024 aus.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



Regierungsrat

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

Staatskanzlei, Postfach, 3000 Bern 8

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail an:
- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Ihr Zeichen:

17. Februar 2021

Unser Zeichen: 2020.GSI.3333

RRB Nr.: 164/2021

Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdi-
rektions

Klassifizierung: Nicht klassifiziert

**Vernehmlassung des Bundes: Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen.
Stellungnahme des Kantons Bern**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

1. Allgemeine Bemerkungen

Mit der Gesetzesrevision wird den Kantonen nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten gegeben, sondern die Kantone sind neu auch für das formelle Zulassungsverfahren der übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich zur Abrechnung zulasten der OKP zuständig. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, die bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird. Der Regierungsrat ist daher äusserst erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage finden. Er fordert den Bundesrat auf, eine Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für Krankenversicherer (insbesondere SASIS AG) bzw. für die Prämienzahlenden ihnen gegenüberstehen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer decken dürfen.

2. Änderung der KVV und der KLV

Während die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vom Gesetzgeber angepasst wurden, sind die Zulassungsvoraussetzungen für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich durch den Bundesrat festzulegen. Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte sind stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Die KVV-Vorlage trägt der unterschiedlichen Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte im spitalambulantem versus praxisambulanten Bereich – etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung – zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Im Hinblick auf das Wachstum des spitalambulantem Bereichs müssten die Kantone aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, mengenmässig zu steuern.

Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen muss klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Der Regierungsrat begrüsst die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung (Verfahren zur Berufsausübungsbewilligung), welche im MedBG bzw. im GesBG geregelt ist, und der Zulassung zur Sozialversicherung, welche im KVG bzw. in der KVV geregelt ist. Begrüsst wird auch die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer. Weiter müssten noch weiteren Leistungserbringer, welche Leistungen zulasten OKP erbringen können, aufgenommen werden: Zahnärztinnen und Zahnärzte, Podologinnen und Podologen sowie Psychologinnen und Psychologen und deren Praxen.

Der Gesetzgeber hat ausserdem festgelegt, dass die Leistungserbringer nebst der erforderlichen Aus- und Weiterbildung neu auch gewisse Qualitätsanforderungen erfüllen müssen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten, bilden die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung, wie sie die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den Qualitätsverträgen vorsieht. Der Regierungsrat unterstützt diese Neuerung im Grundsatz und erachtet es als sinnvoll, dass die Qualitätsanforderungen von allen (neuen) Leistungserbringern im ambulanten Bereich erfüllt sein müssen. Der Detaillierungsgrad der in Art. 58g E-KVV genannten Qualitätsanforderungen lässt den Kantonen den nötigen Spielraum, um die Anforderungen je nach Grösse und organisationaler Struktur des Leistungserbringers angemessen auszugestalten. Jedoch scheinen zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Anforderungen umsetzbar. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchsstellenden müssen die Anforderungen überprüfbar und justiziabel sein. Einige der Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder – falls sie objektiv nicht erfüllbar sind – vorerst wegzulassen.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Anforderungen von Art. 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung schlecht auf selbständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar sind. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.

Der Gesetzgeber hat für die Ärztinnen und Ärzte in Art. 37 nKVG ein Mindestniveau bezüglich Sprachkenntnissen sowie den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) als besondere Zulassungsvoraussetzungen festgelegt. Mit Blick auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und interprofessionelle

Zusammenarbeit ist es angezeigt, dass diese Voraussetzungen bei der Zulassung für alle übrigen Leistungserbringer (Art. 40 ff KVV) gelten müssen, wobei allenfalls eine Übergangsfrist festzulegen ist. Dem Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse (Niveau C1) in der Sprache der Tätigkeitsregion misst der zweisprachige Kanton Bern ein hohes Gewicht bei. Zudem ist zur Stärkung der Transparenz im Verordnungstext explizit zu erwähnen, dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagen- oder Schwerpunktfach war, der Nachweis der notwendigen Sprachkompetenz entfällt.

Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsdepartemente durch die Covid-19-Pandemie, zu wenig Zeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, was für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Art. 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Es ist sicherzustellen, dass mit dem Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen keine Rechtslücke entsteht. Gleichzeitig ist den Kantonen die erforderliche Zeit zu gewähren, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.

3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich soll gemäss Verordnungsentwurf durch das EDI mit den Kantonen ein Regressionsmodell entwickelt werden. Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest.

Dieses nationale Regressionsmodell und die Koeffizienten nach Fachgebiet verwenden die Kantone, um den regionalen Versorgungsbedarf, den regionalen Versorgungsgrad und – davon abgeleitet – die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebiets zu berechnen. Dabei sind die Bevölkerungsmerkmale, Patientenströme und das Leistungsvolumen je Fachgebiet einzurechnen und es kann ein Gewichtungsfaktor eingesetzt werden.

Der Regierungsrat begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Das Regressionsmodell mag technisch sehr komplex sein. Es hat aber gegenüber einem vereinfachten und zurzeit noch nicht vorliegenden alternativen Modell den Vorteil, dass damit eine datenbasierte Festlegung von Höchstzahlen zum Tragen kommt, welche den Versorgungsbedarf an ärztlichen LE möglichst präzise ausweist. Der Komplexität bei der Anwendung des Regressionsmodells ist Rechnung zu tragen, indem den Kantonen durch das BAG Spezialisten zur Verfügung gestellt und Schulungen durchgeführt werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann nur schwer beurteilt werden, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann und die Kantone den medizinisch ambulanten Bereich kostendämpfend steuern können. Eine wirkungsvolle Steuerung kann nur dann gelingen, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen werden. Die Verordnung ist in der Denkart ausserdem stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Der grosse Kostentreiber liegt aber bei den Leistungen im spitalambulanten Bereich. Im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen in der Regel sowohl spitalstationäre als auch spitalambulante Leistungen. Um letztere Art von Leistungen zu erbringen, benötigen sie nicht zwingend eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärzten in Weiterbildung) sowie der

von ihnen erbrachten Leistungen in den Spitalambulatorien zur Verfügung stehen. Der Regierungsrat fordert, dass die Vorlage den Bereich der Spitalambulatorien klarer regelt und gewährleistet, dass hierzu die nötigen Daten erhoben und den Kantonen zur Verfügung gestellt werden. Was den praxisambulanten Bereich betrifft, wird die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS eine wichtige Datengrundlage darstellen. Der Bund muss alles daransetzen, den Rücklauf der MAS deutlich zu erhöhen und die Datenqualität sicherzustellen.

Der Regierungsrat unterstützt, dass die Patientenströme bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden müssen. Hilfreich dafür wäre, wenn die Kantone Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenkversicherer hätten. Daher ist in der Verordnung eine rechtliche Grundlage zu schaffen, um diese den Kantonen zugänglich zu machen.

Der Regierungsrat begrüsst, dass in Art. 9 der Verordnung die Verpflichtung zur interkantonalen Koordination gemäss Art. 55a Abs. 3 nKVG präzisiert wird. Angesichts der Tatsache, dass nach Art. 4 Abs. 2 der Verordnung Höchstzahlen für einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone erlassen werden können, stellt sich die Frage, wie weit die Verpflichtung gemäss Art. 9 Bst. b der Verordnung ginge. Für wie viele und welche Varianten von inter- und innerkantonalen Festlegungen von Höchstzahlen müssten die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale beurteilt werden? Unklar ist auch, was unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial konkret zu verstehen wäre. Buchstabe b ist daher zu streichen.

Angesichts der Komplexität des Vorhabens wird die vierjährige Übergangsfrist begrüsst.

4. Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Die Kantone werden neu nicht nur für das Zulassungsverfahren, sondern auch für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 38 Abs. 2 nKVG zuständig sein. Der Gesetzgeber hat deshalb mit Art. 40a ff. nKVG eine normative Grundlage für ein öffentlich zugängliches Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen. Damit soll aus Sicht des Gesetzgebers mehr Transparenz erreicht und der Austausch von Informationen zwischen den Kantonen erleichtert werden, damit sie diese Aufsichtsaufgabe erfüllen können.

Die GDK hatte im Zuge der Ausarbeitung der Gesetzesrevision gefordert, mit dem Leistungserbringerregister (LE-Register) kein zusätzliches Register zu schaffen, sondern dieses in den bestehenden Registern MedReg, PsyReg und GesReg zu integrieren bzw. mit diesen zu verknüpfen. Dass die erwähnten Bewilligungsregister nur eine Teilmenge des künftigen LE-Registers abdecken und dass das LE-Register im Gegensatz zu den anderen Registern nicht nur Daten zu natürlichen, sondern auch zu juristischen Personen beinhalten wird, ist anzuerkennen. Aus diesem Grund kann der Schaffung eines eigenständigen Registers zugestimmt werden unter der Bedingung, dass die relevanten Daten, welche bereits in den bestehenden Registern enthalten sind, nicht erneut erfasst werden müssen und dass Parallelstrukturen soweit möglich vermieden werden. Dies wird u.a. mit den Artikeln 4 bis 6 der Registerverordnung sichergestellt, welche die Lieferung der Daten über eine Standardschnittstelle vorsehen. Für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, den Podologinnen und Podologen sowie der Rettungssanitäter (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind, ist ergänzend auch das NAREG als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen. Generell muss in Bezug auf die Verknüpfung und den Austausch der Daten zwischen den Registern eine hohe Benutzerfreundlichkeit angestrebt werden. Das heisst beispielsweise, dass alle Angaben zu einer bestimmten Gesundheitsfachperson, ob sie nun im Bewilligungsregister oder im LE-Register erfasst sind, für die Nutzer auf einen Blick ersichtlich sind.

Das EDI unterbreitet zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung: Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen unabhängigen Dritten und Variante 2, welche vorsieht, dass das LE-Register durch eine Stelle des Bundes, hier wird das BAG vorgeschlagen, betrieben wird. Der Regierungsrat

spricht sich insoweit für die Variante 2 aus, als das Register nicht durch das BAG, sondern durch das Bundesamt für Statistik zu betreiben ist. Dieses wird mit seiner Kernkompetenz in der Datenerhebung und -verarbeitung als am besten geeignet erachtet, das Register zu führen.

Die Aufbaufrist von drei Jahren ab Inkrafttreten der Verordnung, bevor die Öffentlichkeit Zugang zum LE-Register erhält, wird begrüsst. Aufgrund der Erfahrungen bei den bestehenden Registern ist dies (unter Beachtung der Einspeisung via Standardschnittstellen) eine realistische Frist, um die geforderten Daten in das Register einzutragen. Dass diese Frist eingehalten werden kann, bedingt aber einen raschen Aufbau des Registers durch die registerführende Stelle, damit die Kantone ihrerseits die erforderlichen Daten rechtzeitig eintragen können und hierfür genügend Zeit haben.

Weitere Bemerkungen und Anträge für Änderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte dem beigelegten Antwortformular.

Der Regierungsrat dankt für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates



Pierre Alain Schnegg
Regierungspräsident



Christoph Auer
Staatsschreiber

Beilagen
– Antwortformular

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : BE

Adresse : Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Aline Froidevaux, stellvertretende Generalsekretärin der Gesundheits-, Sozial- und Integrations-
direktion des Kantons Bern

Telefon : +41 31 633 79 20

E-Mail : info.gs.gsi@be.ch

Datum : 17.02.2021

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BE	Die allgemeinen Bemerkungen zum Erlassentwurf und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BE	30b	1	a und b	Die fehlerhaften Abkürzungen des KVG sind zu korrigieren.	
BE	30b	1	a	Redaktionelles Versehen ist zu korrigieren.	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
BE	30b	1	b	Der Regierungsrat stimmt dem Artikel zu, weist aber darauf hin, dass hier zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären ist, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen wird beantragt.	
BE	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Es wird gefordert, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.	
BE	38	3		Zur Stärkung der Transparenz ist im Verordnungstext explizit zu erwähnen, dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagen- oder Schwerpunktfach war, der Nachweis der notwendigen Sprachkompetenz entfällt	
BE	42		b	<p>Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Diese Änderung wird begrüsst.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).</p>	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut in der Schweiz aus.
BE	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	
BE	45, 47, 48, 49			Es wird grundsätzlich begrüsst, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsaus-	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	50a			<p>übungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nichtzutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.</p>	
BE	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.</p>	<p>Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,</p>
BE	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.</p>	<p>Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.</p>
BE	45		b	<p>Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Diese Änderung wird begrüsst.</p>	
BE	45		b	<p>Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.</p>	<p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

BE	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Es wird beantragt, dass hier neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
BE	50	1	a	Mit der aktuell vorgesehenen Formulierung in Art. 50 Bst. a KVV: «Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Logopäde oder Logopädin» ergeben sich Vollzugsfragen insofern, als dass Logopäden oder Logopädinnen im Kanton Bern über keine Berufsausübungsbewilligung verfügen müssen, um in eigener fachlicher Verantwortung tätig zu sein. Diese Regelung dürfte in einigen anderen Kantonen vermutlich gleich sein. Die Formulierung ist deshalb analog jener bei den Organisationen (z.B. Art. 45a KVV) anzupassen.	Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.
BE	50b	1	a	Wie Logopäden und Logopädinnen (vgl. Bemerkungen zu Art. 50a) müssen im Kanton Bern Neuropsychologen und Neuropsychologinnen über keine Berufsausübungsbewilligung verfügen, um in eigener fachlicher Verantwortung tätig zu sein. Die Formulierung ist deshalb anzupassen.	Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.
BE	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
BE	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
BE	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
BE	58g		c	<p>Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung wird die Streichung dieser Anforderung gefordert.</p>	Streichen von Bst. c.
BE	58g			Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.	
BE	58g			Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforde-	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>rungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
BE	Über- gangs- bestim- mung			<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden.</p> <p>Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritt die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.</p>	

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BE	Die allgemeinen Bemerkungen zum Erlassentwurf und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BE	2			Der Regierungsrat spricht sich insoweit für die Variante 2 aus, als das Register nicht durch das BAG, sondern durch das Bundesamt für Statistik zu betreiben ist. Dieses wird mit seiner Kernkompetenz in der Datenerhebung und -verarbeitung als am besten geeignet erachtet, das Register zu führen.	
BE	Neu ein- zufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
BE	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
BE	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbe-	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>hörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Der Regierungsrat geht davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
BE	23			Hier ist ein Redaktionsfehler zu korrigieren.	... damit ihre Daten vor Verlusten <u>und</u> gegen jegliche unbefugte Bearbeitung, Kenntnisnahme oder Entwendung geschützt sind.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BE	Die allgemeinen Bemerkungen zum Erlassentwurf und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BE	1	1		Verweis auf entsprechenden Absatz des Art. 55a KVG fehlt noch.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

BE	2			Schreibfehler	... an Ärztinnen und Ärzten
BE	2	1		Die Spitaldaten erlauben es heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
BE	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	<p>... einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her.</p> <p><u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u></p> <p><u>a. die Altersstruktur;</u></p> <p><u>b. die Geschlechterverteilung;</u></p> <p><u>c. die Verteilung der gewählten</u></p> <p><u>Jahresfranchise;</u></p> <p><u>d. die Mortalitätsrate;</u></p> <p><u>e. die Hospitalisierungsquote.</u></p>
BE	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.	
BE	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

Per Mail an tarife-grundlagen@bag.admin.ch
und gever@bag.admin.ch

Liestal, 9. Februar 2021
VG/D/AfG/SO

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern, Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum oben erwähnten Geschäft.

Gerne teilen wir Ihnen mit, dass sich der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) anschliesst.

Wir bitten Sie, die Anliegen der GDK bei der weiteren Bearbeitung des Geschäfts zu berücksichtigen und danken Ihnen bestens für Ihre Bemühungen.

Hochachtungsvoll



Dr. Anton Lauber
Regierungspräsident



Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

Beilagen:

- Stellungnahme GDK
- Antwortformular GDK

Versand per E-mail

Bundesamt für Gesundheit
Frau Anne Lévy, Direktorin
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

7-3-2 / AG/SM/HU

Bern, 22.01.2021

Stellungnahme der GDK zur Umsetzung der Änderung des KVG betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu den unterbreiteten Verordnungsentwürfen zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung nehmen zu können.

Der GDK-Vorstand nimmt dazu wie folgt Stellung.

Allgemeine Bemerkungen

Mit den Verordnungsentwürfen liegt das Ausführungsrecht zur im Juni 2020 vom Parlament verabschiedeten KVG-Revision betreffend Zulassung von Leistungserbringern vor. Die GDK hat sich stark dafür eingesetzt, dass die Zulassungsvorlage zügig und ohne Verknüpfung mit dem EFAS-Dossier verabschiedet wird, damit nach Auslaufen der befristeten Regelung für die Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG eine nahtlose Anschlusslösung besteht. Die Kantone müssen bei einem Überangebot von Ärztinnen und Ärzten kostendämpfend eingreifen können.

Mit der Gesetzesrevision wird den Kantonen aber nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten gegeben, sondern die Kantone sind neu auch für die formelle Zulassung der übrigen ambulanten Leistungserbringer zur OKP und für die Aufsicht über letztere zuständig. Zudem haben die Kantone die Daten der ambulanten Leistungserbringer in das neue Leistungserbringerregister einzutragen. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, die bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird. Die GDK ist daher äusserst erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser umfangreichen Vorlage finden. Sie fordert den Bundesrat auf, eine **Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen** für die Zulassung, Registrierung und Aufsicht vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für Krankenversicherer (insbesondere SASIS AG) bzw. für die Prämienzahlenden ihnen gegenüberstehen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit **Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer** decken dürfen.

Änderung der KVV und der KLV

Während die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vom Gesetzgeber definiert wurden, sind die Zulassungsvoraussetzungen für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich durch den Bundesrat festzulegen. Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte sind stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Die KVV-Vorlage trägt der unterschiedlichen Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte im spitalambulantem versus praxisambulanten Bereich – etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung – zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. **Im Hinblick auf das Wachstum des spitalambulanten Bereichs müssten die Kantone aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, mengenmässig zu steuern.**

Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen muss klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Im Übrigen begrüsst die GDK die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer, sowie die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung und der Zulassung zur Sozialversicherung. Auch würden wir begrüssen, wenn die weiteren Leistungserbringer, welche Leistungen zulasten OKP erbringen können, aufgenommen würden: Zahnarztpraxen (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen bzw. Organisationen der Chiropraktik), Podologinnen und Podologen sowie Psychologinnen und Psychologen und deren Praxen.

Der Gesetzgeber hat ausserdem festgelegt, dass die Leistungserbringer nebst der erforderlichen Aus- und Weiterbildung neu auch gewisse **Qualitätsanforderungen** erfüllen müssen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten, bilden die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung, wie sie die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den Qualitätsverträgen vorsieht. Die GDK unterstützt diese Neuerung im Grundsatz und erachtet es als sinnvoll, dass die Qualitätsanforderungen von allen (neuen) Leistungserbringern im ambulanten Bereich erfüllt sein müssen. Der Detaillierungsgrad der in Art. 58g E-KVV genannten Qualitätsanforderungen lässt den Kantonen den nötigen Spielraum, um die Anforderungen je nach Grösse und organisationaler Struktur des Leistungserbringers angemessen auszugestalten. Jedoch scheinen uns **zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Anforderungen umsetzbar**. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchstellenden müssen die Anforderungen überprüfbar und justiziabel sein. Einige der vorgesehenen Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder – falls sie objektiv nicht erfüllbar sind – vorerst wegzulassen.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass die Anforderungen von Art. 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf Betriebe und Organisationen zugeschnitten sind und nicht oder zumindest schlecht auf selbständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar sind. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.

Der Gesetzgeber hat für die Ärztinnen und Ärzte in Art. 37 nKVG ein Mindestniveau bezüglich Sprachkenntnissen sowie den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) als besondere Zulas-

sungsvoraussetzungen festgelegt. Aus Sicht der GDK ist es mit Blick auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nachvollziehbar, weshalb die übrigen Leistungserbringer diese Voraussetzungen bei der Zulassung nicht ebenfalls erfüllen müssen. Die GDK fordert den Bundesrat auf, **das Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse und des Anschlusses an das EPD auch bei den übrigen Leistungserbringern (Art. 40ff KVV) als Zulassungsvoraussetzung festzulegen.**

Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsdepartemente durch die Covid-19-Pandemie, zu wenig Zeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Art. 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Wir fordern ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen, welche sicherstellen, dass **keine Rechtslücke** entsteht und die **Kantone gleichzeitig die erforderliche Zeit haben**, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich soll gemäss Verordnungsentwurf durch das EDI mit den Kantonen ein Regressionsmodell entwickelt werden. Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest.

Dieses nationale Regressionsmodell und die Koeffizienten nach Fachgebiet verwenden die Kantone, um den regionalen Versorgungsbedarf, den regionalen Versorgungsgrad und – davon abgeleitet – die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebiets zu berechnen. Dabei sind die Bevölkerungsmerkmale, Patientenströme und das Leistungsvolumen je Fachgebiet einzurechnen und es kann ein Gewichtungsfaktor eingesetzt werden.

Die GDK begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Sie stellt aber fest, dass die Komplexität des Modells insbesondere die kleineren Kantone vor eine grosse Herausforderung stellt.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann nur schwer beurteilt werden, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann und die Kantone den ärztlichen ambulanten Bereich kostendämpfend werden steuern können. Klar ist hingegen, dass eine wirkungsvolle Steuerung nur dann gelingen kann, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen werden. Wie weiter oben erwähnt, ist die Verordnung in der Denkart stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen in der Regel sowohl spitalstationäre als auch spitalambulante Leistungen. Um letztere Art von Leistungen zu erbringen, benötigen sie nicht zwingend eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärzten in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den **Spitalambulatorien** zur Verfügung stehen. Die GDK fordert, dass der Bund unter Einbezug der Kantone sauber abklärt, welche Daten vom BFS erhoben werden müssen, damit die Vorlage auch für den Bereich der Spitalambulatorien umgesetzt werden kann. Was den praxisambulanten Bereich betrifft, wird die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS eine zentrale

Datengrundlage darstellen. Wir fordern den Bund deshalb auf, alles daran zu setzen, den **Rücklauf der MAS deutlich zu erhöhen** und die Datenqualität sicherzustellen.

Wir unterstützen, dass die Patientenströme bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden müssen. Dazu benötigen die Kantone **Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer**. Wir fordern, dass in der Verordnung eine rechtliche Grundlage geschaffen wird, um diese den Kantonen zugänglich zu machen.

Wir begrüssen, dass in Art. 9 der Verordnung die **Verpflichtung zur interkantonalen Koordination** gemäss Art. 55a Abs. 3 KVG präzisiert wird. Angesichts der Tatsache, dass nach Art. 4 Abs. 2 der Verordnung Höchstzahlen für einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone erlassen werden können, stellt sich die Frage, wie weit die Verpflichtung gemäss Art. 9 Bst. b der Verordnung ginge. Für wie viele und welche Varianten von inter- und innerkantonalen Festlegungen von Höchstzahlen müssten die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale beurteilt werden? Unklar ist auch, was unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial konkret zu verstehen wäre. Wir beantragen daher die Streichung von Buchstabe b.

Angesichts der Komplexität des Vorhabens begrüssen wir, dass eine **vierjährige Übergangsfrist** vorgesehen ist: zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.

Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Die Kantone werden neu nicht nur für das Zulassungsverfahren, sondern auch für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 38 Abs. 2 nKVG zuständig sein. Der Gesetzgeber hat deshalb mit Art. 40a ff. nKVG eine normative Grundlage für ein öffentlich zugängliches Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen. Damit soll aus Sicht des Gesetzgebers mehr Transparenz erreicht und der Austausch von Informationen zwischen den Kantonen erleichtert werden, damit sie diese Aufsichtsaufgabe erfüllen können.

Die GDK hat im Zuge der Ausarbeitung der Gesetzesrevision gefordert, mit dem Leistungserbringerregister (LE-Register) kein zusätzliches Register zu schaffen, sondern dieses in den bestehenden Registern MedReg, PsyReg und GesReg zu integrieren bzw. mit diesen zu verknüpfen. Wir anerkennen indes, dass die erwähnten Bewilligungsregister nur eine Teilmenge des künftigen LE-Registers abdecken und dass das LE-Register im Gegensatz zu den anderen Registern nicht nur Daten zu natürlichen, sondern auch zu juristischen Personen beinhalten wird. Aus diesem Grund kann die GDK der Schaffung eines eigenständigen Registers zustimmen unter der Bedingung, dass die relevanten Daten, welche bereits in den bestehenden Registern enthalten sind, nicht erneut erfasst werden müssen und dass Parallelstrukturen soweit möglich vermieden werden. Dies wird u.a. mit den Artikeln 4 bis 6 der Registerverordnung sichergestellt, welche die Lieferung der Daten über eine Standardschnittstelle vorsehen. Wir beantragen ergänzend, dass **auch das NAREG als Datenlieferant** via Standardschnittstelle in die Verordnung aufgenommen wird, für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, den Podologinnen und Podologen sowie der Rettungssanitäter (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind. Generell muss in Bezug auf die Verknüpfung und den Austausch der Daten zwischen den Registern eine hohe Benutzerfreundlichkeit angestrebt werden. Das heisst beispielsweise, dass alle Angaben zu einer bestimmten Gesundheitsfachperson, ob sie nun im Bewilligungsregister oder im LE-Register erfasst sind, für die Nutzer auf einen Blick ersichtlich sind.

Das EDI unterbreitet zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung: Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen Dritten und Variante 2, welche vorsieht, dass das LE-Register durch das BAG betrieben wird. Die Übertragung an einen Dritten wäre gemäss Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen (BöB) ausschreibungspflichtig. Die GDK hat grosse Bedenken gegenüber einer

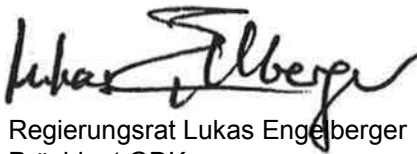
Übertragung der Registerführung an einen Dritten. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich für die GDK, **dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden darf**. Nur so können allfällige Interessenkonflikte verhindert werden. Das LE-Register darf zudem nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern (MedReg, GesReg, PsyReg, BUR; NAREG) ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosteneffizienz auswirken.

Wir begrüßen die **Aufbaufrist von drei Jahren** ab Inkrafttreten der Verordnung, bevor die Öffentlichkeit Zugang zum LE-Register erhält. Aufgrund der Erfahrungen bei den bestehenden Registern ist dies (unter Beachtung der Einspeisung via Standardschnittstellen) eine realistische Frist, um die geforderten Daten in das Register einzutragen. Dass diese Frist eingehalten werden kann, bedingt aber einen raschen Aufbau des Registers durch den Bund, damit die Kantone ihrerseits die erforderlichen Daten rechtzeitig eintragen können und hierfür genügend Zeit haben.

Unsere Bemerkungen und Anträge für Änderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte dem offiziellen Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK



Michael Jordi
Generalsekretär

Beilagen:

- Antwortformular mit Detailbemerkungen und -anträgen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Abkürzung der Firma / Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Bern

Kontaktperson : Silvia Marti, Annette Grünig

Telefon : 031 356 20 20

E-Mail : silvia.marti@gdk-cds.ch; annette.gruenig@gdk-cds.ch

Datum : 22.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	12
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Weitere Vorschläge _____	14
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zu den Verordnungsentwürfen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	30b	1	a	Hier gibt es einen Tippfehler zu korrigieren	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
GDK	30b	1	b	Die GDK stimmt dem Artikel zu, weist aber darauf hin, dass hier zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären ist, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die GDK beantragt eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.	
GDK	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Die GDK fordert, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.	
GDK	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	dem Referenzniveau C1.
GDK	42		b	<p>Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüssen diese Änderung.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).</p>	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut <i>in der Schweiz</i> aus.
GDK	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Wir begrüssen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nicht zutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
GDK	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
GDK	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	
GDK	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen/innen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
GDK	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
GDK	58g		c	Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur	Streichen von Bst. c.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung.</p>	
GDK	58g			<p>Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.</p>	
GDK	58g			<p>Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
GDK	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</i>			<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritte die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	Neu einzufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
GDK	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
GDK	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	2			Schreibfehler.	[...] an Ärztinnen und Ärzten
GDK	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
GDK	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. <u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<ul style="list-style-type: none"> a. <u>die Altersstruktur;</u> b. <u>die Geschlechterverteilung;</u> c. <u>die Verteilung der gewählten Jahresfranchise;</u> d. <u>die Mortalitätsrate;</u> e. <u>die Hospitalisierungsquote.</u>
GDK	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.	
GDK	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : Dorothee Frei Hasler, Generalsekretärin Gesundheitsdepartement

Telefon : +41 (0)61 267 95 49

E-Mail : Dorothee.Frei@bs.ch

Datum : 9. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	8
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	9
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	12
Weitere Vorschläge	14

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BS	<p>Die Verordnungsentwürfe (Erlass Höchstzahlenverordnung und Registerverordnung sowie Revision der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] und Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) werden insgesamt begrüsst. Besonders hervorzuheben ist mit Blick auf die besondere Bedeutung der Zulassungssteuerung die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. Mit der Neuregelung erhalten die Kantone für die Zulassungseinschränkung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung ein gegenüber heute dauerhaftes griffigeres, ausgereifteres und differenzierteres Steuerungsinstrument. Die geltende Zulassungseinschränkung gemäss Art. 55a KVG und VEZL stellen letztendlich lediglich eine abgeschwächte Form der früheren Zulassungseinschränkung dar (Zulassungseinschränkung «light»), da der Steuerungsmechanismus ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte erfasst, welche nicht mindestens drei Jahre bzw. ein Jahr (Grundversorger) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig gewesen sind. Mit der neuen Verordnung ist ein nahtloser Übergang zur Anschlussregelung sichergestellt. Es ist aufgrund der Kostenentwicklung äusserst wichtig, dass die Kantone die Zulassung zur OKP weiterhin steuern können.</p> <p>Zugleich ist bezüglich der neuen Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzuhalten, dass die Anforderungen sowie die Komplexität und damit der Vollzugsaufwand für die Kantone erheblich zunehmen werden. Diese Entwicklung wird für die Kantone zwangsläufig zu erheblichen Mehrkosten führen. Dies da die Kantone neu nicht nur für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zuständig sind, sondern auch für die formelle Zulassung, Registrierung und die Aufsicht der weiteren im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer. Vor diesem Hintergrund ist mit Blick auf den beträchtlichen Mehraufwand als Beispiel die Eintragung der Leistungserbringer in das neue Leistungserbringerregister zu nennen. Neben der Ersterfassung kommen später laufend Mutationen infolge von Änderungen hinzu.</p> <p>Diese Auswirkungen müssten demnach noch thematisiert werden (Stichwort «Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone»). In diesem Zusammenhang müsste in der Verordnung auch geregelt werden, wie die Kantone diese zusätzlichen Kosten im Rahmen der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der OKP über die Ausgestaltung von Gebühren decken dürfen.</p> <p>Der Kanton Basel-Stadt begrüsst ferner, dass neu die Zulassungsvoraussetzungen auch für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer vereinheitlicht werden.</p> <p>Der Fahrplan (der Entwurf der revidierten KVV soll bereits am 1. Januar 2022 in Kraft treten) ist unter Berücksichtigung des Aufbaus der Prozesse sowie der aktuellen ressourcenintensiven Bewältigung der andauernden Coronavirus-Pandemie bei der zuständigen kantonalen Behörde mit einem Jahr zeitlich zu knapp bemessen. Ausserdem muss das Inkrafttreten von Art. 36 nKVG und der KVV-Revision mittels Übergangsbestimmungen aufeinander abgestimmt sein.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Besondere Bemerkungen zur Zulassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten zur OKP:</p> <p>Die geplanten Änderungen der KVV und weiterer Verordnungen be<ken bedeutende und einschneidende Veränderungen für die Zulassung, aber auch für die tägliche Arbeit von Leistungserbringern zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherungen (z.B. Unfälle bei Kindern etc...). Aus der Sicht des Vorstandes VKZS sind diese Vorgaben weder gerechtfertigt noch durchsetzbar und bewirken für die meisten Zahnarztpraxen eine unüberwindbare Hürde. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkassen wird de facto somit verunmöglicht.</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BS	30b	1	a	Schreibfehler	[...] für die Vertriebsvergleiche <u>Betriebsvergleiche</u> [...]
BS	30b	1	b Ziffer 3	Schreibfehler	[...] (Art. 55a KVG KVG);
BS	38	1	a	Diese Bestimmung ist unvollständig, da auch Ärztinnen und Ärzte ohne Bewilligung zulasten der OKP tätig sind (z.B. Ärztinnen und Ärzte, welche im spitalambulantem Bereich unter fachlicher Aufsicht tätig sind). Auch im spitalambulantem Bereich ist eine Steuerungsmöglichkeit für den Kanton dringend erforderlich.	
BS	38	3		<p>Analog Spracherfordernis nach Art. 36 MedBG (mindestens Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen).</p> <p>Umschreibung der Spracherfordernisse gemäss Entwurf erscheint zu unpräzise und schwer messbar.</p> <p>Im Lichte der Qualitätsanforderungen wird jedoch C1 empfohlen. Dies in der Annahme, dass für die Tätigkeit zulasten der OKP strengere Anforderungen bezüglich der sprachlichen Kenntnisse möglich sind. Nachteil ist, dass dann hinsichtlich Bewilligung zur Berufsausübung und Zulassung unterschiedliche Spracherfordernisse bestehen.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

BS	42		b	Dass neu eine dreijährige praktische Weiterbildung erforderlich ist, wird begrüsst. Jedoch ist zu präzisieren, dass die zahnärztliche Praxis nach lit. b in der Schweiz domiziliert sein muss.	Textvorschlag: b. Sie weisen sich über eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut <u>in der Schweiz</u> aus.
BS	45			Es fehlt der Bst. c, welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	
BS	47, 48, 49, 50, 50a, 50b		c	Im Sinne der Kohärenz, Einheitlichkeit und Klarheit, sollte in Anlehnung an die Terminologie des MedBG, PsyG und GesBG anstelle von «selbständig» der Begriff «in eigener fachlicher Verantwortung» verwendet werden.	
BS	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgerechnet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
BS	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgerechnet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
BS	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BS	<p>Es werden zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen Dritten und - Variante 2, welche vorsieht, dass das Leistungserbringerregister (LE-Register) durch das BAG betrieben wird. <p>Die Übertragung an einen Dritten wäre gemäss Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen (BöB) ausschreibungspflichtig. Der Kanton Basel-Stadt hat grosse Bedenken gegenüber einer Übertragung der Registerführung an einen Dritten. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich, dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden darf. Nur so können allfällige Interessenkonflikte verhindert werden.</p>
BS	<p>Das LE-Register darf nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern (MedReg, GesReg, PsyReg, BUR; NAREG) ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosteneffizienz auswirken.</p>
BS	<p>Die vorgesehene dreijährige Frist im Rahmen des Aufbaus des Registers ab Inkrafttreten der Verordnung wird grundsätzlich als angemessen beurteilt und deshalb begrüsst.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BS	2			Das LE-Register muss aus Sicht des Kantons Basel-Stadt analog zum MedReg, PsyReg oder GesReg vom Bund geführt werden. Dies insbesondere, da das Register auch besonders schützenswerte Daten gemäss DSG enthält.	
BS	Neuer Artikel nach Art. 6			Im Sinne der Kohärenz und der Effizienz wird beantragt, das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) bezüglich der betroffenen Gesundheitsfachpersonen als Datenbasis via Standardschnittstelle in die Registerverordnung aufzunehmen (für die Berufe Logopädinnen und Logopäden und inskünftig neu Podologinnen und Podologen).	Analog den Art. 4 bis 6 Textvorschlag: Das BAG stellt die Schnittstellen zwischen dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe (NAREG) und dem Leistungserbringerregister für die Datenlieferung sicher.
BS	8	1	a	Da die zuständige kantonale Behörde erfahrungsgemäss nicht immer rechtzeitig über allfällige Änderungen bezüglich Praxis- und Betriebsadresse oder Praxisaufgabe informiert wird, ist eine explizite Meldepflicht für Gesundheitsfachpersonen zu verankern. Ergänzend erachtet der Kanton Basel-Stadt diesbezüglich eine automatische Erinnerung an die betreffende Gesundheitsfachperson seitens Register als prüfenswert, da die Meldepflicht möglicherweise vereinzelt wieder in Vergessenheit gerät.	
BS	8	3	d	Hinsichtlich Informationspflichten geht der Kanton Basel-Stadt davon aus, dass diese über die entsprechenden Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes (MedBG), Psychologieberufegesetzes (PsyG) und Gesundheitsberufegesetz	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				(GesBG) laufen. Zu nennen ist beispielsweise Art. 44 MedBG. Der Kanton Basel-Stadt empfiehlt diesen Aspekt in die Erläuterungen noch aufzunehmen.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BS	<p>Siehe auch allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht.</p> <p>Es fehlt offenbar eine Ausnahmebestimmung. So ist unklar, wie vorzugehen ist, wenn beispielsweise Spezialisten mit Zulassung zur OKP eine ambulante Einrichtung verlassen und der betreffende Betrieb keinen Nachfolger für die Vakanz finden kann, weil die Höchstzahl im betreffenden Fachgebiet bereits erreicht ist.</p> <p>Die Analyse wird im Kontext der Berechnung der Höchstzahlen unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten und der kantonsübergreifenden Patientenströme gerade für einen Zentrums-kanton wie Basel-Stadt als aufwändig und komplex erachtet. Ferner ist nach aktuellem Kenntnisstand die Abgrenzung bzw. Aufschlüsselung der Leistungen in Spitälern nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aktuell nicht möglich.</p> <p>Eine effektive Zulassungssteuerung setzt eine möglichst präzise Abschätzung des Bedarfs sowie des Angebots differenziert nach Fachgebiet voraus. Um kantonsübergreifende Patientenströme (z.B. innerhalb einer Versorgungsregion) zu berücksichtigen sowie zum Zwecke des Benchmarking, benötigen die Kantone jeweils kantonübergreifende Daten der Leistungserbringer und Versicherer zu den ambulant erbrachten Leistungen.</p> <p>Als erfolgskritisch sieht der Kanton Basel-Stadt, dass die notwendigen Daten vom BfS, den Leistungserbringern, den Versicherern und Verbänden bereits im Jahr 2021 zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Daten in einem Format an die Kantone übermittelt werden, welches datentechnisch problemlos verarbeitet werden kann.</p> <p>Angesichts der Komplexität des Vorhabens und der zentralen Bedeutung der Datenqualität begrüsst der Kanton Basel-Stadt die in Art. 11 festgehaltene insgesamt vierjährige Übergangsfrist (bis zum 30. Juni 2025).</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe
Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BS	2			Schreibfehler in Sachüberschrift	[...] an Ärztinnen und Ärzten [...]
BS	4			Die festzulegende (Versorgungs-)Region wird sich je nach medizinischem Fachgebiet unterscheiden müssen. Je spezialisierter, desto umfassender die Region. Dazu benötigen die Kantone einen kantonsübergreifenden Datensatz, der nach Wohnort des Patienten differenziert ist. Darüber hinaus ist es wichtig, den Behandlungen ein Fachgebiet präzise zuordnen zu können. Hierfür optimal wäre ein Datensatz der Leistungsabrechnungen der Ärzte inkl. der GLN-Nummer, welcher eine Verknüpfung mit Registern, welche die Spezialisierung eines Arztes beinhaltet, ermöglichen würde. Dies ist insbesondere wichtig bei den Daten zu den Spitalambulanzen (PSA-Daten), welche eine Vielzahl von medizinischen Leistungen erbringen und deren Beitrag zur Versorgung in einer bestimmten Disziplin derzeit kaum abzuschätzen ist. Aber auch die Strukturdaten der Arztpraxen (MAS) könnten mit Hilfe der GLN-Nummern zielführend angereichert werden.	
BS	6			Die fehlende Berücksichtigung der soziodemografischen Merkmale wird dazu führen, dass gerade in Regionen mit hohen Pendlerbewegungen der Bedarf unter- bzw. überschätzt wird. (Beispiel: in der Regel werden Senioren die hausärztlichen Leistungen eher wohnortnah in Anspruch nehmen).	
BS	8			Es wäre wünschenswert, dass sowohl für die Einflussfaktoren als auch für deren Ausmass in der Verordnung Richtwerte	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				vorgegeben werden, da der Gewichtungsfaktor eine erhebliche Hebelwirkung entfalten kann.	
BS	Neuer Art. 12			<p>Art. 55a Abs. 4 nKVG (Änderungen vom 19. Juni 2020) verpflichtet die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos die Daten bekannt zu geben, die zusätzlich zu den nach Artikel 59a erhobenen Daten zur Festlegung der Höchstzahlen erforderlich sind.</p> <p>Einfügen eines neuen Artikels, welcher Art. 55a Abs. 4 KVG bezüglich Datenquellen präzisiert: Unter anderem Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

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

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

PAR COURRIEL

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Courriel : tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 2 février 2021

2021-184

Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons à votre courrier de mise en consultation du 4 novembre 2020. Le Conseil d'Etat remercie le DFI pour l'élaboration du dossier et l'invitation à prendre position concernant l'objet susmentionné.

Le Conseil d'Etat se rallie entièrement à la prise de position de la CDS datant du 22 janvier 2021.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Jean-François Steiert, Président

Danielle Gagnaux-Morel, Chancelière d'Etat

Communication :

- a) à la Direction de la santé et des affaires sociales, pour elle et le Service de la santé publique ;
- b) à la Chancellerie d'Etat.

Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Extrait de procès-verbal non signé, l'acte signé peut être consulté à la Chancellerie d'Etat



Genève, le 3 février 2021

Le Conseil d'Etat

392-2021

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

Concerne : consultation relative à la mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous faisons suite à votre courrier du 4 novembre 2020 nous soumettant les projets de modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMAl), de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) et de l'ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins.

Nous vous remercions de nous avoir consultés à ce sujet et vous faisons part de nos commentaires.

A titre préliminaire, le canton de Genève salue le fait que les cantons puissent enfin participer à la fixation des quotas en fonction de leurs besoins. Leur rôle n'est cependant pas clairement défini et ils devraient en tous les cas pouvoir participer au choix des facteurs explicatifs et évaluer la pertinence des résultats avant toute publication officielle.

Le nombre d'équivalents plein temps (EPT) par spécialité est un paramètre essentiel du modèle proposé, mais la manière dont ces informations seront récoltées et leur fiabilité n'est pas clairement définie. A notre sens, il est essentiel que ces calculs reposent sur des données objectives et concrètes, par exemple les données de facturation auxquelles la SASIS a accès.

Nous soutenons le fait que les critères d'admission liés à la qualité soient fixés au niveau fédéral, permettant ainsi une uniformisation des pratiques.

En revanche, le fait de déléguer aux cantons la vérification du respect des conditions permettant de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins entraînera une hausse des charges administratives pour ces derniers.

S'agissant du droit transitoire, la question n'est pas très claire, les entrées en vigueur prévues n'étant pas simultanées.

Enfin, nous saluons la volonté fédérale de rendre transparent et accessible au public le registre des fournisseurs de prestations. Le canton de Genève estime qu'il est en effet essentiel de permettre aux patients de pouvoir vérifier si leurs fournisseurs de prestations sont autorisés à facturer à charge de l'AOS ou non, ce qui permettrait un meilleur contrôle des facturations.

Pour le surplus, nous annexons à la présente le tableau dûment complété.

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

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti

La présidente :



Anne Emery-Torracinta

Annexe mentionnée

Copie au format Word à : tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et canton de Genève

Abréviation de la société / de l'organisation : DSES

Adresse : Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 – case postale 3964 – 1211 Genève 4

Personne de référence : Adrien Bron

Téléphone : 022 546 50 26

Courriel : adrien.bron@etat.ge.ch

Date : 13 janvier 2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	3
Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications	4
Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	5
Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications	6
Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	6
Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications	7
Autres propositions	8
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	9

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
Genève	<p>Le canton de Genève salue le fait que les cantons puissent enfin fixer les quotas en fonction de leurs besoins mais doivent pouvoir participer au choix des facteurs explicatifs et évaluer la pertinence des résultats avant toute publication officielle.</p> <p>Le nombre d'EPT par spécialité est un paramètre essentiel du modèle proposé, mais la manière dont ces informations seront récoltées et leur fiabilité n'est pas clairement définie. A notre sens, il est essentiel que ces calculs reposent sur des données objectives et concrètes, par exemple les données de facturation auxquelles la SASIS a accès, ou un relevé ad-hoc effectué par la SASIS ou l'OFSP.</p> <p>Nous soutenons le fait que les critères d'admission liés à la qualité soient fixés au niveau fédéral, permettant ainsi une uniformisation des pratiques.</p> <p>En revanche, le fait de déléguer aux cantons la vérification du respect des conditions permettant de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins entraînera une hausse des charges administratives, avec la nécessité d'engager du personnel supplémentaire.</p> <p>S'agissant du droit transitoire, le projet n'est pas clair, les entrées en vigueur prévues n'étant pas simultanées.</p> <p>Enfin, nous saluons la volonté fédérale de rendre transparent et accessible au public le registre des fournisseurs de prestations. Le canton de Genève estime qu'il est en effet essentiel de permettre aux patients de pouvoir vérifier si leurs fournisseurs de prestations sont autorisés à facturer à charge de l'AOS ou non, ce qui devrait permettre un meilleur contrôle des facturations. Il serait toutefois plus efficace de ne tenir qu'un registre sous l'égide de l'OFSP plutôt qu'un registre pour chaque type de profession.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
Genève	30b	1		Concernant l'OAMAl, nous approuvons le fait que les cantons soient désormais associés aux calculs des nombres maximaux par spécialité au sens de l'article 55a LAMAl. La façon dont ces calculs seront effectués n'est cependant pas assez clairement établie. Les cantons doivent pouvoir participer aux choix des facteurs explicatifs, et valider les résultats avant toute publication officielle.	Préciser le rôle des cantons dans l'élaboration du modèle et dans la validation des résultats
Genève	38	3		Le canton de Genève soutient le durcissement des exigences linguistiques. Cette condition devrait cependant également pouvoir être appliquée aux autres professions de la santé et pas uniquement aux médecins.	Prévoir une disposition similaire à l'alinéa 3 pour les autres professions de la santé (par conséquent nous n'y reviendrons pas pour chaque article)
Genève	39	1		L'exigence linguistique n'est plus mentionnée, il conviendrait de la préciser.	Insérer une lettre c qui reprend les exigences de connaissances linguistiques
Genève	49			Cela signifie-t-il qu'il est possible d'accorder des droits de pratiquer limités, par exemple en institution de santé? Cela permettrait de réguler le nombre d'infirmiers qui s'installent en qualité d'indépendants.	
Genève				Concernant l'OPAS, nous n'avons pas de commentaire particulier.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
Genève	Nous rejoignons l'avis de la CDS de ne pas créer de registre supplémentaire avec le registre des fournisseurs de prestations (Le Reg) mais de l'intégrer aux registres existants (MedReg, PsyReg et GesReg en le connectant à ceux-ci.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	2			Nous privilégions la variante 2, soit l'exploitation du registre par l'OFSP. Nous rejoignons néanmoins l'avis de la CDS quant au fait que la variante 2 propose un modèle de calcul trop compliqué et impraticable dans l'application.	
Genève	8			La vérification par les cantons de conditions supplémentaires engendrera du travail administratif additionnel et donc des coûts	
Genève	12			La vérification par les cantons s'avère en pratique extrêmement compliquée et les données sont incomplètes. L'utilisation des données de la SASIS, qui a accès aux facturations, permettrait d'avoir des informations à jour	
Genève	13	1		Le fait de savoir si un prestataire de soins est autorisé à facturer à la charge de l'AOS devrait être accessible au public. Cela permettrait un meilleur contrôle des prestations facturées.	

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
Genève	Nous n'avons pas de commentaire.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Genève				Nous n'avons pas de commentaire.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte

Regierungsrat
Rathaus
8750 Glarus

per E-Mail

- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Glarus, 9. Februar 2021
Unsere Ref: 2020-1995

**Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
betreffend Zulassung von Leistungserbringern**

Hochgeachteter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

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

1. Allgemeine Bemerkungen

Mit den Verordnungsentwürfen liegt das Ausführungsrecht zur im Juni 2020 vom Parlament verabschiedeten KVG-Revision betreffend Zulassung von Leistungserbringern vor. Die Kantone haben sich stark dafür eingesetzt, dass die Zulassungsvorlage zügig und ohne Verknüpfung mit dem EFAS-Dossier verabschiedet wird, damit nach Auslaufen der befristeten Regelung für die Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG eine nahtlose Anschlusslösung besteht. Die Kantone müssen bei einem Überangebot von Ärztinnen und Ärzten kostendämpfend eingreifen können.

Mit der Gesetzesrevision wird den Kantonen aber nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten gegeben, sondern die Kantone sind neu auch für die formelle Zulassung der übrigen ambulanten Leistungserbringer zur OKP und für die Aufsicht über letztere zuständig. Zudem haben die Kantone die Daten der ambulanten Leistungserbringer in das neue Leistungserbringerregister einzutragen. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, die bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird. Der Kanton Glarus ist daher äusserst erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser umfangreichen Vorlage finden. Er fordert den Bundesrat auf, eine **Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen** für die Zulassung, Registrierung und Aufsicht vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für Krankenversicherer (insbesondere SASIS AG) bzw. für die Prämienzahlenden ihnen gegenüberstehen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit **Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer** decken dürfen.

2. Änderung der KVV und der KLV

Während die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vom Gesetzgeber definiert wurden, sind die Zulassungsvoraussetzungen für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich durch den Bundesrat festzulegen. Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte sind stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Die KVV-Vorlage trägt der unterschiedlichen Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte im spitalambulantem versus praxisambulanten Bereich – etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung – zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. **Im Hinblick auf das Wachstum des spitalambulantem Bereichs müssten die Kantone aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, mengenmässig zu steuern.**

Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen muss klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Im Übrigen begrüsst der Kanton Glarus die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer, sowie die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung und der Zulassung zur Sozialversicherung. Auch würden wir begrüssen, wenn die weiteren Leistungserbringer, welche Leistungen zulasten OKP erbringen können, aufgenommen würden: Zahnarztpraxen (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen bzw. Organisationen der Chiropraktik), Podologinnen und Podologen sowie Psychologinnen und Psychologen und deren Praxen.

Der Gesetzgeber hat ausserdem festgelegt, dass die Leistungserbringer nebst der erforderlichen Aus- und Weiterbildung neu auch gewisse **Qualitätsanforderungen** erfüllen müssen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten, bilden die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung, wie sie die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den Qualitätsverträgen vorsieht. Der Kanton Glarus unterstützt diese Neuerung im Grundsatz und erachtet es als sinnvoll, dass die Qualitätsanforderungen von allen (neuen) Leistungserbringern im ambulanten Bereich erfüllt sein müssen. Der Detaillierungsgrad der in Artikel 58g E-KVV genannten Qualitätsanforderungen lässt den Kantonen den nötigen Spielraum, um die Anforderungen je nach Grösse und organisationaler Struktur des Leistungserbringers angemessen auszugestalten. Jedoch scheinen uns **zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Anforderungen umsetzbar**. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchstellenden müssen die Anforderungen überprüfbar und justizierbar sein. Einige der vorgesehenen Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder – falls sie objektiv nicht erfüllbar sind – vorerst wegzulassen.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass die Anforderungen von Artikel 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf Betriebe und Organisationen zugeschnitten sind und nicht oder zumindest schlecht auf selbständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar sind. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.

Der Gesetzgeber hat für die Ärztinnen und Ärzte in Artikel 37 nKVG ein Mindestniveau bezüglich Sprachkenntnissen sowie den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) als besondere Zulassungsvoraussetzungen festgelegt. Aus Sicht der Kantons Glarus ist es mit Blick auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nachvollziehbar, weshalb die übrigen Leistungserbringer diese Voraussetzungen bei der Zulassung nicht ebenfalls erfüllen müssen. Der Kanton Glarus fordert den Bundesrat auf, **das Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse und des Anschlusses an das EPD auch bei den übrigen Leistungserbringern (Art. 40ff KVV) als Zulassungsvoraussetzung festzulegen.**

Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsdepartemente durch die Covid-19-Pandemie, zu wenig Zeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1.7.2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1.1.2022 oder später) gelten soll. Gemäss Artikel 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Wir fordern ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen, welche sicherstellen, dass **keine Rechtslücke** entsteht und die **Kantone gleichzeitig die erforderliche Zeit haben**, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.

3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich soll gemäss Verordnungsentwurf durch das EDI mit den Kantonen ein Regressionsmodell entwickelt werden. Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest.

Dieses nationale Regressionsmodell und die Koeffizienten nach Fachgebiet verwenden die Kantone, um den regionalen Versorgungsbedarf, den regionalen Versorgungsgrad und – davon abgeleitet – die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebiets zu berechnen. Dabei sind die Bevölkerungsmerkmale, Patientenströme und das Leistungsvolumen je Fachgebiet einzurechnen und es kann ein Gewichtungsfaktor eingesetzt werden.

Der Kanton Glarus begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Er stellt aber fest, dass die Komplexität des Modells insbesondere die kleineren Kantone vor eine grosse Herausforderung stellt.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann nur schwer beurteilt werden, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann und die Kantone den ärztlichen ambulanten Bereich kostendämpfend steuern können. Klar ist hingegen, dass eine wirkungsvolle Steuerung nur dann gelingen kann, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen werden. Wie weiter oben erwähnt, ist die Verordnung in der Denkart stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen in der Regel sowohl spitalstationäre als auch spitalambulante Leistungen. Um letztere Art von Leistungen zu erbringen, benötigen sie nicht zwingend eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärzten in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den **Spitalambulatorien** zur Verfügung stehen. Der Kanton Glarus fordert, dass der Bund unter Einbezug der Kantone sauber abklärt, welche

Daten vom BFS erhoben werden müssen, damit die Vorlage auch für den Bereich der Spitalambulatorien umgesetzt werden kann. Was den praxisambulanten Bereich betrifft, wird die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS eine zentrale Datengrundlage darstellen. Wir fordern den Bund deshalb auf, alles daran zu setzen, den **Rücklauf der MAS deutlich zu erhöhen** und die Datenqualität sicherzustellen.

Wir unterstützen, dass die Patientenströme bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden müssen. Dazu benötigen die Kantone **Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer**. Wir fordern, dass in der Verordnung eine rechtliche Grundlage geschaffen wird, um diese den Kantonen zugänglich zu machen.

Wir begrüßen, dass in Artikel 9 der Verordnung die **Verpflichtung zur interkantonalen Koordination** gemäss Artikel 55a Absatz 3 KVG präzisiert wird. Angesichts der Tatsache, dass nach Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung Höchstzahlen für einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone erlassen werden können, stellt sich die Frage, wie weit die Verpflichtung gemäss Artikel 9 Buchstabe b der Verordnung ginge. Für wie viele und welche Varianten von inter- und innerkantonalen Festlegungen von Höchstzahlen müssten die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale beurteilt werden? Unklar ist auch, was unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial konkret zu verstehen wäre. Wir beantragen daher die Streichung von Buchstabe b.

Angesichts der Komplexität des Vorhabens begrüßen wir, dass eine **vierjährige Übergangsfrist** vorgesehen ist: zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangsbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.

4. Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Die Kantone werden neu nicht nur für das Zulassungsverfahren, sondern auch für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 38 Absatz 2 nKVG zuständig sein. Der Gesetzgeber hat deshalb mit Artikel 40a ff. nKVG eine normative Grundlage für ein öffentlich zugängliches Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen. Damit soll aus Sicht des Gesetzgebers mehr Transparenz erreicht und der Austausch von Informationen zwischen den Kantonen erleichtert werden, damit sie diese Aufsichtsaufgabe erfüllen können.

Die GDK hat im Zuge der Ausarbeitung der Gesetzesrevision gefordert, mit dem Leistungserbringerregister (LE-Register) kein zusätzliches Register zu schaffen, sondern dieses in den bestehenden Registern MedReg, PsyReg und GesReg zu integrieren bzw. mit diesen zu verknüpfen. Wir anerkennen indes, dass die erwähnten Bewilligungsregister nur eine Teilmenge des künftigen LE-Registers abdecken und dass das LE-Register im Gegensatz zu den anderen Registern nicht nur Daten zu natürlichen, sondern auch zu juristischen Personen beinhalten wird. Aus diesem Grund kann der Kanton Glarus der Schaffung eines eigenständigen Registers zustimmen unter der Bedingung, dass die relevanten Daten, welche bereits in den bestehenden Registern enthalten sind, nicht erneut erfasst werden müssen und dass Parallelstrukturen soweit möglich vermieden werden. Dies wird u. a. mit den Artikeln 4 bis 6 der Registerverordnung sichergestellt, welche die Lieferung der Daten über eine Standardschnittstelle vorsehen. Wir beantragen ergänzend, dass **auch das NAREG als Datenlieferant** via Standardschnittstelle in die Verordnung aufgenommen wird, für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, den Podologinnen und Podologen sowie der Rettungssanitäter (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind. Generell muss in Bezug auf die Verknüpfung und den Austausch der Daten zwischen den Registern eine hohe Benutzerfreundlichkeit angestrebt

werden. Das heisst beispielsweise, dass alle Angaben zu einer bestimmten Gesundheitsfachperson, ob sie nun im Bewilligungsregister oder im LE-Register erfasst sind, für die Nutzer auf einen Blick ersichtlich sind.

Das EDI unterbreitet zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung: Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen Dritten und Variante 2, welche vorsieht, dass das LE-Register durch das BAG betrieben wird. Die Übertragung an einen Dritten wäre gemäss Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen (BöB) ausschreibungspflichtig. Der Kanton Glarus hat grosse Bedenken gegenüber einer Übertragung der Registerführung an einen Dritten. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich für den Kanton Glarus, **dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden darf**. Nur so können allfällige Interessenkonflikte verhindert werden. Das LE-Register darf zudem nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern (MedReg, GesReg, PsyReg, BUR; NAREG) ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosteneffizienz auswirken.


Wir begrüssen die **Aufbaufrist von drei Jahren** ab Inkrafttreten der Verordnung, bevor die Öffentlichkeit Zugang zum LE-Register erhält. Aufgrund der Erfahrungen bei den bestehenden Registern ist dies (unter Beachtung der Einspeisung via Standardschnittstellen) eine realistische Frist, um die geforderten Daten in das Register einzutragen. Dass diese Frist eingehalten werden kann, bedingt aber einen raschen Aufbau des Registers durch den Bund, damit die Kantone ihrerseits die erforderlichen Daten rechtzeitig eintragen können und hierfür genügend Zeit haben.

Unsere Bemerkungen und Anträge für Änderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte dem offiziellen Antwortformular.

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

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat


Marianne Lienhard
Landammann


Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

Beilage:

- Antwortformular

E-Mail an (PDF- und Word-Version):

- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Glarus

Abkürzung der Firma / Organisation : GL

Adresse : Rathaus, 8750 Glarus

Kontaktperson : Samuel Baumgartner

Telefon : 055 646 61 02

E-Mail : samuel.baumgartner@gl.ch

Datum : 9. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail-Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Bemerkungen.....	1
2. Änderung der KVV und der KLV.....	2
3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	3
4. Registerverordnung Leistungserbringer OKP.....	4
5. Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	3
6. Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	9
7. Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	11
Weitere Vorschläge	13
8.	13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GL	Die allgemeinen Bemerkungen des Kantons Glarus zu den Verordnungsentwürfen finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GL	30b	1	a	Hier gibt es einen Tippfehler zu korrigieren	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
GL	30b	1	b	Der Kanton Glarus stimmt dem Artikel zu, weist aber darauf hin, dass hier zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären ist, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der Kanton Glarus beantragt eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.	
GL	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Der Kanton Glarus fordert, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.</p>	
GL	38	3		<p>Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.</p>	<p>Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf dem Referenzniveau C1.</p>
GL	42		b	<p>Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüßen diese Änderung.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).</p>	<p>...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut in der Schweiz aus.</p>
GL	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

GL	45, 47, 48, 49, 50a			Wir begrüssen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nichtzutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
GL	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
GL	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
GL	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüssen diese Änderung.	
GL	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
GL	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
GL	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen/innen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
GL	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GL	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

GL	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
GL	58g		c	<p>Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung.</p>	Streichen von Bst. c.
GL	58g			Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.	
GL	58g			Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen er-	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>bringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
GL	Übergangsbestimmung zur Änderung vom...	<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden.</p> <p>Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritte die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.</p>		

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GL	Die allgemeinen Bemerkungen des Kantons Glarus zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GL	Neu einzu-fügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
GL	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

GL	8	3	d	<p>Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und -rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und -rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
----	---	---	---	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GL	Die allgemeinen Bemerkungen des Kantons Glarus zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht finden sich in der Stellungnahme in Briefform.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GL	2			Schreibfehler.	[...] an Ärztinnen und Ärzten
GL	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
GL	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. <u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<u>a. die Altersstruktur;</u> <u>b. die Geschlechterverteilung;</u> <u>c. die Verteilung der gewählten Jahresfranchise;</u> <u>d. die Mortalitätsrate;</u> <u>e. die Hospitalisierungsquote.</u>
GL	7			<p>Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.</p>	
GL	12 (neuer Artikel)			<p>Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			8.
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GL		keine	



Sitzung vom

9. Februar 2021

Mitgeteilt den

9. Februar 2021

Protokoll Nr.

137/2021

Per Mail zustellen an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. November 2020 haben Sie uns die Entwürfe der Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.1102; KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31; KLV) sowie die Entwürfe für eine Registerverordnung für Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und für die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme bedanken wir uns und nehmen wie folgt Stellung:

Die neue Zuständigkeit der Kantone für die formelle Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist für die Kantone mit einem sowohl in personeller wie finanzieller Hinsicht grossen Aufwand verbunden. Die geplante Inkraftsetzung der revidierten KVV per 1. Januar 2022 ist deshalb, auch im Hinblick auf die aktuelle Belastung durch die Corona-Krise, nicht realistisch. Wir beantragen deshalb, die Inkraftsetzung der KVV zu verschieben. In diesem Sinn unterstützen wir die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 22. Januar 2021, welche wir auch in den

übrigen Punkten zum integrierten Bestandteil unserer Stellungnahme erklären. Für weitere Bemerkungen verweisen wir auf das beiliegende Vernehmlassungsformular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.



Namens der Regierung

Der Präsident:

Der Kanzleidirektor:

Dr. Mario Cavigelli

Daniel Spadin

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Graubünden

Abkürzung der Firma / Organisation : GR

Adresse : Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit (DJSG), Hofgraben 5, 7000 Chur

Kontaktperson : Vitus Demont

Telefon : 081 257 26 14

E-Mail : vitus.demont@djsg.gr.ch

Datum : 28. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	3
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	4
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	7

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GR	42	1	b	Mit der "Weiterbildung" gemäss der Bestimmung wird kein eigentlicher, anerkannter Weiterbildungstitel erlangt. Vielmehr handelt es sich um Praktika beziehungsweise eine praktische Tätigkeit. Anstatt von einer "dreijährigen, praktischen Weiterbildung " muss richtigerweise (analog den Hebammen, Physiotherapeuten) von einer "dreijährigen, praktischen Tätigkeit" die Rede sein.	Sie weisen sich über eine dreijährige praktische Weiterbildung Tätigkeit in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut aus.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GR	Der Register der Leistungserbringer OKP soll vom Bund geführt werden. Somit unterstützen wir die Variante 2 der Registerverordnung.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GR	7			In den Erläuterungen zur RVoOKP wird festgehalten, dass besonders schützenswerte Personendaten nicht direkt im Register eingetragen werden, sondern es erfolge lediglich ein Hinweis darauf, dass solche Daten vorhanden sind. Die separate Führung der besonders schützenswerten Personendaten wird begrüsst. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass über den Hinweis auf diese Daten im Register selbst, betroffene Personen nicht ermittelt werden können. Welche besonderen Vorkehrungen dafür getroffen werden müssen, wird aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Eine entsprechende Klärung ist notwendig.	
GR	8	3		Im erläuternden Bericht wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kommunikation nur über eine sichere Verbindung erfolgen soll. Nach unserem Dafürhalten sollte dieser Umstand, nicht zuletzt aus Gründen der Transparenz, in die Verordnung aufgenommen werden.	Sie melden dem BAG gesichert und ohne Verzug
GR	9			Im erläuternden Bericht wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kommunikation nur über eine sichere Verbindung erfolgen soll. Nach unserem Dafürhalten sollte dieser Umstand, nicht zuletzt aus Gründen der Transparenz, in die Verordnung aufgenommen werden.	Das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG meldet dem BAG gesichert und ohne Verzug...
GR	14			Die systematische Abfrage von Daten gestützt auf mehrere Kriterien, die Verknüpfung und Auswertung der im Leistungserbringerregister erfassten Daten sollen über die öffentliche Seite nicht möglich sein. Mangels technischer	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Kenntnisse können wir diesbezüglich keine Aussagen machen. Da eine systematische Abfrage ein sehr hohes Missbrauchspotential aufweist, ist diesem Umstand grosse Beachtung zu schenken.	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GR	Gemäss Art. 55a Abs. 1 lit. b nKVG hat ein Kanton, welcher die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, vorzusehen, dass die Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich eines Spitals tätig sind, ebenfalls auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist. In diesem Zusammenhang weisen wir Sie darauf hin, dass die Kantone keine Möglichkeit haben, die in einem Ambulatorium tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zuzulassen. ZSR-Nummern werden den Spitälern erteilt und nicht den einzelnen, in den Ambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzten. Daran soll aus Praktikabilitätsgründen auch zukünftig nichts geändert werden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass den Kantonen aktuell kein zweckmässiges Instrument zur Verfügung steht, um die Anzahl der Ärztinnen und Ärzten in den Spitalambulatorien beschränken und somit Art. 55a Abs. 1 lit. b nKVG nachkommen zu können.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

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

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

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

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

Delémont, le 16 février 2021

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux (mise en œuvre du projet admission)


Monsieur le Conseiller fédéral,

Le Gouvernement vous remercie de la possibilité qui lui est offerte de prendre position sur la modification de l'OAMal et de l'OPAS ; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux (mise en œuvre du projet admission).

Dans le tableau annexé, le Gouvernement vous fait part de la prise de position de la République et Canton du Jura relative à l'objet précité qui, par ailleurs, soutient la prise de position de la CDS.

Le Gouvernement vous souhaite bonne réception de ce document et vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de sa haute considération.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


Nathalie Barthoulot
Présidente




Gladys Winkler Docourt
Chancelière d'État

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Service de la santé publique - République et Canton du Jura

Abréviation de la société / de l'organisation : RCJU

Adresse : Capucins 20, 2800 Delémont

Personne de référence : Mauro Mayer

Téléphone : +41 32 420 51 26

Courriel : mauro.mayer@jura.ch

Date : 16.02.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif __Erreur ! Signet non défini.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications Erreur ! Signet non défini.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif Erreur ! Signet non défini.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _____ Erreur ! Signet non défini.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif__Erreur ! Signet non défini.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications
_____ Erreur ! Signet non défini.

Autres propositions _____ Erreur ! Signet non défini.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____ Erreur ! Signet non défini.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
RCJU	<p>Le Gouvernement exprime ses remerciements quant à la possibilité qui lui est offerte de prendre position sur les modifications de l'OAMal et de l'OPAS ainsi que sur l'adoption des ordonnances sur le registre et les nombres maximaux.</p> <p>Le Gouvernement a pris connaissance de la prise de position de la CDS et la soutient.</p>
RCJU	<p>Remarques générales sur la modification de l'OAMal et de l'OPAS</p> <p>Le Gouvernement considère essentiel qu'une solution pour le pilotage par les cantons de l'admission des fournisseurs de prestations ouvrant dans le secteur ambulatoire en cabinets privés doit inclure le domaine hospitalier ambulatoire. Idéalement, pour éviter un vide législatif, elle devrait être coordonnée et être disponible à l'échéance du délai de limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie soit le 30 juin 2021 selon l'art. 55a LAMal.</p> <p>Le Gouvernement a pris bonne note que dans le projet tant les dispositions d'admission que l'ordonnance sur la fixation des nombres maximaux pour les médecins sont très axées sur le domaine ambulatoire en cabinet. Il tient ainsi à souligner que le pilotage du secteur ambulatoire nécessite l'inclusion du secteur hospitalier ambulatoire pour que la mise en œuvre soit effective et les objectifs de frein de la hausse de coût puissent être atteints. En effet, nombre de médecins qui opèrent dans le secteur ambulatoire en cabinet, opèrent également dans le secteur hospitalier ambulatoire et vice-versa. De plus, pour que le pilotage quantitatif puisse être mis en œuvre, les droits acquis par chaque fournisseur de prestations avant l'entrée en vigueur des nombres maximaux doivent clairement être limités au canton dans lequel leur admission avait été octroyée.</p> <p>En outre, le projet de révision prévoit que les cantons seront également responsables de l'admission formelle d'autres fournisseurs ambulatoires à l'AOS, à la saisie de tous les fournisseurs dans le nouveau registre ainsi qu'à la surveillance de ces derniers. Surveillance qui s'étendra également aux mesures qui devront être ordonnées en cas de non-respect des conditions d'admission selon l'art. 38, al. 2 de la nouvelle LAMal.</p> <p>Ainsi, la mise en œuvre au niveau des cantons engagera de considérables ressources en personnel et financières qui n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation par le Conseil fédéral. Une telle évaluation est considérée essentielle pour prévoir comment pourront être assumés les coûts supplémentaires des cantons au vu des économies qui seront engendrées (assureurs, assurés, SASIS SA). A cette première considération financière s'ajoute la demande du Gouvernement pour que dans l'ordonnance soient expressément spécifiées la possibilité et la manière que les cantons pourront recouvrer les coûts de procédure d'admission et de surveillance des prestataires de soins.</p> <p>Au vu de cette requête, des enjeux administratifs propres à chaque canton, de l'entrée en vigueur de l'OAMal révisée au 1^{er} janvier 2022 (qui est décalée d'au moins six mois de l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal) le Gouvernement demande expressément que l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal, de la modification de l'OAMal ainsi que des dispositions transitoires soient coordonnées et reportées d'au moins 6 mois</p>

Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux (Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation

soit au 1^{er} juillet 2022 pour permettre la mise en place, au sein des cantons, d'un dispositif apte à relever les nouvelles tâches. L'entrée en vigueur coordonnée permettra ainsi d'éviter un vide législatif entre l'application de l'art. 36 de la nouvelle LAMal qui prévoit que l'admission des fournisseurs des prestations à la charge de l'AOS relèvera des cantons dès le 1^{er} juillet 2021 alors que l'entrée en vigueur de l'OAMal n'interviendra pas avant le 1^{er} janvier 2022.

Exigences en matière de qualité

Le Gouvernement soutient le principe du développement de la qualité comme prévu dans la révision de la LAMal visant le renforcement de la qualité et de l'économicité par des conventions qualité. Cependant, malgré l'art. 58g P-OAMal laisse une marge de manœuvre aux cantons pour adapter les exigences de qualité ; ces dernières devraient être définies par type de prestataire (taille, structure organisationnelle, prestataires indépendants sans employés, ...), pour qu'elles puissent être à la fois réalisables et vérifiables lors des demandes d'admissions par les fournisseurs. Au vu de l'état du développement de la qualité et de la nécessité de préciser les exigences qualité, le Gouvernement souhaite que sans une formulation plus précise de l'art. 58g et sans une évaluation des conditions cadre pour pouvoir les réaliser, les exigences qualité soient omises dans le P-OAMal.

Néanmoins, le Gouvernement estime que les dispositions inhérentes aux connaissances linguistiques et l'affiliation au dossier électronique du patient (DEP) prévues que pour les médecins à l'art. 37 de la nouvelle LAMal sont essentielles pour garantir la sécurité et la continuité des soins ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Dès lors, ces dispositions doivent être fixées comme exigences d'admission aux nouveaux fournisseurs de prestations (art. 40 ss. OAMal). En outre, pour les fournisseurs détenteurs de droits acquis au moment de l'entrée en vigueur de l'OAMal révisée, il conviendrait de fixer, avec un délai de mise en conformité, l'exigence de leur affiliation au DEP.

Des précisions concernant les aspects mentionnés précédemment ainsi que des commentaires à propos de la modification de l'OAMAL et de l'OPAS vous sont transmis dans les tableaux pp. 5-13.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
RCJU	30b	1	<i>b</i>	<p>Le Canton du Jura approuve l'article sous réserve que toutes les données nécessaires à fixer les nombres maximaux soient effectivement mises à disposition. Comme souligné dans la prise de position de la CDS, à l'heure actuelle il n'est pas connu si les relevés existants de l'OFS sont exhaustifs ou bien si des données supplémentaires seraient à relever. Dans ce cas, des dispositions transitoires qui puissent garantir la mise à disposition de données nécessaires aux cantons pour fixer des nombres maximaux pourront être nécessaires, notamment des sources de données subsidiaires (données des assureurs-maladie).</p> <p>Le Canton du Jura adhère à la proposition de la CDS de demande de précision / un complément correspondant dans les explications.</p>	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

RCJU	38	1	a.	<p>Le projet est axé essentiellement sur le secteur ambulatoire en cabinet. Du fait que les médecins qui fournissent des prestations dans le secteur ambulatoire hospitalier ne nécessitent pas d'autorisation à pratiquer à charge de l'AOS, leurs prestations ne sont pas prises en compte dans le calcul des nombres maximaux. Ainsi, si les prestations du secteur ambulatoire ne devaient pas être prises en compte, d'une part des nombres maximaux pour le seul secteur ambulatoire en cabinet résulteraient excessivement hauts et, d'autre part, lorsque des nombres maximaux seront atteints un transfert partiel de l'activité dans le secteur ambulatoire hospitalier ne serait pas à exclure.</p> <p>Pour que le pilotage soit globalement efficace, les cantons devront avoir également la possibilité de piloter quantitativement le domaine hospitalier ambulatoire. Le Canton du Jura rejoint la CDS dans sa demande.</p>	
RCJU	38	3		<p>Les exigences linguistiques reposent sur des descriptifs de connaissances qui doivent être attestés par un certificat. La référence à l'exigence d'un certificat niveau C1 doit être explicitement indiquée.</p>	Un certificat de langue reconnu au niveau de référence C1 est exigé.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	42		b	<p>Le Canton du Jura approuve l'accroît de 2 à 3 ans de la formation pratique des dentistes dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire et adhère à la proposition de la CDS de préciser que le cabinet de dentiste ou l'institut dentaire visé au point b doit être situé en Suisse.</p>	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				« Afin d'éviter tout malentendu, il convient de préciser que le cabinet de dentiste ou l'institut dentaire visé au point b doit être situé en Suisse (par analogie avec l'art. 37, al. 1, LAMal, respectivement la réglementation pour les professions de la santé, où l'activité pratique de deux ans doit également se dérouler en Suisse). »	
RCJU	44a et 52d			Ces deux articles relatent uniquement les conditions d'admission des organisations de chiropraticiens et de neuropsychologues. Il est demandé que ce soit explicité dans le rapport explicatif comment les quatre dispositions prises pourront éviter une augmentation des volumes des prestations.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	45, 47, 48, 49, 50		a	Le Canton du Jura félicite que les conditions d'admission soient uniformes pour tous les fournisseurs de cette catégorie. Cependant, il relève la même incohérence que la CDS concernant l'impossibilité pour les professionnels de la santé d'exercer à leur propre compte. Il convient de préciser cet aspect dans l'ordonnance.	c. exercer à titre indépendant et à leur propre compte ¹ ¹ A l'exclusion de la condition, alinéa 1b chiffre 2
RCJU	45, 47, 48, 49, 50a		b	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS ainsi que sa proposition de modification à apporter au texte de loi : « L'activité pratique pendant deux ans visée au ch. 1 doit pouvoir être exercée auprès d'un spécialiste admis en vertu de l'ancien droit ou l'ancienne ordonnance. »	Il convient de reformuler chaque fois comme suit le ch. 1 : ... admis à pratiquer à la charge de l'AOS ;
RCJU	45, 47, 48, 49, 50a		c	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS ainsi que sa proposition de modification à apporter au texte de loi : « L'expression « à titre indépendant » doit être adaptée selon la formulation figurant dans la LPMéd, la LPSan et la PsyG en la	Pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte ;

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				remplaçant par la formulation « sous leur propre responsabilité professionnelle ». »	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	45		<i>b</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS : « Les sages-femmes doivent avoir exercé pendant deux ans une activité pratique pour être admises. L'activité dans un cabinet médical spécialisé n'est à cet égard plus reconnue. Nous approuvons cette modification.»	
RCJU	45		<i>b</i>	Egalement pour les sages-femmes devrait figurer la lettre c. introduite pour toutes les autres professions de la santé. Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS ainsi que sa proposition de modification à apporter au texte de loi.	<p>c. pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte;</p> <p>d. prouver qu'elles remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g.</p>
RCJU	49	1	<i>b</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS ainsi que sa proposition de modification à apporter au texte de loi : « Comme jusqu'ici, les infirmiers doivent pour être admis avoir exercé pendant deux ans une activité pratique auprès d'un infirmier admis ou dans un hôpital ou au sein d'une organisation d'aide et de soins à domicile. Nous demandons qu'une activité de deux ans dans un EMS soit désormais aussi	4. dans un EMS, sous la direction d'un infirmier qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				reconnue. »	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	50b		<i>a</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS ainsi que sa proposition de modification à apporter au texte de loi : « Les neuropsychologues ne reçoivent pas d'autorisation de pratiquer (AP) selon la LPsy. L'octroi d'une autorisation de pratiquer revient au canton sur la base du droit cantonal. »	... sont admis en vertu de la législation du canton dans lequel ils pratiquent leur activité ...
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	55		<i>b</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS et propose une modification du texte de loi : « Pour l'admission à l'AOS, les centres de remise de moyens et d'appareils doivent avoir conclu un contrat avec un assureur-maladie. Cette reformulation ne permet pas de savoir si un contrat avec un assureur signifie que la remise peut s'opérer comme jusqu'ici à la charge de cet assureur ou, de manière générale, à la charge de l'AOS. »	b. avoir conclu un contrat sur la remise à la charge de l'AOS de moyens et d'appareils diagnostiques et thérapeutiques avec un assureur
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	56		<i>b</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS et propose une modification du texte de loi : « Pour l'admission à l'AOS, les entreprises de transport et de sauvetage doivent avoir conclu un contrat avec un assureur-maladie. Cette reformulation ne permet pas de savoir si un contrat avec un assureur signifie que les entreprises peuvent comme jusqu'ici travailler à la charge de cet assureur ou, de manière générale, à la charge de l'AOS. »	b. avoir conclu un contrat sur les transports et le sauvetage à la charge de l'AOS avec un assureur

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	57	1	a	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS et la proposition de suppression de texte : « Les établissements de cure balnéaire doivent être admis en vertu du droit cantonal pour être admis à l'AOS. Selon l'art. 40, al. 1, LAMal, ils doivent en même temps être reconnus par le département pour leur admission à l'AOS. Cela entraîne un doublon qu'il convient d'éviter. »	Suppression de l'art. 57, al. 1, let. a
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	58g		c	<p>Le Canton du Jura considère qu'uniquement le développement d'une culture de sécurité, ou au moins l'établissement des démarches dans ce sens, est susceptible d'être généralisé à tous les fournisseurs de prestations.</p> <p>Cependant, du fait que la culture de sécurité n'est qu'un des facteurs pour l'amélioration de la qualité des soins, le Canton du Jura reprend entièrement les commentaires émis par la CDS :</p> <p><i>« L'utilisation généralisée d'un système de déclaration des erreurs est souhaitable, mais tous les fournisseurs de prestations ne disposent pas d'un système approprié.</i></p> <p><i>« Une amélioration de la qualité n'est effective via un système de déclaration des erreurs que si l'utilisation du système est bien implémentée dans les organisations. Cela ne peut être contrôlé par les cantons pour l'admission et devrait l'être dans l'exercice de la profession dans le cadre des conventions de qualité des partenaires tarifaires. Nous demandons la suppression de cette exigence pour l'admission. »</i></p>	Suppression de la let. c.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<i>En effet des exigences à remplir telles l'instauration de systèmes de rapports internes adéquats et d'amélioration des connaissances et d'avoir adhéré à un réseau uniforme de déclaration des événements indésirables des erreurs et de risques en Suisse (art. 58g, let. c) devraient être adaptées aux fournisseurs de prestations diverse. A l'heure actuelle une généralisation de ces exigences paraît irréaliste et démesurée. »</i>	
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	58g			Le Canton du Jura reprend entièrement les commentaires émis par la CDS et la proposition de modification du texte de loi : « La formulation de cet article et des explications s'y rapportant n'est guère applicable aux fournisseurs de prestations indépendants n'ayant pas d'employés. Il convient d'examiner s'il y a lieu de formuler dans un article séparé les exigences en matière de qualité applicables à ces fournisseurs de prestations. »	Omettre la let. a et adapter les let. b et c aux indépendants n'ayant pas d'employés.
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	58g			Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire émis par la CDS et la requête de précision à insérer dans l'ordonnance : <i>Le rapport explicatif indique à juste titre que les prestations des fournisseurs de prestations sont de nature diverse et que par conséquent « ceux-ci ne doivent pas tous remplir les mêmes exigences en matière de qualité (let. a à d) pour être admis ».</i> Cette formulation n'est toutefois pas claire — on ne peut déduire de l'ordonnance que, suivant le fournisseur de prestations, toutes les exigences en matière de qualité ne doivent pas être remplies.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<p><i>L'ordonnance doit préciser dans quelle mesure les fournisseurs de prestations ne peuvent et ne doivent pas tous remplir les mêmes exigences en matière de qualité pour être admis. »</i></p> <p>Cependant si les exigences en matière de qualité ne pouvaient pas être toutes précisées dans l'ordonnance, il conviendrait alors d'établir des conditions qui permettent d'établir quels fournisseurs devront nécessairement conclure des conventions qualité.</p> <p>En outre, la commission fédérale de la qualité pourra déterminer les exigences qualité que les fournisseurs devront respecter pour permettre la mise en place des objectifs qualité.</p>	
<p>Erreur ! Source du renvoi introuvable.</p>	<p><i>Dispositions transitoires de la modification du...</i></p>			<p>Les dispositions transitoires proposées par la CDS sont entièrement reprises par le Canton du Jura :</p> <p>« Les données concernant les fournisseurs de prestations admis avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal ne doivent pas être transmises aux cantons, mais directement migrer du Registre des codes-créanciers RCC dans le registre des fournisseurs de prestations.</p> <p>Cela pour les raisons suivantes. Premièrement, l'inscription de l'admission est en soi incontestée : selon la disposition transitoire sur la modification de la LAMal du 19 juin 2020 (al. 2), le maintien des droits acquis concernant l'admission est en effet garanti aux</p>	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<p>fournisseurs de prestations déjà admis en vertu de l'ancien droit.</p> <p>Deuxièmement, le contrôle et l'enregistrement cas par cas des fournisseurs de prestations dans le nouveau registre représenteraient un travail énorme pour les organes d'exécution. On devrait dans un premier temps se fier à la base de données de la SASIS SA et confier dans un deuxième temps aux cantons l'examen, le contrôle et, le cas échéant, l'adaptation des données dans le cadre des activités ordinaires d'exécution en rapport avec les autorisations (respectivement leurs mutations) et la surveillance. »</p>	
--	--	--	--	--	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p>Le projet d'ordonnance sur le registre prévoit la création d'un nouveau registre, le LeReg qui intégrera bien plus d'informations que les registres d'autorisations existants (MedReg, PsyReg et GesReg) comportant, notamment, aussi des données sur des personnes morales.</p> <p>Le Gouvernement est favorable à l'approbation de la création du nouveau registre LeReg uniquement si les dispositions nécessaires seront prises afin de garantir l'échange des informations enregistrées dans les registres d'autorisation existants, y compris le NAREG dans le LeReg. Il est fondamental que la nouvelle responsabilité attribuée aux cantons de saisir les nouveaux fournisseurs dans le nouveau registre puisse avoir lieu en visant l'interconnexion et l'échange de données entre registres. Sans cela, les cantons devront faire face à une surcharge administrative ingérable.</p>
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p>Le DFI a mis deux variantes de tenue du registre en consultation. La variante 1 délègue la tenue du registre à un tiers, alors que la variante 2 prévoit la gestion du registre LeReg par l'OFSP. Le projet de révision prévoit que soit attribuée aux cantons la surveillance des prestataires de soins dont les données seront répertoriées dans le LeReg, qui sera lui interconnecté aux autres registres existants. De ce fait, pour le Gouvernement, la tenue du registre ne peut pas être transférée à un tiers privé. Dès lors, seule la variante 2 qui prévoit la gestion du LeReg par l'OFSP peut être retenue. Par ailleurs, cette variante pourra favoriser le développement de l'interconnexion et l'échange de données entre registres et ainsi l'efficience indispensable à la mise en œuvre au niveau cantonal.</p> <p>Le Gouvernement approuve le délai de trois ans pour la mise en place du registre à compter de l'entrée en vigueur de l'ordonnance avant que le public n'ait accès au registre LeReg.</p> <p>Des précisions concernant les aspects mentionnés dans ces commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre ainsi que sur le rapport explicatif vous sont transmis dans les tableaux pp. 15-16.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	À insérer après l'art. 6			Le Canton du Jura reprend entièrement les commentaires émis par la CDS et la proposition de modification du texte de loi : « Le registre national des professions de la santé NAREG doit également être intégré dans l'ordonnance en tant que fournisseur de données via une interface standard, et ce pour l'enregistrement des données relatives aux logopédistes, aux podologues qui sont saisis dans NAREG. »	Fourniture et enregistrement des données du registre national des professions de la santé NAREG Al. 1 et 2 analogues aux articles 4 à 6
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	8	1	<i>a</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement les commentaires émis par la CDS : « L'expérience acquise avec le MedReg que les fournisseurs de prestations autorisés omettent fréquemment de déclarer aux autorités cantonales les changements d'adresse de leur cabinet ou de leur établissement. Il doit être clairement indiqué dans l'ordonnance que les fournisseurs de prestations admis ont l'obligation de déclarer au canton les modifications de leurs données de base. »	Indiquer dans l'ordonnance que les fournisseurs de prestations admis ont l'obligation de déclarer au canton les modifications de leurs données de base.
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	8	3	<i>d</i>	Le Canton du Jura reprend entièrement le commentaire de la CDS à l'art. 8 al. 3d et la demande d'explicitation dans le rapport explicatif : « Divers droits et obligations de déclaration existent dans le cadre de l'autorisation et de la surveillance selon la LPMéd, la LPsy et la LPSan et selon les lois cantonales sur la santé. Cela concerne l'échange de données importantes entre les cantons ainsi que la coordination et l'échange de données entre les autorités cantonales	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<p>d'autorisation et de surveillance, d'une part, et les autorités judiciaires et administratives, d'autre part.</p> <p>Des obligations et droits de déclaration analogues concernant l'autorisation ou son retrait (par exemple pour le cas où une personne dispose d'une autorisation dans plusieurs cantons) font défaut dans l'ordonnance sur le registre.</p> <p>Nous partons de l'idée qu'il s'agit d'une omission délibérée, car on peut supposer qu'en cas de retrait de l'autorisation de pratiquer (selon l'art. 38 LPMéd) ou d'ouverture d'une procédure disciplinaire (selon l'art. 44 LPMéd) l'autre canton dans lequel la personne dispose d'une AP et de l'admission à l'AOS est déjà informé conformément aux articles mentionnés de la LPMéd. Cela doit être explicité dans le rapport explicatif sur l'ordonnance. »</p>	
--	--	--	--	--	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
RCJU Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p>Le projet d'ordonnance prévoit que le DFI développe avec les cantons le modèle de régression afin de fixer le nombre maximal de médecins dans le domaine ambulatoire. Ce modèle devra prendre en compte les caractéristiques de la population, le flux de patients intercantonaux, le volume de prestations selon la spécialisation médicale considérée et intégrer un facteur de pondération.</p> <p>Ce modèle de régression national sera ensuite utilisé par les cantons qui devront se coordonner pour calculer les besoins en soins régionaux, par spécialisation médicale et calculer les nombres de médecins maximaux par spécialité médicale.</p> <p>L'obtention de la maîtrise des coûts ne dépendra pas que par le modèle mais également par les données nécessaires aux calculs, notamment les données du domaine hospitalier ambulatoire, les données de facturation des assureurs, les données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) et des nouvelles données qui pourraient s'avérer nécessaires aux calculs. En outre, le maintien des droits acquis dans chaque canton pourra comporter le maintien de numéros maximaux en surnombre dans certaines spécialisations et cantons avec un effet sur la coordination intercantonale. Ces aspects et la complexité du modèle pourront être un défi de taille à relever pour les plus petits cantons non seulement du point de vue de la réalisation mais également de la répartition du nombre maximum de médecins par spécialité entre cantons.</p> <p>Le Gouvernement approuve l'art. 9 et les let. a et c de l'ordonnance qui précisent l'obligation d'assurer une coordination intercantonale selon l'art. 55a. al. 3, LaMal. Néanmoins, le Gouvernement soulève des réserves concernant la possibilité d'assurer d'après l'art. 4. al. 2 de l'ordonnance, la définition de nombres maximaux par spécialité. En particulier, s'il devait être appliqué l'art. 9 let. b de l'ordonnance qui stipule l'évaluation des cantons du potentiel d'économicité et de qualité lors d'une fixation intercantonale des nombres maximaux</p> <p>Des précisions concernant les aspects mentionnés dans ces commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux ainsi que sur le rapport explicatif vous sont transmis dans les tableaux pp. 18-21.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
RCJU	1	1		La référence à l'alinéa correspondant de l'art. 55a LAMal fait encore défaut.	
RCJU	2	1		<p>Concernant le domaine hospitalier ambulatoire, les données ITAR_K de la comptabilité analytique permettraient de quantifier et différencier le temps de travail entre le domaine hospitalier stationnaire et le domaine ambulatoire hospitalier.</p> <p>Cependant, les chiffres précis des prestations ambulatoires en cabinet privé et ambulatoire hospitalier par spécialité sont à notre connaissance détenus que par les assureurs.</p> <p>Pour permettre l'intégration des médecins pratiquant dans l'hospitalier ambulatoire, les données des assureurs sont nécessaires. Il convient donc d'indiquer clairement dans l'ordonnance que les données des assureurs du domaine ambulatoire en cabinet privé et hospitalier ambulatoire doivent être mises gratuitement à disposition des cantons pour qu'ils puissent déterminer les nombres maximaux par spécialité.</p> <p>Si ces données ne devaient pas être garanties, le Canton du Jura reprendrait la proposition de la CDS :</p> <p>« Pour l'intégration des médecins pratiquant dans l'hospitalier ambulatoire, il convient donc de travailler dans une phase initiale avec des hypothèses / approximations nationales. La procédure à suivre à cet égard devrait être esquissée dans les</p>	Indiquer clairement dans l'ordonnance que les données des assureurs du domaine ambulatoire en cabinet privé et hospitalier ambulatoire doivent être mises gratuitement à disposition des cantons pour qu'ils puissent déterminer les nombres maximaux par spécialité.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				explications. »	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	5	1		Il reste à déterminer quels indicateurs (facteurs explicatifs) sont inclus dans le modèle. Cela doit être précisé ; la liste des indicateurs ne devant toutefois pas être exhaustive.	[...] d'un modèle de régression de l'offre en prestations médicales ambulatoires, modèle défini de façon uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Pour évaluer le modèle, il intègre divers indicateurs de la démographie et de la morbidité de la population résidant en Suisse, en particulier ; a. la structure d'âge ; b. la répartition de sexes; c. la répartition de la franchise annuelle choisie ; d. le taux de mortalité ; e. le taux d'hospitalisation
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	7			Le Canton du Jura reprend entièrement les commentaires émis par la CDS : « Les données subsidiaires mentionnées aux lettres a et b sont incomplètes : les prestations brutes de l'AOS ne comprennent que les prestations pour lesquelles les factures sont envoyées aux assureurs-maladie (une partie des prestations en tiers payant dans le cadre de la franchise n'est ainsi p. ex. pas incluse). Le nombre de consultations en dit d'autre part peu sur le nombre et la qualité des prestations fournies. La Confédération doit donc veiller à ce que les données nécessaires puissent être tirées du relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires MAS, qui est obligatoire pour les fournisseurs de prestations depuis le 1 ^{er} janvier 2020. »	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

RCJUErreur ! Source du renvoi introuvable.	9		b	Le Canton du Jura approuve la coordination intercantonale pour la fixation des nombres maximaux. Cependant, l'évaluation du potentiel d'économicité et de qualité d'une fixation intercantonale est jugée excessive d'autant plus qu'aucune base d'évaluation de ces potentiels n'a été établie. Cette évaluation complexifierait excessivement le processus de coordination qui résulterait difficile à gérer en termes de temps, ressources et coûts pour un bénéfice qui resterait à prouver. Par conséquent, le Canton du Jura demande que la lettre b soit biffée.	Biffer la lettre b.
---	---	--	---	---	---------------------

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	12 (nouvel article à insérer)	Le Canton du Jura reprend entièrement les commentaires émis par la CDS et sa requête de préciser les sources des données nécessaires au calcul des nombres maximaux : « L'art. 55a, al. 4, des modifications de la LAMal du 19 juin 2020 oblige les fournisseurs de prestations et leurs associations ainsi que les assureurs et leurs associations à fournir gratuitement aux cantons les données nécessaires au calcul des nombres maximaux. Il convient de préciser dans l'ordonnance les sources de données correspondantes (données sur les coûts des assureurs, MAS, etc.). »	



Gesundheits- und Sozialdepartement

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

per E-Mail

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Luzern, 27. Januar 2021

**Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Am 4. November 2020 haben Sie uns eingeladen, bis am 19. Februar 2021 in obgenannter Angelegenheit Stellung zu nehmen. Gerne nehmen wir diese Gelegenheit mittels dem beiliegenden Antwortformular wahr.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und bitten Sie, diese angemessen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Guido Graf
Regierungsrat

Beilage:

- Antwortformular

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern

Abkürzung der Firma / Organisation : GSD-LU

Adresse : Bahnhofstrasse 15

Kontaktperson : Alexander Duss

Telefon : 0412286095

E-Mail : alexander.duss@lu.ch

Datum : 27. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	11
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	13
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	14

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GSD-LU	Mit Befremden stellen wir fest, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser umfangreichen Vorlage finden. Sie fordert den Bundesrat auf, eine Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen für die Zulassung, Registrierung und Aufsicht vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für Krankenversicherer (insbesondere SASIS AG) bzw. für die Prämienzahlenden ihnen gegenüberstehen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer decken dürfen.
GSD-LU	Wir begrüssen die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer, sowie die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung und der Zulassung zur Sozialversicherung. Zusätzlich würden wir es auch begrüssen, wenn die weiteren Leistungserbringer, welche Leistungen zulasten OKP erbringen können, aufgenommen würden: Zahnarztpraxen (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen bzw. Organisationen der Chiropraktik), Podologinnen und Podologen sowie Psychologinnen und Psychologen und deren Praxen.
GSD-LU	<p>Nicht alle vorgesehenen Qualitätsanforderungen scheinen uns zum heutigen Zeitpunkt umsetzbar. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchstellenden müssen die Anforderungen überprüfbar und justiziabel sein. Einige der vorgesehenen Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder – falls sie objektiv nicht erfüllbar sind – vorerst wegzulassen.</p> <p>Zudem sind die Anforderungen von Art. 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf Betriebe und Organisationen zugeschnitten und damit nicht oder zumindest schlecht auf selbständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.</p>
GSD-LU	Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinernen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsdepartemente durch die Covid-19-Epidemie, zu wenig Zeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Art. 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Wir fordern ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen, welche sicherstellen, damit keine Rechtslücke entsteht und

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	die Kantone gleichzeitig die erforderliche Zeit haben, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter «Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben» den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GSD-LU	30b	1	b	Hier muss zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau geklärt werden, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Wir beantragen eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.	
GSD-LU	38	1	B	Diese Bestimmung ist unnötig, da die nach Bst. a verlangte kantonale Berufsausübungsbewilligung nach MedBG (und nicht nach altem kantonalen Recht) bereits zwingend einen Weiterbildungstitel voraussetzt. Bei den Apothekern und Chiropraktoren, wo für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung ebenfalls ein Weiterbildungstitel erforderlich ist, ist dies richtig umgesetzt (vgl. Art. 40 und 44 E-KVV).	Streichen
GSD-LU	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf dem Referenzniveau C1.
GSD-LU	42		b	Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut nachweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüßen diese Änderung. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut <i>in der Schweiz</i> aus.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).	
GSD-LU	44a, 52d			Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.» Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.	
GSD-LU	45, 47, 48, 49, 50a			Wir begrüßen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziff. 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nicht zutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
GSD-LU	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. Soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

GSD-LU	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
GSD-LU	45			Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
GSD-LU	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüßen diese Änderung.	
GSD-LU	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
GSD-LU	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen/innen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
GSD-LU	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GSD-LU	55a			Diese Ergänzung ist sachlich nicht erforderlich, da sich die Anforderungen an die Geburtshäuser hinreichend aus Art.	Streichen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				39 KVG ergeben. Andernfalls müssten konsequenterweise auch die Pflegeheime in der KVV separat bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen genannt sein.	
GSD-LU	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GSD-LU	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichen
GSD-LU	58g		c	Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur Verfügung. Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung.	Streichen
GSD-LU	58g			Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungser-	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				bringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.	
GSD-LU	58g			Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen. In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.	
GSD-LU	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</i>			Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden. Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritt die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter «Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben» den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GSD-LU	Der Schaffung eines eigenständigen Registers kann nur unter der Bedingung zugestimmt werden, dass die relevanten Daten, welche bereits in den bestehenden Registern enthalten sind, nicht erneut erfasst werden müssen und dass Parallelstrukturen soweit möglich vermieden werden. Dies wird u.a. mit den Artikeln 4 bis 6 der Registerverordnung sichergestellt, welche die Lieferung der Daten über eine Standardschnittstelle vorsehen. Wir beantragen ergänzend, dass auch das NAREG als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufgenommen wird, für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, den Podologinnen und Podologen sowie der Rettungssanitäter (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind. Generell muss in Bezug auf die Verknüpfung und den Austausch der Daten zwischen den Registern eine hohe Benutzerfreundlichkeit angestrebt werden. Das heisst beispielsweise, dass alle Angaben zu einer bestimmten Gesundheitsfachperson, ob sie nun im Bewilligungsregister oder im LE-Register erfasst sind, für die Nutzer auf einen Blick ersichtlich sind.
GSD-LU	Wir fordern, dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden darf. Nur so können allfällige Interessenkonflikte verhindert werden. Das LE-Register darf zudem nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern (MedReg, GesReg, PsyReg, BUR; NAREG) ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosteneffizienz auswirken.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter «Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben» den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GSD-LU				Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
GSD-LU	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
GSD-LU	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt). Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter «Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben» den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GSD-LU	<p>Wir begrüssen, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Die Komplexität des Modells dürfte jedoch insbesondere die kleineren Kantone vor eine grosse Herausforderung stellen.</p> <p>Zum jetzigen Zeitpunkt kann zudem nur schwer beurteilt werden, ob mit dem vorgeschlagenen Modell die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann und die Kantone den ärztlichen ambulanten Bereich kostendämpfend werden steuern können. Klar ist hingegen, dass eine wirkungsvolle Steuerung nur dann gelingen kann, wenn die Kantone für ihre Berechnungen über die notwendigen Daten in guter Datenqualität verfügen werden. Wie weiter oben erwähnt, ist die Verordnung in der Denkart stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen in der Regel sowohl spitalstationäre als auch spitalambulante Leistungen. Um letztere Art von Leistungen zu erbringen, benötigen sie nicht zwingend eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärzten in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den Spitalambulatorien zur Verfügung stehen. Der Bund muss deshalb unter Einbezug der Kantone sauber abklären, welche Daten vom BFS erhoben werden müssen, damit die Vorlage auch für den Bereich der Spitalambulatorien umgesetzt werden kann. Was den praxisambulanten Bereich betrifft, wird die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS eine zentrale Datengrundlage darstellen. Der Bund muss deshalb alles daran setzen, den Rücklauf der MAS deutlich zu erhöhen und die Datenqualität sicherzustellen.</p>
GSD-LU	Damit die Patientenströme bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden können, benötigen die Kantone Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer. In der Verordnung ist deshalb eine rechtliche Grundlage zu schaffen, um diese Daten den Kantonen kostenlos zugänglich zu machen.
GSD-LU	Angesichts der Komplexität des Vorhabens begrüssen wir, dass eine vierjährige Übergangsfrist vorgesehen ist: zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.
GSD-LU	Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen muss klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GSD-LU	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
GSD-LU	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere: a. die Altersstruktur; b. die Geschlechterverteilung; c. die Verteilung der gewählten Jahresfranchise; d. die Mortalitätsrate; e. die Hospitalisierungsquote.
GSD-LU	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.	
GSD-LU	9		b	Angesichts der Tatsache, dass nach Art. 4 Abs. 2 der Verordnung Höchstzahlen für einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone erlassen werden können, stellt sich die Frage, wie weit die Verpflichtung gemäss Art. 9 Bst. b der Verordnung ginge. Für wie viele und welche Varianten von inter- und innerkantonalen Festlegungen von Höchstzahlen müssten die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale beurteilt werden? Unklar ist auch, was unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial konkret zu verstehen wäre. Wir beantragen daher die Streichung von Buchstabe b.	streichen
GSD-LU	12 (neu)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Envoi par courrier électronique
Département fédéral de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

**Procédure de consultation relative à la modification du 19 juin 2020 de la LAMal
concernant l'admission des fournisseurs de prestations
Prise de position du Canton de Neuchâtel**

Monsieur le conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de prendre position sur les projets d'ordonnance soumis, relatifs à la modification de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations. Nous nous prononçons comme suit.

Nous avons pris connaissance des propositions de modifications de l'OAMal et de l'OPAS, ainsi que des projets d'ordonnance qui nous ont été soumis par le Département fédéral de l'intérieur le 4 novembre 2020 et dont le délai de réponse a été fixé au 19 février 2021. Notre prise de position se fonde sur celle de la Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS), dont nous rejoignons l'ensemble de l'analyse et avis sur les projets de modifications induits par la révision de la LAMal du 19 juin 2020.

Nous souhaitons en particulier insister sur le fait qu'il nous paraît essentiel que l'ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires permette aux cantons de piloter le domaine médical ambulatoire selon leurs besoins. Même s'il ressort du commentaire relatif à l'ordonnance précitée que tel est bien son but, il nous est toutefois difficile de savoir si cette capacité de pilotage sera réalisable, au vu de la complexité du modèle de calcul proposé dans l'ordonnance.

En annexe à la présente, vous trouverez notre prise de position intégralement retranscrite dans le canevas de réponse transmis par vos services.

En vous remerciant de bien vouloir tenir compte de nos remarques, nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 17 février 2021

Au nom du Conseil d'État :

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND



7.12.21

Despland

Annexe : mentionnée

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et canton de Neuchâtel

Abréviation de la société / de l'organisation : NE

Adresse : Château, 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Manon Tendon, service de la santé publique

Téléphone : 032 889 52 23

Courriel : manon.tendon@ne.ch

Date : 17.02.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **19 février 2021** aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif __Erreur ! Signet non défini.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications Erreur ! Signet non défini.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif Erreur ! Signet non défini.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _____Erreur ! Signet non défini.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif__Erreur ! Signet non défini.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications
_____Erreur ! Signet non défini.

Autres propositions _____Erreur ! Signet non défini.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____Erreur ! Signet non défini.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
NE	Le canton de Neuchâtel renvoie à la prise de position de la CDS, effectuée sous forme de lettre datée du 22.01.2021 à laquelle il souscrit entièrement, comme indiqué dans le courrier du Conseil d'État du 17.02.2021.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
NE	30b	1	b	Le canton de Neuchâtel approuve l'article, mais souligne qu'il reste à clarifier exactement entre l'OFSP et l'OFS avec le concours des cantons ce qui peut être couvert par les relevés existants de l'OFS ou si des données supplémentaires doivent éventuellement être relevées. La base légale pour cela existe aux art. 59a LAMal et art. 55a, al. 4, nouvelle LAMal. Des sources de données subsidiaires (notamment données des assureurs-maladie) sont à prendre en considération au maximum pour une phase transitoire, jusqu'à ce que la Confédération dispose des données nécessaires. Les données doivent être mises à la disposition des cantons gratuitement par la Confédération.	
NE	38	1		Le projet est fortement axé sur le domaine ambulatoire des cabinets médicaux. Les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas compris dans le projet, car ils ne doivent pas demander une admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Dans le meilleur des cas, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs des nombres maximaux. Mais ils n'ont aucune possibilité de piloter l'admission dans ce domaine. Le canton de Neuchâtel demande que les cantons aient également la possibilité de piloter quantitativement dans le domaine hospitalier ambulatoire.	
NE	38	3		Au lieu de la description plutôt vague des exigences linguistiques, le niveau de référence C1 doit être explicitement indiqué aux let. a-c de l'ordonnance.	Un certificat de langue de niveau minimum C1 du Cadre européen commun de référence pour les langues reconnues.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

NE	42		b	Afin d'éviter tout malentendu, il convient de préciser que le cabinet de dentiste ou l'institut dentaire visé au point b doit être situé en Suisse (par analogie avec l'art. 37, al. 1, LAMal, respectivement la réglementation pour les professions de la santé, où l'activité pratique de deux ans doit également se dérouler en Suisse).	justifier d'une formation pratique de trois ans dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire <i>en Suisse</i>
NE	44a et 52d			Le rapport explicatif indique : « La formulation adoptée permet ainsi d'éviter une augmentation quantitative des prestations et d'assurer la qualité ». Nous ne comprenons pas cette énonciation. Les explications sur la modification de l'ordonnance devraient décrire plus en détail ce que cela signifie et dans quelle mesure les quatre dispositions permettent d'éviter une augmentation des volumes.	
NE	45, 47, 48, 49, 50a			En ce qui concerne l'exigence d'avoir exercé pendant deux ans une activité pratique, le chiffre 2 mentionne comme possibilité l'activité correspondante dans un hôpital. L'exigence selon laquelle cela doit se faire sous la direction d'une personne qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance n'est pas pertinente concernant la let. c. En effet, les professionnels de la santé dans les hôpitaux n'exercent pas leur profession à leur propre compte et ne remplissent donc pas les conditions d'admission prévues dans la présente ordonnance. Tout au plus peut-on exiger ici que l'activité soit accomplie sous la direction d'une personne qui remplit les critères d'exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle (être autorisé à pratiquer dans le canton).	
NE	45, 47, 48, 49, 50a		b	L'activité pratique pendant deux ans visée au ch. 1 doit pouvoir être exercée auprès d'un spécialiste admis en vertu	Il convient de reformuler chaque fois comme suit le ch. 1 :

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				du droit actuellement en vigueur ou du présent projet d'ordonnance.	... admis en vertu de la présente ordonnance admis à pratiquer à la charge de l'AOS;
NE	45, 47, 48, 49, 50a, 50b		c	L'expression « à titre indépendant » doit être adaptée à la formulation figurant dans la LPMéd, la LPSan et la LPsy en la remplaçant par la formulation « sous leur propre responsabilité professionnelle ».	pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte
NE	45		c	La lettre c introduite pour toutes les autres professions de la santé fait défaut.	c. pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte; d. prouver qu'elles remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g.
NE	49	1	b	Il nous paraît faire sens qu'une activité de deux ans dans un EMS soit aussi reconnue.	Modification du chiffre 3: «au sein d'une organisation de soins et d'aide à domicile ou d'un EMS, sous la direction d'un infirmier qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance».
NE	50b		a	Les neuropsychologues ne reçoivent pas d'autorisation de pratiquer selon la LPsy.	... être admis à pratiquer en vertu de la législation du canton dans lequel ils exercent leur activité.
NE	55			Pour l'admission à l'AOS, les centres de remise de moyens et d'appareils doivent avoir conclu un contrat avec un assureur-maladie. Cette reformulation ne permet pas de savoir si un contrat avec un assureur signifie que la remise peut s'opérer comme jusqu'ici à la charge de cet assureur ou, de manière générale, à la charge de l'AOS.	
NE	56				

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				Pour l'admission à l'AOS, les entreprises de transport et de sauvetage doivent avoir conclu un contrat avec un assureur-maladie. Cette reformulation ne permet pas de savoir si un contrat avec un assureur signifie que les entreprises peuvent comme jusqu'ici travailler à la charge de cet assureur ou, de manière générale, à la charge de l'AOS.	
NE	57	1	a	Les établissements de cure balnéaire doivent être admis en vertu du droit cantonal pour être admis à l'AOS. Selon l'art. 40, al. 1, LAMal, ils doivent en même temps être reconnus par le département pour leur admission à l'AOS. Cela entraîne un doublon qu'il convient d'éviter.	Suppression de l'art. 57, al. 1, let. a
NE	58g		c	Exiger un concept pour une culture de la sécurité et un système de rapports internes adéquat et d'amélioration des connaissances nous paraît irréaliste à l'heure actuelle. L'utilisation généralisée d'un système de déclaration des erreurs est souhaitable, mais tous les fournisseurs de prestations ne disposent pas d'un système approprié. Une amélioration de la qualité n'est effective via un système de déclaration des erreurs que si l'utilisation du système est bien implémentée dans les organisations. Cela ne peut être contrôlé par les cantons pour l'admission et devrait l'être dans l'exercice de la profession dans le cadre des conventions de qualité des partenaires tarifaires. Nous demandons la suppression de cette exigence pour l'admission.	Suppression de la let. c.
NE	58g			La formulation de cet article et des explications s'y rapportant n'est guère applicable aux fournisseurs de prestations indépendants n'ayant pas d'employés. Il convient d'examiner s'il y a lieu de formuler dans un article séparé les exigences en matière de qualité applicables à ces fournisseurs de prestations. Il faudrait y omettre la let. a et adapter les let. b et c aux indépendants n'ayant pas d'employés.	
NE	58g			Le rapport explicatif indique à juste titre que les prestations des fournisseurs de prestations sont de nature diverse et que	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<p>par conséquent « ceux-ci ne doivent pas tous remplir les mêmes exigences en matière de qualité (let. a à d) pour être admis ». Cette formulation n'est toutefois pas claire — on ne peut déduire de l'ordonnance que, suivant le fournisseur de prestations, toutes les exigences en matière de qualité ne doivent pas être remplies.</p> <p>L'ordonnance doit préciser dans quelle mesure les fournisseurs de prestations ne peuvent et ne doivent pas tous remplir</p>	
NE	Disposition transitoire de la modification du ...			<p>Les données concernant les fournisseurs de prestations admis avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal ne doivent pas être transmises aux cantons, mais directement migrer du Registre des codes-créanciers RCC dans le registre des fournisseurs de prestations.</p> <p>Cela pour les raisons suivantes. Premièrement, l'inscription de l'admission est en soi incontestée : selon la disposition transitoire sur la modification de la LAMal du 19 juin 2020 (al. 2), le maintien des droits acquis concernant l'admission est en effet garanti aux fournisseurs de prestations déjà admis en vertu de l'ancien droit. Deuxièmement, le contrôle et l'enregistrement cas par cas des fournisseurs de prestations dans le nouveau registre représenterait un travail énorme pour les organes d'exécution. On devrait dans un premier temps se fier à la base de données de la SASIS SA et confier dans un deuxième temps aux cantons l'examen, le contrôle et, le cas échéant, l'adaptation des données dans le cadre des activités ordinaires d'exécution en rapport avec les autorisations (respectivement leurs mutations) et la surveillance.</p>	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
NE	<p>Le canton de Neuchâtel renvoie à la prise de position de la CDS, effectuée sous forme de lettre datée du 22.01.2021 à laquelle il souscrit entièrement, comme indiqué dans le courrier du Conseil d'État du 17.02.2021.</p> <p>Nous précisons toutefois que les commentaires concernant les articles individuels concernent uniquement la variante 2, puisque nous sommes contre le fait qu'un tiers soit chargé de la tenue du registre.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
NE	À insérer après l'art. 6			Le registre national des professions de la santé NAREG doit également être intégré dans l'ordonnance en tant que fournisseur de données via une interface standard, et ce pour l'enregistrement des données relatives aux professions ne figurant ni dans la LPMéd, LPSan ni dans la LPsy, mais qui doivent être admis à facturer au sens de l'OAMal révisée.	Fourniture et inscription des données provenant du registre national des professions de la santé NAREG Al. 1 et 2 analogues aux articles 4 à 6
NE	8	1	a	L'expérience acquise avec le MedReg et les registres cantonaux montre que les fournisseurs de prestations autorisés omettent fréquemment de déclarer aux autorités cantonales les changements d'adresse de leur cabinet ou de leur établissement. Il doit être clairement indiqué dans l'ordonnance que les fournisseurs de prestations admis ont l'obligation de déclarer au canton les modifications de leurs données de base.	
NE	8	3	d	Divers droits et obligations de déclaration existent dans le cadre de l'autorisation et de la surveillance selon la LPMéd, la LPsy et la LPSan et selon les lois cantonales sur la santé. Cela concerne l'échange de données importantes entre les cantons ainsi que la coordination et l'échange de données entre les autorités cantonales d'autorisation et de surveillance, d'une part, et les autorités judiciaires et administratives, d'autre part. Des obligations et droits de déclaration analogues concernant l'autorisation ou son retrait (par exemple pour le cas où une personne dispose d'une autorisation dans plusieurs cantons) font défaut dans l'ordonnance sur le registre. Nous partons de l'idée qu'il s'agit d'une omission délibérée, car on peut supposer qu'en cas de retrait de l'autorisation de pratiquer (selon l'art. 38 LPMéd) ou d'ouverture d'une procédure disciplinaire (selon l'art. 44 LPMéd) l'autre canton dans lequel la	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<p>personne dispose d'une AP et de l'admission à l'AOS est déjà informé conformément aux articles mentionnés de la LPMéd. Cela doit être explicité dans le rapport explicatif sur l'ordonnance.</p>	
--	--	--	--	---	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
NE	Le canton de Neuchâtel renvoie à la prise de position de la CDS, effectuée sous forme de lettre datée du 22.01.2021 à laquelle il souscrit entièrement, comme indiqué dans le courrier du Conseil d'État du 17.02.2021.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
NE	4	1		Le rapport explicatif ne dit rien au sujet des différentes spécialités en lien avec la définition des régions. Il serait souhaitable que les cantons puissent définir différentes régions en fonction des spécialités. En d'autres termes, il faudrait éviter que les mêmes régions s'appliquent à toutes les spécialités, puisqu'il est en effet admis qu'en fonction de la spécialité du médecin, les patients peuvent se déplacer plus ou moins loin.	
NE	5	1		Il reste à déterminer quels indicateurs (facteurs explicatifs) sont inclus dans le modèle. Cela doit être précisé, la liste des indicateurs ne devant toutefois pas être exhaustive.	[...] d'un modèle de régression de l'offre en prestations médicales ambulatoires, modèle défini de façon uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Pour évaluer le modèle, il intègre divers indicateurs de la démographie et de la morbidité de la population résidant en Suisse, en particulier : a. la structure d'âge ; b. la répartition des sexes ; c. la répartition de la franchise annuelle choisie ; d. le taux de mortalité ; e. le taux d'hospitalisation.
NE	7			Les données subsidiaires mentionnées aux lettres a et b sont incomplètes : les prestations brutes de l'AOS ne comprennent que les prestations pour lesquelles les factures sont envoyées aux assureurs-maladie (une partie des prestations en tiers payant dans le cadre de la franchise n'est ainsi p. ex. pas incluse). Le nombre de consultations en dit d'autre part peu sur le nombre et la qualité des prestations fournies. La Confédération doit donc veiller à ce que les données nécessaires puissent être tirées du relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				MAS, qui est obligatoire pour les fournisseurs de prestations depuis le 1 ^{er} janvier 2020.	
NE	10	2		Nous estimons qu'il serait préférable que la notion de « périodiquement » soit précisée dans l'ordonnance, afin de garantir une uniformité au niveau fédéral.	
NE	11 – Entrée en vigueur			Il y a deux articles 11	Art. 12
NE	Nouvel article à insérer			L'art. 55a, al. 4, des modifications de la LAMal du 19 juin 2020 oblige les fournisseurs de prestations et leurs associations ainsi que les assureurs et leurs associations à fournir gratuitement aux cantons les données nécessaires au calcul des nombres maximaux. Il convient de préciser dans l'ordonnance les sources de données correspondantes (données sur les coûts des assureurs, MAS, etc.).	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat Kanton Nidwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : RR NW

Adresse : Dorfplatz 2, 6371 Stans

Kontaktperson : Andreas Scheuber, Direktionssekretär Gesundheits- und Sozialdirektion

Telefon : 041 618 76 01

E-Mail : andreas.scheuber@nw.ch

Datum : 02.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	8
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Weitere Vorschläge _____	11
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	12

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR NW	<p>Das Inkrafttreten der revidierten KVV am 1. Januar 2022 ist nicht realistisch. Die Anpassung der verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer und deren Aufsicht muss zuerst in den Kantonen aufgebaut werden. Zudem tritt die KVG-Änderung am 1. Juli 2021 in Kraft, wodurch vom Juli 2021 bis Dezember 2021 eine Gesetzeslücke entsteht, in welcher die Kantone dafür zuständig sind, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, welche die Zulassung regelt, gar noch nicht in Kraft ist. Daher müssen mindestens in Übergangsbestimmungen Regelungen dargelegt werden, wie mit dieser Zeit umgegangen wird respektive auch ein Zeitraum gewährt werden, in welchem die Kantone die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse für den Vollzug der neuen Aufgaben aufbauen können.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR NW	38	3	a., b., c.	<p>In Artikel 37 Abs. 1 KVG ist erwähnt, dass die Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachgewiesen werden muss. Anstatt der Kriterien a., b., c. wäre es für die Umsetzung einfacher, wenn die anerkannten Prüfungen aufgelistet wären.</p> <p>Zudem ist die Sprachkompetenz bereits im MedBG geregelt, auf dessen Grundlage die kantonale Berufsausübungsbewilligung erteilt wird. Ohne genügende Sprachkompetenz kann ein Kanton keine Berufsausübungsbewilligung erteilen, was gemäss Art. 38 Abs. 1 lit. a somit auch die Zulassung ausschliesst.</p>	
RR NW	42			<p>Warum gibt es keinen Art. 42a für Organisationen der Zahnmedizin, analog der Chiropraktik oder auch den Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte? Bei den Ärztinnen und Ärzten wird sogar explizit ein neuer Artikel für Einrichtungen erwähnt.</p>	
RR NW	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

RR NW	45, 47, 48, 49, 50a			Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nichtzutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
RR NW	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
RR NW	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
RR NW	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

RR NW	58			<p>Die Prüfung von Qualitätsanforderungen von jeder einzelnen zuzulassenden Gesundheitsfachperson bedeutet einen hohen personellen Aufwand bei den Kantonen. Es ist zu überlegen, ob Qualitätsanforderungen bei Gesundheitsfachpersonen auf Organisationen zu beschränken sind.</p> <p>Zudem ist ein Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung für viele Gesundheitsfachpersonen möglicherweise mit einem grossen administrativen und finanziellen Aufwand verbunden. Zudem sind solche Netzwerke noch nicht flächendeckend verfügbar.</p> <p>Die Kantone brauchen bei allen Gesundheitsfachberufen (individuelle als auch Einrichtungen/Organisationen) klare und präzise Qualitätsanforderungen, welche auch im Beschwerderecht einfach anwendbar sind.</p> <p>Zudem sind für selbständige Leistungserbringer ohne Angestellte gewisse Anforderungen nicht gut anwendbar. Allenfalls müssen für diese Leistungserbringer in einem separaten Artikel Qualitätsanforderungen formuliert werden.</p>	
-------	----	--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR NW	Wir präferieren die Variante 2 "Registerführung durch das BAG", da so wichtiges Know-how, welches bereits bei den Registern für Arbeitende im Gesundheitswesen aufgebaut worden ist (MedReg, PsyReg, NaReg, GesReg), genutzt werden kann. Zudem soll auch den Schnittstellen möglichst viel Rechnung getragen werden, sodass wirklich alle möglichen Daten von den bisherigen Registern übernommen werden können. Es ist nicht zielführend, dass Daten von den Kantonen mehrfach eingegeben werden müssen oder Daten, welche in gewissen Registern bereits eingetragen sind, dann nochmals von den Kantonen in das neue Leistungserbringer-Register eingetragen werden müssen.
RR NW	Das NaReg muss unbedingt auch mit einer Schnittstelle an das neue Leistungserbringerregister angegliedert werden, sodass auch hier eine Doppelspurigkeit beim Eintragen von Daten vermieden werden kann.
RR NW	Die Frist für den Aufbau von drei Jahren ist vertretbar, vorausgesetzt, dass das Register durch das BAG rasch erstellt wird, damit den Kantonen genügend Zeit bleibt, die erforderlichen Daten rechtzeitig eintragen zu können.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR NW	8	d	2	Der Eintrag "Keine Zulassung" hat verschiedenste Bedeutungen, welche nicht einfach so erschlossen werden können für einzelne Leistungserbringer. Ein Leistungserbringer, der unter Art. 55a KVG fällt, erhält demnach den gleichen Vermerk wie ein Leistungserbringer, dem die Zulassung aus verschiedenen Gründen entzogen worden ist.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
RR NW	Die Berechnung der Höchstzahlen soll durch ein Regressionsmodell mit verschiedenen Koeffizienten und multipliziert mit verschiedenen Aspekten, z.B. Bevölkerungsmerkmale, Patientenströme und Leistungsvolumen je Fachgebiet berechnet werden. Dazu kommt noch die Möglichkeit ein Gewichtungsfaktor einzusetzen. Diese Lösung ist komplex, es ist daher dringend erforderlich, dass klare Angaben bestimmt werden, wie solche Berechnungen möglich sein sollen.
RR NW	Grundlegend für die Berechnung der Höchstzahlen sind verlässliche Daten von verschiedenen Quellen. Die Lieferung dieser Datenquellen an die Kantone muss klar geregelt sein und die Daten müssen eine hohe Qualität und Repräsentativität aufweisen. Insbesondere müssen die Kantone auch Zugriff auf Daten erhalten, die Patientenströme über Kantonsgrenzen hinaus aufzeigen. Eine gesetzliche Grundlage für diese Dateneinsicht besteht momentan noch nicht und muss daher noch geschaffen werden.
RR NW	Die Übergangsfrist von vier Jahren wird aufgrund der Komplexität des Vorhabens explizit begrüsst.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR NW	2	3		Als Vollzeittätigkeit wird eine Tätigkeit während 10 Halbtagen pro Woche angegeben. Dies ist eine Vorgabe, die nicht klar definiert ist. Wir würden es begrüssen, wenn hier eine klarere Vorgabe	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				gemacht wird, damit die Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten von allen Kantonen gleich gehandhabt wird.	
RR NW	9		b	Falls dieser Buchstabe bestehen bleibt, müssen genaue Kriterien für die Prüfung des Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzials bestehen. Wir würden eine Streichung dieses Buchstabens begrüßen.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			



CH-6061 Sarnen, St. Antonistrasse 4, FD

Elektronisch an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Sarnen, 26. Januar 2021 / wg

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern; Stellungnahme.

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu den unterbreiteten Verordnungsentwürfen zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung nehmen zu können. Die folgende Stellungnahme haben wir in Absprache mit dem Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) formuliert.

Die Kantone müssen bei einem Überangebot von Ärztinnen und Ärzten kostendämpfend eingreifen können. Mit der Gesetzesrevision wird den Kantonen aber nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten gegeben, sondern die Kantone sind neu auch für das formelle Zulassungsverfahren der übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich zur Abrechnung zulasten der OKP zuständig. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, die bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird.

Der Kanton Obwalden ist daher äusserst erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage finden. Wir fordern den Bundesrat darum auf, eine Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welchen Einsparungen sie für die Prämienzahlenden gegenüberstehen. Es ist ausserdem zu klären, inwiefern die Kosten der Kantone für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer (mit-)gedeckt werden können. Wir würden die Möglichkeit von Gebühren begrüssen.

Der Kanton Obwalden begrüsst zudem, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. Es steht aber fest, dass die Komplexität des Modells insbesondere die kleineren Kantone vor eine grosse Herausforderung stellt.

Für die detaillierte Stellungnahme zu den vorgesehenen Änderungen der KVV und der KLV verweisen wir auf das beigefügte Formular der GDK.

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MBK', is positioned above the printed name.

Maya Büchi-Kaiser
Regierungsrätin

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Abkürzung der Firma / Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Bern

Kontaktperson : Silvia Marti, Annette Grünig

Telefon : 031 356 20 20

E-Mail : silvia.marti@gdk-cds.ch; annette.gruenig@gdk-cds.ch

Datum : 22.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	12
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Weitere Vorschläge _____	14
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zu den Verordnungsentwürfen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	30b	1	a	Hier gibt es einen Tippfehler zu korrigieren	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
GDK	30b	1	b	Die GDK stimmt dem Artikel zu, weist aber darauf hin, dass hier zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären ist, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die GDK beantragt eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.	
GDK	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Die GDK fordert, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.	
GDK	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	dem Referenzniveau C1.
GDK	42		b	<p>Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüssen diese Änderung.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).</p>	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut <i>in der Schweiz</i> aus.
GDK	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Wir begrüssen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nicht zutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
GDK	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüßen diese Änderung.	
GDK	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
GDK	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	
GDK	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen/innen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
GDK	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
GDK	58g		c	Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur	Streichen von Bst. c.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung.</p>	
GDK	58g			<p>Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.</p>	
GDK	58g			<p>Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
GDK	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</i>			<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritte die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	Neu einzufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
GDK	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
GDK	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	2			Schreibfehler.	[...] an Ärztinnen und Ärzten
GDK	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
GDK	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. <u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<ul style="list-style-type: none"> a. <u>die Altersstruktur;</u> b. <u>die Geschlechterverteilung;</u> c. <u>die Verteilung der gewählten Jahresfranchise;</u> d. <u>die Mortalitätsrate;</u> e. <u>die Hospitalisierungsquote.</u>
GDK	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.	
GDK	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



Regierung des Kantons St.Gallen, Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen

Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse 1
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 74 44
info.sk@sg.ch

St.Gallen, 15. Februar 2021

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) – Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung und weiterer Verordnungen;
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

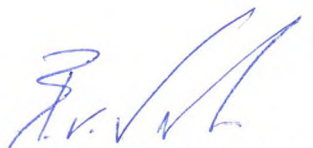
Mit Schreiben vom 4. November 2020 laden Sie uns zur Vernehmlassung zu Verordnungsänderungen im Rahmen der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) zur Zulassung von Leistungserbringern ein. Wir danken für diese Gelegenheit und nehmen gern wie folgt Stellung:

Grundsätzlich schliesst sich die Regierung der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an. Wie von Ihnen gewünscht sind im Formular zur Stellungnahme die von uns vorgeschlagenen Änderungen aufgeführt, sie betreffen primär die Harmonisierung des neuen Ordnungsrechts mit der KVG-Revision im Bereich der Qualität, die Überarbeitung des Berechnungsmodells zur Festlegung der Höchstzahlen und die Ansiedelung der diesbezüglichen Thematik beim Bundesamt für Statistik. Zudem wird der Antrag der GDK auf Darlegung der Kostenfolgen der neuen gesetzlichen Vorgaben für die Kantone unterstützt.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Im Namen der Regierung


Bruno Damann
Präsident


Dr. Benedikt van Spyk
Staatssekretär





Beilage:

Vernehmlassungsformular

Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton St.Gallen

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : Gesundheitsdepartement, Oberer Graben 32, 9001 St.Gallen

Kontaktperson : Danuta Zemp, Kantonsärztin

Telefon : 058 229 59 16

E-Mail : danuta.zemp@sg.ch

Datum : 9. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Weitere Vorschläge _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Die neue Regelung im Bereich der Zulassung von Leistungserbringern zielt grundsätzlich darauf ab, ein Überangebot zu vermeiden. Es muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass ausserhalb von urbanen Zentren eine entgegengesetzte Problematik festzustellen ist. Die Vorgabe einer 3-jährigen Tätigkeit in einer schweizerischen Weiterbildungsstätte im beantragten Fachgebiet als Zulassungsvoraussetzung gemäss Art. 37 stellt eine grosse Filterfunktion für ausländische Ärztinnen und Ärzte dar. Mit dieser Regelung wird es in den meisten Regionen der Schweiz nicht mehr notwendig sein, Höchstzahlen zu definieren. Im Gegensatz zur mehrfachen Forderung der GDK, sieht die Regelung keine Ausnahmen vor, falls in einer Region oder einem Fachgebiet eine Unterversorgung auftreten sollte, die nur mit direkt aus dem Ausland rekrutierten Ärztinnen und Ärzten getilgt werden kann. Da dies in den Kantonen zu erheblichen Versorgungsproblemen und Schliessungen von Praxen mangels Nachfolge führen kann, stellt sich die Frage, welche Korrekturen auf der Verordnungsebene noch möglich sind. Im Bereich der Zahnmedizin, wo nur ca. 5 Prozent aller zahnärztlichen Leistungen überhaupt über OKP abgerechnet werden können, steht der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen. Entsprechend ist ganz grundsätzlich zu überdenken, ob Zahnärzte und Zahnärztinnen überhaupt ein solches Zulassungsverfahren durchlaufen müssen oder ob sie – angesichts des kleinen Behandlungsvolumens – automatisch zugelassen werden sollen, sobald sie eine Berufsausübungsbewilligung haben.</p> <p>Wir begrüssen die Forderung der GDK nach Einschätzung des Bundes zu den finanziellen Auswirkungen der Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben auf Stufe Kantone. Besonderes Augenmerk ist hier auf das neue Leistungserbringerregister zu legen, bei dessen Umsetzung die Kantone mit der Erhebung und Verwaltung von enormen Datenmengen beauftragt werden.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
	38	3	a – c	<p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV wird das Sprachniveau C1 verlangt, gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit über den Willen des Gesetzgebers zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <p>a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war;</p> <p>b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen;</p> <p>c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.</p>
	42		c	Wenn an einem Zulassungsverfahren für	Bst. c ist zu streichen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Zahnärztinnen und Zahnärzte festgehalten werden soll, so können Bst. a (Vorliegen einer Berufsausübungsbewilligung) und b (dreijährige praktische Weiterbildung) ohne grössere Probleme umgesetzt und von den Kantonen überprüft werden.</p> <p>Anders sieht es mit Bst. c (Qualitätsanforderungen nach Art. 58g) aus. Diese sind in Zahnarztpraxen schlicht nicht praktikabel.</p> <p>Zusätzlich zu den Bst. a und b wäre es – wenn überhaupt an einem Zulassungsverfahren für Zahnärzte und Zahnärztinnen festgehalten wird – wünschenswert, dass als weitere Voraussetzung die Sprachkenntnisse auf einem Niveau C1 vorgesehen werden.</p>	<p>Als neuer Bst. c wäre allenfalls als weitere Voraussetzung das Erfordernis von Sprachkenntnissen auf Niveau C1 wünschenswert.</p>
	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, der am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der</p>	<p>Der Art. 58 g KVV ist mit dem Art. 58a rev KVG zu harmonisieren, um eindeutig zu definieren, für welche Vorgaben im Bereich der Qualität der Kanton als Zulassungs- und Aufsichtsbehörde und welche Vorgaben die Versicherer zuständig sind.</p> <p>Eine Doppelbelastung der Leistungserbringer ist zu vermeiden.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet. Beim Zulassungsverfahren von Zahnarztpraxen zu verlangen, dass sie Bst. a-f erfüllen, geht zu weit und ist für Zahnarztpraxen nicht praktikabel und zudem auch nicht umsetzbar, weil die fraglichen Systeme gar nicht vorhanden sind.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2).</p> <p>Der Aufbau eines neuen Registers entspricht nicht dem zuvor von den Kantonen geäusserten Wunsch nach Vermeidung der Schaffung von weiteren Registern und nach Nutzung der bereits bestehenden Strukturen. Im Rahmen der aktuell zur Auswahl gestellten Varianten favorisieren wir die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	2	1		<p>Gemäss dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates hat der Bundesrat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen</p>	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

			den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. Da das Bundesamt für Statistik (BFS) bereits über viele Daten verfügt, schliessen wir uns dem Vorschlag der kantonalen Ärztesgesellschaft St.Gallen an, wonach die Führung des neuen Registers an das BFS vergeben werden sollte.	
--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht der Firma BSS Volkswirtschaftliche Beratung. Die verwendete Methodik wurde mit den Kantonen weder vorbesprochen noch pilotiert.</p> <p>Das Resultat ist ein realitätsfremdes und komplexes Rechnungsmodell, das für die Kantone nicht annehmbar ist.</p> <p>Der Kanton St.Gallen arbeitet als Pilotkanton seit beinahe 2 Jahren mit dem Bundesamt für Statistik (BFS) zusammen, um ein Modell zu entwickeln, das einerseits die kantonalen Gegebenheiten berücksichtigt, andererseits aber auch die Berechnung einer Langzeitprognose für den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in den einzelnen Fachgebieten ermöglicht. Obwohl dieses Projekt auch vom BAG an das BFS in Auftrag gegeben wurde, fand das vom BFS entwickelte Modell keinerlei Eingang in die vorliegende Verordnung.</p> <p>Im vorliegenden Modell von BSS wird für den Versorgungsbedarf die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet und die neuen gesetzlichen Vorgaben den Kantonen keinen Spielraum lassen, bei Unterversorgung Ausnahmen im Zulassungsverfahren zu ermöglichen.</p> <p>Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	Ein grosses ungelöstes Problem stellt der spitalambulante Bereich dar. Die neue Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Zudem ist unklar, ob auch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte berücksichtigt werden. Es bedarf einer eindeutigen methodischen Vorgabe des Bundes, wie die im spitalambulantem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte in die Berechnung der Höchstzahlen aufgenommen werden müssen.
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	5-7			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	<p>Vorschlag:</p> <p>Das BFS legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe der kommenden 5-10 Jahre und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesgesellschaften, der Spitäler und der medizinischen Fachgesellschaften – fest.</p> <p>Die Kantone legen in Zusammenarbeit mit der kantonalen Ärztesgesellschaft und den Spitälern die Versorgungsregionen fest.</p>
	10	2			² Die <u>Höchstzahlen</u> sind aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen mindestens alle 10 Jahre zu überprüfen und anzupassen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	10	3			Vorschlag: ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben muss hier eine entsprechende Anpassung angefügt werden.	Vorschlag: ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Schaffhausen, Departement des Innern

Abkürzung der Firma / Organisation : SH

Adresse : Mühllentalstrasse 105, 8200 Schaffhausen

Kontaktperson : Ingrid Hosch

Telefon : 052 632 70 73

E-Mail : ingrid.hosch@sh.ch

Datum : 19. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am ____ an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Weitere Vorschläge _____	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SH	<p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Mit Schreiben vom 4. November 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), Herr Alain Berset, die Kantonsregierungen zu einer Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend Zulassung von Leistungserbringern eingeladen. Diese Einladung wurde zuständigkeithalber an das Departement des Innern weitergeleitet. Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und lassen uns wie folgt vernehmen:</p> <p>Unter Vorbehalt der folgenden Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen schliessen wir uns der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 22. Januar 2021 an.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SH	30b	1	b	Der Kanton benötigt die zur Ausübung seiner Kontrollfunktion notwendigen Daten auf eine adäquate Weise (aktuell, vollständig, übersichtlich, kostenlos). In Ziff. 3 steht: «[...] (Art. 55a KVG KVG);»	
SH	38	1	a	Nur niedergelassene (selbständig oder angestellt tätige) Ärztinnen und Ärzte erhalten eine Bewilligung. Ärzte in Spitalambulatorien werden nicht explizit bewilligt, sondern stehen unter Aufsicht des bewilligten Chefarztes. Müsste man diese Ärzte bewilligen, entstünde ein unverhältnismässiger Verwaltungsaufwand.	
SH	38	3		Die Sprachanforderungen sollen in den Ausführungsbestimmungen konkreter definiert werden. Das Erfordernis «Referenzniveau C1» soll im Verordnungstext explizit erwähnt werden.	
SH	40	2		Es ist unklar, was mit «Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.» gemeint ist. Es soll im Bericht präzisiert werden, was darunter zu verstehen ist.	
SH	42		b	Der Unterschied der Anforderungen betreffend Zahnärzten der KVV und des Medizinalberufegesetz (MedBG; SR 811.11) ist störend. Der Begriff "Weiterbildung" in diesem Zusammenhang suggeriert einen Weiterbildungstitel im Sinne des MedBG (analog	«Sie weisen sich über eine dreijährige <i>praktische Tätigkeit</i> in einer <i>in der Schweiz</i> zugelassenen zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institution aus.»

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Parodontologie oder rekonstruktive Zahnmedizin). Besser wäre es, von einer «praktischen Tätigkeit» zu sprechen.	
SH	52c		d		«–Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.»
SH	55a			In der deutschen Fassung des Berichts zur Vorlage sind die Erläuterungen zu Art. 55a KVV in Französisch.	
SH	58g			In Übereinstimmung mit der Haltung der GDK sind wir der Ansicht, dass nicht alle Qualitätsanforderungen zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Bewilligung geprüft werden können. Wir regen an, festzuhalten, dass diese Anforderungen im Rahmen der Qualitätsverträge von den Tarifpartnern kontrolliert werden. Wir regen ferner an, die Qualitätsanforderungen für die einzelnen Leistungserbringer z.B. in einem Anhang weiter zu präzisieren.	
SH	Übergangsbestimmung			Wir schlagen vor, dass die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern des Zahlstellenregisters direkt in das Leistungserbringerregister migriert werden (vgl. auch unten Bemerkungen zur Registerverordnung Leistungserbringer OKP). Die Kantone sollen mittels Liste über die Überleitung der in ihrem Gebiet zugelassenen Leistungserbringer informiert werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SH	Wir ziehen die Führung des Registers über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich (Leistungserbringerregister) durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gegenüber einer Registerführung durch einen Dritten vor. Auch in Bezug auf die unterbreiteten Vorlagen zur Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Registerverordnung Leistungserbringer OKP) schliessen wir uns – unter Vorbehalt der nachfolgenden Bemerkungen – den Ausführungen der GDK in der Stellungnahme vom 22. Januar 2021 an.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SH	4-6			<p>Unseres Erachtens wäre es sinnvoll, nur noch ein zentrales (Leistungserbringer-)Register zu führen, in welches die Daten des Nationalen Registers der Gesundheitsberufe (NAREG), des Medizinalberuferegister (MedReg), Psychologieberuferegister (PsyReg), Gesundheitsberuferegister (GesReg) sowie des Zahlstellenregister (ZSR) zusammengeführt werden.</p> <p>Zur erheblichen Vereinfachung des Vollzugs sollten im Leistungserbringerregister-System alle bewilligten Personen eingetragen werden können, auch Personen, die nicht über die OKP abrechnen (z.B. Naturheilpraktiker, Praxen für Selbstzahler). Dazu könnte es ein Datenfeld «Zulassung OKP ja/nein» vorgesehen werden.</p>	
SH	8	1	a	In der Registerverordnung Leistungserbringer OKP soll klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderung ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
SH	8	3		<p>Laufende Disziplinarverfahren oder Bewilligungsentszüge sollen für die kantonalen Bewilligungsbehörden dem Leistungserbringerregister entnommen werden können.</p> <p>Es wäre hilfreich, einen Schweizer Leistungserbringerregisterauszug einzuführen. Dies könnte die zahlreichen kantonalen "letter of good standing" erübrigen. Insbesondere wäre das von Vorteil bei Personen, die in verschiedenen Kantonen ihre Tätigkeit ausüben.</p>	

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

SH	22	3		Wir befürworten, dass die Kantone von der Gebührenpflicht befreit sind.	
----	----	---	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SH	<p>Wir teilten die Ausführungen der GDK zur Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (vgl. Stellungnahme der GDK vom 22. Januar 2021).</p> <p>Ergänzend dazu bitten wir im Bericht auszuführen, ob nur Ärzte oder auch Zahnärzte (und Chiropraktoren) bei der Festlegung der Höchstzahl zu berücksichtigen sind. In der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL; SR 832.103) werden auch Zahnärzte aufgeführt, weshalb gewisse Kantone diese unter den Zulassungsstopp stellen. Zudem weisen wir darauf hin, dass wenn in den Spitälern der Grundsatz "ambulant vor stationär" gilt, eine gewisse Mengenausweitung bei den Spitalambulatorien möglich sein muss.</p> <p>Schliesslich möchten wir anmerken, dass der administrative Aufwand für die Umsetzung des unterbreiteten Vorschlags verhältnismässig sein sollte. Insbesondere soll die Datenbeschaffung (z.B. in Hinblick auf die Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzte) zuverlässig, vollständig, übersichtlich dargestellt und praxistauglich sein.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SH	1			Es ist davon auszugehen, dass einige Praxisinhaber eine Übergabe ihrer Praxis in Anbetracht der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP teurer anbieten würden. Wir regen daher an, in der Verordnung klarzustellen, dass die Kantone die Kontingente verwalten. Wenn somit eine Praxistätigkeit eingestellt wird, die Abrechnungsberechtigung zurück an den Kanton geht und neu vergeben werden kann.	
SH	2	3		<u>Ermittlung des IST-Angebotes:</u> Die Ermittlung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte durch den Kanton ist zu aufwendig und fehleranfällig. Zudem ist ein Abstützen auf Pensen/Vollzeitäquivalenten (VZÄ) nicht praktikabel, da diese zu häufig wechseln und damit die Aktualität ist nicht gewährleistet ist. Vorschlag: Die Ärztinnen und Ärzte sollen ihr Pensum im ambulanten Bereich in eine Datenbank (z.B. im MedReg oder in ein neues Register) eintragen und aktualisieren. <u>Spitalambulatorium Abgrenzung ambulant/stationär:</u> Spitalärzte sind stationär und ambulant tätig. Die Trennung (VZÄ-Anteil) ist schwierig. Hier ist eine praktikable Lösung zu finden, die mit einem verhältnismässigen Aufwand verbunden ist.	
SH	2 10	3	oder	<u>Teilzeittätigkeit:</u> Es stellt sich die Frage, ob ein 100%-Pensum geteilt werden kann. Es soll weiterhin erlaubt sein, dass in dem Umfang, in dem eine Person ihre Tätigkeit reduziert, eine andere dieses Kontingent übernehmen kann (z.B. Praxisteilung bei Frauen mit	Bestehende Kontingente können geteilt werden, soweit ein VZÄ nicht überschritten wird. Bei Praxisaufgabe infolge Pension ist eine bis zu 3-jährige Paralleltätigkeit möglich.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>schulpflichtigen Kindern). Wir bitten, dies in den Ausführungsbestimmungen zu berücksichtigen.</p> <p><u>Befristete Paralleltätigkeit bei Praxisübergabe im Hinblick auf Pension:</u></p> <p>Es soll Ärzten kurz vor dem Pensionsalter erlaubt sein, noch ca. 3 Jahre mit dem Praxis-Nachfolger zusammenzuarbeiten.</p>	
SH	7			<p><u>Datenverfügbarkeit, korrekte Leistungsmenge:</u></p> <p>Eine Steuerung funktioniert nur, wenn die abgerechneten Leistungsmengen je Fachgebiet korrekt ausgewiesen werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Daten den Kantonen zuverlässig bereitgestellt werden. D.h. alle ambulanten Leistungsmengen (Vollständigkeit) sollten den GLN-Nummern (Identifikation Fachgebiet) richtig zugeordnet werden (Trennung ambulant/stationär). Wie werden die Leistungsmengen der nicht an die Krankenversicherer eingereichten Rechnungen berücksichtigt (Franchise)?</p> <p>Weiter ist unklar, ob die MAS-Daten rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden.</p>	
SH	10	2		<p>Die VZÄ zu überprüfen ist für den Kanton zu aufwendig.</p> <p>Vgl. den oben erwähnten Vorschlag, diese in einem Register zu erheben, in welches die Ärzte ihre Pensen selber eintragen müssen.</p> <p>Zudem soll «periodisch zu überprüfen» konkretisiert werden. Bedeutet dies einmal pro Jahr oder einmal alle vier Jahre?</p>	

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

SH	11			<u>Praxisübergaben:</u> Grundsätzlich sollen alle bestehenden Praxisbewilligungen weiterhin Gültigkeit haben und an eine Nachfolgerin bzw. einen Nachfolger desselben Fachgebiets übergeben werden können. Das Angebot je medizinischem Fachgebiet einer Region soll jedoch schrittweise einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 angeglichen werden.	
----	----	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SH	-	-	-

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
so.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

2. Februar 2021

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Allgemeines

Wir begrüssen die grundsätzliche Stossrichtung der vorgeschlagenen Änderungen. Jedoch besteht in Bezug auf gewisse Punkte noch Klärungs- bzw. Anpassungsbedarf. Hierauf soll nachfolgend bei den Bemerkungen zu den einzelnen Änderungserlassen eingegangen werden.

Im Übrigen teilen wir die Einschätzung der GDK, dass den Kantonen aufgrund der vorgesehenen Änderungen mit wesentlichen personellen und finanziellen Mehrkosten verbundene Vollzugsaufgaben zugewiesen werden. Eine Einschätzung betreffend die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone und Ausführungen über die Einsparungen für die Krankenversicherer bzw. die Prämienzahlenden finden sich in den Berichten zu den geplanten Verordnungsänderungen nicht. Dies ist seitens des Bundesrats zwingend in transparenter Weise aufzuzeigen. Wir gehen davon aus, dass die Kantone für Entscheide über die Zulassung von Leistungserbringern – wie im Rahmen der Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen – Gebühren erheben können.

Änderung der KVV und der KLV

Im spitalambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte benötigen keine Zulassung als Leistungserbringer, da die Spitäler zulasten der OKP abrechnen. Folglich können die Kantone die Zulassung in diesem Bereich nicht adäquat steuern. Es ist daher zu fordern, den Kantonen die für die adäquate Steuerung im spitalambulanten Bereich erforderlichen Kompetenzen zuzuweisen.

Die Vereinheitlichung der Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer wird ausdrücklich begrüsst. Jedoch sollten ebenfalls Zahnarztpraxen, Psychologinnen und Psychologen sowie Podologinnen und Podologen und deren Praxen in den Katalog der Leistungserbringer aufgenommen werden. Überdies erachten wir es als angezeigt, dass für sämtliche Leistungserbringer – und nicht lediglich für Ärztinnen und Ärzte – ein Mindestniveau in Bezug auf Sprachkenntnisse sowie eine Verpflichtung zum Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) vorgesehen wird. Ferner weisen wir darauf hin, dass die Erfüllung der Qualitäts-

anforderungen für sämtliche Kategorien von Leistungserbringern und für Leistungserbringer ohne angestelltes Fachpersonal möglich und zumutbar sein muss. Es bedarf klarerweise noch zusätzlicher Präzisierungen und Differenzierungen im Verordnungstext.

Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ordnungsänderung und der Übergangsbestimmungen sollte zudem so gewählt werden, dass den Kantonen ausreichend Zeit für die Implementierung der Prozesse für das Zulassungsverfahren und das Aufsichtswesen zur Verfügung steht.

Des Weiteren sind nach unserem Dafürhalten noch diverse Fragen in Bezug auf den Erlass von kantonalem Ausführungsrecht ungeklärt. Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung des Bundes sowie den kantonalen Gesundheitsgesetzgebungen existieren diverse Bestimmungen betreffend Melde-rechte und -pflichten. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten sowie die Koordination zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden (Art. 38 Abs. 2 und Art. 44 Bundesgesetz über die universitären Medizinalpersonen [MedBG; SR 811.11]). Andererseits betrifft dies die Pflicht der Gerichts- und Verwaltungsbehörden, den kantonalen Aufsichtsbehörden unverzüglich jene Vorfälle zu melden, welche die Berufspflichten verletzen könnten (Art. 42 MedBG). Ebenso stellt sich die Frage, ob die Kantone betreffend die Verletzung von Vorschriften über die Zulassung von Leistungserbringern – wie bei Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen – kantonale Übertretungsstraftatbestände schaffen dürfen. Wir gehen davon aus, dass dies zulässig ist, da das KVG einzig Straftatbestände für Vergehen vorsieht (Art. 92 KVG).

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Wir befürworten die Entwicklung des Regressionsmodells und der Koeffizienten durch den Bund grundsätzlich. Jedoch machen wir beliebt, das Berechnungsmodell noch in wesentlichen Teilen zu vereinfachen und dessen Vollzugstauglichkeit erheblich zu optimieren. Ebenso regen wir an, im Verordnungsentwurf den Besonderheiten des spitalambulanten Bereichs noch verstärkt Rechnung zu tragen und diesbezüglich sicherzustellen, dass den Kantonen die dafür erforderlichen Datengrundlagen zur Verfügung stehen. Für uns bleibt im Zusammenhang mit der interkantonalen Koordination bei der Festlegung von Höchstzahlen überdies unklar, welche Tragweite die Pflicht zur Beurteilung des Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzials einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen effektiv aufweist.

Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Nach unserer Auffassung sollten nebst den Berufsregistern gemäss der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung des Bundes ebenfalls das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) als Datenlieferant für Eintragungen von Logopädinnen und Logopäden, Podologinnen und Podologen sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitätern in den Verordnungsentwurf aufgenommen werden. Des Weiteren würden wir es vorziehen, wenn das Bundesamt für Gesundheit (BAG) – und nicht ein Dritter – das Leistungserbringerregister führt, da Ersteres im Bereich der Registerführung bereits über langjährige Erfahrung verfügt.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig. Susanne Schaffner
Frau Landammann

sig. Andreas Eng
Staatsschreiber

Beilage: Antwortformular

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat Kanton Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : SO

Adresse : Rathaus / Barfüssergasse 24

Kontaktperson : Dr. iur. Lukas Widmer, Co-Leiter Rechtsdienst / Leiter Aufsicht Gesundheitswesen

Telefon : 032 627 93 47

E-Mail : lukas.widmer@ddi.so.ch

Datum : 22. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	<p>Allgemeines</p> <p>Die grundsätzliche Stossrichtung der vorgeschlagenen Änderungen wird begrüsst. Jedoch besteht in Bezug auf gewisse Punkte noch Klärungs- bzw. Anpassungsbedarf. Im Übrigen wird die Einschätzung der GDK, dass den Kantonen aufgrund der vorgesehenen Änderungen mit wesentlichen personellen und finanziellen Mehrkosten verbundene Vollzugsaufgaben zugewiesen werden, geteilt. Eine Einschätzung betreffend die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone und Ausführungen über die Einsparungen für die Krankenversicherer bzw. die Prämienzahlenden finden sich in den Berichten zu den geplanten Verordnungsänderungen nicht. Dies ist seitens des Bundesrats zwingend in transparenter Weise aufzuzeigen. Es ist davon auszugehen, dass die Kantone die Möglichkeit haben, für Entscheide über die Zulassung von Leistungserbringern – ebenso wie im Rahmen der Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen – Gebühren zu erheben.</p> <p>Änderung der KVV und der KLV</p> <p>Im spitalambulantem Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte benötigen keine Zulassung als Leistungserbringer, da die Spitäler zulasten der OKP abrechnen. Folglich können die Kantone die Zulassung in diesem Bereich nicht adäquat steuern. Es ist daher zu fordern, den Kantonen die für die adäquate Steuerung im spitalambulantem Bereich erforderlichen Kompetenzen zuzuweisen.</p> <p>Die Vereinheitlichung der Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer wird ausdrücklich begrüsst. Jedoch sollten ebenfalls Zahnarztpraxen, Psychologinnen und Psychologen sowie Podologinnen und Podologen und deren Praxen in den Katalog der Leistungserbringer aufgenommen werden. Überdies sollte für sämtliche Leistungserbringer – und nicht lediglich für Ärztinnen und Ärzte – ein Mindestniveau in Bezug auf Sprachkenntnisse sowie eine Verpflichtung zum Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) vorgesehen werden. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Erfüllung der Qualitätsanforderungen einerseits für sämtliche Kategorien von Leistungserbringern und andererseits auch für Leistungserbringer ohne angestelltes Fachpersonal möglich und zumutbar sein muss. Diesbezüglich bedarf es klarerweise noch zusätzlicher Präzisierungen und Differenzierungen im Verordnungstext.</p> <p>Im Einklang mit der GDK ist zu fordern, dass der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnungsänderung und der Übergangsbestimmungen so zu wählen ist, dass den Kantonen ausreichend Zeit für die Implementierung der Prozesse für das Zulassungsverfahren und das Aufsichtswesen zur Verfügung steht.</p> <p>Des Weiteren sind noch diverse Fragen in Bezug auf den Erlass von kantonalem Ausführungsrecht ungeklärt. Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung des Bundes sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzgebungen existieren diverse Bestimmungen betreffend Melderechte und -pflichten. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten sowie die Koordination zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden (vgl. etwa Art. 38 Abs. 2 und Art. 44 Bundesgesetz über die universitären Medizinalpersonen [MedBG; SR 811.11]). Andererseits betrifft dies die Pflicht der Gerichts- und Verwaltungsbehörden, den</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>kantonalen Aufsichtsbehörden unverzüglich jene Vorfälle zu melden, welche die Berufspflichten verletzen könnten (Art. 42 MedBG). Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Kantone betreffend die Verletzung von Vorschriften über die Zulassung von Leistungserbringern – wie im Zusammenhang mit Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen – kantonale Übertretungsstraftatbestände schaffen dürfen. Es ist davon auszugehen, dass dies zulässig ist, da das KVG lediglich Straftatbestände für Vergehen vorsieht (vgl. Art. 92 KVG).</p> <p>Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich</p> <p>Die Entwicklung des Regressionsmodells und der Koeffizienten durch den Bund wird grundsätzlich befürwortet. Jedoch ist anzuregen, das Berechnungsmodell noch in wesentlichen Teilen zu vereinfachen und dessen Vollzugstauglichkeit erheblich zu optimieren. Ebenso sollte im Verordnungsentwurf den Besonderheiten des spitalambulanten Bereichs noch verstärkt Rechnung getragen und diesbezüglich sichergestellt werden, dass den Kantonen die dafür erforderlichen Datengrundlagen zur Verfügung stehen. Überdies bleibt im Zusammenhang mit der interkantonalen Koordination bei der Festlegung von Höchstzahlen unklar, welche Tragweite die Pflicht zur Beurteilung des Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzials einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen effektiv aufweist.</p> <p>Registerverordnung Leistungserbringer OKP</p> <p>Nebst den Berufsregistern gemäss der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufegesetzgebung des Bundes sollte ebenfalls das Nationale Register der Gesundheitsberufe (NAREG) als Datenlieferant für Eintragungen von Logopädinnen und Logopäden, Podologinnen und Podologen sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitätern via Standardschnittstelle in den Verordnungsentwurf aufgenommen werden. Des Weiteren ist es vorzuziehen, wenn das Bundesamt für Gesundheit (BAG) – und nicht ein Dritter – das Leistungserbringerregister führt, da Ersteres im Bereich der Registerführung bereits über langjährige Erfahrung verfügt.</p>
--	--

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SO	30b	1	a	Es sollte «Betriebsvergleiche» und nicht «Vertriebsvergleiche» heissen (vgl. Art. 49 Abs. 8 KVG).	« <u>B</u> etriebsvergleiche»
SO	45 47 48 49		b b b b	In Spitälern üben leitende Gesundheitsfachpersonen ihre Tätigkeit nicht auf eigene Rechnung aus. Nach KVG zugelassener Leistungserbringer ist jeweils das Spital. Folglich können die betreffenden Gesundheitsfachpersonen mit Leitungsfunktion die Zulassungsvoraussetzungen per se nicht erfüllen. Zentral ist vielmehr, dass leitende Gesundheitsfachpersonen die	«..., unter der Leitung eines ... oder einer ..., welche die Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen.»

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	50a		b	Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen.	
SO	45		b	<p>Die Voraussetzung, dass eine Hebamme ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübt, fehlt. Bei den übrigen Gesundheitsfachpersonen wird diese Voraussetzung stets genannt.</p> <p>Zudem ist darauf hinzuweisen, dass in der gesamten Verordnung der Terminus «in eigener fachlicher Verantwortung» zu verwenden ist. Die Begrifflichkeit «selbstständig» ist veraltet und wurde in der Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberufesgesetzgebung bereits ersetzt.</p>	<p>«c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.</p> <p>d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58 g erfüllen.»</p>
SO	49		b	Konsequenterweise sollte bei Pflegefachpersonen ebenfalls eine zweijährige praktische Tätigkeit in einem Pflegeheim berücksichtigt werden.	<p>«3. in einem Spital, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen,</p> <p>3. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen, oder</p> <p>4. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen.»</p>
SO	58g			Die betreffende Regelung ist nicht auf in eigener fachlicher Verantwortung tätige Leistungserbringer, welche keine Angestellten beschäftigen, zugeschnitten. Es ist deshalb anzuregen, diesbezüglich eine differenziertere Vorschrift zu	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				erarbeiten.	
SO	58g		c	Für zahlreiche Leistungserbringer dürfte sich die Erarbeitung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem als unverhältnismässig erweisen. Fraglich ist zudem, ob überhaupt für alle Arten von Leistungserbringern ein valables Fehlermeldesystem existiert. Die betreffende Voraussetzung sollte deshalb erheblich relativiert oder allenfalls ganz gestrichen werden.	
SO	Übergangsbestimmung			Die Daten betreffend die vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringer sind direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringerregister zu migrieren.	

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	-

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SO	-	-	-	-	-

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	-

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SO	2	1		Die aktuellen Spitaldaten ermöglichen es zurzeit nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Ferner ist es wichtig, dass die belegärztlichen Tätigkeiten mitberücksichtigt werden. In der Anfangsphase sollte deshalb vorerst mittels nationalen Annahmen bzw. Näherungswerten gearbeitet werden.	
SO	5	1		Die relevanten, miteinzubeziehenden Indikatoren sind in das Modell miteinzubeziehen, wobei die Aufzählung der massgeblichen Indikatoren in der Verordnung nicht in abschliessender Weise zu erfolgen hat.	

Regierungsrat des Kantons Schwyz



6431 Schwyz, Postfach 1260

per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 19. Januar 2021

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 4. November 2020 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Kantonsregierungen die Unterlagen zur Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) betreffend Zulassung von Leistungserbringern zur Vernehmlassung bis 19. Februar 2021 unterbreitet.

Anbei erhalten Sie unsere detaillierte Stellungnahme, die sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) stützt, jedoch partiell Ergänzungen beinhaltet.

Insbesondere kann betont werden, dass – falls gemäss Entwurf die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten würde – viel zu wenig Zeit für die Kantone zur Verfügung stünde, um die benötigten verwaltungsinternen Prozesse für die anfallenden kantonalen Zulassungs- und Aufsichtsaufgaben aufzubauen und sicherzustellen. Dies vor allem auch durch die seit längerem stark gebundenen Ressourcen aufgrund der Covid-19-Pandemie.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und versichern Sie, Herr Bundesrat, unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates:



Petra Steimen-Rickenbacher
Landammann



Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber

Kopie z. K. an:

- die Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Schwyz / Departement des Innern

Abkürzung der Firma / Organisation : DISZ

Adresse : Kollegiumstrasse 28, 6430 Schwyz

Kontaktperson : Claudio Letta

Telefon : 041 819 16 07

E-Mail : claudio.letta@sz.ch

Datum : 20. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	_ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	_ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Weitere Vorschläge	_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	_____ 5

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
DISZ	<p><u>Regressionsmodell</u></p> <p>Der Kanton Schwyz bevorzugt ebenfalls Variante 1 des Regressionsmodells und begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass die Kantone zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen können. In wieweit diese Herausforderungen in seiner Komplexität gemeistert werden können, kann zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nur schwer beurteilt werden. Der Erfolg der Zulassungssteuerung wird somit massgeblich davon abhängen, ob den Kantonen die notwendigen Daten zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärzten in Weiterbildung) sowie der von ihnen erbrachten Leistungen in den Spitalambulatorien zur Verfügung stehen</p>
DISZ	<p><u>Eigenständigen Registers (LE-Registers)</u></p> <p>Das BAG ist aufgrund seiner Erfahrung mit der Führung der Medizinalberufe-, Psychologieberufe- und Gesundheitsberuferegister sowie aufgrund seiner Zuständigkeiten im Bereich der Krankenversicherung am besten geeignet das LE-Register zu führen.</p>
DISZ	<p>Unterstützend zu den Anmerkungen in der Stellungnahme der GDK kann betont werden, dass – falls gemäss Entwurf die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten würde – viel zu wenig Zeit für die Kantone zur Verfügung stünde, um die benötigten verwaltungsinternen Prozesse für die anfallenden kantonalen Zulassungs- und Aufsichtsaufgaben aufzubauen und sicherzustellen. Dies vor allem auch durch die seit längerem stark gebundenen Ressourcen aufgrund der Covid-19-Pandemie.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
DISZ				Zu den einzelnen Artikeln schliesst sich der Kanton Schwyz der Stellungnahme der GDK an.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches
Departement des Innern
Herr Alain Berset
Bundesrat
3003 Bern

Frauenfeld, 9. Februar 2021

86

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Vernehmlassung

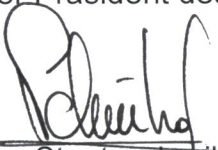

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, in genannter Angelegenheit Stellung zu nehmen. Wir begrüssen die geplanten Verordnungsänderungen. Betreffend der Registerverordnung Leistungserbringer der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sprechen wir uns für Variante 1 aus. Wir merken zudem explizit an, dass die Berechnung und Umsetzung der Höchstzahlen bei gleichzeitig grosser Unsicherheit bezüglich des prognostizierten effektiven Bedarfs für die Kantone aufwendig sind.

Unsere Detailbemerkungen entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Fragebogen.

Mit freundlichen Grüssen

Der Präsident des Regierungsrates


Der Staatsschreiber




Beilage:
Ausgefüllter Fragebogen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Thurgau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR TG

Adresse : Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Kontaktperson : Dr. Susanna Schuppisser, Amt für Gesundheit

Telefon : 058 345 68 45

E-Mail : susanna.schuppisser@tg.ch

Datum : 9. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	11
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	12
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	13
Weitere Vorschläge	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
TG	Im Bericht ist festgehalten, dass die Kantone nicht nur für die Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung oder zum Betrieb einer ambulanten Organisation zuständig sind, sondern ihnen explizit auch die Prüfung und Erteilung der Zulassung zur Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) obliegt. Zusammen mit der Erhebung zusätzlicher Daten bei den Leistungserbringern und deren Weiterleitung zur Registerführung sind erhebliche administrative Mehraufwendungen für die Kantone verbunden. Für die Zulassung und deren regelmässige Erneuerung müssen die Kantone Zugang zu den notwendigen Daten erhalten.
TG	Bei allen Artikeln betreffend die Zulassung der Leistungserbringer ist die Ausübung des Berufes von "selbständig" im Abgleich zu Medizinalberufegesetz (MedBG) und Gesundheitsberufegesetz (GesBG) in "eigener fachlicher Verantwortung" zu ändern.
TG	Bei allen Artikeln, die Organisationen als Leistungserbringer betreffen, mit Ausnahme der Krankenpflege, haben die angestellten Personen die gleichen Voraussetzungen wie die Einzelpersonen mit Zulassung zur OKP auszuweisen. Dies widerspricht der Logik der Leistungserbringung in einer Organisation. Zudem kann die Rechnung nicht zugleich als Organisation und als Einzelperson gestellt werden. Die angestellten Personen in den Organisationen üben ihren Beruf eben gerade nicht in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. Die Organisationen müssen die Möglichkeit haben, die Leistungen durch Personen mit Aus- oder Weiterbildungsabschluss unter Aufsicht und Verantwortung von Personen, welche die Zulassungsvoraussetzungen gemäss KVV in eigener fachlicher Verantwortung erfüllen, ausführen zu lassen (Diplom, aber noch nicht mind. zweijährige Berufserfahrung).

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
TG	30b KVV	1	b	<p>Die Kantone sind gemäss Bericht zuständig für die Prüfung und die Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zulasten der OKP. Die Bewilligungen und Zulassungen sind in der Regel 10 Jahre gültig und müssen überprüft werden. In der Konsequenz müssen die Kantone auch Zugang zu den notwendigen Daten für die Prüfung der Kriterien gemäss den Art. 38 ff. KVV erhalten, insbesondere betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit.</p> <p>Art. 30b ist zusätzlich zu den Daten für die Festlegung von Höchstzahlen gemäss Art. 55a KVG um Daten der ambulanten Leistungserbringer in Bezug auf die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen gemäss KVV Art. 38 bis 54 und Leistungsumfang gemäss KLV zu ergänzen.</p>	<p>Zu ergänzen:</p> <p>4. Die in Art. 30b genannten Daten soweit sie für die Erteilung der Zulassung ambulanter Leistungserbringer gemäss dieser Verordnung notwendig sind.</p>
TG	38 KVV	1	a + b + c	<p>Gemäss geänderter KVV sollen nur noch Ärzte und Ärztinnen mit einem Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG zugelassen werden. Der bisherige Art. 39 "Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise" wurde ersetzt durch "Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen". Das widerspricht Art. 36 Abs. 2 KVG, der auch die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis vorsieht.</p> <p>Mit dem Verweis auf die Bewilligung gemäss MedBG ist u.E. Art. 36 Abs. 1 und 2 KVG genüge getan.</p> <p>Dabei ist Art. 38 Abs. 1 Bst. a um den Verweis auf Art. 37 MedBG zu ergänzen, kantonale Bewilligung mit den Bewilligungsvoraussetzungen gemäss Art. 36 MedBG <u>und den</u></p>	<p>Art. 38 Abs. 1 Bst. a. ist zu ergänzen: Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Art. 36 und 37 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG).</p> <p>Art. 38 Abs. 1 Bst. b ist ersatzlos zu streichen Bst. c. wird zu b.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<u>Einschränkungen gemäss Art. 37 MedBG.</u> Die Bewilligung gemäss MedBG beinhaltet auch die Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel. Art. 38 Abs. 1 Bst. b ist in der Folge ersatzlos zu streichen, da er sich ausschliesslich auf Art. 36 Abs. 1 KVG bezieht und Personen gemäss Art. 36 Abs. 2 KVG von der Zulassung zur OKP ausschliessen würde.	
TG	39 KVV	1		Der Verweis auf Art. 37 Abs. 2 und 3 KVG ist falsch, er betrifft nicht Ärzte und Ärztinnen, sondern Apotheker und Apothekerinnen, er ist ersatzlos zu streichen. Da in Art. 38 Abs. 1 Bst. b. zu streichen ist, entfällt er auch hier.	Art. 39 Abs. 1: 1 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, werden zugelassen, wenn sie neben den Voraussetzungen nach Art. 37 Absätze 2 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie erbringen Leistungen durch Ärzte und Ärztinnen, welche die Voraussetzungen nach Art. 38 Absatz 1 Buchstaben a und b erfüllen.
TG	40 KVV	1	a	Bst. a ist um den Verweis auf Art. 37 MedBG zu ergänzen, kantonale Bewilligung mit den Bewilligungsvoraussetzungen gemäss Art. 36 MedBG <u>und den Einschränkungen gemäss Art. 37 MedBG</u> , welche auch die Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel beinhalten.	Art. 40 Abs. 1 Bst. a: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Art. 36 <u>und 37 MedBG</u> .
TG	42 KVV	1	a	Bst. a ist um den Verweis auf Art. 37 MedBG zu ergänzen, kantonale Bewilligung mit den Bewilligungsvoraussetzungen gemäss Art. 36 MedBG <u>und den Einschränkungen gemäss Art. 37 MedBG</u> , welche auch die Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel beinhalten.	Art. 42 Abs. 1 Bst. a: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Art. 36 <u>und 37 MedBG</u> .
TG	44 KVV	1	a	Bst. a ist um den Verweis auf Art. 37 MedBG zu ergänzen, kantonale Bewilligung mit den Bewilligungsvoraussetzungen gemäss Art. 36 MedBG <u>und den Einschränkungen gemäss</u>	Art. 44 Abs. 1 Bst. a: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Art. 36 <u>und 37 MedBG</u> .

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Art. 37 MedBG, die auch die Anerkennung ausländischer Weiterbildungstitel beinhalten.	
TG	44a KVV		c	Bst. c. im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da diese separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist.	Art. 44a Bst. c. c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 44 <u>ausgenommen Abs. 1 Bst. b</u> erfüllen.
TG	45a KVV		c	Bst. c. im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da diese separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist.	Art. 45a Bst. c. c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 45 <u>ausgenommen Bst. c</u> erfüllen.
TG	47 KVV		c	In Umsetzung des GesGB ist in Bst.c "selbständig" durch "in eigener fachlicher Verantwortung" zu ersetzen.	c. Sie üben ihren Beruf <u>selbständig in eigener fachlicher Verantwortung</u> und auf eigene Rechnung aus.
TG	48 KVV		c	In Umsetzung des GesGB ist in Bst.c "selbständig" durch "in eigener fachlicher Verantwortung" zu ersetzen.	c. Sie üben ihren Beruf <u>selbständig in eigener fachlicher Verantwortung</u> und auf eigene Rechnung aus.
TG	49 KVV		c	In Umsetzung des GesGB ist in Bst.c "selbständig" durch "in eigener fachlicher Verantwortung" zu ersetzen.	c. Sie üben ihren Beruf <u>selbständig in eigener fachlicher Verantwortung</u> und auf eigene Rechnung aus.
TG	50 KVV		c	In Umsetzung des GesGB ist in Bst.c "selbständig" durch "in eigener fachlicher Verantwortung" zu ersetzen.	c. Sie üben ihren Beruf <u>selbständig in eigener fachlicher Verantwortung</u> und auf eigene Rechnung aus.
TG	50a KVV		c	In Umsetzung des GesGB ist in Bst.c "selbständig" durch "in eigener fachlicher Verantwortung" zu ersetzen.	c. Sie üben ihren Beruf <u>selbständig in eigener fachlicher Verantwortung</u> und auf eigene Rechnung aus.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

TG	50b KVV		c	In Umsetzung des GesGB ist in Bst.c "selbständig" durch "in eigener fachlicher Verantwortung" zu ersetzen.	c. Sie üben ihren Beruf selbständig <u>in eigener fachlicher Verantwortung</u> und auf eigene Rechnung aus.
TG	51 KVV		c	Der erläuternde Bericht sollte wie folgt ergänzt werden: Zur Verfügbarkeit des Fachpersonals gemäss Art. 51 c KVV in den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gehört, dass sie die zeitliche Erreichbarkeit vor Ort innert nützlicher Frist von Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen mit einer kantonalen Bewilligung zur Berufsausübung nach Art. 36 und 37 MedBG sicherstellen, welche die Aufsicht und Anleitung der unter ihrer Aufsicht und Verantwortung tätigen Personen wahrnehmen.	
TG	52 KVV		c	Bst. c: im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da sie separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist. Zudem üben sie den Beruf nicht auf eigene Rechnung aus, sondern sind in der Organisation angestellt, die Organisation stellt Rechnung.	Art. 52 Bst. c c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 48 Abs. 1 <u>ausgenommen Bst. d und eigene Rechnungsstellung gemäss Bst. c</u> erfüllen.
TG	52a KVV		c	Bst. c: im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da sie separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist. Zudem üben sie den Beruf nicht auf eigene Rechnung aus, sondern sind in der Organisation angestellt, die Organisation stellt Rechnung.	Art. 52a Bst. c c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 47 <u>ausgenommen Bst. d und eigene Rechnungsstellung gemäss Bst. c</u> erfüllen.
TG	52b KVV		c	Bst. c: im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da sie separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist.	Art. 52b Bst. c c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50a

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Zudem üben sie den Beruf nicht auf eigene Rechnung aus, sondern sind in der Organisation angestellt, die Organisation stellt Rechnung.	<u>ausgenommen Bst. d und eigene Rechnungsstellung gemäss Bst. c</u> erfüllen.
TG	52c KVV		c	Bst. c: im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da sie separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist. Zudem üben sie den Beruf nicht auf eigene Rechnung aus, sondern sind in der Organisation angestellt, die Organisation stellt Rechnung.	Art. 52a Bst. c c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50 <u>ausgenommen Bst. d und eigene Rechnungsstellung gemäss Bst. c</u> erfüllen.
TG	52d KVV		c	Bst. c: im Verweis ist die Bedingung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g auszunehmen, da sie separat unter Bst. e für die ganze Organisation geregelt ist. Zudem üben sie den Beruf nicht auf eigene Rechnung aus, sondern sind in der Organisation angestellt, die Organisation stellt Rechnung.	Art. 52a Bst. c c. Sie erbringen die Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 50b <u>ausgenommen Bst. d und eigene Rechnungsstellung gemäss Bst. c</u> erfüllen.
TG	55 KVV			Die Kantone werden aufgrund der Einführung des formellen Zulassungsverfahrens für sämtliche Leistungserbringer im ambulanten Bereich auch die Abgabestellen für Mittel- und Gegenstände jeweils einzeln zuzulassen. Das ist mit einem noch nicht abschätzbaren administrativen Mehraufwand verbunden. Organisationen des Versandhandels haben u.E. nur eine Zulassung im Standortkanton des Unternehmens vorzuweisen, solange keine Zulassungsbeschränkungen in diesem Bereich des KVG vorgesehen sind.	
TG	58g KVV			Die Formulierungen sind wenig justiziabel. c. Der Begriff Sicherheitskultur ist nicht bestimmt. d. Die Leistungserbringer erbringen den Nachweis, dass sie in	d. Sie verfügen über die Ausstattung <u>und das erforderliche qualifizierte Personal</u> , um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				den Erhebungsinstrumenten der Qualitätsmessungen geschult sind.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
TG	<p>Bisher wurde das Register der zugelassenen Leistungserbringer durch die SASIS AG im Auftrag der Versicherer geführt. Die Kantone lieferten die minimalen Daten für die Registrierung an die SASIS AG. Das bisherige System ist zweckdienlich, effizient und kostengünstig, da die Leistungserbringer ein grosses Interesse an der Korrektheit ihrer Daten im Register haben. Das Register ist direkt mit ihrer Entschädigung durch die OKP verknüpft. Die Weiterführung dieser Aufgabe ist auch bei der Einführung einer formalrechtlichen Grundlage effizient und wirtschaftlich zu gewährleisten und idealerweise weiterhin bei der bestehenden Organisation anzugliedern, damit die Schnittstellen minimiert werden können.</p> <p>Das Register der Leistungserbringer fordert von den Kantonen – verbunden mit erheblichem administrativen Mehraufwand – die Erhebung, Prüfung und laufende Nachführung von deutlich mehr Informationen, als sie bisher bei der Gesuchseinreichung für die Bewilligung gemäss MedBG, GesGB erhoben und den Versicherern übermittelt wurden.</p>
TG	In der Folge sind zusätzlich zu den Registern für die Berufsausübung (MedReg, NAREG) auch die rechtlichen Grundlagen für das Register für die Zulassung zur OKP zu schaffen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
TG	8	1	d	Ziff. 2, 5 und 6. Die Kanton können eingeschränkte Zulassungen (u.a. gemäss MedBG Art. 37) erteilen. Der Zulassungsstatus "erteilt" oder "keine Zulassung" gemäss Ziff. 2 muss daher mit den Leistungen, für welche eine Zulassung erteilt wurde, verknüpft werden. Die Zulassung gilt nicht zwingend für das gesamte Leistungsspektrum der OKP. So kann eine Organisation der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause z.B. nur für die Grundpflege (und die entsprechenden Abklärungen dafür) zugelassen sein, nicht jedoch für die Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV. Weiter kann sie nur in einer Region zugelassen sein, da die personellen Voraussetzungen nicht für den ganzen Kanton gegeben sind. Analoges ist für weitere Leistungserbringer, insbesondere für Leistungseinschränkungen bei Spezialärztinnen und -ärzten aufgrund von kantonal-gesetzlichen Grundlagen möglich.	Ziff. 6 neu 6. Leistungseinschränkungen gemäss MedBG Art. 37, GesGB und kantonalrechtlichen Grundlagen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
TG	<p>Die Berechnungen erscheinen insgesamt sehr aufwendig und die Kriterien für die wesentliche Unterscheidung zwischen spitalambulant und niedergelassener Tätigkeit sind im Modell wenig geklärt, was die Gewichtung der Patientenströme nach Fachgebiet und Region erschwert. Es ist unklar, wie die Kantone die Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Behandlungen prognostizieren und berücksichtigen sollen.</p> <p>Derzeit hat der Kanton TG keine Auswertungen von Daten über die Arbeitspensen und zusätzlich bei spitalgebundenen Anstellungen keine Aufteilung zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit. Bis die spitalambulant BFS-Daten angemessen ergänzt, einheitlich, qualitativ und quantitativ in ausreichender interkantonal vergleichbarer Qualität vorliegen werden, werden noch jahrelang Erfahrungen gesammelt werden müssen. Zudem stehen diese Daten erst mit grosser Verzögerung bereit.</p>
	<p>In Bezug auf die konkreten Berechnungen soll aus unserer Sicht der erläuternde Bericht im folgenden Sinn ergänzt werden: Die Kantone können für die konkrete Umsetzung die Daten aus dem Register der Zulassung zur OKP benutzen, das in Bezug auf die medizinischen Fachgebiete wiederum auf der MedBV und MedReg beruht. Es enthält weitere für die Berechnung hilfreiche und notwendige Daten.</p>
	<p>Weiter soll in der Berücksichtigung der Patientenströme für die Berechnung der Höchstzahlen den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden, den wohnortnahen oder innerkantonalen Versorgungsgrad zulasten der wohnortfernen bzw. ausserkantonalen Inanspruchnahme erhöhen zu können.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
TG	2 + 3			Der erläuternde Text sollte im folgenden Sinn ergänzt werden: Die Kantone können für die konkrete Umsetzung die Daten aus dem Register der Zulassung zur OKP benutzen, das in Bezug auf die medizinischen Fachgebiete wiederum auf der MedBV und MedReg beruht. Es enthält weitere für die Berechnung hilfreiche und notwendige Daten.	
TG	5			Die Berechnungen durch die Kantone und insbesondere die Berücksichtigung der Patientenströme gemäss Art. 6 sind aufwendig und sollen den Kantonen erleichtert werden, indem das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) verpflichtet wird, seine Berechnungen je Kanton mit den Parametern allen Kantonen kostenlos zur Verfügung zu stellen.	Art. 5 Abs. 3 neu: 3 Das EDI stellt den Kantonen kostenlos die Grundlagen und Berechnungen je Kanton gemäss Abs. 1 zur Verfügung, insbesondere die Parameter zu den Patientenströmen.
TG	6			Den Kantonen soll die Berechnungen durch die Datenweiterleitung des EDI vereinfacht werden (vgl. Art. 5 Abs. 3 neu).	
TG	8	1 + 2		Der Gewichtungsfaktor, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten, soll differenziert je Fachbereich definiert werden können. Beispielsweise macht eine Konzentration an wenigen Standorten im Bereich der (interventionellen) Kardiologie vermutlich Sinn, während die Allgemeine Innere Medizin flächendeckend regional ausgeglichen erbracht werden soll. Weiter soll in der Berücksichtigung der Patientenströme für die Berechnung der Höchstzahlen den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden, den wohnortnahen bzw. innerkantonalen Versorgungsgrad zulasten der wohnortfernen bzw. ausserkantonalen Inanspruchnahme erhöhen zu können.	Art. 8 Abs. 1 Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor <u>je medizinisches Fachgebiet</u> vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, Indikatorensysteme oder Referenzwerte. Art. 8 Abs. 2 neu:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					2 Die Kantone können bei der Festlegung der Höchstzahlen eine Anhebung des wohnortnahen innerkantonalen Versorgungsgrades je nach Fachgebiet vorsehen.
TG	8	3		Die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen hängen nicht nur von den Patientenströmen, sondern insbesondere von der Altersstruktur und der soziodemografischen Struktur (Tätigkeit der Bevölkerung im Sekundär vs. Tertiärsektor) ab. Die Kantone sollen daher bei der Festlegung der Höchstzahlen die Altersstruktur und die soziodemografischen Strukturen gesondert je nach Fachgebiet berücksichtigen können.	Art. 8 Abs. 3 neu: 3 Die Kantone können bei der Festlegung der Höchstzahlen die Altersstruktur und die soziodemografischen Strukturen gesondert je nach Fachgebiet berücksichtigen.
TG	9		b + c	Die Begriffe des Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotentials sind nicht definiert. Es handelt sich u.E. bei ausserkantonalen ambulanten Behandlungen, ausgenommen Erstkonsultationen in Folge von Notfällen, ausschliesslich um Konsultationen und Behandlungen im Sinne der freien Arztwahl. Soweit die Konsultationen medizinisch notwendig sind, bezieht sich das Wirtschaftlichkeitspotential somit auf die Tarifstruktur und auf die teilweise signifikante Differenz der Höhe der Taxpunktwerte. Beide sind nicht Teil einer interkantonalen Koordination (sprich Bedarfsplanung), sondern müssen zwischen den Tarifpartnern und in der (n.b. seit 2004 in Aussicht gestellten) interkantonalen Konvergenz der Tarife unter der Federführung des EDI erfolgen. In der Folge ist Art. 9 Bst. b der interkantonalen Koordination ersatzlos zu streichen.	Art. 9 b. ist ersatzlos zu streichen. c. wird zu b.
TG	10	1		Die Festlegung von Höchstzahlen soll sowohl gestützt auf den regionalen Versorgungsgrad als auch in Bezug auf die Gewichtungsfaktoren je medizinisches Fachgebiet erfolgen.	Art. 10 Abs. 1 1 Höchstzahlen nach Art. 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Art. 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Art. 8

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					bestimmten Gewichtungsfaktoren <u>je medizinisches Fachgebiet</u> festgelegt.
TG	11			Die (erstmalige) Festlegung von Höchstzahlen wird einen hohen Ressourceneinsatz bei den Kantonen erfordern. Anhand der BFS-Daten 2021, verfügbar ab November 2022, auszuwerten im Verlauf von 2023, wird deutlich, dass mit den notwendigen Vernehmlassungen frühestens für 2025 eine Festlegung der Höchstzahlen erfolgen kann. Die Übergangsfrist bis 30. Juni 2025 erscheint knapp bemessen.	Die Kantone können bis zum 30. Juni 2026 bestimmen, dass das nach Art. 2 ermittelte Angebot an verfügbaren Ärzten und Ärztinnen je medizinisches Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

662

cl

0

10 febbraio 2021

Repubblica e Cantone Ticino
Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 43 20
fax +41 91 814 44 35
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Dipartimento federale dell'interno
Ufficio federale della sanità pubblica
3003 Berna

Invio per posta elettronica in formato word
tarife-grundlagen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Attuazione del nuovo regime sull'autorizzazione dei fornitori di prestazioni: modifica dell'OAMal e dell'OPre e adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi - procedura di consultazione

Stimato Consigliere federale,
Signore e Signori,

con scritto 4 novembre u.s. ci avete sottoposto per avviso il progetto di modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) e dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre), nonché il progetto di adozione dell'ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale e dell'ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

Nel ringraziarvi per averci interpellato, vi trasmettiamo di seguito le nostre osservazioni.

Il tema in questione è di rilevanza strategica per il Ticino quale Cantone di frontiera, nell'ambito del contenimento della crescita dei costi dell'assicurazione malattie. Ricordiamo che durante l'intervallo della revoca della moratoria, fra gennaio 2012 e giugno 2013, si era constatato un aumento della densità di medici autorizzati ad esercitare a carico della LAMal di oltre il 25%, soprattutto a seguito dell'afflusso di medici stranieri. Questo fenomeno è stato determinato non soltanto da un reale bisogno di cure della popolazione, ma anche dall'attrattività del sistema sanitario svizzero a livello retributivo.

La revisione della LAMal adottata il 19 giugno 2020 ha posto le basi per un sistema finalmente duraturo di gestione dell'ammissione di nuovi medici, oltre che di regolamentazione più formale per il riconoscimento di tutti gli operatori sanitari autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie. In tal senso il nuovo art. 55a LAMal concederà ai Cantoni la possibilità di limitare, in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni, il numero di medici che forniscono prestazioni ambulatoriali a carico dell'AOMS. Allo scopo di evitare delle eccedenze nell'offerta e contenere l'aumento dei costi, è necessario che i Cantoni dispongano di strumenti adeguati ed efficaci per fare in modo che il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS venga ragionevolmente limitato. La revisione della

legge attribuisce anche ai Cantoni la competenza di vigilare sulla procedura di autorizzazione formale di tutti i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale a carico dell'AOMS.

Con le ordinanze ora in consultazione viene proposto il diritto esecutivo per l'attuazione della citata revisione legislativa. Condividiamo sostanzialmente gli obiettivi del nuovo disciplinamento, in particolare, tenuto conto della realtà geografica della nostra regione, i requisiti, seppur piuttosto rigorosi, prefissati dalla soluzione "post moratoria" e le condizioni per il riconoscimento degli operatori sanitari, volte a garantire prestazioni adeguate e di qualità.

L'attuazione di questa modifica della LAMal comporterà per i servizi amministrativi cantonali oneri e necessità di risorse supplementari non irrilevanti poiché introduce nuove procedure di autorizzazione, nuove verifiche sul fabbisogno per quanto concerne i medici e un nuovo registro da tenere a giorno. Chiediamo pertanto di effettuare una valutazione circa le conseguenze finanziarie per i Cantoni del progetto in questione, nonché di prevedere la possibilità di introdurre delle tasse per ammortizzare i costi.

Qui di seguito passiamo in rassegna, a titolo riassuntivo, i punti principali del nuovo disciplinamento. Alleghiamo inoltre alla presente missiva il formulario di risposta, che completa la nostra presa di posizione e solleva alcune criticità che non vengono messe in rilievo nei paragrafi a seguire.

Modifica dell'OAMal e dell'OPre

Per quanto concerne la modifica dell'OAMal siamo anzitutto favorevoli al "parallelismo", in due leggi distinte, tra la procedura di autorizzazione al libero esercizio della professione (LPMed) e la procedura di autorizzazione dei fornitori di prestazioni che desiderano fatturare a carico dell'AOMS (LAMal). Ciò permette di mantenere una stretta separazione tra il contesto della polizia sanitaria e quello del finanziamento delle prestazioni, ma le due procedure possono coesistere e le eventuali sanzioni che ne derivano possono essere cumulate.

In linea di principio troviamo inoltre pertinente l'aggiunta come requisito per tutti i fornitori di prestazioni della dimostrazione di possedere le competenze linguistiche necessarie e dell'obbligo di affiliazione ad una comunità di riferimento per la cartella informatizzata del paziente. Ciò si rende essenziale per uniformità, parità di trattamento e per garantire maggiormente la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e la collaborazione interprofessionale in tutti i settori coinvolti.

Per quanto concerne i requisiti di qualità, riteniamo giudizioso che gli stessi debbano essere adempiuti da tutti i nuovi fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale, per uniformità. Tuttavia, allo stesso modo di quanto rilevato dalla Conferenza delle direttrici e direttori cantonali della sanità (CDS), troviamo l'applicazione pratica dell'art. 58g OAMal problematica, poiché ad oggi non tutte le categorie professionali coinvolte sono in grado di adempiere a tutti i presupposti prescritti da tale normativa. In tal senso chiediamo una maggior precisazione dei requisiti di qualità, a seconda della categoria professionale implicata.

Ci permettiamo infine di rilevare la criticità in merito all'entrata in vigore dell'OAMal e dell'OPre, prevista per il 1° gennaio 2022. Per i Cantoni si tratta di un lasso di tempo troppo breve per adottare una nuova prassi che permetta di rilasciare e controllare le nuove autorizzazioni dei fornitori di prestazioni ad esercitare a carico della AOMS. Il tempo a disposizione è pure piuttosto limitato per valutare con piena cognizione l'impatto finanziario e amministrativo che verrà generato dalla modifica legislativa nonché per consentire ai Cantoni di ricevere informazioni precise circa i dati dei fornitori di prestazioni che sono autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS sul proprio territorio. Chiediamo quindi di tenere in considerazione dei tempi più lunghi per l'entrata in vigore.

Per quanto concerne invece il progetto posto in consultazione relativa all'OPre non si hanno considerazioni da formulare al riguardo.

Ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale

Il progetto di ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale è l'adeguamento più significativo e concretizza il nuovo art. 55a LAMal. L'ordinanza prevede sostanzialmente l'utilizzo di un modello di regressione per definire i limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale. Su tale base la Confederazione è quindi chiamata a determinare un coefficiente per ogni campo di specializzazione. I Cantoni poi utilizzano questo modello di regressione nazionale, così come i coefficienti per ogni ambito di specializzazione medica, al fine di calcolare il bisogno regionale in cure, il tasso di approvvigionamento regionale e i numeri massimi per i medici di una determinata specializzazione medica.

In tal senso accogliamo favorevolmente il fatto che questi criteri (modello di regressione e coefficienti) vengano esposti a livello nazionale, lasciando comunque spazio ai Cantoni di adeguarsi in base alle proprie specificità regionali (caratteristiche della popolazione, flusso dei pazienti, volume delle prestazioni ecc.) per calcolare i limiti massimi del numero di medici nel settore ambulatoriale. Questo sistema permette infatti di trattare in maniera uniforme tutti i Cantoni, senza che vengano applicate soluzioni differenziate e poco compatibili tra essi. È comunque fondamentale che venga concesso un certo margine di manovra ai Cantoni per poter attuare la nuova legislazione in base alle peculiarità geografiche del proprio Cantone. Per un Cantone di frontiera come il Ticino la soluzione che viene proposta al regime post-moratoria è senza dubbio necessaria.

Per eseguire quanto prefissato dall'ordinanza è necessario che i Cantoni dispongano di dati statistici di buona qualità, in modo tale da poter pilotare più efficacemente l'ammissione dei fornitori di prestazioni. Ci associamo pertanto al suggerimento presentato dalla CDS, che chiede di aumentare la ricezione delle nuove statistiche federali nel settore ambulatoriale degli studi medici, rispettivamente chiede di precisare maggiormente quali dati l'Ufficio federale di statistica debba raccogliere affinché il progetto possa essere attuato, come necessario, anche per il settore delle cure ospedaliere ambulatoriali.

Il modello previsto nell'ordinanza non è di facile comprensione. Ciò comporterà del tempo per metterlo in atto e per constatarne la sua reale efficacia. In tal senso riteniamo inevitabile il termine transitorio di quattro anni, fino al 30 giugno 2025, concesso ai Cantoni per definire i limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale. Come previsto, fino a quel momento resterà comunque in vigore il regime attuale.

Ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni AOMS

In relazione all'ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni, sono state proposte in consultazioni due varianti: tenuta del registro da parte di terzi (variante 1) e tenuta del registro da parte dell'UFSP (variante 2). Tra queste riteniamo sia più coerente e adeguato attribuire la tenuta del nuovo registro all'UFSP, in quanto già si occupa direttamente della gestione di altri registri pubblici già esistenti (si pensi ad esempio a MedReg, NaReg) e ritenuto che il nuovo registro servirà anche per compiti di vigilanza.

Ringraziandovi per la preziosa opportunità accordata di esprimerci in materia, vogliate gradire, Signor Consigliere federale, gentili Signore ed egregi Signori, l'espressione della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:

Norman Gobbi



Il Cancelliere:

Arnaldo Coduri



Allegato:

- Formulário compilato.

Copia per conoscenza:

- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch);
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch);
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch);
- Pubblicazione in internet.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Parere di

Cognome / Ditta / Organizzazione : Repubblica e Cantone Ticino, Consiglio di Stato

Sigla della ditta / dell'organizzazione : TI

Indirizzo : Piazza Governo 6, 6501 Bellinzona

Persona di contatto : A. Cerutti-Marchesi / S. Zanolì, Ufficio di sanità

N° di telefono : 091 814 30 45

E-mail : dss-us@ti.ch

Data : 10.02.2021

Osservazioni importanti:

1. Non modificare la formattazione del formulario, ma compilare soltanto gli appositi campi in grigio.
2. Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.
3. Utilizzare una sola riga per ogni articolo, capoverso, lettera o capitolo del rapporto esplicativo.
4. I pareri devono essere inviati in forma elettronica, **come documento Word**, al più tardi entro il **19.02.2021** ai seguenti indirizzi:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. La colonna «Cognome / Ditta» non deve essere compilata.

Grazie per la cortese collaborazione!

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Indice analitico

Osservazioni generali relative al progetto di revisione dell'OAMal e dell'OPre e al rapporto esplicativo

Osservazioni sui singoli articoli del progetto di revisione dell'OAMal e dell'OPre e spiegazioni relative ad esse

Osservazioni generali relative all'ordinanza sul registro e al rapporto esplicativo

Osservazioni sui singoli articoli del progetto di ordinanza sul registro e spiegazioni relative ad esse

Osservazioni generali relative all'ordinanza sui numeri massimi e al rapporto esplicativo

Osservazioni sui singoli articoli del progetto di ordinanza sui numeri massimi e spiegazioni relative ad esse

Ulteriori proposte

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Osservazioni generali relative al progetto di revisione dell'OAMal e dell'OPre e al rapporto esplicativo

Cognome/ditta	Commento/suggerimento
TI	<p>La revisione dell'OAMal posta in consultazione concerne la procedura di autorizzazione formale per poter fatturare le proprie prestazioni a carico dell'AOMS e conferisce ai Cantoni la competenza di deliberare e vigilare sulle domande di autorizzazione dei nuovi fornitori di prestazioni. I Cantoni quindi dovranno in futuro trattare formalmente le domande di autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS presentate dai fornitori di prestazioni, verificando che soddisfino le condizioni di autorizzazione definite dal Consiglio federale. L'attuazione di una procedura di autorizzazione di questo tipo garantisce lo stesso trattamento di tutti i fornitori di prestazioni che vogliono richiedere l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS.</p> <p>Le nuove condizioni prefissate nell'OAMal permettono di garantire che le prestazioni siano adeguate e di qualità. In questo contesto accogliamo pertanto favorevolmente gli adeguamenti di legge proposti dal progetto in questione.</p> <p>Alfine di attuare il nuovo disciplinamento, è poi importante che vengano effettuate delle valutazioni circa le conseguenze finanziarie del progetto in questione. In tal senso sarebbe opportuno prevedere la possibilità di introdurre delle tasse per ammortizzare i costi (ad esempio facendo pagare delle tasse agli istanti che desiderano poter fatturare le loro prestazioni a carico dell'AOMS), come auspicato anche dalla CDS. L'attuazione della nuova LAMal comporterà infatti per i servizi amministrativi cantonali determinati oneri e necessità di risorse supplementari non irrilevanti. Si chiede pertanto alla Confederazione di valutare e quantificare i maggiori oneri.</p> <p>Per quanto concerne invece il progetto posto in consultazione relativo all'OPre non si hanno considerazioni da formulare al riguardo.</p> <p>Ci associamo alla perplessità riscontrata dalla CDS in merito all'entrata in vigore dell'OAMal e dell'OPre, prevista per il 01.01.2022. Per tutti i Cantoni si tratta di un lasso di tempo troppo breve per adeguare una nuova prassi che permetta di controllare le nuove autorizzazioni dei fornitori di prestazioni ad esercitare a carico della LAMal. Tenuto conto inoltre del grosso carico di lavoro che sta generando la pandemia da COVID-19, il tempo a disposizione per studiare con piena cognizione l'impatto finanziario e amministrativo che verrà generato dalla modifica legislativa è piuttosto limitato. Chiediamo pertanto di prorogare la data di entrata in vigore delle ordinanze.</p>

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Osservazioni sui singoli articoli del progetto di revisione dell'OAMal e dell'OPre e spiegazioni relative ad esse					
Cognome/ditta	art.	cpv.	lett.	Commento/suggerimento	Proposta di modifica (testo proposto)
TI	30b	1	b	A nostro avviso il commento che accompagna la norma nel rapporto esplicativo non è completo. Resta da chiarire tra l'UFSP e l'UFS, con l'ausilio dei Cantoni, che cosa può essere coperto dalle rilevazioni dell'UFS, o se vi sarà la necessità di raccogliere dei dati supplementari.	
TI	38 (osservazione generale)			Innanzitutto prendiamo atto che l'OAMal prevede delle condizioni aggiuntive a quelle previste dalla LAMal (art. 37 cpv. 1 e 3 LAMal), elencate all'art. 38 cpv. 1 OAMal. Il rinvio dell'art. 38 OAMal all'art. 37 cpv. 1 e 3 LAMal permette di garantire maggiormente la qualità delle prestazioni, che è uno dei pilastri principali della presente revisione. L'articolo della LAMal permette di fissare per la sola categoria dei medici un livello minimo concernente le conoscenze linguistiche (sul presupposto circa le conoscenze linguistiche, si vedano le osservazioni all'art. 38 cpv. 3 OAMal), così come prevedere l'affiliazione obbligatoria a un dossier elettronico del paziente.	
TI	38	1		Per quanto concerne il presupposto circa l'affiliazione ad una comunità che gestisce un sistema di dossier elettronico del paziente, è a nostro avviso opportuno che, per uniformità e parità di trattamento, questa condizione possa venire estesa anche agli altri fornitori di prestazioni, e non solamente alla categoria dei medici. Ciò permetterebbe infatti di garantire più qualità alle cure in ogni settore sanitario implicato. Chiediamo pertanto al Consiglio federale di tenere in considerazione questo aspetto.	

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

TI	38	1	a	<p>Il disegno dell'OAMal è fortemente focalizzato sul settore ambulatoriale negli studi medici. I medici che forniscono prestazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali invece non sono compresi, in quanto non devono chiedere un'autorizzazione ad esercitare a carico dell'AOMS. Per evitare distorsioni della concorrenza, oltre che una perdita di efficacia del nuovo regime, ci associamo alla richiesta della CDS volta a domandare che i Cantoni possano pilotare quantitativamente anche i medici che esercitano nel settore ambulatoriale degli ospedali.</p>	
TI	38	3		<p>Mediante la revisione in oggetto, le conoscenze linguistiche saranno necessarie anche per ottenere l'autorizzazione ai sensi della LAMal. La regolamentazione linguistica approvata dal Parlamento prevede quindi che i medici debbano attestare le loro conoscenze linguistiche (che, stando alla norma, corrisponde al livello C1 del quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue) e che tale attestazione possa non sussistere solo in casi eccezionali.</p> <p>Questa nuova condizione va ad aggiungersi a quella di "<i>conoscenze linguistiche necessarie</i>" dell'art. 36 cpv. 1 lett. c. LPMed, requisito indispensabile per l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio della professione sul territorio svizzero.</p> <p>Anche se i requisiti delle conoscenze linguistiche sono codificati separatamente in due leggi distinte e che perseguono due scopi differenti, a nostro avviso i presupposti di queste due legislazioni potrebbero entrare in conflitto tra loro e dar adito a qualche incomprensione. Sono previsti infatti requisiti linguistici diversi (livello B2 nella LPMed, livello C1 nella LAMal), sebbene in realtà l'obiettivo resti sempre lo stesso, e cioè che i medici che esercitano in Svizzera dispongano delle conoscenze linguistiche necessarie al fine di fornire prestazioni mediche di alto livello qualitativo. Chiediamo pertanto di considerare un</p>	

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

				<p>allineamento dei requisiti delle conoscenze linguistiche nelle due leggi federali.</p> <p>D'altra parte ci si chiede però se avere degli standard linguistici in due leggi distinte non sia ridondante. In tal senso potrebbe essere una soluzione fare in modo che i requisiti delle conoscenze linguistiche vengano codificati unicamente in una delle due leggi. Ciò garantirebbe maggior coerenza.</p> <p>Allo stesso modo di quanto indicato per il dossier elettronico del paziente, chiediamo inoltre che, per uniformità, il livello minimo richiesto per le conoscenze linguistiche debba venire esteso anche agli altri fornitori di prestazioni, e non solamente ai medici.</p>	
TI	39			<p>Accogliamo positivamente l'aggiunta di un'esplicita base legale nell'ordinanza volta ad autorizzare gli istituti che offrono cure ambulatoriali effettuate da medici a fatturare a carico dell'AOMS. Questo permette ai medici che non desiderano mantenere lo statuto di indipendente di fatturare a nome della struttura in cui esercitano.</p>	
TI	42		b	<p>Accogliamo favorevolmente l'aggiunta dell'attestazione di una formazione pratica di tre anni presso un gabinetto dentistico o un istituto dentistico.</p> <p>Inoltre riteniamo pertinente la richiesta di specificare che il gabinetto dentistico o l'istituto dentistico debba essere situato in Svizzera, in analogia con l'art. 37 cpv. 1 LAMal. Ciò si rende necessario per evitare possibili incomprensioni a livello interpretativo della norma.</p>	
TI	44a, 52d			<p>Ci associamo alla perplessità riscontrata dalla CDS in merito alla frase indicata nel rapporto esplicativo, secondo cui: <i>“La formulazione adottata permette di evitare un aumento quantitativo delle prestazioni e di assicurare la qualità”</i>. Chiediamo di specificare maggiormente nel commento agli articoli in che misura la formulazione adottata eviterebbe un</p>	

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

			aumento delle prestazioni.	
TI	45		<p>Per uniformità alle altre categorie professionali toccate dalla modifica legislativa, si propone di aggiungere la dicitura secondo cui le levatrici devono esercitare la professione a titolo indipendente e per conto proprio. Come però si dirà anche in seguito (si veda il commento agli articoli che seguono), a nostro avviso l'espressione "<i>esercitare a titolo indipendente e per conto proprio</i>" dovrebbe essere adattata, per coerenza, alla formulazione già espressa nelle altre leggi federali (LPMed, la LPSan e la LPPsi) con "<i>praticare sotto la propria responsabilità professionale</i>".</p>	<p>c. praticare sotto la propria responsabilità professionale;</p> <p>d. dimostrare che soddisfino i requisiti di qualità definiti all'art. 58g.</p>
TI	45, 47, 48, 49, 50a		<p>Accogliamo favorevolmente la proposta di strutturare le categorie elencate a margine e uniformizzarle secondo le quattro condizioni principali: autorizzazione cantonale di esercizio della professione, esercizio di due anni dell'attività pratica nel proprio settore, esercitare la professione a titolo indipendente e per conto proprio e dimostrare di adempiere ai requisiti di qualità di cui all'art. 58g OAMal.</p> <p>In relazione all'esercizio di due anni di attività ci si chiede se a livello pratico ciò è fattibile, in quanto occorrerà anche predisporre di sufficiente personale in grado di formare coloro che intenderanno far parte dei fornitori di prestazioni autorizzati a fatturare a carico dell'AOMS.</p> <p>Condividiamo inoltre la correzione proposta dalla CDS, secondo la quale al posto di indicare "<i>sotto la direzione di una persona che soddisfa le condizioni di autorizzazione stabilite nella presenta ordinanza</i>" sarebbe più opportuno scrivere "<i>sotto la direzione di una persona che è stata abilitata ad esercitare sotto la propria responsabilità professionale</i>".</p> <p>Oltre a ciò, anche l'espressione "<i>esercitare a titolo indipendente e per conto proprio</i>" di cui alle rispettive lettere c. (ad eccezione delle levatrici: si veda il commento all'art. 45 OAMal) dovrebbe essere adattato, per coerenza, alla</p>	<p>c. praticare sotto la propria responsabilità professionale.</p>

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

				formulazione espressa nelle altre leggi federali (LPMed, la LPSan e la LPPsi) con <i>“praticare sotto la propria responsabilità professionale”</i> .	
TI	49	1	b	Chiediamo di aggiungere all'elenco, come cifra 4, anche le strutture socio-sanitarie.	4. presso una struttura socio-sanitaria.
TI	50			Rileviamo un errore di battitura. Infatti sono indicati due volte le lettere “b.”.	
TI	50b		a	I neuropsicologi vengono autorizzati in Ticino come psicologi. La loro autorizzazione viene rilasciata sulla base della Legge sanitaria ticinese, e non sulla base della LPPsi. Si propone quindi di precisare il presupposto della lettera a. nel seguente modo: <i>“[...] sono autorizzati in virtù della legislazione del Cantone nel quale esercitano la loro attività”</i> .	[...] sono autorizzati in virtù della legislazione del Cantone nel quale esercitano la loro attività.
TI	45a, 51, 52, 52a, 52b, 52c, 52d, 54, 55, 55a, 56, 57			Prendiamo atto che tutte le categorie a margine sottostanno al requisito principale della qualità di cui all'art. 58g OAMal, ad eccezione dell'art. 55a OAMal (case per partorienti). Per uniformità, si propone di aggiungere le esigenze di qualità anche all'art. 55a OAMal, in modo tale da rendere i requisiti di cui all'art. 55g OAMal univoci a tutte le categorie coinvolte, senza alcuna disparità di trattamento.	Le case per partorienti sono autorizzate se adempiono le seguenti condizioni: e. dimostrare che soddisfano i requisiti di qualità definiti all'art. 58g.
TI	57	1	a	L'indicazione <i>“essere autorizzati ai sensi del diritto cantonale”</i> è ridondante, in quanto è già esplicitato all'art. 40 cpv. 1 LAMal (<i>“sono autorizzati gli stabilimenti di cura balneare riconosciuti dal Dipartimento”</i>).	
TI	58g (osservazione generale)			Nel presente progetto di modifica viene aggiunta una Sezione 12 relativa ai requisiti di qualità che i fornitori di prestazioni devono soddisfare per poter essere autorizzati a fatturare a carico dell'AOMS. Questi requisiti costituiscono la base richiesta per lo sviluppo della qualità. In tal senso, a titolo di osservazione generale, accogliamo favorevolmente il fatto che le esigenze in materia di qualità debbano essere	

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

				<p>adempite da tutti i nuovi fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale.</p> <p>Oltre a ciò, notiamo come i requisiti di qualità formulate dall'art. 58g OAMal siano stati pensati piuttosto per le organizzazioni e le aziende. Non lo è – o lo è in minor misura – per i fornitori di prestazioni indipendenti, che non occupano dipendenti. Proponiamo pertanto di lasciar spazio anche a questa categoria di fornitori di prestazioni in un articolo separato.</p>	
TI	58g		a	<p>Il fatto di predisporre del necessario personale qualificato è verificabile nell'ambito delle richieste di autorizzazione al libero esercizio, dove l'Ufficio preposto effettua già un'analisi circa il curriculum presentato dall'istante (formazione di base, perfezionamento ecc.). In tal senso quest'esigenza è verificabile mediante la procedura di "polizia sanitaria" esercitata dall'autorità preposta e non dovrebbe destare particolari problemi d'applicazione.</p>	
TI	58g		c	<p>La norma chiede ai fornitori di prestazioni di introdurre un adeguato sistema di report interni e di miglioramento delle conoscenze, nonché di aderire a una rete di dichiarazione di eventi indesiderabili, errori e rischi (concetto di "cultura della sicurezza"). L'utilizzo generalizzato (cioè applicato a tutti i fornitori di prestazioni alla stessa maniera) di una rete di dichiarazione di eventi indesiderabili, errori e rischi è ben accetta. Ciononostante, non tutti i fornitori di prestazioni ad oggi dispongono di un sistema appropriato che permetta di aderire a tale rete. Chiediamo pertanto di tenere debitamente in considerazione questo aspetto e di apportare degli eventuali correttivi alla norma.</p>	
TI	Disposizioni transitorie			<p>A nostro avviso sarebbe più pratico se i dati relativi ai fornitori di prestazioni autorizzati prima dell'entrata in vigore della modifica della LAMal vengano "migrati" nel nuovo registro dei fornitori dei prestazioni direttamente dal Registro dei codici creditori RCC. Ciò permetterebbe infatti di snellire</p>	

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

				<p>maggiormente le procedure e non sovraccaricare i Cantoni.</p> <p>Oltre a ciò, si ribadisce l'inadeguatezza del termine di 6 mesi previsto dalla norma transitoria (a tal proposito si rinvia al commento generale in merito all'entrata in vigore dell'ordinanza).</p>	
--	--	--	--	---	--

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Osservazioni generali relative all'ordinanza sul registro e al rapporto esplicativo

Cognome/ditta	Commento/suggerimento
TI	In merito all'ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni – a titolo di osservazione generale – condividiamo la proposta di attribuire la tenuta del nuovo registro all'UFSP. Questo in particolare per il fatto che l'UFSP vanta già di una solida esperienza nel settore dell'assicurazione malattie, così come nella gestione di altri registri pubblici già esistenti. In tal senso, propendiamo pertanto per la "Variante 2" posta in consultazione. Per il resto non si hanno osservazioni aggiuntive di rilievo al riguardo. Auspichiamo che questo nuovo registro venga impostato con modalità analoghe rispetto agli altri registri tuttora esistenti (struttura del registro, layout di pagina, motore di ricerca ecc.).

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Osservazioni sui singoli articoli del progetto di ordinanza sul registro e spiegazioni relative ad esse					
Cognome/ditta	art.	cpv.	lett.	Commento/suggerimento	Proposta di modifica (testo proposto)
TI	Da inserire dopo l'art. 6			Chiediamo di valutare l'aggiunta di un nuovo articolo " <i>Fornitura e iscrizione di dati dal registro delle professioni sanitarie NAREG</i> ". Ciò si rende necessario per completezza e per garantire la registrazione di dati anche per alcune professioni sanitarie non contemplate all'art. 2 LPSan (come i logopedisti, i podologi e i soccorritori).	Fornitura e iscrizione di dati dal registro delle professioni sanitarie NAREG. Capoversi 1 e 2 analoghi agli artt. 4-6.
TI	8	1	a	In linea con quanto propone la CDS, troviamo pertinente la richiesta di aggiungere nell'ordinanza l'obbligo di dichiarare al Cantone le modifiche dei loro dati di base. Ciò permetterebbe infatti di monitorare maggiormente i cambiamenti d'indirizzo del luogo di professione degli operatori sanitari.	

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Osservazioni generali relative all'ordinanza sui numeri massimi e al rapporto esplicativo

Cognome/ditta	Commento/suggerimento
TI	<p>Il nuovo art. 55a cpv. 1 LAMal concede ai Cantoni la possibilità di limitare in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni il numero di medici che forniscono prestazioni ambulatoriali a carico dell'AOMS. A questa limitazione sono soggetti anche i medici che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale o presso un istituto di cure ambulatoriali.</p> <p>Il progetto di ordinanza in consultazione prevede l'adozione di un modello di regressione per definire i limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale. Su tale base la Confederazione è quindi chiamata a determinare un coefficiente per ogni campo di specializzazione. I Cantoni poi utilizzano questo modello di regressione nazionale, così come i coefficienti per ogni ambito di specializzazione medica, al fine di calcolare il bisogno regionale in cure, il tasso di approvvigionamento regionale e i numeri massimi di medici di una determinata specializzazione medica. Sono altrettanto tenuti in considerazione le caratteristiche della popolazione, dei flussi dei pazienti e del volume di prestazioni conforme al bisogno per campo di specializzazione medica e per regione.</p> <p>In tal senso accogliamo favorevolmente il fatto che questi criteri (modello di regressione e coefficienti) vengano esposti a livello nazionale, lasciando comunque un margine di manovra ai Cantoni di adeguarsi in base alle proprie peculiarità geografiche. Questo sistema permetterà di trattare in maniera uniforme tutti i Cantoni, senza che vengano applicate soluzioni differenziate e poco praticabili. Per un Cantone di frontiera come il Ticino la soluzione che viene proposta al regime post-moratoria è senza dubbio adeguata.</p> <p>Per eseguire quanto prefissato dall'ordinanza è poi necessario che i Cantoni dispongano di dati statistici di buona qualità, in modo tale da poter pilotare più efficacemente l'ammissione dei fornitori di prestazioni. Condividiamo pertanto il suggerimento della CDS, che chiede di aumentare la ricezione delle statistiche MARS nel settore ambulatoriale negli studi medici, rispettivamente chiede di precisare maggiormente quali dati l'Ufficio federale di statistica debba raccogliere affinché il progetto possa essere attuato anche per il settore delle cure ospedaliere ambulatoriali.</p>

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Osservazioni sui singoli articoli del progetto di ordinanza sui numeri massimi e spiegazioni relative ad esse					
Cognome/ditta	art.	cpv.	lett.	Commento/suggerimento	Proposta di modifica (testo proposto)
TI	1	1		Per precisazione, si propone di specificare anche il capoverso corrispondente dell'art. 55a LAMal.	La definizione dei numeri massimi secondo l'articolo 55a cpv. 1 LAMal si basa sul calcolo di un tasso di approvvigionamento regionale
TI	2			Riteniamo complicato e fuorviante ripartire le prestazioni e il tempo di lavoro offerto dai medici nel settore ospedaliero stazionario e in quello ambulatoriale in ospedale. Chiediamo pertanto di tener presente questo aspetto per poter definire maggiormente i dati concernenti il settore ambulatoriale ospedaliero.	
TI	5	1		Chiediamo di esporre una lista, non esaustiva, di indicatori (fattori esplicativi) che sono parte integrante del "modello di regressione". Non trattandosi in effetti di un metodo di analisi di facile comprensione, una lista esemplificativa aiuterebbe maggiormente ad interpretare il senso della disposizione. Si rinvia in tal senso alla formulazione presentata dalla CDS nella propria presa di posizione.	
TI	7			A nostro avviso la norma e il commento risultante dal rapporto esplicativo sono poco chiari e incompleti. Chiediamo pertanto una maggior concretizzazione e auspiciamo che la Confederazione garantisca che i dati necessari possano essere ricavati dalla rilevazione dei dati strutturali degli studi medici e dei centri ambulatoriali MARS.	
TI	9		b	La dicitura " <i>potenziale di economicità e qualità</i> " risultante dalla definizione dei numeri massimi a livello intercantonale si fatica a comprenderla. Si chiede pertanto una maggior precisazione in merito.	

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

TI	11			La nuova ordinanza, sia a livello teorico così come a livello pratico, non è di facile comprensione e ciò comporterà del tempo affinché i Cantoni possano attuare con piena cognizione di causa i criteri del nuovo disciplinamento. Tenuto conto quindi della complessità del progetto posto in consultazione, riteniamo adeguato il termine di transizione di 4 anni (fino al 30.06.2025) concesso ai Cantoni per definire i limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale.	
----	----	--	--	--	--

Per eliminare singole tabelle nel formulario o aggiungere nuove righe, togliere la protezione attivando i comandi: «Revisione/Proteggi documento/Rimuovi protezione». Vedere le istruzioni allegate.

**Modifica dell'OAMal e dell'OPre; adozione delle ordinanze sul registro e sui numeri massimi
(attuazione del progetto ammissioni): procedura di consultazione**

Ulteriori proposte			
Cognome/ditta	art.	Commento/suggerimento	Proposta (testo proposto)
TI	Inserimento di un nuovo articolo dell'ordinanza sulla definizione di limiti massimi.	Ai sensi dell'art. 55a cpv. 4 LAMal i fornitori di prestazioni, gli assicuratori e le loro rispettive federazioni comunicano gratuitamente alle autorità cantonali competenti che li richiedono i dati necessari a determinare i numeri massimi, oltre ai dati rilevati secondo l'articolo 59a. Chiediamo di precisare ulteriormente nell'ordinanza quali debbano essere <i>“i dati necessari a determinare i numeri massimi”</i> .	
TI	55a cpv. 1 lett. b. LAMal	In relazione all'articolo citato a margine, ci si chiede per quali ragioni nella versione italoфона della disposizione viene aggiunto l'avverbio “soltanto” alla frase <i>“il numero massimo sia applicato soltanto ai seguenti medici: [...]”</i> . Constatiamo infatti che nella versione in lingua tedesca, così come in quella francese, tale avverbio non è menzionato. Si chiede pertanto di adeguare, in maniera uniforme, le rispettive versioni per evitare delle lacune interpretative: o aggiungendo l'avverbio nella versione tedesca e francese, oppure togliendolo dalla versione italoфона.	



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat nimmt dazu wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Bemerkungen

Mit den Verordnungsentwürfen liegt das Ausführungsrecht zur im Juni 2020 vom Parlament verabschiedeten KVG-Revision betreffend Zulassung von Leistungserbringern vor. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat sich stark dafür eingesetzt, dass die Zulassungsvorlage zügig und ohne Verknüpfung mit dem EFAS-Dossier verabschiedet wird, damit nach Auslaufen der befristeten Regelung für die Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG eine nahtlose Anschlusslösung besteht.

Mit der Gesetzesrevision wird dem Kanton aber nicht nur ein Instrument für die Zulassungsbeschränkung bei den Ärztinnen und Ärzten gegeben. Der Kanton ist neu auch für die formelle Zulassung der übrigen ambulanten Leistungserbringer zur OKP und für die Aufsicht über Letztere zuständig. Zudem hat der Kanton die Daten der ambulanten Leistungserbringer in das neue Leistungserbringerregister einzutragen. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf den Kanton zu, die zu erheblichen

Mehrkosten führen und entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen binden wird. Der Regierungsrat ist daher erstaunt darüber, dass sich in den Erläuterungen keine Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser umfangreichen Vorlage finden. Er fordert den Bundesrat auf, eine Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen für die Zulassung, Registrierung und Aufsicht vorzunehmen und darzulegen, wie die Mehrkosten der Kantone zu tragen sind und welche Einsparungen für Krankenversicherer (insbesondere SASIS AG) bzw. für die Prämienzahlenden ihnen gegenüberstehen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer decken dürfen.

2. Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31)

Während die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vom Gesetzgeber definiert wurden, sind die Zulassungsvoraussetzungen für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich durch den Bundesrat festzulegen. Sowohl die Zulassungsbestimmungen wie auch die Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte sind stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Die KVV-Vorlage trägt der unterschiedlichen Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte im spitalambulant versus praxisambulantem Bereich - etwa in Bezug auf die Bewilligungspflicht zur Berufsausübung - zu wenig Rechnung, was zu Umsetzungsfragen führen wird. Vor allem aber werden Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall wird der Kanton sie bei seinen Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Im Hinblick auf das Wachstum des spitalambulantem Bereichs muss der Kanton aber insbesondere in diesem Bereich die Möglichkeit erhalten, mengenmässig zu steuern.

Werden in einem Kanton die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkt, so können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten OKP tätig sein (Art. 55a Abs. 5 nKVG). In den Ausführungsbestimmungen muss klar festgehalten werden, dass dieser Bestandesschutz für Ärztinnen und Ärzte nur für den Kanton oder die Kantone der bisherigen Tätigkeit gilt.

Im Übrigen begrüsst der Regierungsrat die Vereinheitlichung bei den Zulassungsvoraussetzungen für die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, sei es für die Selbstständigerwerbenden oder für die Organisationen der Leistungserbringer, sowie die klare Trennung zwischen der gesundheitspolizeilichen Zulassung und der Zulassung zur Sozialversicherung. Auch würden wir es begrüssen, wenn die weiteren Leistungserbringer, die Leistungen zulasten OKP erbringen können, aufgenommen würden: Zahnmedizin (analog ambulanter ärztlicher Einrichtungen bzw. Organisationen der Chiropraktik), Podologie sowie Psychologie und deren Praxen.

Der Gesetzgeber hat ausserdem festgelegt, dass die Leistungserbringer nebst der erforderlichen Aus- und Weiterbildung neu auch gewisse Qualitätsanforderungen erfüllen müssen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten, bilden die Qualitätsanforderungen bei der Zulassung die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung, wie sie die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den Qualitätsverträgen vorsieht. Der

Regierungsrat unterstützt diese Neuerung im Grundsatz und erachtet es als sinnvoll, dass die Qualitätsanforderungen von allen (neuen) Leistungserbringern im ambulanten Bereich erfüllt sein müssen. Jedoch scheinen zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Anforderungen umsetzbar. So dürfte insbesondere der Anschluss an ein gesamtschweizerisches Netzwerk zur Fehlermeldung nicht für alle Leistungserbringer erfüllbar sein, weil solche Netzwerke noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf das Beschwerderecht der Gesuchstellenden müssen die Anforderungen überprüfbar und justiziabel sein. Einige der vorgesehenen Qualitätsanforderungen sind zu diesem Zweck noch präziser zu formulieren oder - falls sie objektiv nicht erfüllbar sind - vorerst wegzulassen.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass die Anforderungen von Artikel 58g E-KVV in der vorliegenden Formulierung auf Betriebe und Organisationen zugeschnitten sind und nicht oder zumindest schlecht auf selbstständigerwerbende Leistungserbringer ohne Angestellte anwendbar sind. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen.

Der Gesetzgeber hat für die Ärztinnen und Ärzte in Artikel 37 nKVG ein Mindestniveau bezüglich Sprachkenntnissen sowie den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD) als besondere Zulassungsvoraussetzungen festgelegt. Es ist mit Blick auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität und interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nachvollziehbar, weshalb die übrigen Leistungserbringer diese Voraussetzungen bei der Zulassung nicht ebenfalls erfüllen müssen. Der Regierungsrat beantragt, das Erfordernis der ausreichenden Sprachkenntnisse und des Anschlusses an das EPD auch bei den übrigen Leistungserbringern (Art. 40 ff. KVV) als Zulassungsvoraussetzung festzulegen.

Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt dem Kanton weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungsinternen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung durch die COVID-19-Pandemie, zu wenig Zeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Regelung für die Zeit zwischen dem Inkrafttreten der KVG-Änderung (1. Juli 2021) und dem Inkrafttreten der KVV-Änderung (1. Januar 2022 oder später) gelten soll. Gemäss Artikel 36 nKVG sind die Kantone ab Juli 2021 dafür zuständig, die Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zuzulassen, aber die Verordnung, die die Zulassung regelt, tritt erst später in Kraft. Wir fordern ein aufeinander abgestimmtes Inkrafttreten der Verordnungsänderung und Übergangsbestimmungen, die sicherstellen, dass keine Rechtslücke entsteht und der Kanton gleichzeitig die erforderliche Zeit hat, um die notwendigen verwaltungsinternen Prozesse und Ressourcen für den Vollzug der neuen Aufgaben aufzubauen.

3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich soll nach dem Verordnungsentwurf durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit den Kantonen ein Regressionsmodell entwickelt werden. Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest.

Dieses nationale Regressionsmodell und die Koeffizienten nach Fachgebiet verwenden die Kantone, um den regionalen Versorgungsbedarf, den regionalen Versorgungsgrad und - davon abgeleitet - die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebiets zu berechnen. Dabei sind die Bevölkerungsmerkmale, Patientenströme und das Leistungsvolumen je Fachgebiet einzurechnen und es kann ein Gewichtungsfaktor eingesetzt werden.

Der Regierungsrat begrüsst, dass das Regressionsmodell und die Koeffizienten auf nationaler Ebene entwickelt werden und dass der Kanton zur Berechnung der Höchstzahlen die regionalen Gegebenheiten berücksichtigen kann. Er stellt aber fest, dass die Komplexität des Modells - insbesondere für einen kleinen Kanton wie Uri - eine grosse Herausforderung darstellt.

Die Patientenströme müssen bei der Berechnung der Höchstzahlen berücksichtigt werden. Dazu benötigt der Kanton Zugang zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer. Der Regierungsrat fordert deshalb, dass in der Verordnung eine rechtliche Grundlage geschaffen wird, um diese dem Kanton zugänglich zu machen.

Angesichts der Komplexität des Vorhabens begrüsst der Regierungsrat, dass eine vierjährige Übergangsfrist vorgesehen ist: Zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.

4. Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Der Kanton wird neu nicht nur für das Zulassungsverfahren, sondern auch für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 38 Absatz 2 nKVG zuständig sein. Der Gesetzgeber hat deshalb mit Artikel 40a ff. nKVG eine normative Grundlage für ein öffentlich zugängliches Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen. Damit soll aus Sicht des Gesetzgebers mehr Transparenz erreicht und der Austausch von Informationen zwischen den Kantonen erleichtert werden, damit sie diese Aufsichtsaufgabe erfüllen können.

Es werden zwei Varianten der Registerführung zur Vernehmlassung unterbreitet: Variante 1 mit der Delegation der Registerführung an einen Dritten und Variante 2, die vorsieht, dass das LE-Register durch das BAG betrieben wird. Der Regierungsrat hat grosse Bedenken gegenüber einer Übertragung der Registerführung an einen Dritten. Das LE-Register dient aufsichtsrechtlichen Zwecken. Daraus ergibt sich für den Regierungsrat, dass das Register vom Bund geführt werden muss und nicht an einen privaten Anbieter übertragen werden darf. Nur so können allfällige Interessenkonflikte verhindert werden. Das LE-Register darf zudem nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr fügt es sich in eine Kette von bestehenden Registern (MedReg, GesReg, PsyReg, BUR; NAREG) ein, deren Nutzen erst dann voll zum Tragen kommt, wenn der Informationsfluss untereinander sichergestellt ist. Das wird sich letztlich auch positiv auf die Kosteneffizienz auswirken.

Wir begrüssen die Aufbaufrist von drei Jahren ab Inkrafttreten der Verordnung, bevor die Öffentlichkeit Zugang zum LE-Register erhält.

Unsere Bemerkungen und Anträge für Änderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte dem offiziellen Antwortformular.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Altdorf, 12. Februar 2021



Im Namen des Regierungsrats

Der Landammann

Der Kanzleidirektor


Urban Camenzind


Roman Balli

Beilage

- Antwortformular

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Abkürzung der Firma / Organisation : GDK

Adresse : Speichergasse 6, 3001 Bern

Kontaktperson : Silvia Marti, Annette Grünig

Telefon : 031 356 20 20

E-Mail : silvia.marti@gdk-cds.ch; annette.gruenig@gdk-cds.ch

Datum : 22.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	12
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Weitere Vorschläge _____	14
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zu den Verordnungsentwürfen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	30b	1	a	Hier gibt es einen Tippfehler zu korrigieren	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
GDK	30b	1	b	Die GDK stimmt dem Artikel zu, weist aber darauf hin, dass hier zwischen BAG und BFS unter Einbezug der Kantone noch genau zu klären ist, was über die bestehenden Erhebungen des BFS abgedeckt werden kann, oder ob allenfalls zusätzliche Daten erhoben werden müssen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist mit Art. 59a KVG und Art. 55a Abs. 4 nKVG vorhanden. Subsidiäre Datenquellen (u.a. Daten der Krankenversicherer) sind höchstens für eine Übergangszeit, bis der Bund über die nötigen Daten verfügt, in Betracht zu ziehen. Die Daten sind den Kantonen vom Bund kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die GDK beantragt eine entsprechende Ergänzung/Präzisierung in den Erläuterungen.	
GDK	38	1	a	Die Vorlage ist stark auf den praxisambulanten Bereich ausgerichtet. Ärztinnen und Ärzte, welche Leistungen im spitalambulantem Bereich erbringen, werden durch die Vorlage nicht erfasst, da sie gar keine Zulassung zur OKP beantragen müssen. Im besten Fall werden die Kantone sie bei ihren Berechnungen zu den Höchstzahlen berücksichtigen können. Sie haben aber keine Möglichkeit der Zulassungssteuerung in diesem Bereich. Die GDK fordert, dass die Kantone auch die Möglichkeit erhalten, im spitalambulantem Bereich mengenmässig zu steuern.	
GDK	38	3		Anstelle der eher schwammigen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden.	dem Referenzniveau C1.
GDK	42		b	<p>Neu sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine dreijährige Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen (bisher zweijährige Weiterbildung). Wir begrüssen diese Änderung.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden, ist klarzustellen, dass sich die zahnärztliche Praxis oder das zahnärztliche Institut nach Bst. b in der Schweiz befinden muss (analog Art. 37 Abs. 1 KVG bzw. der Regelung bei den Gesundheitsberufen, wo die praktische zweijährige Tätigkeit auch in der Schweiz erfolgt sein muss).</p>	...eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut <i>in der Schweiz</i> aus.
GDK	44a und 52d			<p>Im erläuternden Bericht steht: «Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.»</p> <p>Diese Aussage ist für uns nicht nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Verordnungsänderung sollte ausführlicher beschrieben werden, was damit gemeint ist und inwiefern mit den vier Bestimmungen eine Mengenausweitung vermieden werden kann.</p>	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Wir begrüssen, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nicht zutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		b	Die zweijährige praktische Tätigkeit nach Ziff. 1. soll bei einer Fachperson gemacht werden können, welche nach bisherigem Recht oder nach dieser Verordnung zugelassen ist.	Ziff. 1 soll jeweils wie folgt umformuliert werden: ..., die nach dieser Verordnung zugelassen sind die zur OKP zugelassen sind,
GDK	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
GDK	45		b	Hebammen müssen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben. Neu wird dabei die Tätigkeit in einer fachärztlichen Praxis nicht mehr anerkannt. Wir begrüssen diese Änderung.	
GDK	45		b	Es fehlt der Buchstabe c., welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
GDK	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	
GDK	50b		a	Gemäss PsyG erhalten Neuropsychologen/innen keine Berufsausübungsbewilligung (BAB). Ob ein Kanton gestützt auf kantonales Recht eine Berufsausübungsbewilligung erteilt, ist ihm überlassen.	... sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen ...
GDK	55			Abgabestellen für Mittel und Gegenstände müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers abgegeben werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	56			Transport- und Rettungsunternehmen müssen für die Zulassung zur OKP einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Bei dieser Neuformulierung bleibt unklar, ob wie bis anhin ein Vertrag mit einem Versicherer bedeutet, dass zulasten dieses Versicherers gearbeitet werden darf oder generell zulasten der OKP.	
GDK	57	1	a	Heilbäder müssen nach kantonalem Recht zugelassen werden, um zur OKP zugelassen zu werden. Gleichzeitig müssen sie nach Art. 40 Abs. 1 KVG für ihre Zulassung zur OKP vom Departement anerkannt werden. Dies bedeutet eine Doppelspurigkeit, welche es zu vermeiden gilt.	Streichung von Art. 57 Abs. 1 Bst. a.
GDK	58g		c	Insbesondere die Anforderung eines Konzepts für eine Sicherheitskultur und ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem (Art. 58g Bst. c) erscheint uns zum heutigen Zeitpunkt unrealistisch. Eine flächendeckende Anwendung eines Fehlermeldesystems ist wünschenswert, aber vermutlich steht gar nicht für alle Leistungserbringer ein geeignetes System zur	Streichen von Bst. c.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Verfügung.</p> <p>Eine effektive Qualitätsverbesserung wird mit einem Fehlermeldesystem nur erreicht, wenn die Nutzung des Systems in den Organisationen gut implementiert ist. Dies ist durch die Kantone bei der Zulassung nicht überprüfbar und müsste bei der Berufsausübung im Rahmen der Qualitätsverträge der Tarifpartner überprüft werden. Im Zusammenhang mit der Zulassung beantragen wir die Streichung dieser Anforderung.</p>	
GDK	58g			<p>Die Formulierung dieses Artikels und der Erläuterungen ist schlecht geeignet für freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne Angestellte. Es ist zu prüfen, ob für diese Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen in einem separaten Artikel formuliert werden sollen. Dabei wäre Bst. a wegzulassen und die Bst. b und c auf Einzelpersonen zuzuschneiden.</p>	
GDK	58g			<p>Im erläuternden Bericht wird zutreffend festgehalten, dass die Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen». Allerdings ist diese Formulierung unklar – aus der Verordnung lässt sich nicht ableiten, dass je nach Leistungserbringer nicht alle Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.</p> <p>In der Verordnung ist zu präzisieren, inwiefern nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen bei der Zulassung erfüllen können und müssen.</p>	
GDK	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom...</i>			<p>Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritte die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zu den Erläuterungen finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	Neu einzufügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von Relevanz), die im NAREG erfasst sind.	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
GDK	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
GDK	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt).</p> <p>Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.</p>	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GDK	Die allgemeinen Bemerkungen der GDK zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht finden sich in der GDK-Stellungnahme in Briefform.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GDK	2			Schreibfehler.	[...] an Ärztinnen und Ärzten
GDK	2	1		Nach unserem Kenntnisstand erlauben es die Spitaldaten heute (noch) nicht, die Leistungen und die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nach spitalstationärem und spitalambulanten Bereich aufzuschlüsseln. Zudem ist die Tätigkeit der Belegärzte auf sinnvolle Weise zu berücksichtigen. Für den Einbezug der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist also in einer Anfangsphase mit nationalen Annahmen/Näherungswerten zu arbeiten. Das Vorgehen hierzu sollte in den Erläuterungen skizziert werden.	
GDK	5	1		Es bleibt offen, welche Indikatoren (erklärende Faktoren) in das Modell miteinbezogen werden. Dies soll präzisiert werden, wobei die Auflistung der Indikatoren nicht abschliessend sein muss.	[...] einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her. <u>Zur Schätzung des Modells bezieht es verschiedene Indikatoren für die Demografie und Morbidität der Schweizer Wohnbevölkerung ein, insbesondere:</u>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					a. <u>die Altersstruktur;</u> b. <u>die Geschlechterverteilung;</u> c. <u>die Verteilung der gewählten Jahresfranchise;</u> d. <u>die Mortalitätsrate;</u> e. <u>die Hospitalisierungsquote.</u>
GDK	7			Die unter Bst. a und b genannten subsidiären Datengrundlagen sind lückenhaft: Die Bruttoleistungen der OKP umfassen nur jene Leistungen, für welche die Rechnungen den Krankenversicherern zugestellt werden (ein Teil der Leistungen im tiers payant innerhalb der Franchise werden also beispielsweise nicht erfasst). Die Anzahl der Konsultationen wiederum sagt wenig über die Anzahl und Qualität der erbrachten Leistungen aus. Der Bund soll deshalb daraufhin wirken, dass die erforderlichen Daten aus der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) gezogen werden können, welche seit 1.1.2020 für die Leistungserbringer obligatorisch ist.	
GDK	12 (neuer Artikel einfügen)			Art. 55a Abs. 4 der Änderungen des KVG vom 19. Juni 2020 verpflichtet die Leistungserbringer und ihre Verbände sowie die Versicherer und ihre Verbände, den Kantonen die zur Berechnung der Höchstzahlen notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die entsprechenden Datenquellen gilt es in der Verordnung zu präzisieren (Kostendaten der Versicherer, MAS etc.).	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

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

Réf. 21_COU_1104

Lausanne, le 10 février 2021

Procédure de consultation relative à la modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31) concernant l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous accusons réception de votre courrier du 4 novembre 2020 relatif à l'objet mentionné en exergue et vous remercions de nous donner la possibilité de prendre position sur ces projets.

Nous nous rallions en substance à la position de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS) en réponse à la consultation visée en marge et nous limitons ainsi, par la présente, à exposer les remarques générales du Canton de Vaud. Nos remarques plus détaillées sont intégrées dans le formulaire mis à disposition par le Département fédéral de l'intérieur, que nous vous adressons en annexe.

Tout d'abord, à l'instar de la CDS dans sa prise de position du 22 janvier 2021, le Canton de Vaud salue la volonté de réformer le cadre législatif en matière d'admission des fournisseurs de prestations, notamment en ce qui concerne le renforcement de la qualité et de l'économicité des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, en étendant les exigences envers les fournisseurs de prestations.

Dans ce contexte, le projet place en mains des cantons un instrument pérenne et efficace pour maîtriser l'offre de prestations, dans la mesure où ceux-ci seront libres de fixer le nombre de médecins admis à exercer une activité dans le domaine ambulatoire par spécialité médicale, en tenant compte de divers facteurs dont l'évolution des modes de travail. Ces modifications du cadre réglementaire sont attendues depuis plusieurs années par le Canton de Vaud qui réclame de pouvoir procéder à une véritable planification du domaine ambulatoire.

Cette révision est également bienvenue en lien avec le projet « REFORMER » conduit par les cantons romands et qui a pour objet de réguler l'organisation de la formation médicale post-graduée. Grâce à ce projet, les cantons pourront en effet exercer un meilleur contrôle sur l'orientation du parcours des médecins en formation en fonction des besoins et places disponibles dans les différentes disciplines médicales.

Cependant, à l'instar de la CDS, le Canton de Vaud relève que le secteur ambulatoire hospitalier n'est pas suffisamment pris en considération dans le projet d'ordonnance, ce qui risque de donner une image tronquée de l'offre ambulatoire et de réduire considérablement l'impact positif de la démarche. De plus, il est important que la Confédération procède à une évaluation de la charge administrative et financière que la mise en œuvre des ordonnances impliquera pour les cantons, cette évaluation devant se faire en collaboration avec ces derniers.

Nous saluons également le fait que cette nouvelle législation renforce encore la qualité et l'économicité des soins – renforcement déjà soutenu par le Conseil d'Etat vaudois lors de la consultation relative à la révision partielle de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) en juillet 2020. Elle développe en effet les exigences en termes de management de la qualité auprès de tous les fournisseurs de prestations facturant à charge de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.102), y compris les acteurs indépendants.

Nous relevons cependant que la mise en œuvre de ces nouvelles exigences, par le biais des ordonnances révisées, n'est pas complètement aboutie, ne répondant pas entièrement aux besoins des cantons, notamment en termes de charge financière. Ces difficultés de mise en œuvre sont brièvement énumérées ci-dessous.

Les nombres maximaux sont en pratique difficilement calculables par les cantons. En effet, de nombreuses précisions manquent, telles que les éléments qui font l'objet des articles 5 et 7 de l'actuelle ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF ; RS 832.103) ainsi que les critères permettant de déterminer si un médecin doit être considéré comme actif. S'agissant du taux d'activité des médecins, les données hospitalières ne sont pas suffisantes pour déterminer l'offre de médecins disponibles. Des données approximatives devraient être fournies au niveau national et une procédure à suivre sur la base de celles-ci devrait ensuite être déterminée. Ces données ne sont en effet, à ce jour, pas utilisées par le Canton de Vaud pour calculer les nombres maximaux.

En lien avec les exigences accrues qui reposeront sur les fournisseurs de prestations, se pose la question de savoir (i) qui définira les critères d'évaluation (nature très diverses des prestations selon les fournisseurs) et (ii) quelles tâches reposeront sur le canton à cet égard. Une autre question qui reste ouverte est celle de savoir quelles seront les compétences que devront assumer les cantons en matière de développement de la qualité, en lien avec l'obligation des fédérations de fournisseurs de prestations et des assureurs de conclure des conventions relatives au développement de la qualité. De plus, une période transitoire suffisante pour la mise en application de ces exigences accrues – en termes de structures et ressources des fournisseurs de prestations notamment – devrait être prévue.

D'autre part, tel que présenté, le projet ne permet pas de savoir de quelle manière les cantons vont effectivement pouvoir déterminer le flux de patients, comme le requiert l'article 55a alinéa 2 de la LAMal. Le problème est identique s'agissant des données en lien avec les coûts engendrés dans les différents domaines de spécialité telles que demandées par l'article 55a alinéa 6 LAMal. La question de la récolte de ces données, tant en termes de méthode que de ressources, est donc à définir dans le nouveau cadre réglementaire.

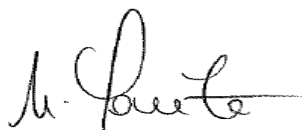
Enfin, concernant le nouveau registre projeté par la Confédération, nous sommes d'avis qu'il doit être géré par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Quant à l'articulation des registres existants (MedReg, NAREG, PsyReg, etc.), l'interconnexion et l'échange de données entre ces registres seront à privilégier.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE

LE CHANCELIER



Nuria Gorrite



Vincent Grandjean

Annexe

- Tableau de synthèse du Canton de Vaud

Copies

- OAE
- tarife-grundlagen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Département de la santé de l'action sociale du Canton de Vaud

Abréviation de la société / de l'organisation : DSAS VAUD

Adresse : 2, avenue des Casernes, 1014 Lausanne

Personne de référence : Carmen Grand

Téléphone : 021 316 42 08

Courriel : carmen.grand@vd.ch

Date : 03.02.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif_____	3
Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications_____	5
Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif _____	9
Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _____	10
Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif _____	11
Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications _	12
Autres propositions _____	13

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
VAUD	<p>En lien avec les exigences qualité de ce projet de révision :</p> <p>Pour rappel, en juillet 2020, le Conseil d'Etat vaudois a déjà soutenu la révision partielle de l'OAMal concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité. Il avait souligné l'importance de piloter la qualité avec une vision de santé publique et de couvrir aussi le domaine ambulatoire. Il est en effet important et justifié que des exigences en termes de management de la qualité soient posées auprès de tous les fournisseurs de prestations facturant à charge de la LAMal y compris ceux exerçant de manière indépendante.</p> <p>De même, en août 2020, le Conseil d'Etat vaudois, dans le cadre de la consultation pour la modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principe de tarification) avait considéré que la définition de critères uniformes pour évaluer la qualité constituait une réelle plus-value du projet. Les exigences posées à l'art. 58g reprennent les principes applicables à l'ensemble des fournisseurs de prestations.</p> <p>Le présent projet de mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations va dans le sens de ces observations en définissant un socle d'exigences qualité minimales commun à tous les fournisseurs de prestations ambulatoires (médecins, chiropraticiens, sages-femmes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, logopédistes-orthophonistes, diététiciens, neuropsychologues, organisations de soins et d'aide à domicile etc.).</p> <p>Globalement, il répercute les principes acceptés dans la LAMal, notamment le développement de la qualité avec des cycles PDCA (objectifs fixés, mesures d'amélioration mises en place etc.).</p>
VAUD	<p>L'art. 58g fixe des exigences en termes de <u>structure</u> (personnel qualifié, let. a) et équipement let. d) et de <u>processus</u> (management de la qualité, let b) et amélioration des connaissances, let. c).</p> <p>La lettre a, prévoit que les fournisseurs de prestations disposent d'un personnel suffisamment qualifié et en nombre suffisant pour fournir les prestations proposées. Il reste peu clair de savoir qui définira les outils d'évaluation et quel sera le rôle des cantons. Certaines exigences devront en effet être précisées pour chaque fournisseurs de prestation, puisque les prestations sont de nature très diverses.</p> <p>Cet article se fonde sur la révision de la LAMal en vue du renforcement de la qualité et de l'économicité obligeant <u>les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs</u> de conclure des conventions relatives au développement de la qualité. La compétence des cantons en matière de développement de la qualité n'est pas définie et reste floue.</p>
VAUD	<p>Compte tenu de l'expérience faite dans le domaine hospitalier qui est pourtant bien structuré (faitière H+, etc.) et dans lequel la mise en œuvre des exigences qualité nationales est déjà très compliquée, il est primordial de tenir compte du contexte, de la structure et des ressources propres à</p>

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	chaque type de fournisseurs de prestations ambulatoires pour que ces nouvelles dispositions ne restent pas lettre morte. Une période transitoire pour la mise en application de l'art. 58g semble nécessaire, éventuellement différente en fonction des types de fournisseurs.
VAUD	<p>Au niveau de la structure du texte de loi : la condition « prouver qu'ils remplissent les exigences qualité définies à l'art.58g » est répétée 23 fois, pour chaque prestataire concernée.</p> <p>Mentionner cette condition une seule fois pour l'ensemble des professionnels concernés.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
VAUD	38 OAMal	3		Cet alinéa est nécessaire car le niveau linguistique est très important pour assurer une qualité des soins. Il devrait par ailleurs être exigé de tout professionnel de la santé pour les mêmes raisons évidentes de sécurité. La compréhension du problème d'un-e patient-e, la capacité à expliquer les soins proposés dans la langue de la région de pratique et la capacité à rédiger des documents compréhensibles des autres professionnels par ex. sont des exigences de base évidente à la qualité de la prise en charge d'un patient-e	Rajouter un article après l'art. 58g : « Les fournisseurs de prestations doivent disposer des connaissances linguistiques nécessaires, de niveau C1, au sens de l'article 37, al.1, LAMal. ».
VAUD	42		b	Le Canton de Vaud se rallie à cette nouvelle exigence de justifier de trois ans de formation. Cependant, il convient de préciser que le cabinet ou l'institut dentaire doit se trouver en Suisse.	« Justifier d'une formation pratique de trois ans dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire autorisés à pratiquer sur le territoire <u>suisse</u> »
VAUD	45 47 48 49 50a			Il serait souhaitable de l'OAMal adopte le libellé de la LPMéd, de la LPSan et de la LPsy en remplaçant « à titre indépendant » avec « sous propre responsabilité professionnelle »	« à titre indépendant » avec « sous propre responsabilité professionnelle »
VAUD	55a	1	c	Les maisons de naissance doivent garantir une assistance médicale suffisante par une sage-femme. Une sage-femme ne peut pas prodiguer une assistance médicale car elle n'est pas	Préciser le type d'assistance à fournir par la sage-femme, ou

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				médecin.	réunir les let. c et d: <i>garantir une assistance médicale suffisante et avoir pris des mesures pour faire face aux situations d'urgence médicale.</i>
VAUD	55a	1		Il n'y a pas la condition 58g.	Rajouter la condition "prouver qu'elles remplissent les conditions suivantes" en let. e.
VAUD	58g	1	b	A la page 10, art. 58, let b), 1er paragraphe du rapport explicatif, il est mentionné que les fournisseurs de prestations doivent disposer d'un système de management de la qualité. Il faut répercuter cette idée de management dans le texte du projet dans la mesure où une gouvernance forte est primordiale pour le développement de la qualité.	Préciser "... un système de management de la qualité approprié" au lieu de "... un système de gestion de la qualité approprié"
VAUD	58g	1	c	A la page 10, art. 58, let c), 4ème paragraphe du rapport explicatif, il est mentionné que "la stratégie de culture de la sécurité doit montrer comment les cadres influenceront sur les valeurs, les attitudes et les modèles de comportement...". Ce point est extrêmement important. Il s'agirait même d'aller plus loin en défendant la mise en place de vraie politique managériale de la qualité dans les institutions et auprès des prestataires de soin. En effet, des problématique en lien avec les conditions de travail des professionnels et les processus de travail peinent à évoluer en raison des types de gouvernance très hiérarchisées mises en place et ne valorisant pas les initiatives d'améliorations de la qualité ou des processus internes au niveau des équipes, ayant un impact direct sur la qualité des soins fournis aux patients.	Dans le rapport explicatif , la phrase „il doit aussi montrer comment appliquer l'exigence que les cadres s'engagent en faveur d'une culture du respect, de la raison d'être du travail fourni et du bien-être du personnel" pourrait être complétée par la phrase suivante: „ <i>Il s'agit en effet de développer une vraie politique managériale de la qualité, et de développer les conditions-cadres nécessaires à une vraie politique favorisant l'amélioration continues des structures, processus internes et amélioration continue des connaissances, notamment au niveau des instances décisionnelles. Il s'agit également d'être en capacité de remettre en question et faire évoluer les visions du management.</i> „
VAUD	58g	1	c	Cet article mentionne l'obligation d'"avoir adhéré à un réseau uniforme de déclaration des événements indésirables, des	Préciser s'il y lieu de quel(s) réseau(x) uniforme il est question, au moins dans le rapport explicatif.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				<i>erreurs et des risques en Suisse</i> “. De quel réseau s'agit-il? Le seul réseau existant au niveau national, à notre connaissance, est CIRNET (Critical Incident Reporting&Reaction NETwork), mis sur pied par la fondation Sécurité des patients Suisse et ouvert à toutes les institutions du domaine de la santé	Ou préciser que ces réseaux doivent être mis en place.
VAUD	58g	1	d	<p>Cet article mentionne l'obligation de <i>“disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité”</i>.</p> <p>La complexité et la lenteur de la mise en place des mesures ANQ dans le domaine structuré de l'hospitalier montre que la mise en œuvre de cette condition risque d'être problématique, dans un système de fournisseurs beaucoup plus éclaté .En page 11, art. 58g, let.d, 2ème paragraphe, le rapport mentionne que <i>“les mesures nationales de la qualité sont généralement effectuées au moyen de données de routine”</i>.</p>	Préciser de quelles données et de quel équipement informatique il est question, au moins dans le rapport explicatif (donner des exemples). Exiger par ex, au minimum un accès internet et la possibilité de travailler un fichier de données type XML ou CSV.
VAUD	58g	2		<p><i>A chaque niveau du système de santé, les acteurs (Confédération, cantons, Commission pour la qualité, fédération des fournisseurs de prestations, fédération des assureurs et fournisseurs de prestations) doivent veiller à ce que le niveau de qualité prescrit soit garanti de façon efficiente et constamment amélioré</i> (Rapport explicatif sur la modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS832.102 – mise en œuvre de la modification du 21 juin 2019 de la loi fédérale sur l'assurance maladie concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité ; commentaire pour l'art. 77 al 1 OAMal, p. 6 du rapport).</p> <p>Lors de cette consultation nous avons proposé de compléter l'article 77 OAMal, en faisant expressément référence aux cantons. Dans l'hypothèse où cette proposition ne serait pas retenue, nous demandons de compléter l'art. 58g pour rappeler le rôle des cantons en lien avec la qualité pour les prestations</p>	Les fournisseurs de prestations doivent respecter les exigences minimales fixées par les cantons.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				fournies dans le domaine ambulatoire.	
VAUD	Art 58g			Il sera nécessaire de fixer une période transitoire suffisante pendant laquelle les partenaires peuvent se mettre en conformité avec la loi et développer les outils nécessaires.	Définir une période transitoire suffisante.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
VAUD	La compréhension de l'articulation entre les registres existants (et notamment le registre MedReg actuel) et ce nouveau registre des fournisseurs de prestations AOS) par rapport aux logiques de mises à jour est difficile. Il s'agit notamment de définir de quelle manière va s'articuler l'interconnexion entre les divers registres et de s'assurer de l'existence de passerelles entre ces registres.
VAUD	Par rapport à l'ensemble des données mentionnées dans cette ordonnance (notamment article 8.b , cd et annexes), nous ne disposons pas de certaines d'entre elles dans nos systèmes actuels. Le Canton de Vaud va mettre prochainement en service une application intitulée DEMAUT qui consiste à la virtualisation des demandes d'autorisations (cyberadministration). Il sera, dès lors, nécessaire que l'échange entre tous ces registres soit le plus coordonné possible.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
VAUD	6			A l'instar des articles 4 et 5, il est nécessaire d'intégrer le registre national des professions de la santé (NAREG) dans cette ordonnance en tant que fournisseur de données.	
VAUD	8 gén.			L'expérience acquise dans la gestion des différents registres montre que les professionnels de la santé autorisés à pratiquer omettent très fréquemment de déclarer aux autorités sanitaires leur changement d'adresse professionnelle ou tout autre changement. Il doit être clairement indiqué dans l'ordonnance que les fournisseurs de prestations admis ont l'obligation de déclarer aux autorités sanitaires (cantons) toute modification de leurs données de base.	
VAUD	8	1	b	ch. 3 et 4 : des définitions manquent, notamment les catégories de prestations (médecins, etc.), la notion de "forme juridique". D'autre part, nous considérons qu'il devrait s'agir uniquement de personnes physiques uniquement. Enfin, les informations précises que les cantons doivent fournir doivent être mentionnées.	
VAUD	8	1	d	ch. 3: Il n'est pas clair de savoir si les médecins doivent annoncer s'ils effectuent leurs activités dans le domaine de l'ambulatoire ou du stationnaire ni s'ils doivent ils rendre compte de leur taux d'activité également.	
VAUD	Art 14 et 22			Il manque une claire définition des structures qui seront tenues de payer des émoluments au tiers responsable du registre.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
VAUD	D'une façon générale de nombreux éléments ne sont pas explicites sur la mise en œuvre pratique de l'ordonnance.
VAUD	Les notions de multi-spécialités en lien avec les multiples lieux de pratique ne semblent pas être abordées. On parle de spécialités principales (taux le plus élevé ou dernières obtenus) mais la détermination des régions dans lesquelles un professionnel doit être considéré (s'il est actif dans plusieurs régions) n'est pas expliquée.
VAUD	La notion d'intercantonalité (art 9) est nouvelle et ajoutera un niveau de difficulté supplémentaire dans la détermination de ces limitations et de la clause du besoin (art. 55a LAMal)
VAUD	D'une manière générale, cette ordonnance ne reprend pas tous les éléments que couvre l'actuelle OLAF, soit les articles 5 et 7 par exemple. Il manque donc des éléments pour déterminer les nombres maximaux

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
VAUD	4			Il faudrait un complément à cet article ou un article spécifique qui précise comment déterminer dans quelle région un fournisseur de prestations est considéré comme actif quand il pratique dans plusieurs régions (selon le taux d'activité).	
VAUD	5	1		Les indicateurs à inclure dans le modèle doivent être précisés.	
VAUD	7			Aujourd'hui cette donnée (volume de prestations) n'est pas utilisée par le Canton de Vaud pour ces calculs. A voir si c'est désormais la donnée qu'il faudrait utiliser en lien avec les facturations ou si l'information doit continuer à être recensée au niveau des professionnels de santé.	
VAUD	8			La définition de ce facteur de pondération et sa possible utilisation doivent être clarifiées.	
VAUD	11			Cet article renvoie à l'article 2 de cette ordonnance, qui n'est pas clair et qui mériterait d'être précisé.	
VAUD	12 (nouvel article à insérer)			La CDS propose d'ajouter un article 12, ce qui nous semble judicieux. Il manque cependant toujours des précisions quant aux données exactes avec lesquelles il s'agira de comparer les nombres maximaux.	

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			

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



Date

Prise de position du canton du Valais relative à la mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions pour votre invitation du 4 novembre 2020 concernant l'objet cité en rubrique et vous faisons part, dans les délais, de la détermination du Gouvernement valaisan. Le détail de nos observations se trouve dans le formulaire annexé.

Reprenant la position du 22 janvier 2021 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), le canton du Valais approuve en grande partie les modifications de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS. Nous saluons la volonté du Gouvernement de rehausser les exigences d'admission des fournisseurs de prestations en matière de qualité.

Par ailleurs, nous relevons, tout comme la CDS, que les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine ambulatoire hospitalier ne sont pas compris dans le projet, car ils ne doivent pas demander une admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Dans le meilleur des cas, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs de nombres maximaux. Cependant, compte tenu de la croissance du domaine ambulatoire hospitalier, les cantons devraient disposer de la possibilité d'un pilotage quantitatif, en particulier dans ce domaine.

Considérant ceci, le canton du Valais considère les modifications apportées concernant l'admission de chaque catégorie de fournisseurs comme justifiées. En particulier, nous saluons la mise à disposition des cantons d'un instrument permettant de limiter l'admissions des médecins.

Cela étant, le canton du Valais est opposé à certaines des mesures proposées, tout comme la CDS, peu productives pour certaines, et pas réalisables pour d'autres.

S'agissant en particulier des propositions de modification, le canton du Valais se rallie largement à la prise de position susmentionnée de la CDS.



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

Au nom du Conseil d'Etat

Le président

Le chancelier

Christophe Darbellay

Philipp Spörri

Annexe Formulaire.

Copie tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Avis donné par

Nom / société / organisation : Conseil d'Etat du canton du Valais

Abréviation de la société / de l'organisation : VS

Adresse : Palais du Gouvernement, 1950 Sion

Personne de référence : M. Victor Fournier, chef du Service de la santé publique

Téléphone : 027 606 49 00

Courriel : santepublique@admin.vs.ch

Date : 26 janvier 2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications
____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Autres propositions ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif

Nom/société	Commentaire / observation
VS	<p>Sur le principe, le canton du Valais soutient les projets de modification des deux ordonnances. Nous sommes favorables à une séparation claire entre la procédure des autorisations de pratique et celle d'admission à l'assurance sociale. Par ailleurs, nous approuvons une uniformisation des conditions d'admission des fournisseurs de prestations non médicaux. Nous soutenons également largement les nouvelles exigences en matière de qualité allant au-delà de la formation afin de pouvoir facturer à charge de l'AOS. A cet égard, nous relevons par contre le fait que certaines des exigences proposées semblent pour l'heure difficiles à concrétiser. Enfin, nous estimons que le décalage entre les calendriers d'entrée en vigueur de la LAMal et de l'OAMal pourrait entraîner des lacunes judiciaires. Nous vous demandons d'examiner la possibilité de fixer une entrée en vigueur de l'ordonnance et des dispositions transitoires permettant, d'une part, de laisser suffisamment de temps aux cantons pour s'adapter et, d'autre part, de palier à d'éventuelles lacunes judiciaires.</p> <p>Par ailleurs, nous relevons surtout que les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine ambulatoire hospitalier ne sont pas compris dans le projet, car ils ne doivent pas une admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Dans le meilleur des cas, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs de nombres maximaux. Cependant, compte tenu de la croissance du domaine ambulatoire hospitalier, les cantons devraient disposer de la possibilité d'un pilotage quantitatif, en particulier dans ce domaine.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
VS	30b	1	b	La CDS approuve l'article, mais souligne qu'il reste à clarifier exactement entre l'OFSP et l'OFS avec le concours des cantons ce qui peut être couvert par les relevés existants de l'OFS ou si des données supplémentaires doivent éventuellement être relevées. La base légale pour cela existe dans l'art. 59a LAMal et l'art. 55a, al. 4, nouvelle LAMal. Des sources de données subsidiaires (notamment données des assureurs-maladie) sont à prendre en considération au maximum pour une phase transitoire, jusqu'à ce que la Confédération dispose des données nécessaires. Les données doivent être mises à la disposition des cantons gratuitement par la Confédération. LA CDS demande une précision / un complément correspondant dans les explications.	
VS	38	1	a	Le projet est fortement axé sur le domaine ambulatoire en cabinet. Les médecins du domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas compris dans le projet et ils n'ont pas besoin de demander une admission à pratiquer à la charge de l'AOS. Dès lors, nous rejoignons la volonté de la CDS qui souhaite que les cantons aient également la possibilité de piloter quantitativement dans le domaine hospitalier ambulatoire.	
VS	38	3		Les exigences linguistiques doivent explicitement indiqué le niveau de langue C1.	Un certificat de langue de niveau C1 est exigé.
VS	38	3		Nous saluons le fait que les exigences de langue au niveau de l'AOS soient rehaussées. Par contre, nous ne comprenons pas	

				l'exigence d'un niveau C1 mentionnée dans le rapport explicatif alors que l'art. 37 LAMal stipule qu'une maturité gymnasiale (qui confère un niveau B2) exempte le médecin d'un test de langue. Il s'agit d'une potentielle inégalité de traitement entre les médecins ayant effectué leur formation à l'étranger et ceux ayant fréquenté des gymnases suisses.	
VS	42		b	Nous approuvons le fait de faire passer la formation requise dans un cabinet ou un institut dentaire de 2 à 3 ans pour les dentistes.	
VS	44a et 52d			Le rapport explicatif indique : « La formulation adoptée permet ainsi d'éviter une augmentation quantitative des prestations et d'assurer la qualité ». Cette énonciation n'est pas intelligible pour nous. Les explications sur la modification de l'ordonnance devraient décrire plus en détail ce que cela signifie et dans quelle mesure les quatre dispositions permettent d'éviter une augmentation des volumes.	
VS	45, 47, 48, 49, 50a			<p>Nous approuvons le fait que les conditions d'admission soient structurées de manière semblable pour l'ensemble des fournisseurs de prestations de cette catégorie selon les 4 éléments suivants : autorisation cantonale d'exercer, deux ans d'activité pratique, exercer à son propre compte et exigences de qualité de l'art. 58g.</p> <p>Nous relevons cependant une incohérence. Pour l'exigence d'avoir exercé pendant deux ans une activité pratique, le ch. 2 mentionne la possibilité d'une activité équivalente dans un hôpital. Dans un hôpital, les professionnels de la santé n'exercent pas leur profession à leur propre compte et ne remplissent <i>de facto</i> pas les conditions d'admission de la présente ordonnance. Il faudrait plutôt demander que l'activité soit effectuée sous les ordres d'une personne remplissant les critères d'exercice de la profession sous propre responsabilité</p>	

				professionnelle.	
VS	45, 47, 48, 49, 50a		b	L'activité pratique pendant deux ans visée au ch. 1 doit pouvoir être exercée auprès d'un spécialiste admis en vertu de l'ancien droit ou de la présente ordonnance.	Il convient de reformuler chaque fois comme suit le ch. 1 : ... admis en vertu de la présente ordonnance admis à pratiquer à la charge de l'AOS;
VS	45, 47, 48, 49, 50a		c	L'expression « à titre indépendant » doit être adaptée selon la formulation figurant dans la LPMéd, la LPSan et la PsyG en la remplaçant par la formulation « sous leur propre responsabilité professionnelle ».	pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle et à leur compte;
VS	45		b	La lettre c. présente pour tous les autres fournisseurs de prestations a été omise. Il faut donc rajouter celle-ci et décaler la lettre d.	c. exercer à titre indépendant et à leur compte d. prouver qu'ils remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g.
VS	49	1	b	Les conditions pour les infirmiers mentionnent l'exercice pendant deux ans auprès d'un infirmier admis ou dans un hôpital ou au sein d'une organisation d'aide et de soins à domicile. Nous estimons qu'il serait judicieux de rajouter que des activités de deux ans dans un EMS et dans une institution sociale soit également reconnue.	4. dans un établissement médico-social, sous la direction d'un infirmier remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance. 5. dans une institution sociale, sous la direction d'un infirmier remplissant les conditions d'admission de la présente ordonnance.
VS	50b		a	Les neuropsychologues ne reçoivent pas d'autorisation de pratiquer (AP) selon la LPsy. L'octroi d'une autorisation de pratiquer revient au canton sur la base du droit cantonal.	... sont admis en vertu de la législation du canton dans lequel ils pratiquent leur activité...
VS	55, 56			En ce qui concerne l'admission à l'AOS, un contrat avec un assureur-maladie ne permet pas de déterminer si la remise sera faite à la charge de cet assureur précis ou à la charge de l'AOS.	
VS	57	1	a	L'art. 40 al. 1 LAMal octroie déjà l'admission des cures balnéaires par le département. Il convient donc de retirer la	Retrait de let. C de l'art. 57 al. 1. let. a.

				condition d'admission en vertu du droit cantonal	
VS	58g			Nous approuvons la volonté de mettre des exigences de qualité uniformisées pour l'ensemble des fournisseurs de prestations.	
VS	58g		c	<p>La mise en place d'une culture de la sécurité et un système de rapports internes adéquat et d'amélioration des connaissances semble pour l'heure irréalisable.</p> <p>De plus, un réseau de déclaration des erreurs, bien que souhaitable sur le plan théorique, ne fonctionnerait concrètement que si l'ensemble des fournisseurs de prestations disposaient d'un système approprié.</p>	Suppression de la let. c.
VS	58g			Cet article semble difficilement applicable indépendant n'ayant pas d'employés. Il faudrait probablement séparer au moyen d'un nouvel article les exigences pour cette catégorie de fournisseurs de prestations. Ainsi ce nouvel article ne comporterait pas la let. a et une adaptation des let. b et c afin qu'elles puissent s'appliquer aux indépendants sans employés.	
VS	58g			<p>Dans le rapport explicatif, il est écrit que les fournisseurs de prestations « ne doivent pas tous remplir les mêmes exigences en matière de qualité ». Cette formulation nous semble trop vague.</p> <p>Il est important que l'ordonnance précise dans quels cas certains fournisseurs ne sont pas tous astreints à remplir les mêmes exigences en matière de qualité.</p>	
VS	Disposition transitoire de la modification du...			Les données concernant les fournisseurs de prestations admis avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020 de la LAMal ne doivent pas être transmises aux cantons, mais directement migrer du Registre des codes-créanciers RCC dans le registre des fournisseurs de prestations.	

				<p>Cela pour les raisons suivantes. Premièrement, l'inscription de l'admission est en soi incontestée: selon la disposition transitoire sur la modification de la LAMal du 19 juin 2020 (al. 2), le maintien des droits acquis concernant l'admission est en effet garanti aux fournisseurs de prestations déjà admis en vertu de l'ancien droit. Deuxièmement, le contrôle et l'enregistrement cas par cas des fournisseurs de prestations dans le nouveau registre représenterait un travail énorme pour les organes d'exécution. On devrait dans un premier temps se fier à la base de données de la SASIS SA et confier dans un deuxième temps aux cantons l'examen, le contrôle et, le cas échéant, l'adaptation des données dans le cadre des activités ordinaires d'exécution en rapport avec les autorisations (respectivement leurs mutations) et la surveillance.</p>	
--	--	--	--	---	--

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif

Nom/société	Commentaire / observation
VS	Nous soutenons le projet et sa volonté de faciliter l'échange d'informations entre les cantons afin que la surveillance qu'ils doivent effectuer en soit simplifiée. Nous soutenons par ailleurs la variante 2, à savoir la tenue de ce nouveau registre par l'OFSP et non un prestataire privé. Nous sommes par contre étonné de constater qu'aucune évaluation des conséquences financières pour l'admission, l'enregistrement et la surveillance ne soit faite. En effet, la création de ce nouveau registre engendrera de nouvelles tâches considérables qui occasionneront des coûts supplémentaires significatifs, ainsi que l'engagement de ressources humaines et financières importantes.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
VS	A rajouter après l'art. 6			Le NAREG (registre des professions de la santé) doit également figurer dans l'ordonnance en tant que fournisseur de données via une interface standard. En effet, il faut pouvoir mettre les données des ambulanciers, logopédistes et podologues qui sont dans le NAREG.	Nouvel art. 7 Fourniture et inscription des données du registre national des professionnels de la santé Les 2 alinéas doivent être rédigés de façon analogue à ceux des articles 4 à 6.
VS	8	1	a	Il faut explicitement mentionner dans l'ordonnance l'obligation pour les fournisseurs de prestations de notifier au canton les modifications de leurs données de base.	
VS	8	3	d	Divers droits et obligations de déclaration existent dans le cadre de l'autorisation et de la surveillance selon la LPMéd, la LPsy et la LPSan et selon les lois cantonales sur la santé. Cela concerne l'échange de données importantes entre les cantons ainsi que la coordination et l'échange de données entre les autorités cantonales d'autorisation et de surveillance, d'une part, et les autorités judiciaires et administratives, d'autre part. Des obligations et droits de déclaration analogues concernant l'autorisation ou son retrait (par exemple pour le cas où une personne dispose d'une autorisation dans plusieurs cantons) font défaut dans l'ordonnance sur le registre. Nous partons de l'idée qu'il s'agit d'une omission délibérée, car on peut supposer qu'en cas de retrait de l'autorisation de pratiquer (selon l'art. 38 LPMéd) ou d'ouverture d'une procédure disciplinaire (selon l'art. 44 LPMéd) l'autre canton dans lequel la personne dispose d'une AP et de l'admission à l'AOS est déjà informé conformément aux articles mentionnés de la LPMéd.	

				Cela doit être explicité dans le rapport explicatif sur l'ordonnance.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif

Nom/société	commentaire / observation :
VS	Sur le principe, le canton du Valais approuve la volonté du projet de mettre à disposition des cantons un instrument efficace afin de mieux maîtriser et restreindre, si besoin est, le nombre d'admissions de nouveaux médecins. Nous relevons cependant certaines difficultés dans la formule de calcul proposé, notamment au niveau de la quantité de données nécessaires à l'élaboration d'une modèle fiable et pertinent à la fixation des nombres maximaux. L'ordonnance demeure très axée sur le domaine ambulatoire en cabinet. Or, le facteur coûts important se trouve dans les prestations du domaine ambulatoire hospitalier. Les médecins dans ce domaine prodigue des prestations dans le domaine stationnaire, aussi bien qu'ambulatoire. Ils n'ont pas forcément besoin d'une admission pour facturer à l'AOS dans le domaine ambulatoire. Dès lors, nous rejoignons la CDS et demandons que le projet règle plus clairement le domaine ambulatoire hospitalier et que les données nécessaires au pilotage soient mises à la disposition des cantons.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

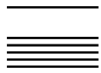
Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
VS	1	1		Il faut préciser le renvoi à l'art. 55a LAMal. En effet, la référence à l'alinéa correspondant n'y figure pas.	
VS	2	1		Nous ne pensons pas que les données hospitalières actuelles permettent de déterminer les EPT et les prestations des médecins par domaine hospitalier stationnaire et ambulatoire.	
VS	5	1		Les paramètres utilisés pour obtenir le coefficient fourni par le DFI pour chaque domaine de spécialisation médicale doivent être explicités dans l'ordonnance. Il est important que les cantons puissent connaître le processus ayant abouti au coefficient.	[...] de la Suisse. Afin d'obtenir le coefficient, le DFI s'appuie sur divers indicateurs, notamment : a. Indicateur 1 b. Indicateur 2 c. Indicateur 3 (etc.)
VS	7			Les données subsidiaires mentionnées aux lettres a et b sont incomplètes : les prestations brutes de l'AOS ne comprennent que les prestations pour lesquelles les factures sont envoyées aux assureurs-maladie (une partie des prestations en tiers payant dans le cadre de la franchise n'est ainsi p. ex. pas incluse). Le nombre de consultations en dit d'autre part peu sur le nombre et la qualité des prestations fournies. La Confédération doit donc veiller à ce que les données nécessaires puissent être tirées du relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires MAS, qui est obligatoire pour les fournisseurs de prestations depuis le 1er janvier 2020.	

VS	12 (nouvel article)			L'art. 55a al. 4 des modifications de la LAMal du 19 juin 2020 oblige les fournisseurs de prestations, les assureurs ainsi que leurs associations respectives à transmettre gratuitement les données aux cantons afin qu'ils puissent calculer les nombres maximaux. Il faut désormais préciser dans l'ordonnes les sources de données correspondantes.	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte



Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zug, 2. Februar 2021 ek

Umsetzung der Änderung vom 19. Juli 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern; Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 4. November 2020 eröffnete das Eidgenössische Departement des Innern das Vernehmlassungsverfahren in obgenannter Sache. Die Vernehmlassungsantwort des Kantons Zug entnehmen Sie der Beilage zu diesem Schreiben.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

sign.

Martin Pfister
Landammann

sign.

Tobias Moser
Landschreiber

Beilage:
Antwortformular

Zustellung per E-Mail an:

- Zuger Mitglieder der Bundesversammlung
- Bundesamt für Gesundheit (tarife-grundlagen@bag.admin.ch) (PDF- und Word-Format)
- Bundesamt für Gesundheit (gever@bag.admin.ch) (PDF- und Word-Format)
- Staatskanzlei (info.staatskanzlei@zg.ch) zur Veröffentlichung im Internet

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Beilage 1

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Zug

Abkürzung der Firma / Organisation : ZG

Adresse : Regierungsrat des Kantons Zug, Postfach, 6301 Zug

Kontaktperson : Regierungsrat Martin Pfister, Landammann

Telefon : 041 728 35 04

E-Mail : martin.pfister.rr@zg.ch

Datum : 2. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	8
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	12
Weitere Vorschläge	15
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	16

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ZG	<p>Es ist im Bericht das Verhältnis zwischen dem Verfahren bezüglich Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP und dem Binnenmarktrecht zu präzisieren. Es ist festzuhalten, dass die Regeln zu den kantonalen Zulassungsverfahren den allgemeinen Regeln des Binnenmarktrechts als <i>lex specialis</i> vorgehen. Namentlich soll von Gesuchstellenden nicht geltend gemacht werden können, die Zulassung in einem Kanton führe zu Erleichterungen im Zulassungsverfahren in einem anderen Kanton.</p> <p>Gesuchstellende, die in mehreren Kantonen zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen werden möchten, könnten namentlich die Auffassung vertreten, es würden für sie ab der zweiten Zulassung geringere Anforderungen an die Dokumentation gelten; etwa, dass die Erfüllung der Qualitätsanforderungen in einem zweiten und dritten Tätigkeitskanton nicht mehr nachgewiesen werden müssten (z. B. qualifiziertes Personal, geeignete Einrichtung). Solche Angaben müssen aber für jeden Zulassungskanton neu geprüft werden können, da sie Änderungen unterworfen sind, insbesondere Personal und Einrichtung meist unterschiedlich sind und sich die Prüfung in einem ersten Kanton folglich nicht unesehen auf weitere Kantone übertragen lässt (eine Zulassung im Kanton Zug bedeutet etwa nicht, dass die Qualitätskriterien auch für den Kanton Waadt erfüllt sind).</p> <p>Es ist daher ausdrücklich festzuhalten, dass in jedem Zulassungskanton stets ein vollständiges Dossier einzureichen ist.</p>
ZG	<p>In den Erläuterungen fehlen Angaben zu den finanziellen Auswirkungen der Vorlage. Die zusätzlichen Aufgaben der Kantone (Zulassungsverfahren, zusätzliche Aufsichtsaufgaben, Bewirtschaftung des neuen Registers) dürften zu erheblichen Mehrkosten aufgrund des zusätzlichen Personalaufwands führen. Die höheren Kosten seitens der Kantone müssen im Bericht dargelegt werden und es ist festzuhalten, inwiefern diese Kosten auf die Gesuchstellenden abgewälzt werden können.</p>
ZG	<p>Gemäss Entwurf soll die revidierte KVV am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Damit bleibt den Kantonen weniger als ein Jahr Zeit, die verwaltungs-internen Prozesse für die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP sowie zu deren Aufsicht aufzubauen. Dies ist, nicht zuletzt wegen der grossen Belastung der kantonalen Gesundheitsbehörden durch die COVID-19-Pandemie, zu wenig Zeit.</p>
ZG	<p>Nach Art. 55a Abs. 5 nKVG können Ärztinnen und Ärzte, die vor dem Inkrafttreten neuer Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin zulasten der OKP tätig sein. Diese Regelung berücksichtigt nicht, dass eine Zulassung – wie auch die Berufsausübungsbewilligung, die eine Voraussetzung für die Zulassung ist – nur für den jeweiligen Tätigkeitskanton gilt und folglich keinen Bestandesschutz in anderen Kantonen zur Folge haben kann. Denn wie das Bundesgericht und das Bundesverwaltungsgericht schon mehrfach festhielten, kam und kommt einem Zulassungsentscheid nur eine auf den betreffenden Kanton beschränkte Wirkung zu (vgl. BGE 130 I 26 E. 7.2.1). Die Literatur hat sich dieser Meinung angeschlossen (Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, N. 15 zu Art. 55a KVG).</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Richtigerweise müsste es in Art. 55a Abs. 5 nKVG folglich heissen:</p> <p>«Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, so können folgende Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein:</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen <u>in diesem Kanton</u> zugelassen wurden und im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht haben;»</p> <p>Da die Gesetzesnorm die territoriale, auf einzelne Kantone beschränkte Wirkung von Zulassungsentscheiden nicht klar zum Ausdruck bringt, sollte auf Verordnungsstufe präzisiert werden, dass einzig Ärztinnen und Ärzte, die schon vor der Einführung von Höchstzahlen in einem Kanton <u>in diesem Kanton</u> zulasten der OKP tätig waren, von dieser Ausnahme profitieren. Ärztinnen und Ärzte hingegen, die vor der Einführung von Höchstzahlen in einem Kanton nicht bereits in diesem Kanton tätig waren, sollen sich nicht auf Bestandesschutz für eine Tätigkeit berufen können, die sie in diesem Kanton noch nie ausübten (und mangels Zulassung auch nicht ausüben durften).</p>
ZG	
ZG	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ZG	Wir bevorzugen Variante 2 (Registerführung durch das BAG).
ZG	
ZG	
ZG	
ZG	
ZG	
ZG	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ZG	<p>Die vorgeschlagene Berechnungsmethode ist aus unserer Sicht zu kompliziert und setzt teilweise Datengrundlagen voraus, die den Kantonen nicht oder nicht in genügender Qualität vorliegen. Wir haben erhebliche Zweifel, ob mit dieser Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben die beabsichtigte Wirkung erreicht und die gewünschte Kostendämpfung erreicht werden kann.</p> <p>Die methodische Einheitlichkeit, die angestrebt werden soll, kann nur dann gewährleistet werden, wenn möglichst viele der Datengrundlagen vom Bund berechnet werden. Insbesondere sollte vermieden werden, dass die Kantone die grundlegenden Zahlen mittels Umfragen unter den Leistungserbringenden erheben müssen. Solche Erhebungen sind mit grossem Aufwand verbunden und liefern nicht genügend zuverlässige Zahlen. Je weniger präzise die Datengrundlagen sind und je mehr Annahmen getroffen werden müssen, desto willkürlicher wird die Bestimmung der Höchstzahlen ausfallen. Beispiel aus den Erläuterungen (S. 7): <i>«Der objektive Bedarf der Bevölkerung ist ein latentes Konstrukt, das sich nicht beobachten lässt. Bei diesem Schritt besteht das Ziel somit darin, durch Anwendung geeigneter statistischer Methoden die regionale Abweichung der Nachfrage zu schätzen.»</i> Hier wird offen eingeräumt, dass ein «objektiver» Bedarf an Leistungen nicht bestimmbar ist und bestenfalls Annahmen getroffen werden können.</p> <p>Blosse Annahmen und Schätzungen führen bei den seit Jahren hart umkämpften Zulassungen zur Tätigkeit zulasten der OKP erfahrungsgemäss zu Gerichtsverfahren. Schon jetzt kommt es regelmässig zu Prozessen, in denen die Gesuchstellenden behaupten, der jeweilige Kanton habe methodische Fehler bei der Prüfung der heute gültigen Beurteilungskriterien gemacht (Art. 5 VEZL). Meist wird geltend gemacht, der Zugang der Versicherten zu einer Behandlung innert nützlicher Frist sei falsch beurteilt oder der Beschäftigungsgrad der Personen im entsprechenden Fachgebiet sei ungenügend erhoben worden.</p> <p>Das nun vorgeschlagene Modell ist deutlich komplexer und dadurch juristisch angreifbarer als das bisherige System mit fixen Höchstzahlen. Je komplizierter die künftige Berechnung der Höchstzahlen ausfallen wird, desto mehr Ungereimtheiten und kantonale Praxisunterschiede werden entstehen, was zu juristischen Unsicherheiten und dadurch verursachten Prozessen führen wird.</p> <p>Es sollte daher eine einfachere Lösung gefunden werden, gemäss der auf einheitliche, nachvollziehbare Weise für jeden Kanton und jedes Fachgebiet Höchstzahlen definiert werden können. Bei der Bestimmung der Höchstzahlen sollte für die einzelnen Kantone nicht allzu viel Spielraum bestehen. Der Freiraum der Kantone muss vielmehr darin liegen, für jedes Fachgebiet frei entscheiden zu können, ob für dieses die nach einheitlichen Kriterien bestimmte Höchstzahl gelten soll, oder nicht.</p>
ZG	<p>Wie die GDK begrüssen wir angesichts der Komplexität des Vorhabens, dass eine vierjährige Übergangsfrist vorgesehen ist (2 Jahre gemäss Übergangsbestimmungen KVG, weitere 2 Jahre gemäss Verordnung).</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

ZG	
ZG	
ZG	
ZG	
ZG	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZG	9		b	Es ist unklar, welche Art von Abklärungen die Kantone hier treffen müssten.	Streichung.
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					
ZG					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
ZG			
ZG			
ZG			
ZG			
ZG			
ZG			
ZG			
ZG			



Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

3. Februar 2021 (RRB Nr. 80/2021)

**Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 4. November 2020 haben Sie uns eingeladen, zum Ausführungsrecht zur Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen. Wir danken für diese Gelegenheit und äussern uns wie folgt:

Mit der Neuregelung des formellen Zulassungsverfahrens (in der Zuständigkeit der Kantone), der Übertragung der Aufsicht über die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen auf die Kantone sowie der Schaffung des Registers für Leistungserbringende, das die Kantone als Datenlieferanten neben den bisherigen Registern (Medizinalberuferegister MedReg, Psychologieberuferegister PsyReg, Gesundheitsberuferegister GesReg und Nationales Register Gesundheitsberufe NAREG) zusätzlich zu bewirtschaften haben, hat der Gesetzgeber den Kantonen zusätzliche Vollzugsaufgaben in beachtlichem Umfang zugewiesen. Gleiches gilt mit Bezug auf die Ermittlung des Versorgungsgrades und der Festlegung von Höchstzahlen, die eine vorgängige Bedarfsanalyse bedingen. Daran lässt sich nichts mehr ändern. Auf Stufe Verordnungsrecht ist das Augenmerk aber umso mehr auf praktikable, einfach umsetzbare Vorgaben zu richten. Unsere Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen des Ausführungsrechts im zur Verfügung gestellten Antwortformular erfolgen insbesondere unter diesem Blickwinkel (in der Beilage).

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung des Ausführungsrechts werden die Kantone zur Bewältigung dieser Aufgaben im Vergleich zum Ist-Zustand erheblich mehr Mittel (personell wie finanziell) einsetzen und die Verwaltungsprozesse anpassen müssen. Eine Kostenfolgeabschätzung liegt jedoch nicht vor. In Übereinstimmung mit der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren



(GDK) vom 22. Januar 2021 fordern wir eine Einschätzung zu den finanziellen Auswirkungen der kantonalen Zulassung, Registrierung und Aufsicht (Mehrkosten der Kantone im Verhältnis zu Einsparungen der Versicherer, insbesondere der SASIS AG) sowie der Festlegung der Höchstzahlen. Nicht geregelt ist die Frage der Gebührenerhebung für den kantonalen Zulassungsprozess, der in der Regel parallel zum Bewilligungsprozess betreffend die Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung laufen wird. Gemäss Registerverordnung erhebt die registerführende Stelle bei jedem zu registrierenden Leistungserbringer eine Gebühr von Fr. 230. Wir gehen davon aus, dass diese Gebühr den kantonalen Zulassungsprozess vollständig ausklammert, und es den Kantonen demgemäss freisteht, die Gebühren für die Zulassungsprüfung eigenständig festzulegen. Andernfalls müsste dies ausdrücklich in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) festgehalten werden.

Hinsichtlich der geplanten Inkraftsetzung des Zulassungsverfahrens per 1. Januar 2022 ist festzuhalten, dass diese Frist für die Umsetzung in den Kantonen äusserst knapp bemessen ist, zumal noch nicht einmal feststeht, wann die definitive Fassung der KVV vorliegen wird. Nachdem zusätzliche Mittel beantragt und neue Prozesse implementiert bzw. bestehende Prozesse angepasst werden müssen und die Kantone derzeit mit der Bewältigung der Coronakrise mehr als ausgelastet sind, beantragen wir eine spätere Inkraftsetzung (Mitte 2022).

Bezüglich der Ausgestaltung der KVV (KLV) begrüssen wir grundsätzlich die einheitliche bzw. analoge Regulierung der Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer, soweit sie auch mit Blick auf die einzelnen Kategorien bzw. Typen von Leistungserbringenden sachgerecht sind. Es ist eine lückenlose und konsequente Regulierung anzustreben; vergleichbare Sachverhalte sind gleich zu regeln, weshalb beispielsweise analog zu den Ärztinnen und Ärzten auch ambulante Einrichtungen für die Zahnärztinnen und Zahnärzte aufzunehmen und entsprechend zu regeln sind (soweit die Zahnärztinnen und Zahnärzte angesichts des geringen OKP-pflichtigen und -abrechenbaren Behandlungsvolumens von rund 5% überhaupt vom formellen Zulassungsverfahren erfasst werden sollen; vgl. dazu die Bemerkungen im Antwortformular). Zudem stellen wir fest, dass in der KVV-Vorlage nicht Bezug genommen wird auf die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Podologinnen bzw. Podologen, deren Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP (im Anordnungsmodell) Gegenstand anderer laufender Revisionsvorhaben bilden.

Wir nehmen an, dass betreffend diese Berufskategorien analoge Bestimmungen Aufnahme in die KVV finden werden. Für weitere Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen verweisen wir auf das Antwortformular.

Hinsichtlich des neuen Registers für Leistungserbringer OKP (LEReg) regen wir nochmals eine vertiefte Prüfung der Frage an, ob die bestehenden Register (MedReg, PsyReg, NAREG) und neu zu entwickelnden Register (GesReg, LEReg) im Sinne des Digitalisierungsgrundsatzes des Bundes «once only» nicht unter einem einheitlichen Dach zusammengefasst bzw. in ein ganzheitliches Register übergeführt werden könnten. Dies gilt umso mehr als nach unserem Kenntnisstand infolge Alterung der Technologie in etwas mehr, als einem Jahr eine Ablösung der Plattformen des MedReg, PsyReg und des Betriebs- und Unternehmensregisters BUR ansteht. Damit könnte die Zahl der Schnittstellen unter den verschiede-

nen Registern und zwischen den Datenlieferanten und Registern stark verkleinert werden und unserer Einschätzung nach eine beträchtliche Steigerung der Kosten- und Nutzeneffizienz erreicht werden (die Datenlieferanten, wozu die Kantone zählen, müssten nur ein Register bewirtschaften). Die gesetzlichen Grundlagen zur Registerführung in unterschiedlichen Bundesgesetzen schliessen die Möglichkeit der Zusammenführung bei der Umsetzung nicht für sich aus. Sollte sich dies nicht umsetzen lassen, ist eine umfassende, einfache und nutzerfreundliche Bewirtschaftung der verschiedenen Register sicherzustellen, sowohl hinsichtlich der Erfassung (einmalige Erfassung der Daten durch den Datenlieferanten in einem Register und Transfer via Schnittstellen an die anderen Register, wie vorgesehen) als auch hinsichtlich des Abrufverfahrens. Mit Blick auf Gesundheitsfachpersonen, die vom MedReg, PsyReg und GesReg ausgeklammert bleiben (Logopädinnen und Logopäden, Podologinnen und Podologen sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitäter, soweit sie für Rettungs- und Krankentransporte tätig sind), ist deshalb auch das NAREG mit einer Schnittstelle einzubinden und dies dementsprechend in der Verordnung zu regeln. In Anlehnung an die Zuständigkeit betreffend die Registerführung des MedReg und des PsyReg sprechen wir uns für Variante 2 der Registerverordnung aus, d. h. für die Führung des Registers durch das BAG. Damit wäre das Management über ein weiteres Register in einer Organisationseinheit angesiedelt, die bereits andere Register verantwortet. So hält man sich nicht nur die Möglichkeit einer einfacher umzusetzenden Zusammenführung der verschiedenen Register in der Zukunft offen (insbesondere wenn die Register nach möglichst ähnlichen Kriterien aufgebaut sind), sondern trägt auch dem Umstand Rechnung, dass das Register u. a. ein aufsichtsrechtliches Instrument der Kantone darstellt, was – auch mit Blick auf die notwendige Vertrauensgrundlage – für die Führung durch ein öffentliches Organ spricht. Für weiterführende Bemerkungen zu den Registerverordnungen verweisen wir auf das Antwortformular.

Wir begrüssen die in der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festgelegten methodischen Grundsätze. Das methodische Vorgehen beruht im Wesentlichen auf der «santésuisse-Methode». Unserer Einschätzung nach ist sie umsetzbar, wenn auch komplex und aufwendig. Dem vorgesehenen Gewichtungsfaktor, mit dem der Versorgungsgrad zwecks Berücksichtigung besonderer Umstände angepasst werden kann, messen wir grosse Bedeutung zu. Er gibt den Kantonen die Möglichkeit, neben statistischen Angaben auch versorgungspolitische Aspekte einfließen zu lassen. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors haben sich die Kantone gemäss Verordnungsentwurf namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, Indikatorensysteme oder Referenzwerte abzustützen (Art. 8). In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, wenn vom Bund einheitliche Empfehlungen für die Kantone erlassen würden oder allenfalls die GDK zur Abgabe von Empfehlungen eingeladen würde, damit nicht jeder Kanton entsprechende Abklärungen tätigen oder Gutachten erstellen lassen muss. Dies gilt auch deshalb, weil der Gewichtungsfaktor nicht selten aufgrund von Aspekten zur Anwendung kommen dürfte, welche die nationale Versorgungslage betreffen (z. B. Berücksichtigung einer schweizweiten Unter- oder Überversorgung in einem bestimmten Fachgebiet). Mit der GDK weisen wir insbesondere darauf hin, dass verlässliche Daten als Grundlage für die Berechnungen der Kantone essenziell sind. Dementsprechend bekräftigen wir deren Argumente und unterstützen deren Anträge um Klärung der



möglichen Datenerhebung beim Bundesamt für Statistik (insbesondere bezüglich der nötigen Daten von Ärztinnen und Ärzten, die in Spitalambulatorien tätig sind), um Intensivierung der Bemühungen des Bundes zur Erhöhung des Rücklaufs aus der Strukturdatenerhebung der Arztpraxen und ambulanten Einrichtungen sowie um gesetzliche Regulierung des Zugangs der Kantone insbesondere zu den Rechnungsdaten der Krankenversicherer (vgl. Stellungnahme der GDK vom 22. Januar 2021). Weitere Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen sind dem Antwortformular zu entnehmen.

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

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

Die Staatsschreiberin:

Dr. Silvia Steiner

Dr. Kathrin Arioli



**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Zürich, vertreten durch die Gesundheitsdirektion

Abkürzung der Firma / Organisation : GD ZH

Adresse : Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich

Kontaktperson : Lilian Blumer Schmidig & Jasper Schabert

Telefon : 043 259 21 93 & 043 259 24 93

E-Mail : lilian.blumer@gd.zh.ch / jasper.schabert@gd.zh.ch

Datum : 22.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 12
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Weitere Vorschläge _____	 12
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GD ZH	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bitte entnehmen Sie grundsätzliche Bemerkungen dem Regierungsratsbeschluss Nr. 80/2021 (Beilage). 2) Soweit sich unsere Auffassung inhaltlich mit den Hinweisen und Argumenten der GDK deckt, verzichten wir auf Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen und verweisen stattdessen auf das Antwortformular der GDK vom 22. Januar 2021. Wir beschränken uns also auf von der GDK abweichende oder ergänzende Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen. 3) Wir erachten den Verzicht auf die erhöhten qualitativen Anforderungen bezüglich der Sprachkenntnisse bei allen Berufsangehörigen mit Ausnahme der Ärztinnen und Ärzte (Grundlage in Art. 37 nKVG) als <i>nicht</i> gerechtfertigt. Vertiefte Sprachkenntnisse sind zur Vermeidung von Missverständnissen und als Grundlage für eine sorgfältige, verlässliche Anamnese, Diagnose und Therapieanordnung auch bei anderen Berufsgruppen (universitär/nichtuniversitär) essenziell. Wir regen deshalb an, zu prüfen, ob die gesetzlichen Grundlagen genügen, um das Spracherfordernis Levels C1 auch bei allen anderen Berufsgruppen in die KVV aufzunehmen. 4) Das neu statuierte Zulassungsverfahren verursacht für die Kantone, die neu zur Überprüfung verpflichtet sind, einen beträchtlichen Aufwand. Für den Bereich der Zahnmedizin, in dem nur rund 5% aller zahnärztlichen Leistungen überhaupt über die OKP abgerechnet werden können, stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen. Entsprechend ist grundsätzlich zu überdenken, ob Zahnärztinnen und Zahnärzte überhaupt ein solches Zulassungsverfahren durchlaufen müssen oder ob sie angesichts des kleinen abrechenbaren Behandlungsvolumens – trotz oder entgegen der Formulierung in Art. 36 nKVG – im Sinne einer Ausnahme automatisch zugelassen werden könnten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GD ZH	38	1	a	Hier teilen wir die Auffassung der GDK betreffend erforderliche Berücksichtigung der Möglichkeit zur Zulassungsteuerung von Ärztinnen und Ärzte, die in Spitalambulatorien tätig sind, nicht. Wir sind der Auffassung, dass diese Möglichkeit unmittelbar gestützt auf Art. 55a Abs. 1 Bst. b nKVG in Verbindung mit der neuen VO über die Höchstzahlen besteht und auf Stufe der kantonalen Regelung der Zulassungsbeschränkung bzw. -steuerung näher ausgestaltet werden kann bzw. muss. Wie die GKD richtig festhält, werden ja nicht die einzelnen im Namen und auf Rechnung des Spitals tätigen Ärztinnen und Ärzte als Leistungserbringer zugelassen, sondern (nur) das Spital selber. Die entsprechenden Zulassungskriterien für Spitäler sind in Art. 39 KVG geregelt.	
GD ZH	39	1	a	Diese Bestimmung ist zu eng formuliert: Sie lässt ausser Acht, dass insbesondere ambulante ärztliche Einrichtungen, die als Weiterbildungsstätten anerkannt sind, Ärztinnen und Ärzte beschäftigen (müssen), die sich noch in Ausbildung befinden und demgemäss unter fachlicher Aufsicht tätig sind und die Voraussetzungen von Art. 38 Abs. 1 Bst. a und b nKVV eben gerade noch nicht erfüllen können. Zudem greift die Bestimmung in die Organisationsautonomie der Einrichtungen ein, indem sie neben einem Facharzttitel auch eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) verlangt (kumulativ); jede Ärztin und jeder Arzt mit Facharzttitel muss dann zwingend auch fachlich eigenverantwortlich tätig sein (mit BAB) und hat nicht mehr die Wahl, unter fachlicher Aufsicht der ärztlichen Leitung	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				tätig zu werden. Kantonale Assistenzbewilligungen für diese Kategorie von Arbeitnehmenden würden damit obsolet. Zu bedenken ist auch, dass Ärztinnen und Ärzte, die aus familiären oder anderen Gründen auf eine Weiterbildung verzichten (müssen), von Anstellungen in ambulanten Einrichtungen dadurch völlig ausgeschlossen würden.	
GD ZH	40	1		Wir verweisen auf die eingangs formulierte allgemeine Bemerkung betreffend Spracherfordernis (Level C1), das analog zu den Ärztinnen und Ärzten geregelt werden sollte. Ferner ist auch hier fraglich und zu regeln, welche fachlichen Voraussetzungen die in einer Apotheke angestellten Personen im Hinblick auf die Zulassung erfüllen müssten.	
GD ZH	42		b	<p>Siehe allgemeine Bemerkung unter Punkt 4 auf S. 3. Für den Fall, dass an der formellen Zulassungsregelung für Zahnärztinnen und Zahnärzte festgehalten wird, halten wir fest:</p> <p>Wir begrüssen die Änderung betreffend die dreijährige (statt zweijährige) Weiterbildung und insbesondere die auf unsere Initiative hin aufgenommene Anrechnung der Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis ausdrücklich.</p> <p>Antrag um Aufnahme des Spracherfordernisses Level C1 (siehe allgemeine Bemerkung unter Punkt 3 auf S. 3).</p> <p>Gemäss den Erläuterungen bilden die Zahnärztinnen und Zahnärzte eine in Art. 36 und 36a KVG geregelte Kategorie sui generis. Das heisst, es müssen auch zahnärztliche ambulante Einrichtungen zugelassen werden. Das sollte mit einer entsprechenden Bestimmung auch in der KVV zum Ausdruck kommen. Bezüglich angestellter Personen verweisen wir auf die vorstehende Bemerkung zu Art. 39 nKVV (analoge Problemstellung).</p>	<p>Zusätzlicher Bst. für Spracherfordernis</p> <p>Neue, zusätzliche Bestimmung für ambulante zahnärztliche Einrichtung.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

GD ZH	42		c	Es bestehen grosse Vorbehalte gegenüber den in Art. 58g nKVV verlangten Qualitätsanforderungen und deren Umsetzbarkeit. Im Rahmen der heutigen Vollzugspraxis wird nicht überprüft, ob eine Praxis eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen hat, weil es solche Meldesysteme im Bereich Zahnmedizin (noch) gar nicht gibt. Auch wird nicht überprüft, ob eine Zahnarztpraxis über die Ausstattung verfügt, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen. Unklar ist, um welche Ausstattung es im Bereich Zahnmedizin geht und ob eine solche für Zahnarztpraxen existiert. In den Erläuterungen ist lediglich nachzulesen, dass der Leistungserbringer beispielsweise den Zugang zur Nutzung der notwendigen elektronischen Ausstattung vorweisen soll. Diese Anforderungen gehen zu weit; sie sind für Zahnarztpraxen – die meisten in Form von KMUs – nicht praktikabel bzw. (mindestens derzeit) nicht umsetzbar, weil die fraglichen Systeme gar nicht vorhanden sind.	
GD ZH	44			Antrag um Aufnahme Spracherfordernis Level C1 (siehe allgemeine Bemerkung unter Punkt 3 auf S. 3).	
GD ZH	44a		c	Bezüglich der Beschäftigung von Personen in Organisationen verweisen wir auf die Bemerkung zu Art. 39 nKVV (analoge Problematik bezüglich Personen in Ausbildung und deren Zulassung unter fachlicher Aufsicht).	
GD ZH	45–52d			Vorbemerkungen zum 5. und 6. Abschnitt bzw. zu Art. 45–52d: 1) Vgl. RRB Nr. 80/2021: Wir stellen fest, dass in der KVV-Vorlage nicht Bezug genommen wird auf die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Podologinnen und	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Podologen, deren Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP und dementsprechende Aufnahme in die KVV ebenfalls vorgesehen ist und entsprechende Vernehmlassungen bereits durchgeführt wurden. Wir nehmen an, dass analoge Bestimmungen zu diesen beiden Berufsgruppen Aufnahme in die KVV finden werden.</p> <p>2) Ebenfalls fügen wir mit Blick auf den gesamten Abschnitt an, dass wir auch für die Berufsgruppen im nichtuniversitären Bereich höhere Anforderungen an die Sprachkenntnisse als erforderlich erachten (siehe allgemeine Bemerkung unter Punkt 3 auf S. 3).</p> <p>3) Bei den Organisationen gilt mit Bezug auf <i>Bst. c</i> dasselbe wie unter Art. 39 nKVV betreffend angestellte Personen bemerkt: Die Formulierungen sind zu eng; Personen in Ausbildung oder unter fachlicher Aufsicht (ohne BAB) wird völlig ausgeklammert, das entspricht nicht der Realität. Einzig in Art. 51 <i>Bst. c</i> für den Bereich Pflege wird eine offener Formulierungen gewählt, die den Umstand berücksichtigt, dass Personal mit unterschiedlichen Qualifikationsstufen wie FaGe, Assistentinnen usw. zum Einsatz kommt.</p> <p>Problematisch in diesem Zusammenhang ist, dass Organisationen der nichtuniversitären Berufe – mit Ausnahme der Pflege – Leistungen, die durch Mitarbeitende in Ausbildung erbracht werden, nicht abrechnen können. Infolge des Grundsatzes «ambulant vor stationär» können stationäre Institutionen je länger je mehr nicht mehr genügend Ausbildungsplätze anbieten, sodass sich die Ausbildung in den ambulanten Bereich verlagert. Da nachweislich auch ausserhalb des Bereichs Pflege ein Mangel an Nachwuchs besteht, sind ausbildungsfördernde Voraussetzungen zu schaffen; dazu zählt die Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen der Auszubildenden. Wir beantragen deshalb aus diesem Grund,</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>dass bei allen Organisationen der nichtuniversitären Berufe auch das Personal in Ausbildung aufzuführen ist und – soweit erforderlich – die entsprechenden Anpassungen in der KLV vorgenommen werden. Hinsichtlich des Tarifs hat die GDK (Fachgruppe Bildung) bereits 2007/08 und 2018/19 entsprechende Vorstösse beim Bund (BAG) eingebracht, die damals leider abgelehnt wurden.</p> <p>4) Die unter diesem Abschnitt geregelten Organisationen haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festzulegen und über die für die Leistungserbringung notwendige Einrichtung zu verfügen (ebenso die Organisationen der Chiropraktik, vgl. Art. 44a nKVV). Wir begrüssen das und regen an, dass dies analog für die ambulanten (zahn)ärztlichen Einrichtungen festzulegen ist.</p>	
GD ZH	45, 47, 48, 49, 50a		b	<p>Wir begrüssen grundsätzlich das Erfordernis der zweijährigen praktischen Tätigkeit bei einer Fachperson, die zugelassen ist. Mit Blick auf die Aufnahme bzw. Regelung der Podologinnen und Podologen möchten wir in Erinnerung rufen, dass wir beantragen, bei dieser Berufskategorie von diesem Erfordernis abzusehen. Zur Begründung verweisen wir auf unsere Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der KVV und KLV betreffend Zulassung der Podologinnen und Podologen als Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und Spitalkostenbeitrag.</p>	
GD ZH	45		b	<p>Hier fehlt der Hinweis auf das Geburtshaus als Alternative zum Spital mit geburtshilflicher Abteilung.</p>	
GD ZH	49	1	b	<p>Wir beantragen, dass hier neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

GD ZH	54			Soweit Laboratorien nicht von den Kantonen bewilligt werden, sondern von der Swissmedic oder vom BAG (vgl. Art. 53 KVV), wäre es systemfremd, die Zulassung auch für diese Laboratorien den Kantonen zu überbinden. Hier müsste – soweit rechtlich möglich – eine Ausnahme von der kantonalen Zuständigkeit vorgesehen werden.	
-------	----	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GD ZH	<p>1) Bitte entnehmen Sie grundsätzliche Bemerkungen dem Regierungsratsbeschluss Nr. 80/2021 (Beilage).</p> <p>2) Soweit sich unsere Auffassung inhaltlich mit den Hinweisen und Argumenten der GDK deckt, verzichten wir auf Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen und verweisen stattdessen auf das Antwortformular der GDK vom 22. Januar 2021. Wir beschränken uns also auf von der GDK abweichende oder ergänzende Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen.</p> <p>3) Gesetzliche Grundlage der beiden Verordnungen sind Art. 40a ff. nKVG. Als Problem erkennen wir, dass Art. 40a nKVG vorsieht, dass das Departement ein Register über die nach Art. 36 KVG <i>zugelassenen</i> Leistungserbringer führt. Gemäss Art. 8 Abs. 1 Bst. d Ziff. 2 der Registerverordnung soll im Register generell der Zulassungsstatus erfasst werden (erteilt, keine Zulassung); gemäss Erläuterungen sollen sowohl die ursprüngliche als auch die nachträgliche Nichtzulassung erfasst werden. Weil Art. 40a nKVG nur von <i>zugelassenen</i> Leistungserbringern spricht, ist unseres Erachtens fraglich, ob für die Erfassung der <i>ursprünglichen</i> Nichtzulassung eine genügende gesetzliche Grundlage besteht. Allerdings wäre eine vollständige Erfassung, also auch von ursprünglich nicht zugelassenen Leistungserbringern, wünschenswert.</p> <p>4) Betreffend die vorgesehene Kosten- und Gebührenregelung ist darauf hinzuweisen, dass unklar ist, ob Leistungserbringer auch Gebühren zu bezahlen haben, wenn sie von Anfang an (trotz fraglicher gesetzlicher Grundlage; vgl. Punkt 3) als «nicht zugelassen» registriert werden sollten. In den Erläuterungen steht dazu, dass die Gebühr nur bei <i>zugelassenen</i> Leistungserbringern zu erheben ist, was aber durch den Wortlaut von Art. 22 Abs. 1 Registerverordnung (Variante 1; Führung durch Dritte) nicht abgedeckt ist: Diese Bestimmung spricht nur von zu registrierendem Leistungserbringer. Mit der Rechtsgleichheit nicht vereinbar ist schliesslich, dass die Leistungserbringer nur eine Gebühr zu bezahlen haben, wenn das Register nicht vom Departement, sondern von Dritten betrieben wird. Weshalb das so sein soll, wird in den Erläuterungen nicht ausgeführt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GD ZH	4	1		Im MedReg werden neben fachlich eigenverantwortlich tätigen Medizinalpersonen mit Berufsausübungsbewilligung (BAB), die in eigenem Namen und auf eigene Rechnung tätig werden und somit als selbständige Leistungserbringer auftreten, auch alle anderen Berufsangehörigen mit entsprechendem Abschluss erfasst, und zwar unabhängig davon, ob sie tätig sind, in welcher Form sie tätig sind (im Anstellungsverhältnis, unter fachlicher Aufsicht) und wo sie tätig sind (im stationären oder ambulanten Bereich). Informationen dazu werden im MedReg nicht erfasst. Insbesondere bei der Zuordnung dieser Personen zu einem Leistungserbringer (Arbeitgeber/in, z. B. Einrichtung der ambulanten Krankenpflege) wird die korrekte Datenübermittlung eine Herausforderung darstellen, die es sicherzustellen gilt.	
GD ZH	5	1		Betreffend PsyReg analoge Problematik wie beim MedReg.	
GD ZH	6	1		Betreffend GesReg analoge Problematik wie beim MedReg.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GD ZH	<p>1) Bitte entnehmen Sie grundsätzliche Bemerkungen dem Regierungsratsbeschluss Nr. 80/2021 (Beilage).</p> <p>2) Im Übrigen verweisen wir vollumfänglich auf die Stellungnahme bzw. das Antwortformular der GDK vom 22. Januar 2021.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GD					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge

Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GD			

Per Mail:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 18. Februar 2021

Vernehmlassung: Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur obengenannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Für Die Mitte ist die KVG-Revision zur Zulassung der Leistungserbringer eine zentrale Vorlage, was die Dämpfung der stetig steigenden Gesundheitskosten angeht. Sie gibt den Kantonen die Möglichkeit, in einem oder mehreren Fachgebieten oder Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, welche Leistungen zuhanden der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen. Somit kann ein Kanton dort, wo ein Überangebot besteht, gezielt eingreifen.

Änderung der KVV

Es stellt sich die Frage, ob gewisse Kriterien, wie beispielsweise das Erfordernis eines Mindestniveaus bezüglich Sprachkenntnisse oder der Anschluss an das Elektronische Patientendossier, welche bei den Ärztinnen und Ärzten auf Gesetzesebene festgelegt wurden, nicht auch für andere in der Verordnung genannte Leistungserbringer gelten sollten. Die Mitte würde dies begrüssen.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Das gewählte Regressionsmodell scheint auf den ersten Blick relativ komplex zu sein. Es stellt sich unseres Erachtens die Frage, ob damit der gewünschte Effekt bezüglich Steuerung der Zulassungen erreicht werden kann, zumal offenbar mit gesamtschweizerischen Mittelwerten gearbeitet werden soll. Dies könnte, insbesondere bei bereits bestehenden Überkapazitäten, zu einem zu hohen Ausgangswert führen.

Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Für Die Mitte ist wichtig, dass beim neuen Leistungserbringerregister, wie dies auch vorgesehen ist, bestehende Synergien und Schnittstellen genutzt und Doppelspurigkeiten soweit möglich vermieden werden. Schliesslich bestehen in diesem Bereich ja bereits verschiedene Register. Zudem ist zentral, dass die datenschutzrechtlichen Vorgaben, was die besonders schützenswerten Personendaten angeht, gewahrt werden müssen.

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

Für Die Mitte Schweiz

Sig. Gerhard Pfister
Präsident Die Mitte Schweiz

Sig. Gianna Luzio
Generalsekretärin Die Mitte Schweiz

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Die Mitte Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : Die Mitte

Adresse : Hirschengraben 9, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson :

Telefon : 031 357 33 33

E-Mail : info@die-mitte.ch

Datum : 18.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	12
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Die Mitte	Für Die Mitte ist die KVG-Revision zur Zulassung der Leistungserbringer eine zentrale Vorlage, was die Dämpfung der stetig steigenden Gesundheitskosten angeht. Sie gibt den Kantonen die Möglichkeit, in einem oder mehreren Fachgebieten oder Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, welche Leistungen zuhanden der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen. Somit kann ein Kanton dort, wo ein Überangebot besteht, gezielt eingreifen.
Die Mitte	Es stellt sich die Frage, ob gewisse Kriterien, wie beispielsweise das Erfordernis eines Mindestniveaus bezüglich Sprachkenntnisse oder der Anschluss an das Elektronische Patientendossier, welche bei den Ärztinnen und Ärzten auf Gesetzesebene festgelegt wurden, nicht auch für andere in der Verordnung genannte Leistungserbringer gelten sollten. Die Mitte würde dies begrüßen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

[illegible]

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

[illegible]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Die Mitte	Für Die Mitte ist wichtig, dass beim neuen Leistungserbringerregister, wie dies auch vorgesehen ist, bestehende Synergien und Schnittstellen genutzt und Doppelspurigkeiten soweit möglich vermieden werden. Schliesslich bestehen in diesem Bereich ja bereits verschiedene Register. Zudem ist zentral, dass die datenschutzrechtlichen Vorgaben, was die besonders schützenswerten Personendaten angeht, gewahrt werden müssen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Die Mitte	Das gewählte Regressionsmodell scheint auf den ersten Blick relativ komplex zu sein. Es stellt sich unseres Erachtens die Frage, ob damit der gewünschte Effekt bezüglich Steuerung der Zulassungen erreicht werden kann, zumal offenbar mit gesamtschweizerischen Mittelwerten gearbeitet werden soll. Dies könnte, insbesondere bei bereits bestehenden Überkapazitäten, zu einem zu hohen Ausgangswert führen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

Département fédéral de l'intérieur
DFI
Inselgasse 1
3003 Berne

Berne, 2 février 2021 / nb
VL Ord. fournisseurs prest.

Par e-mail :
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Mise en œuvre de la révision LAMal (admission des fournisseurs de prestations) – modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et d'autres ordonnances
Prise de position du PLR.Les Libéraux-Radicaux

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer dans le cadre de la consultation de l'objet mentionné ci-dessus. Vous trouverez ci-dessous notre position.

PLR.Les Libéraux-Radicaux accepte cette proposition. Il ne s'exprime que sur deux éléments précis de la modification d'ordonnances proposée.

Ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations AOS

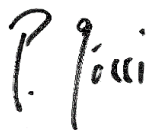
Dans le cadre de la révision de la LAMal du 19 juin 2020, le Parlement a décidé la création d'un registre des fournisseurs de prestations admis dans le domaine ambulatoire. L'objectif de la mise en place de ce registre est d'accroître la transparence et de faciliter l'échange entre les cantons. L'art. 40a nLAMal stipule que le Conseil fédéral peut confier la tenue du registre à un tiers. Cette option, qui correspond à la variante 1 mise en consultation, est soutenue par le PLR. Le savoir-faire et l'infrastructure sont déjà disponibles. Dans ce contexte, créer une nouvelle structure au sein de l'administration fédérale serait superflu et inefficace.

OAMal - Connaissances linguistiques

Dans le texte adopté par le Parlement le 19 juin 2019, il était explicité à l'art. 37, al. 1 let. a nLAMal, qu'un test de connaissances linguistiques ne serait pas demandé pour les médecins titulaires d'une maturité gymnasiale suisse dont l'une des disciplines fondamentales est la langue officielle de la région dans laquelle ils exercent. Selon la volonté du Parlement, cette exception prévue pour les détenteurs d'une maturité fédérale (niveau B2) doit être explicitement reprise à l'art. 38 de l'OAMal. Le Conseil fédéral évoque certes l'art. 37, al. 1, let. a nLAMal, dans son rapport. Une précision au niveau de l'ordonnance reste toutefois indispensable, les médecins suisses effectuant leur formation universitaire dans une autre langue que celle de la région dans laquelle ils pratiqueront n'étant pas rares dans notre pays.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos arguments, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos plus cordiales salutations.

PLR.Les Libéraux-Radicaux
La Présidente



Petra Gössi
Conseillère nationale

La Secrétaire générale



Fanny Noghero



Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

18. Februar 2021

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

Stellungnahme der Grünliberalen zur Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlagen und die erläuternden Berichte zur Umsetzung der KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) – Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen.

Unsere Stellungnahme können Sie dem ausgefüllten Fragebogen auf den folgenden Seiten entnehmen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Fraktionsmitglied, Nationalrat Jörg Mäder, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Jürg Grossen
Parteipräsident

Ahmet Kut
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grünliberale Partei Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : glp

Adresse : Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kontaktperson : Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

Telefon : 079 560 56 63

E-Mail : ahmet.kut@parl.ch

Datum : 18.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	5
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	6
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	8
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	10
Weitere Vorschläge	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	<p>Verordnung über die Krankenversicherung (KVV): Zulassungsvoraussetzungen</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringer im ambulanten Bereich, die zu Lasten der OKP abrechnen können, werden angepasst. Dies gilt in Bezug auf die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen (u.a. Sprachkompetenzen). Bemerkenswert ist insbesondere der allgemeingültige neue Artikel 58g KVV zu den «Qualitätsanforderungen».</p> <p>Die Grünliberale begrüssen, dass strukturelle Qualitätskriterien bereits auf der Stufe der Zulassung zur Abrechnung mit der OKP für alle ambulanten Leistungserbringer eingeführt werden. Es ergibt Sinn, dass die Kriterien nicht im Einzelnen detaillierter aufgeführt sind, um einen Freiraum für die sehr heterogene Gruppe der Leistungserbringer zu lassen.</p> <p>Unverständlich ist, dass die Bestimmungen nur für neue Zulassungsgesuche gelten sollen, nicht jedoch für bereits erteilte Zulassungen. Diese Regelung ist nicht zielführend, da Versicherer und Leistungserbringer verpflichtet werden, gesamtschweizerisch gültige Qualitätsverträge über die Qualitätsentwicklung abzuschliessen, die auf eben dieser Grundlage von strukturellen Qualitätskriterien überhaupt nur durchführbar sind. Es kann nicht sein, dass letztlich die Verbände der Leistungserbringer oder die Versicherer die Zulassungsverantwortung der Kantone übernehmen. Bei der Umsetzung des neuen Artikel 58g KVV ist auf eine klare Trennung zwischen Zulassung und Qualitätsverträgen zu achten. Hier gilt es eine Übergangsfrist von beispielsweise vier Jahren einzuführen, in der alle Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen gemäss Artikel 58g KVV erfüllen können, um ihre Zulassung gemäss der neuen Verordnung per Selbstdeklaration zu erneuern. Die Kompetenz das einzufordern soll bei den Kantonen liegen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	<p>Um ein formelles Zulassungsverfahren und den Informationsaustausch zwischen den Kantonen sicherzustellen, schlägt der Bundesrat eine Registerverordnung für Leistungserbringer im ambulanten Bereich der OKP vor. Angesichts des Handlungsspielraums bei der Vergabe der Registerführung legt der Bundesrat zwei Varianten zur Stellungnahme vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung durch das BAG (Variante 2).</p> <p>Die Grünliberalen begrüssen den Aufbau des Registers, denn es schafft Transparenz über die ambulant tätigen Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Das Register kann dem Austausch zwischen den Kantonen dienen, was eine bessere interkantonale Versorgungsplanung ermöglicht. Redundanzen werden vermieden.</p> <p>Die Grünliberalen lehnen die Registerführung durch Dritte (Variante 1) ab. Bei der Registerführung geht es um den Umgang mit sensiblen Personendaten, die nicht in die Hände Dritter übergeben werden dürfen.</p> <p>Die Grünliberalen begrüssen grundsätzlich die Variante 2, jedoch unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) durchgeführt wird: Das BFS nimmt unseres Erachtens am geeignetsten die Rolle einer vertrauenswürdigen Instanz als Datenaggregator ein. Das BFS ist eine vertrauenswürdige Anlaufstelle, die den strengen Regeln des Datenschutzes unterliegt und eine politisch neutrale Bundesbehörde ist. Das BFS geniesst seit Jahren das Vertrauen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und hat Erfahrungen in der Datensammlung, der Veröffentlichung und der Zusammenfassung von verschiedenen Datenquellen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
glp	2	1		Die Grünliberalen begrüssen grundsätzlich die Variante 2 , jedoch unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) durchgeführt wird:	«Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> <u>betreibt...</u> » [mit entsprechenden Folgeanpassungen in den übrigen Artikeln der Variante 2]
glp	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet das Datenfeld «Geburtsdatum» als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse am Geburtsdatum bestehen sollte.	Anhang zu Art. 13 Abs. 2: Das Datenfeld Geburtsdatum (Ziff. 1.2) bleibt leer bzw. bei diesem Datenfeld ist das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
glp	15			Diese Bestimmung regelt die Verwendung der Daten zu statistischen Zwecken und zu Forschungszwecken, u.a. im Verhältnis zwischen dem BAG und dem BFS, und ist gemäss dem vorne vorgestelltem Vorschlag 3 zu überarbeiten.	
glp	22 (Var. 1)	1		Die Grünliberalen lehnen die Registerführung durch Dritte (Variante 1) ab. Als Eventualantrag, falls der Bundesrat an der Variante 1 festhalten sollte: Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch –	Ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1 gemäss Variante 1

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	<p>Die Grünliberalen begrüssen die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. Es ist nachgewiesen, dass mit der steigenden Zahl von niedergelassenen Ärzten auch die Kosten steigen. Die vorgelegte Methode zur Berechnung der Höchstzahlen überzeugt allerdings nicht (Art. 5 Absatz 1 und Art. 2 Absatz 1).</p> <p>Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten, die in Arztpraxen oder im spitalambulantem Bereich tätig sind, soll sich auf das Fachgebiet beziehen und an einem regionalen Versorgungsgrad orientieren. Eine Region kann sich über das Gebiet eines oder mehrerer Kantone, über ein kantonsübergreifendes Gebiet oder über einen Kantonsteil erstrecken. Diese Überlegungen sind zielführend, da Versorgungsregionen nicht an den Kantons Grenzen halt machen. Die Grünliberalen erinnern bei dieser Gelegenheit an ihre Forderung, mit maximal sechs Gesundheitsregionen die Koordination im Gesundheitssystem zu fördern und Überkapazitäten abbauen (20.4093 Motion von Nationalrat Jörg Mäder).</p> <p>Es werden mit der Verordnung ausserdem Rahmenbedingungen geschaffen, die eine gesamtschweizerisch einheitlicher Umsetzung ermöglichen. Auch das ist begrüssenswert.</p> <p>Kritisch sehen die Grünliberalen die Methode zur Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen. Gemäss Artikel 5 Absatz 1 der Verordnung legt das EDI für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest. Die Koeffizienten werden anhand eines gesamtschweizerisch einheitlichen Regressionsmodells des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen ermittelt. Die Koeffizienten bilden die Basis für die Bestimmung der Höchstzahlen. Weil das Regressionsmodell bei den Koeffizienten schweizweite Mittelwerte berechnet, besteht die Gefahr, dass ein zu hohes Leistungsniveau festgesetzt wird. Dies ist dann der Fall, wenn in einer Mehrheit der Kantone bereits ein Überangebot an ambulanten ärztlichen Leistungen zu verzeichnen ist.</p> <p>Die Berechnung der Höchstzahlen setzt ausserdem Datengrundlagen voraus, die den Entscheidungsträgern nicht oder nicht in genügender Qualität vorliegen. Die Vollzeittätigkeit als eine Tätigkeit an 10 Halbtagen pro Woche zu definieren (Art. 2 Abs. 3), ist zwar pragmatisch, da sie bereits so bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gesammelt werden – sie ist aber nicht genau genug. Ein Halbttag entspricht gemäss FMH 4–6 Stunden, was also einer Wochenarbeitszeit von 40-60 Stunden ergibt. Für den Versorgungsaspekt bzw. das Leistungsangebot ist es aber relevant, ob Ärztinnen und Ärzte im Vollzeitäquivalent 40 Stunden arbeiten oder aber 50% mehr. Es wird im erläuternden Bericht ausgeführt, dass es im spitalambulantem Bereich keine nationale Datenbank zum Beschäftigungsgrad resp. der Anzahl Vollzeitäquivalente gibt; diese müssen geschätzt werden, ausgehend vom Beschäftigungsgrad der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im untersuchten Fachgebiet. Diese Datengrundlage ist zu unsicher, um justitiabel zu sein.</p> <p>Je weniger präzise die Datengrundlagen für die Berechnungsmethoden sind und je mehr Annahmen getroffen werden müssen, desto eher werden die Höchstzahlen bzw. die darauf gestützten Entscheide vor den Gerichten landen. Bereits heute kommt es regelmässig zu Prozessen, in denen die</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Gesuchstellenden argumentieren, der jeweilige Kanton habe methodische Fehler bei der Prüfung der heute gültigen Beurteilungskriterien gemacht (Art. 5 VEZL). Meist wird geltend gemacht, der Zugang der Versicherten zu einer Behandlung innert nützlicher Frist sei falsch beurteilt oder der Beschäftigungsgrad der Personen im entsprechenden Fachgebiet sei ungenügend erhoben worden: Datengrundlagen, die immer wieder neu erhoben werden müssen, da es keine transparenten Angaben dafür gibt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



Envoi par courriel :
Tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

À l'attention du Département fédéral de l'intérieur DFI,
Office fédéral de la santé publique OFSP

Berne, le 18 février 2021

**Parti socialiste
suisse**

Theaterplatz 4
3011 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

**Consultation concernant la mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020
de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des
fournisseurs de prestations – modification de l'ordonnance sur l'assurance-
maladie OAMal et d'autres ordonnances**

Monsieur le conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Le Parti socialiste suisse (PS Suisse) vous remercie de l'opportunité qui lui est
accordée de se prononcer dans le cadre de la consultation concernant l'objet cité
en marge.

Contexte

Le 19 juin dernier, le Parlement a adopté le projet de révision de loi fédérale sur
l'assurance-maladie LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations.

Ce nouveau dispositif devrait permettre de renforcer les exigences en matière de
qualité et d'économicité que doivent remplir les fournisseurs de prestations admis à
pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il doit aussi mettre
à disposition des cantons un instrument plus efficace pour maîtriser l'offre des
prestations ambulatoires.

Ainsi, le Parlement a introduit une procédure d'admission formelle, soumise à la
surveillance des cantons. Il a également adapté les conditions d'admission des
médecins dans le domaine ambulatoire. Pour terminer, le législateur a souhaité la
création d'un registre des fournisseurs de prestations. Ces modifications de loi sont
donc concrétisées dans les différentes ordonnances qui nous concernent dans la
présente consultation.

**Ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui
fournissent des prestations ambulatoires**

Le PS Suisse, soutient, sur le principe, la mise en œuvre proposée. Néanmoins,
certaines dispositions éveillent des craintes, car leur mise en œuvre peut s'avérer
problématique.

L'ordonnance doit poser le cadre permettant une mise en œuvre homogène de l'art. 55a, al. 1 LAMal tout en donnant aux cantons une marge de manœuvre en matière de définition par domaine, de nombres maximaux de médecins, etc.

La modélisation est faite au niveau national afin de fixer un nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS par domaine. Pour aboutir à un coefficient de régression national par domaine, le DFI, avec les cantons, va se fonder sur le volume observé de prestation dans le domaine en question ainsi que sur d'autres facteurs déterminants tels que la démographie ou des facteurs inhérents à un domaine comme le taux d'hospitalisation, taux de mortalité, etc. Soulignons que les domaines de spécialisation se fondent sur les titres des spécialités (art. 3) comme édictés dans l'ordonnance sur les professions médicales (OPMéd).

Les cantons doivent procéder à une évaluation de leurs besoins objectifs d'approvisionnement en soins sur leur territoire en se fondant sur le coefficient de régression national par domaine. Ils doivent, de surcroît, prendre en compte des flux de patient-e-s entre les régions. Conjointement à l'estimation des besoins en soins, les cantons doivent calculer les capacités d'offre de prestations dans le domaine et la région pour laquelle ils souhaitent fixer un nombre maximal. L'analyse doit prendre en compte l'ensemble de l'offre ambulatoire, c'est-à-dire en cabinet et les secteurs ambulatoires des hôpitaux. Ces capacités d'offre sont mesurées en volume de prestations fournies.

Ainsi, le volume de capacité d'offre est mis en relation avec le volume couvrant les besoins en approvisionnement en soins. Le résultat de cette opération aboutit à un taux d'approvisionnement (sous-approvisionnement < 100% < sur-approvisionnement). Par l'intermédiaire de ce taux, ainsi que le nombre effectif d'équivalents plein temps par domaine et région, et en prenant en compte aussi un facteur de pondération, le canton obtient le nombre maximal de médecins autorisés à pratiquer dans un domaine et une région donnée.

Les premières difficultés que nous observons sont les capacités des cantons, en raison de leur taille et de leurs ressources administratives, à pouvoir répondre aux exigences demandées. Ainsi, il existe un risque que la mise en œuvre homogène recherchée soit un leurre et aboutisse *de facto* à des traitements différenciés des demandes d'admission.

Dans le calcul du nombre maximal de médecins, la non-différenciation du type de prestataire dans le volume de prestations observé (art. 1) pose aussi quelques problèmes ; en effet, la prestation peut être fournie par un médecin ou un médecin en formation. De même, dans le volume de prestations observé, il faut tenir compte que ces prestations peuvent être à la charge d'autres assurances que l'AOS, notamment l'assurance accident ou assurance militaire.

De surcroît, il est important de tenir compte du fait que la prise en charge des patient-e-s en ambulatoire est de plus en plus encouragée, ce qui signifie que cela va accroître les besoins en la matière. Ainsi, il est important, dans l'évaluation des besoins, que ces aspects soient aussi comptabilisés.

De plus, l'estimation des équivalents plein temps est aussi problématique à certains égards (art. 2) ; il est difficile de mettre sur un pied d'égalité la pratique ambulatoire dans un cabinet et celle faite dans les hôpitaux. À titre d'exemple, les horaires de travail ainsi que l'organisation du temps de travail sont très différents. De plus, les

hôpitaux ont un rôle dans la formation continue des médecins, notamment dans le domaine ambulatoire. Ainsi, il est impératif que les limitations de fournisseurs de soins n'aboutissent pas à des effets pervers pour la formation des médecins dans les domaines ambulatoires auprès des hôpitaux. En effet, l'ordonnance ne semble pas tenir compte du rôle formateur tenu par ces services. Ainsi, le PS rejoint les craintes exprimées par l'Association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC/VSAO).

La définition des régions et de leurs délimitations à l'art. 4 peut être aussi problématique, notamment en cas de conflit dans un contexte intercantonal ou si les cantons définissent différemment leurs régions pour une spécialité donnée. L'ordonnance dans ces cas d'espèce reste muette. Ainsi, il est nécessaire que des précisions soient édictées à ce sujet.

Ordonnance sur le registre des fournisseurs des prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins

Le PS Suisse plébiscite la variante 2 ; la tenue du registre doit être faite par l'OFSP, car son contenu présente un intérêt public prépondérant. De même, il contiendra des informations et des données qui méritent une protection adéquate. C'est pourquoi cette tâche doit pas être déléguée à des tiers.

Ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal

Le PS Suisse soutient la proposition faite par la fédération suisse des sages-femmes (FSSF/SHV) demandant l'introduction d'un nouvel article analogue à celui existant dans la législation vaudoise (art. 124b, Infirmiers praticiens spécialisés, loi sur la santé publique). En effet, les infirmiers/ères ainsi que les sages-femmes praticien-ne-s spécialisé-e-s de niveau master sont déjà une réalité dans le domaine des soins et seront de plus en plus nombreux. Il importe donc de les reconnaître à part entière dans la législation fédérale et de définir leur rôle.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions de recevoir, Monsieur le conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Parti socialiste suisse



Mattea Meyer
Co-présidente



Cédric Wermuth
Co-président



Anna Nuzzo
Secrétaire politique

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 17. Februar 2021

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern: Vernehmlassungsantwort der SVP Schweiz

Sehr geehrter Herr Bundesrat,

Aus Sicht der SVP Schweiz ist das unterbreitete Verordnungspaket ein tragbarer Ansatz. Bei der Ermittlung des regionalen Bedarfs nach ärztlichen Leistungen muss verhindert werden, dass es im ländlichen Raum zu einer Unterversorgung kommt. Gleichzeitig muss die Überversorgung mit teuren Spezialisten in den urbanen Zentren verhindert werden. Betreffend die Registrierung der Leistungserbringer bevorzugt die SVP die Variante 1, wonach Dritte mit der Registerführung betraut werden können.

Die SVP Schweiz begrüsst, dass Massnahmen zur Kostensenkung eingeleitet werden. Die steigenden Gesundheitskosten sind ein reales Problem der Bevölkerung, das von der Politik gelöst werden muss. Ein Grund ist die fortlaufende Mengenausweitung. Die Lösung dürfte jedoch nicht in weiteren direkten Staatseingriffen liegen, sondern in der Schaffung von guten Rahmenbedingungen, damit die Akteure des Gesundheitswesens (Leistungserbringer, Patienten, Versicherer) untereinander effiziente Lösungen aushandeln können. Die komplexe Regulierung sowie der mangelnde Wettbewerb sind wesentliche Kostentreiber im Gesundheitswesen. Dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen kann nur Einhalt geboten werden, indem Qualität, Transparenz, Kostenwahrheit und Eigenverantwortung gestärkt werden. Insofern hätte die SVP bevorzugt, wenn die Antwort des Gesetzgebers auf die Probleme im Gesundheitswesen mehr Eigenverantwortung und Vertragsfreiheit gewesen wäre. Die Umsetzung der Zulassungssteuerung hat darum möglichst schlank und unbürokratisch zu erfolgen.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Zu begrüssen ist, dass die Festlegung der Höchstzahlen nach Regionen und nicht kantonsweise erfolgt. Dadurch lassen sich die Märkte besser abbilden. Wichtig ist aus Sicht der SVP, dass den regionalen Bevölkerungsmerkmalen Rechnung getragen wird. Bei der Ermittlung des Bedarfs nach ärztlichen Leistungen muss verhindert werden, dass es im ländlichen Raum, in dem bereits heute ein ausgeprägter Ärztemangel herrscht, zu einer Unterversorgung kommt. Umgekehrt muss verhindert werden, dass es in den urbanen Zentren zu einer Überversorgung mit Spezialisten kommt, die die Gesundheitskosten weiter ansteigen lässt.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Aus Sicht der SVP muss das Zulassungsverfahren sicherstellen, dass die Sicherheit und das Wohl der Patienten gewährleistet werden und zugleich auf kostentreibende Zulassungsvoraussetzungen verzichtet wird. Da die meisten Patienten nicht fachkundig sind

und entsprechend über die Risiken und Nebenwirkungen von Heilbehandlungen aufgeklärt werden müssen, sind hohe Anforderungen an die Sprachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte zu stellen. Ansonsten ist darauf zu achten, dass keine zu hohen Hürden bei der Zulassung aufgestellt werden. Hohe Hürden bei der Zulassung verursachen nämlich ebenfalls Regulierungskosten. Je strenger die Zulassungsvoraussetzungen formuliert sind, desto eher werden die Leistungserbringer versucht sein, diese Regulierungskosten auf die OKP zu überwälzen, wodurch neue Staatseingriffe erforderlich werden.

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Zu den Anpassungen der KLV gibt es seitens der SVP keine Bemerkungen.

Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Das BAG hat in der Corona-Pandemie wiederholt bewiesen, dass es überfordert ist. Aus Sicht der SVP ist die Aufgabe, das Register zu führen, nicht zwingend dem BAG zu übertragen. Dritte dürften genauso gut in der Lage sein, so dass sie mit der Registerführung betraut werden können. Voraussetzung bildet, dass die Anforderungen an den Datenschutz, insbesondere beim Sammeln und der Weitergabe von Daten, erfüllt werden. Der vorliegende Entwurf (Variante 1) scheint diesbezüglich eine praktikable Lösung zu sein.

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

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Präsident



Marco Chiesa, Ständerat

Der Generalsekretär



Peter Keller, Nationalrat

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete

Abkürzung der Firma / Organisation : SAB

Adresse : Seilerstrasse 4, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Christine Bulliard Marbach, Präsidentin / Thomas Egger, Direktor

Telefon : 031 382 10 10

E-Mail : info@sab.ch

Datum : 11. Dezember 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	_____ 3
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	_____ 4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	_____ 5

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Mit der Revision der KVV und KLV werden die Zulassungsbedingungen für Leistungserbringer im ambulanten Bereich definiert. Diese Zulassungsbedingungen sind ein direktes Erfordernis aus dem revidierten KVG, namentlich Art. 35 und 36a. Wir nehmen hier nicht direkt zu diesen Zulassungsbedingungen Stellung, sondern gestatten uns zwei weitergehende Hinweise.</p> <p>(1) In etlichen Bergregionen wird der Mangel an Hausärzten immer akuter. Praxen können nicht mehr besetzt werden, die Patientinnen und Patienten müssen - sofern sie überhaupt mobil sind - grössere Distanzen in Kauf nehmen, die Versorgung von Touristen während der Hochsaison ist vor Ort nicht gewährleistet. Diese Situation darf einerseits durch die Zulassungsbedingungen nicht noch weiter verschärft werden. Der Bedarf nach Hausärzten muss auch durch ausländische Fachpersonen gedeckt werden können. Deren Zulassung darf nicht an einem Prüfverfahren scheitern, das in seinen Ansätzen teilweise an die Einbürgerungsprüfung erinnert.</p> <p>(2) Andererseits müssen vermehrt auch neue Versorgungsmodelle zum Einsatz gelangen können. Die Revision des KVG zeigt hier leider keine Optionen. Neue Modelle sind zum Beispiel der Einsatz von Advanced Practise Nurses, der vermehrte Einsatz von E-Health und Telemedizin usw. Wir haben einige dieser Ansätze in einem kurzen Bericht zusammengetragen, welcher unter http://www.sab.ch/politik/bergbevoelkerung-und-sozialpolitik.html abgerufen werden kann. Gerne sind wir bereit, mit dem BAG darüber zu diskutieren, wie derartige Ansätze in Zukunft unterstützt werden können.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Mit der Registerverordnung wird ein neues Register geschaffen. Der administrative Aufwand für das medizinische Personal steigt damit einmal mehr. Wir anerkennen die Bemühungen des BAG, möglichst Schnittstellen mit bereits bestehenden Registern auszuloten und so Synergien zu nutzen. Wir vermissen aber eine Analyse darüber, ob es nicht möglich wäre, bestehende Register aufzuheben und ganz durch das neue Register zu ersetzen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Für die SAB ist die Höchstzahlenverordnung das Kernelement der vorliegenden Verordnungsrevisionen. Die SAB hat in der Vergangenheit schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die medizinische Versorgungslage in den verschiedenen Landesgegenden völlig unterschiedlich ist. Während in einigen städtischen Räumen eine deutliche Überversorgung mit entsprechenden Kostenfolgen zu erkennen ist, herrscht in etlichen Bergregionen eine starke Unterversorgung. Dies betrifft nicht nur die Hausärzte, sondern auch andere Bereiche wie Augenärzte, Gynäkologen, psychiatrische Betreuung usw. Der Bericht von B.S.S. vom September 2020 bestätigt diesen Befund. Die Gesundheitspolitik war bis anhin räumlich blind. Sie kannte keine regionale Differenzierung. Schweizweit einheitliche Regeln wie z.B. der nationale Ärztestopp verschärfen aber die Problemlage in den unterversorgten Regionen. Es ist deshalb wichtig, dass in Zukunft vermehrt auf diese regionalen Unterschiede Rücksicht genommen und die Gesundheitspolitik entsprechend ausgerichtet wird.</p> <p>Der Vorschlag für die Berechnung der Höchstzahlen basiert nun genau auf diesem Verständnis und wird deshalb von uns unterstützt. Dabei muss für die Analysen grundsätzlich eine möglichst feingliederige räumliche Auflösung gewählt werden (Gemeindeebene). Die Daten können dann je nach Fachgebiet aggregiert werden. Bei Hausärzten, die den Patientinnen und Patienten naturgemäss als erste Ansprechperson sehr nahe stehen, sollten die Daten nicht höher als auf Bezirksebene aggregiert werden. Leistungen der Spitzenmedizin hingegen können auf einer höheren Ebene (Kantone) aggregiert werden. Dieser Punkt der räumlichen Auflösung wird entscheidend sein für die Umsetzung des vorgeschlagenen Konzeptes. Völlig falsch wäre es z.B., wenn die Versorgung mit Hausärzten auf kantonaler oder überkantonaler Ebene gemessen würde. Ein weiterer entscheidender Punkt für die Umsetzung ist die «exogene» Nachfrage. Damit sind einerseits die überkantonalen Patientenströme gemeint, die mit dem Modell erfasst werden. Gerade für die Berggebiete ist aber auch die Nachfrage, welche durch Touristinnen und Touristen generiert wird, entscheidend. Die medizinische Versorgung in den Bergregionen muss immer auf die Nachfragespitze während der touristischen Hochsaison ausgelegt werden. Diese ist in der Regel im Winter, wenn ohnehin schon mit mehr Konsultationen zu rechnen ist (Grippezeit, Stürze usw.). Die Berechnungen von B.S.S. haben diesen Faktor nicht erfasst. Die im Bericht von B.S.S. publizierten Karten sind in diesem Sinne lückenhaft. Der Bericht hat aber die Lücke identifiziert und klar auf den Handlungsbedarf hingewiesen. Das Modell des BAG greift diesen Punkt nun auf, indem die Kantone einen Gewichtungsfaktor einführen können. Dieser Gewichtungsfaktor ist aus unserer Sicht extrem wichtig und muss unbedingt eingeführt werden. Als weitere Punkt muss die Datenlage verbessert werden. Es kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass die aktuelle medizinische Versorgung gut ist und damit der aktuelle Zustand als Referenzwert genommen werden kann. Verschiedene Indikatoren wie die Morbidität der Bevölkerung und die durch den Tourismus ausgelöste Nachfrage müssen zudem detaillierter erfasst werden.</p>

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

Paudex, le 19 février 2021
JSV/elm

**Mise en œuvre de la révision LAMal (admission des fournisseurs de prestations) –
modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et d'autres ordonnance**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous nous référons à la consultation citée en titre et vous faisons part de nos remarques à son sujet.

I. Remarques préliminaires

La révision des diverses ordonnances proposée dans le cadre de cette révision fait suite à l'adoption par le Parlement, en date du 19.06.20, du projet de révision de la LAMal portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (actuel art. 55a LAMal, limité au 30.06.21).

Il n'est pas question de remettre en question ici les dispositions qui ont été introduites dans la loi, même si elles ne sont pas satisfaisantes. En revanche, les ordonnances d'exécution ont une marge de manœuvre permettant d'appliquer la loi de manière plus ou moins satisfaisante. En l'occurrence, les propositions de modifications formulées dans les diverses ordonnances tendent à durcir encore la révision de la LAMal. Elles vont inévitablement entraîner des problèmes de recrutement des médecins spécialistes, augmenter la bureaucratie et l'insécurité juridique et empêcher les talents d'entrer sur le marché en les décourageant de faire carrière. Ce train de nouvelles réglementations contribuera en outre à asseoir la position des prestataires de soins déjà installés et ne constitue par conséquent pas une incitation à améliorer la qualité des soins et leurs coûts. Enfin, ces restrictions constituent une atteinte importante au principe constitutionnel de la liberté économique.

II. Expériences du Canton de Vaud

La pratique de l'Etat de Vaud en matière de limitation des droits de pratique a fait l'objet d'un rapport du Contrôle cantonal des finances qui a mis en lumière des dysfonctionnements importants du service chargé de délivrer les autorisations¹. On citera en particulier des bases de données incomplètes et non actuelles, un dysfonctionnement dans l'émission des autorisations qui crée des problèmes pour les structures hospitalières et engendrent une pénibilité pour le personnel en place, etc. En outre, un arrêt du Tribunal administratif fédéral du 18 mai 2018 a également souligné des problèmes relatifs à l'instruction des dossiers et des données à disposition, en particulier concernant les taux d'activité des médecins installés. Même si des correctifs sont mis en œuvre, on constate d'emblée les difficultés bureaucratiques et administratives qui découlent d'un tel système et le risque inévitable d'arbitraire qui en résulte.

III. Commentaires généraux sur le projet

La fixation du nombre maximal de médecins fournissant des prestations ambulatoires se fonde sur :

- Une modélisation nationale ;
- Une estimation du besoin en soins régional ;
- Un calcul du taux d'approvisionnement régional ;
- Un calcul du nombre maximal d'EPT au niveau régional.

Sans chercher à entrer dans les détails, on constate que la définition du nombre maximal de médecins admissibles dépendra d'un modèle statistique (régression, valeurs de référence par domaine...), de l'observation des besoins en soins de la population qui est une « construction latente et non observable », etc.

En résumé, l'interprétation des modèles utilisés permettra de tirer à peu près n'importe quelles conclusions justifiant une limitation des droits de pratiquer, ce qui – in fine – est le seul objectif poursuivi par ce train de mesures. On se borne simplement à lui donner une apparence de caution scientifique.

On devrait dès lors, à tout le moins, prévoir une méthode correctrice qui permette d'introduire une certaine souplesse dans le système, par exemple sous la forme d'une marge de dix pour cent supplémentaire par an. Cela permettrait de conserver un minimum de capacité d'innovation en faveur des soins de santé ambulatoires.

Enfin, les exigences posées pour les médecins qui souhaiteraient s'installer posent de multiples problèmes du point de vue de la libre-circulation. Elles risquent d'empêcher des spécialistes reconnus dans leur domaine de s'installer en Suisse, réduisant ainsi l'attractivité de notre pays et appauvrissant à terme la qualité de l'offre médicale.

En particulier, on mentionnera que les conditions relatives aux connaissances linguistiques requises sont problématiques. Si l'on comprend l'intérêt qu'un médecin puisse communiquer de manière fluide avec son patient, les exigences posées vont bien trop loin et on ne voit pas en quoi il est utile d'exiger qu'un médecin comprenne dans la

¹ https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/SG-DSAS_2018-411_Remuneration_Rapdef_11-03-19.pdf

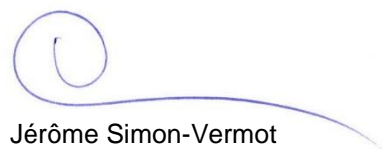
langue de la région où il pratique « les points essentiels de textes complexes consacrés à des sujets concrets ou abstraits et [qu'il en saisisse] les significations implicites ». Il semble en effet que l'élément le plus important de la pratique médicale résulte dans le fait que le médecin maîtrise les tenants et aboutissants de son domaine d'activité. Or, il se trouve que la langue principale des publications scientifiques médicales de qualité demeure encore dans une large mesure l'anglais.

IV. Conclusion

Sur la base des remarques qui précèdent, nous ne souscrivons pas aux modifications d'ordonnances telles que proposées. Ce projet devrait à tout le moins être corrigé sur ses points les plus contestables, tels qu'ils sont mis en évidence ci-dessus, de manière à rendre moins problématique l'application des nouvelles dispositions de la LAMal.

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

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : economiesuisse

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Hegibachstrasse 47

Kontaktperson : Fridolin Marty

Telefon : 044 421 35 26

E-Mail : fridolin.marty@economiesuisse.ch

Datum : 19.2.21

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	5
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	6
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	7
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	9
Weitere Vorschläge	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
economiesuisse	<p>Die Wirtschaft setzt sich für einen regulierten Leistungswettbewerb im Gesundheitswesen ein. Denn ohne Leistungswettbewerb wird man kein hochwertiges Gesundheitssystem erhalten können. Einerseits wird es dann schwierig, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen und andererseits werden allfällige Über-, Unter- und Fehlversorgungen zunehmen. Eine staatliche Regulierung der Leistungserbringer wird aus unserer Sicht scheitern. Wir kennen es von anderen regulierten Branchen. Häufig wechseln sich Überangebot (z.B. Milchschwemme) und Unterangebot (z.B. Lehrermangel) ab.</p> <p>Lockerung des Vertragszwangs statt staatlicher Angebotssteuerung</p> <p>Die bisherige Zulassungssteuerung verursacht erheblichen bürokratischen Aufwand und ist ineffizient. Eine Fortsetzung dieses Systems lehnt economiesuisse deshalb ab. Statt staatlicher Angebotssteuerung schlägt die Wirtschaft vor, die Vertragsfreiheit differenziert einzuführen. Zusätzliche, formale Zulassungsverfahren braucht es hierfür nicht.</p> <p>Eine dezentrale Lösung der Vertragsfreiheit ist bedarfsgerechter: Sie erlaubt flexiblere Anpassungen und ermöglicht, zeitnah auf Veränderungen der Nachfrage zu reagieren. Ferner können die kantonalen Bedürfnisse besser abgedeckt werden. Die angestrebten Qualitätserfordernisse lassen sich weiterhin auf Ebene der Ergebnisqualität erreichen. Ausserdem erlaubt das System der Vertragsfreiheit auch hinreichend differenzierte Lösungen, die dem jeweiligen Bedarf entsprechen. Die Vertragsfreiheit kann vollständig, für bestimmte Facharztgruppen oder in gewissen Regionen eingeführt werden, sodass der Zugang zu einer zeitnahen und hürdenfreien Diagnose und Therapie durch die Fachärzte sichergestellt bleibt.</p>
economiesuisse	<p>Im Sinne der obigen Ausführungen sind wir mit der Zulassungsvorlage äusserst unglücklich und plädieren für ein Ausführungsrecht, welches den Gesetzestext keinesfalls verschärft.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
economiesuisse	Die Wirtschaft zieht Variante 1 (Übertragung der Registerführung an einen Dritten) der Variante 2 vor. Im Rahmen der Ausschreibung sollten auch qualitative Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden.
economiesuisse	Die Spitex-Organisationen sollten nicht einer neuen, zusätzlichen Zulassung unterstellt werden, sondern behandelt werden wie bisher. Die Spitex-Organisationen haben nämlich klare Strukturen und Betriebsbewilligungen und damit einen institutionellen Charakter. Sie sollten daher nicht gemäss KVG Art. 35 Abs. 2 Bst. e mit freiberuflich tätigen Pflegefachleuten zusammengenommen werden. Entsprechend sprechen wir uns dafür aus, sie explizit aus der Regelung herauszunehmen.
economiesuisse	<p>Bezüglich der Daten, die im neuen Register erfasst werden müssen, gilt es zu beachten, dass hier in Zukunft kein unnötiger Ausbau ermöglicht wird. Die aktuell verlangten Daten sind nachvollziehbar und mit angemessenem Aufwand zu erbringen.</p> <p>Die Gebührenforderung in Art. 22 ist kritisch zu betrachten. Da die Leistungserbringer keine Wahl bezüglich Eintragung im Register haben, ist es fragwürdig, ihnen diese Kosten anzulasten. Hier sollte der Bund die Kosten vollumfänglich tragen, da er das Register wegen einem Antrag von Bundesrat und Parlament einführt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
economiesuisse	21	3		Registerverordnung (Variante 1 und 2): Die Kosten für Einspeisung und Betrieb sollten vom Bund getragen werden, da die Leistungserbringer aufgrund der gesetzlichen Grundlage keine Wahl bezüglich Nutzung haben.	<i>Neuer Absatz 3:</i> « ³ Die Kosten für die registerführende Stelle werden vom Bund getragen.»
economiesuisse	22			Registerverordnung (Variante 1 und 2): Das Register sollte den sich zwangsweise eintragenden Leistungserbringen keine zusätzlichen Kosten generieren.	<i>Streichung Artikel 22</i>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
economiesuisse	<p>Verzicht auf kantonale Mindest- und Höchstzahlen</p> <p>Die Wirtschaft lehnt die vorgesehenen kantonalen Höchstzahlen ab. Erstens sind diese schwierig zu bestimmen und hinken der Dynamik hinterher. Zweitens würden die kantonalen Rollenkonflikte mit solchen Steuerungselementen verstärkt. Drittens repräsentieren kantonale Grenzen die Patientenströme schlecht. Versorgungsräume verlaufen nicht entlang den Kantonsgrenzen und sind heute je nach Bereich regional, überregional oder national. Mindest- und Höchstzahlen pro Kanton ergeben daher keinen Sinn. Sie zementieren lediglich die föderalen Strukturen, die einem effizienten Gesundheitswesen teilweise im Wege stehen.</p> <p>Die Entwicklung wichtiger Pfeiler des Gesundheitswesens, wie Digitalisierung und generell Innovation wird stark behindert, wenn man jungen Ärztinnen und Ärzten eine Zulassung verweigert. Dies wird jedoch genau passieren, denn es ist kaum möglich Höchstzahlen durchzusetzen, indem man älteren Ärzten bestehende Zulassungen entzieht. Letzteres ist auch nicht fair gegenüber verdienten Leistungserbringern. Die Rechtssicherheit für den Ärzteberuf wird in jedem Fall geschwächt und die Abhängigkeit von ausländischen Ausbildungseinrichtungen zementiert.</p>
economiesuisse	<p>Der vorliegende Entwurf enthält zu viele technische Aspekte bzw. auch zu viele methodische Vorgaben. Demzufolge schränkt er in dieser Form eine angemessene und praxisnahe Umsetzung allzu sehr ein. Als Beispiel kann der Status Quo-Bias genannt werden: Für den Versorgungsbedarf wird die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem heutigen Versorgungsniveau entspricht. Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Das widerspricht nicht nur der gängiger Einschätzung vieler Expert/innen, sondern auch früheren Verlautbarungen des BAG (https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-53400.html). Es ist absurd, den Versorgungsgrad aufs heutige Niveau einzufrieren.</p>
economiesuisse	<p>So wie das Regressionsmodell skizziert ist, wird es innovative Entwicklungen behindern. Es müsste deshalb unbedingt auch qualitative Aspekte der Versorgung mitberücksichtigen. Zudem bleiben Aspekte der Nachfrage unberücksichtigt. Beispielsweise bleiben kulturelle Besonderheiten auf der Strecke: Beabsichtigt man wirklich, die Gesundheitsnachfrage in der Westschweiz mit jener der Ostschweiz gleichzuschalten?</p>
economiesuisse	<p>Die Verordnung berücksichtigt die Besonderheiten von spital-ambulant Settings bei der Festlegung der Höchstzahlen ungenügend.</p> <p>Für die Patienten ist es wichtig, dass deren Behandlung ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt, nicht danach, ob ein Leistungserbringer für die stationäre Leistung eine Zulassung hat, für dieselbe Leistung im ambulanten Bereich aber nicht. Der zukünftig verschärfte Artikel 55a KVG schliesst stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten für die ambulante Leistungserbringung aber aus und</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Patientinnen und Patienten müssten an andere Ärztinnen und Ärzte überwiesen werden, falls die Höchstzahlen im jeweiligen Fachgebiet erreicht sind. Dies schwächt einerseits die Qualität der Versorgung und andererseits behindert dies die Maxime «ambulant vor stationär».
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und
weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Forum Gesundheit Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : FGS

Adresse : Zytgloggelaube 4, 3011 Bern

Kontaktperson : Bettina Mutter

Telefon : 031 311 25 65

E-Mail : contact@forumgesundheitschweiz.ch

Datum : 10.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 19.2 an folgende E-Mail Adressen:
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln der Verordnung über die Krankenversicherung und zu deren Erläuterungen	4
Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich: Variante 1 und 2	8
Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	8
Weitere Vorschläge	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Forum Gesundheit Schweiz	<p>Das Forum Gesundheit Schweiz (FGS) vereint Parlamentarier, Fachleute aus dem Gesundheitswesen sowie Wirtschaftsvertretende und wird von santésuisse, Interpharma, dem Konsumentenforum KF, pharmaSuisse, der FMCH sowie der vips mitgetragen. Wir setzen uns für ein liberales, qualitativ hochstehendes und finanzierbares Gesundheitswesen ein.</p> <p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen dieses Vernehmlassungsverfahrens. Gestatten Sie uns, vorab einige grundsätzliche Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weitere Verordnungen anzubringen:</p> <p>Wir begrüßen den parlamentarischen Beschluss, die Zulassung von Leistungserbringern langfristig gesetzlich zu regeln. Dies ermöglicht den Erhalt unserer hohen Qualität im Gesundheitswesen und eine Planungssicherheit für alle beteiligten Akteure.</p> <p>Der vorliegende Entwurf gibt den Kantonen einen guten und sinnvollen Rahmen, innerhalb dessen sie die Zulassung der Leistungserbringer bzw. einzelner medizinischer Fachgebiete in ihrem jeweiligen Kantonregeln können. Die Vorlage trägt den unterschiedlichen Situationen innerhalb der Kantone Rechnung und entspricht dem Föderalismus-Gedanken, der in der Schweiz und in unserem Gesundheitssystem gelebt wird.</p> <p>Grundzüge des Entwurfs</p> <p>Das FGS setzt sich für eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung ein. Die vorgelegten Kriterien der Qualität, Ausbildung und Weiterbildung sind wichtig für die Gewährleistung unseres hochstehenden Gesundheitswesens. Zudem ist die Verpflichtung eines Anschlusses an ein elektronische Patientendossier ein Schritt in die richtige Richtung und entspricht auch dem Fortschritt in der Digitalisierung. Längerfristig können dank elektronischen Patientendossiers Fehlbehandlungen vermieden und folglich Kosten gespart werden.</p> <p>Wir bitten Sie, unsere Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidungsfindung aufzunehmen und bedanken uns für den Einbezug unserer Argumente.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln der Verordnung über die Krankenversicherung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FGS	30	1	a + b	Für die Gewährleistung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitswesens ist die adäquate Datenerhebung und -auswertung wichtig. Dabei muss jederzeit sichergestellt sein, dass der Datenschutz stets gewährleistet ist.	
FGS	38	3		<p>Das FGS begrüsst erhöhte Anforderungen an die Sprachkenntnisse der Leistungserbringer (Niveau C1 vgl. Erläuternder Bericht zur Änderung der KVV und KLV vom 04.11.2020, S. 5). Dies fördert einerseits die Qualität und stellt andererseits sicher, dass das bereits hohe Qualitätsniveau beibehalten werden kann.</p> <p>Wird der Sprachnachweis mittels Maturitätsprüfung nicht bis zum Inkrafttreten der KVG Änderung in die Medizinalberufeverordnung aufgenommen, wird es für die Berufsausübungsbewilligung und Zulassung zur Abrechnung unterschiedliche Sprachanforderungen geben. Dies ist unbedingt zu vermeiden.</p>	
FGS	40-56			<p>Die Zulassungsvoraussetzungen für die weiteren Leistungserbringer entsprechen den Anforderungen der Qualitätssicherung und tragen zudem dazu bei, dass einheitliche Regelungen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen existieren. Das FGS begrüsst aus diesen Gründen die Aufnahme dieser Bestimmungen in die KVV.</p> <p><u>Leistungserbringer müssen jeweils nachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar. Die Vorlage beantwortet und regelt folgende Fragen nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wird diese Bringschuld nach erteilter OKP-Zulassung durch die Kantone eingefordert? 	

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen Vernehmlassungsverfahren

			<ul style="list-style-type: none"> In welchem Verhältnis stehen die Qualitätsanforderungen der Kantone - welche erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar sind - zu den Forderungen nach Qualitätsentwicklung aus den Qualitätsverträgen der Verbände? <p>Das FGS hält fest, dass die Kompetenzen sich hier überlappen. Es besteht Klärungsbedarf.</p>	
FGS	58g		<p>Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbringen unterschiedliche Leistungen, mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen für die Zulassung. Diese Anforderungen bilden die Grundlage für die Qualitätsentwicklung.</p> <p>Es fehlt eine Übersicht der den Qualitätsbereich betreffenden Gesetzesrevisionen und deren Verordnungen. Diese Gesamtsicht sollte darlegen, welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung auf den Bundesrat, die Kantone, die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer anfallen. Der Grundsatz des Kongruenzprinzips besagt, dass Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung deckungsgleich an Stellen übertragen sein muss. Die Einhaltung dieses Grundsatzes in den Gesetzes- und Verordnungstexten, auch aus den Erläuterungen dazu, ist nicht immer ersichtlich. Daraus resultieren Überschneidungen und Widersprüche zwischen den folgenden drei Gesetzesanpassungen samt deren Verordnungstexten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einheitliche Planungskriterien auf Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 Abs. 2ter KVG i.V.m. Art. 58d Abs.3-5 nKVV); 2. Zulassung von Leistungserbringern (Art. 36a nKVG i.V.m. Art. 58g nKVV); und 3. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 58a Abs. 1-2 nKVG i.V.m. Art. 77a nKVV). <p>Diese drei Gesetzesrevisionen scheinen nicht vollständig aufeinander abgestimmt zu sein. Auch die Erläuterungen zu diesen drei Vorlagen bringen keine Klarheit über deren Zusammenspiel. Gemäss Voten im Parlament¹ wäre die Idee, dass die Kantone im Rahmen der Zulassung resp. der Versorgungsplanung die Einhaltung von</p>	

¹ BR A. Berset AB 2020 N 59 / BO 2020 N 59: D'un côté, les cantons ont la responsabilité de contrôler les admissions et le respect des critères définis par la loi. De l'autre côté, les assureurs ont le devoir de surveiller non seulement la qualité des prestations fournis, mais aussi leur économicité. Cela nous paraît effectivement entrer en relation et en résonance avec le projet de renforcement de la qualité et de l'économicité qui est en train d'être mis en œuvre.

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen Vernehmlassungsverfahren

				<p>Mindestanforderungen an Qualität prüfen. Nach erfolgter Zulassung resp. Erstellung der Angebotsliste sollte es Aufgabe der Verbände der Leistungserbringer und Versicherer sein, basierend auf die Qualitätsverträge die Umsetzung einer stetigen Qualitätsentwicklung bei den Leistungserbringern einzufordern.</p> <p>Aus den Gesetzes- und Verordnungstexte dieser drei Revisionen lässt sich diese Aufteilung jedoch nicht ableiten. Die Folge sind unterschiedliche Auslegungen bei den Kantonen, den Verbänden der Leistungserbringer und denjenigen der Versicherer. Da im zeitlichen Ablauf die Einführung der Gesetzesrevision bezüglich <i>Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit</i> als erstes erfolgen wird (voraussichtlich 1. April 2021), sind die Vorbereitungsmaßnahmen in diesem Bereich am weitesten fortgeschritten. Zudem ist den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer eine einjährige Frist bis voraussichtlich 31. März 2022 eingeräumt für die Einreichung der Qualitätsverträge. Die Rechtsunsicherheit beim Zusammenspiel der drei Gesetzesrevisionen könnte jedoch die Ausarbeitung der Qualitätsvereinbarungen erschweren. Auch hier gilt es, abschliessend Klarheit zu schaffen.</p>	
FGS	58g		a	<p>Qualifiziertes und ausreichendes Personal ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Qualität im Gesundheitswesen. Das Sicherstellen dieser Strukturqualität liegt jetzt schon im Zuständigkeitsbereich der Kantone. Hingegen bleibt unklar, was mit «erforderlich» gemeint ist. Die Frage, welche Anforderungen zu welcher Zeit sichergestellt werden müssen, bedarf einer Präzisierung.</p>	
FGS	58g		b	<p>Die Pflicht zur Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems ist erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar. Die Unterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems ist eine Daueraufgabe und muss laufend und repetitiv erfüllt werden. QMS sind als qualitätssichernde Instrumente wichtig. Es muss jedoch gewährleistet werden, dass Leistungserbringer im Umgang mit solchen Systemen geschult werden. Die Leistungserbringer sind in der Verantwortung. Sie sind angehalten das passende und geeignete QMS zu verwenden.</p> <p>Die Kantone können diesen Punkt bei Erstzulassung somit nicht überprüfen, sondern erst im Rahmen der Berufsausübung. Somit müssten die Kantone nach erteilter OKP-</p>	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Zulassung die Unterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems überprüfen. Die Regelung der Qualitätsentwicklung ist Angelegenheit der Verbände der Leistungserbringer und Versicherer im Rahmen der Qualitätsverträge.</p> <p>Es stellen sich somit folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie werden die Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung der Kantone von derjenigen der Verbände abgegrenzt? • Wie lässt sich die in den Qualitätsverträgen geforderte Qualitätsentwicklung vom bei der Zulassung geforderten Qualitätsmanagementsystem abgrenzen? <p>Dieser Verordnungsvorschlag ist so nicht umsetzbar. Die Kompetenzen überschneiden sich.</p>	
FGS	58g		c	<p>Massnahmen zur Minimierung von Fehlern sind wichtig und nötig. Diese Massnahmen dürfen aber nicht zu mehr Bürokratie führen. Es ist unklar, wie ein solches Konzept für eine Sicherheitskultur beschaffen wäre und auch wird aus den Bestimmungen nicht klar, was ein Reporting-Netzwerk ist. Die Verantwortung sollte bei der Branche und den Fachkräften liegen und nicht beim Staat. Zudem bestehen bereits Organisationen die die Qualitätssicherung gewährleisten wie z.B. der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken).</p> <p>Die Entwicklung einer Sicherheitskultur ist erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p>	
FGS	58g		d	<p>Es gelten dieselben Überlegungen wie bei lit b angemerkt. Die Verordnung ist so nicht umsetzbar. Die Kompetenzen überschneiden sich.</p> <p>In den Qualitätsverträgen ist die Qualitätsmessung zu vereinbaren. Diese kann sich auf die hier bei der OKP-Zulassung überprüfte Ausstattung abstützen.</p> <p>Was geschieht, wenn ein Leistungserbringer die bei der OKP-Zulassung damals vorhandene Ausstattung im Rahmen seiner Berufsausübung nicht mehr unterhält oder auf dem notwendigen technischen Stand hält? Bleibt es Aufgabe der Kantone, dies einzufordern und können sich die Verbände darauf verlassen?</p>	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich: Variante 1 und 2					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FGS				Das FGS lehnt die Führung des Leistungserbringerregister durch das BAG ab. Wir halten es für effizienter und kosteneffektiver, wenn das Register durch eine verwaltungsexterne, unabhängige Stelle geführt wird. Zu bevorzugen ist eine Lösung durch einen Dritten, bei dem schon viele der im Register verlangten Daten vorhanden sind. Dies würde den Aufbau und die Verwaltung des Registers stark vereinfachen. Insbesondere würde sich so der benötigte Aufwand bezüglich Personal, Wissen und Erfahrung sowie Technik/Infrastruktur positiv auf die Kosten auswirken. Wir unterstützen folglich die Variante 1.	
Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FGS				<p>Es ist grundsätzlich wichtig und richtig, dass den Kantonen ein Instrument zur Verfügung gestellt wird, mit dem sie bei Bedarf Höchstzahlen innerhalb ihres Kantons für ein medizinisches Fachgebiet festlegen kann. Eine Überversorgung führt zu höheren Ausgaben und ist somit zu vermeiden.</p> <p>Die in der Vorlage vorgelegten Berechnungen basieren auf regionalen Daten, die Umsetzung erfolgt dann aber kantonal. Es ist unbedingt zu verhindern, dass es hier zu Missverständnissen und Unklarheiten zwischen einzelnen Kantonen, die sich eine Region teilen, kommt. Es muss sichergestellt sein, dass die Kantone autonom Zulassungsbeschränkungen definieren können. Zudem sollen Zulassungsbeschränkungen nicht zu einem Rückgang an Nachwuchs-Ärztinnen und -Ärzten in den betroffenen Fachbereichen führen. Der Schweizer Fachkräftepool ist</p>	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>grundsätzlich klein. Wo nötig und möglich müssen genug Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.</p> <p>Ein wichtiger Aspekt bei der Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation ist zudem die geografische Verteilung und die Verteilung nach Facharztgruppen. So ist es möglich, dass Über- und Unterversorgung in der Schweiz gleichzeitig stattfinden, da regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgungsstruktur und regionale Unterschiede im Angebot von Fachärzten bestehen. Mit dem vorgeschlagenen Model werden solche Über- und Unterversorgung auf eben Schweiz nicht erkannt.</p>	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Eidgenössisches Departement des Innern
Effingerstrasse 20
3008 Bern

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 3. Februar 2021

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Im Folgenden nehmen wir dazu gerne Stellung, wobei wir uns auf die zentrale "Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich" beschränken und uns dabei insbesondere auf die detaillierten Ausführungen des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO stützen.

Der SGB befürwortet die vorgeschlagene Umsetzung grundsätzlich. Wir befürchten allerdings, dass die Kantone in ihrer Unterschiedlichkeit betreffend Grösse und dementsprechend verfügbarer Verwaltungsressourcen nicht alle in der Lage sein werden, den an sie gerichteten Anforderungen zu entsprechen. Es besteht die Gefahr, dass im Ergebnis nicht für die gesamte Schweiz Verhältnisse resultieren, welche den Ansprüchen an eine professionelle, vergleichbare und auf Gleichbehandlung der eine Zulassung beantragenden Ärztinnen und Ärzte bzw. der zu versorgenden Patientinnen und Patienten zu genügen vermögen.

Ganz entscheidend ist daher die sich aus dem Gesetz ergebende Verpflichtung zur interkantonalen Koordination. Im Verordnungsentwurf wird dazu in Art. 9 festgelegt, dass einerseits das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen beurteilt werden muss und andererseits die Festlegung der Höchstzahlen selbst in koordinierter Weise zu geschehen hat. Dies hat, drittens, unter – in Art. 6 detailliert definierter – Berücksichtigung der interkantonalen PatientInnenströme zu geschehen. Der SGB befürwortet all diese Vorgaben und geht davon aus, dass zu deren Umsetzung insbesondere der Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen eine herausragende Rolle zukommen wird.

Das Gesetz (Art. 55a KVG) sieht zudem vor, dass die Festlegung der Höchstzahlen auf der Ermittlung eines regionalen Versorgungsgrads zu beruhen hat, wobei die Definition einer "Region" gemäss Art. 4 des präsentierten Verordnungsentwurfs sämtliche Formen zwischen einem Kantons- teil und dem Zusammenschluss mehrerer Kantone annehmen kann. Es ist zu hoffen – bzw. dies sollte in der vorliegenden Verordnung mit weiteren Vorgaben zusätzlich gefördert werden –, dass insbesondere kleinere bzw. bezüglich PatientInnenströme stark vernetzte Kantone möglichst zahlreich eine interkantonale Versorgungsplanung anstreben. Dabei könnten aber unterschiedliche

Auffassungen schnell Probleme machen: Was passiert etwa, wenn Kantone ihre Versorgungsregionen für bestimmte Fachgebiete im interkantonalen Kontext unterschiedlich definieren und sich nicht einigen können? Oder was geschieht, wenn hinsichtlich einer Versorgungsregion eine überkantonale Zusammenarbeit die einzig sinnvolle Lösung wäre, diese jedoch von einem oder mehreren betroffenen Kantonen verweigert wird? Es wäre sehr zu wünschen, dass die Verordnung Vorgaben macht, wie in solchen Fällen vorzugehen ist.

Ein weiteres, im Rahmen der Zulassungssteuerung sehr entscheidendes Element ist die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen. Der Bedarf an ambulanten Kapazitäten wird im Zuge dieser politisch geförderten Entwicklung weiter wachsen, was es im Umgang mit Höchstzahlen entsprechend zu berücksichtigen gilt. Es darf dabei aber nicht zu negativen Auswirkungen etwa auf die ärztliche Weiterbildung im (spital-)ambulanten Bereich oder zu einer Benachteiligung des spitalambulanten gegenüber dem praxisambulanten Bereich kommen. Der VSAO befürchtet jedoch genau dies, sollte die Verordnung in der aktuellen Fassung in Kraft treten. Wir bitten daher den Bundesrat, die entsprechend in der Verordnung nötigen Präzisierungen und Ergänzungen vorzunehmen.

Darüber hinaus unterstützen wir weiter den Vorschlag des Schweizerischen Hebammenverbands zur Aufnahme eines neuen KVV-Artikels (45b) für die Definition und Kompetenzbeschreibung der "Spezialisierten Hebamme APM". Es ist wichtig, diese Rolle der Hebammen mit Masterausbildung (welche in der Praxis heute bereits tätig sind) baldmöglichst auf nationaler Ebene festzuschreiben.

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken Ihnen herzlich für die Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Pierre-Yves Maillard
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Fédération Romande des Consommateurs

Abréviation de la société / de l'organisation : FRC

Adresse : Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne

Personne de référence : Yannis Papadaniel, Responsable Santé

Téléphone : Tél. 021 331 00 99

Courriel : y.papadaniel@frc.ch

Date : 19 février 2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif _____

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications _____

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif _____

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _____

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif _____

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications _____

Autres propositions _____

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif

Nom/société	Commentaire / observation
FRC	Le volume de l'offre est une réalité pour laquelle il faut rassembler les données (Art. 30b, al. 1, let. a et b ch.3 de l'OAMal). Cette mise à disposition de données statistiques est bienvenue. On peut même se demander pourquoi elle n'a pas été réalisée depuis de nombreuses années.
FRC	<p>Le projet de modification des articles 38 à 57 de l'OAMal prévoit de modifier pour toutes les professions de la santé les dispositions qui définissent les critères à respecter pour que les prestataires soient autorisés à pratiquer à charge de l'assurance maladie : les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les physiothérapeutes, les sages-femmes, les neuropsychologues, etc. ainsi que les services de remises d'appareils, les laboratoires, les organisations de sauvetage, etc.</p> <p>Or dans ce long répertoire de toutes les professions de santé, le projet a évité de traiter du sujet délicat des <u>psychothérapeutes non-médecins</u> en pratique indépendante.</p> <p>Cette question est un véritable serpent de mer dont la décision est repoussée depuis des années, alors qu'il y a – encore plus fortement en ces temps de pandémie– un réel besoin de soins de la population qui ne peut pas être satisfait. <u>La FRC demande au Conseil fédéral d'intégrer dans le train de modifications proposées relatives aux professions de santé une résolution de la question des psychothérapeutes non-médecins</u>. Cette question nous semble plus urgente, du point de vue des besoins de la population, que la fixation des nombres maximum de médecins.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
FRC	-	-	-	-	-

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif

Nom/société	Commentaire / observation
FRC	La FRC ne s'exprime pas sur le projet des registres

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	-	-	-	-	-

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
FRC	La possibilité d'une limitation du nombre de médecins est approuvée
FRC	Nous sommes d'accord avec le fait que la portée de l'ordonnance concerne l'ensemble des médecins, pas seulement celles et ceux installés en pratique indépendante. La très grande diversité des positions de médecins concernées par cette ordonnance pose néanmoins des problèmes
FRC	<p>Le volume de l'offre est une réalité pour laquelle il faut rassembler les données (Art. 30b, al. 1, let. a et b ch.3 de l'OAMal). Cette mise à disposition de données statistiques est bienvenue. On peut même se demander pourquoi elle n'a pas été réalisée depuis de nombreuses années.</p> <p>Il faudra veiller à tenir compte d'aspects concrets de la pratique médicale : par exemple la variation du nombre de patients vus par demi-journée de travail entre médecins (au sein des mêmes spécialités) et entre spécialités, et aussi selon les types de patientèles et leurs pathologies. En outre, de nombreux spécialistes ont une part, parfois importante, de leur activité qui va au-delà de leur spécialité annoncée (les spécialités en médecine interne, par exemple, un cardiologue, une gastro-entérologue, une endocrinologue ont aussi une formation en médecine interne générale et dans les centres où se concentrent beaucoup de spécialistes, ils ont aussi des activités de médecine interne générale et pas uniquement de leur spécialité).</p>
FRC	<p>Le volume du besoin de prestations de médecine ambulatoire de la population est une mesure beaucoup plus difficile à calculer. Or, ni le projet d'Ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, ni le rapport explicatif sur ce projet ne fournissent des indications circonstanciées sur la manière de procéder à cette estimation.</p> <p>Il y a des disciplines médicales et des régions en Suisse où il y a de toute évidence une sous-dotation de médecins et également une sous-consommation de soins médicaux par la population. Les deux phénomènes sont souvent cumulés. C'est principalement le cas en médecine générale, pédiatrie, gynécologie et psychiatrie, surtout dans les régions hors des métropoles urbaines, et plus encore dans les vraies périphéries. On observe aussi qu'une partie de la population renonce à des consultations médicales pourtant nécessaires, voire vitales, cela pour des raisons de coût ou pour des raisons de délai d'attente pour obtenir une consultation. De même il y a des régions où il y a une sur-dotation de médecins, particulièrement spécialistes, et une sur-prescription d'actes médicaux non nécessaires, une multiplication d'actes répétés inutilement, etc.</p> <p>Le rapport explicatif sur le projet d'Ordonnance sur les nombres maximaux semble retenir, l'équivalence suivante : <u>le volume total de la consommation actuelle au niveau Suisse représenterait le standard de référence du besoin de la population</u>. Cette estimation nationale passe sous</p>

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	<p>silence les sous-consommations et les sur-consommations selon les régions/cantons et selon les disciplines médicales, mais aussi selon les conditions sociales, économiques, culturelles et médicales des différents groupes de patients. Nous exprimons donc des sérieux doutes concernant l'hypothèse d'équivalence.</p> <p><u>La FRC demande au Conseil fédéral d'être beaucoup plus explicite sur cette mesure du besoin de la population, et d'être plus prudent que ce qui transparaît dans le rapport explicatif. La mesure « juste » du besoin de la population ne saurait être le niveau actuel de consommation médicale</u></p>
FRC	<p>Il faut aussi tenir compte de plusieurs transformations essentielles dans l'offre de soins médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le développement de l'ambulatoire hospitalier (qui n'est d'ailleurs pas effectué uniquement par des médecins, mais par quantité d'autres professions de santé) - L'évolution de l'offre de soins et des modes de pratique médicale/soignante/ para-médicale vers des nouvelles structures : centres et réseaux de soins, où la multidisciplinarité est encouragée et soutenue - Les besoins de soins évoluent aussi en raison de l'évolution de l'âge de la population et des patients, incluant le fait que la multi-morbidité augmente avec l'âge, et que l'évolution des technologies et pratiques permet de maintenir en vie des personnes qui seraient décédés plus jeunes il y a quelques décennies, mais qui restent en vie avec des morbidités chroniques

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
FRC	-	-	-	-	-

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
FRC		<p>Le projet de modification des articles 38 à 57 de l'OAMal prévoit de modifier pour toutes les professions de la santé les dispositions qui définissent les critères à respecter pour que les prestataires soient autorisés à pratiquer à charge de l'assurance maladie : les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les physiothérapeutes, les sages-femmes, les laboratoires, les neuropsychologues, etc. ainsi que les services de remises d'appareils, les laboratoires, les organisations de sauvetage, etc.</p> <p>Or dans ce long répertoire de toutes les professions de santé, le projet a évité de traiter du sujet délicat des <u>psychothérapeutes non-médecins</u> en pratique indépendante.</p> <p>Cette question est véritable serpent de mer dont la décision est repoussée depuis des années, alors qu'il y a – encore plus fortement en ces temps de pandémie– un réel besoin de soins de la population qui ne peut pas être satisfait. Cette question nous semble plus urgente, du point de vue des besoins de la population, que la fixation des nombres maximum de médecins.</p>	<p><u>La FRC demande au Conseil fédéral d'intégrer dans le train de modifications proposées relatives aux professions de santé une résolution de la question des psychothérapeutes non-médecins.</u></p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ärztesgesellschaft Baselland

Abkürzung der Firma / Organisation : AeG BL

Adresse : Hofackerstrasse 40A, 4132 Muttenz

Kontaktperson : Dr. iur. Karin Schermesser, Geschäftsführerin

Telefon : 061 465 50 50

E-Mail : karin.schermesser@hin.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	6
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 14
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	18
 Weitere Vorschläge _____	 22
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 24

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AeG BL	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmegestaltung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Maturität und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p> <p>Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 revKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im revArt. 58a KVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. **Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittlere Arztpraxen ab.** Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:

Antrag : Textvorschlag

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a.BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);
- b.zuständige kantonale Behörden:3.Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVG KVG)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
AeG BL	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>^{3bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

AeG BL	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
AeG BL	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen.</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AeG BL	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p>
AeG BL	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
AeG BL	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im Weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
AeG BL	2	1		Wir stehen nur für die neue Variante 3.	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>
AeG BL	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im	Änderungsvorschlag von Abs. 2:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.</p>	<p>Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.</p>
AeG BL	13	2		<p>Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.</p>	<p>Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.</p>
AeG BL	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
AeG BL	15	2			Streichen
AeG BL					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AeG BL	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
AeG BL	Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften zuständig.</p>
AeG BL	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesgesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesgesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p> <p>Wir fordern, dass die kantonalen Ärztesgesellschaften bei der Erteilung der Bewilligungen bei der Beurteilung vom Bedarf miteinbezogen werden.</p>
AeG BL	<p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
AeG BL	
AeG BL	

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AeG BL	1	3			Änderung Die Region kann die Höchstzahlen nach Patientenbedarf anpassen.
AeG BL	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbaren Leistungserbringerverhalten.
AeG BL	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
AeG BL	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p>regionalen Versorgungsgrades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen <p>Das BFS berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.</p>
AeG BL	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
AeG BL	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
AeG BL	8			Die Kantone können zusammen mit den kantonalen Ärztesellschaften bei Patienten bezogenem begründetem Bedarf andere Höchstzahlen festlegen.	Ganzer Artikel streichen.
AeG BL	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 56 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet.
AeG BL	10	2			² Die <u>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen</u> sind - <u>nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
AeG BL	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
AeG BL	11	1 2		<p>Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.</p> <p>Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.</p>	<p>Wir befürworten diese Übergangsbestimmung.</p> <p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>



gültig bis
Frühling 2022

macht ärztliche Qualität sichtbar.

Dr. med. Rainer Hurni
Badenerstrasse 434
8004 Zürich

VIZEPRÄSIDENT ·
TARIFVERANTWORTLICHER

AGZ AERZTEGESELLSCHAFT DES
KANTONS ZUERICH

FACHARZT FÜR ALLGEMEINE INNERE
MEDIZIN FMH

T +41 (0)44 405 46 46 · F +41 (0)44 405 46 47

+41 79 412 56 01

RHURNI@HIN.CH

An Herrn
Bundesrat Alain Berset
Vorsteher EDI
BAG

3003 Bern

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Chur,

Zürich, den 19. Februar 2021

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern:

Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV); Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich.

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns bei Ihnen, zur Stellungnahme zu dieser wichtigen Vernehmlassung eingeladen worden zu sein.

In Zusammenarbeit mit Frau Dr. med Lehky-Hagen, Co Präsidentin der KKA und Präsidentin der Ärztesgesellschaft des Kanton Wallis engagieren wir uns stark für die Förderung der allgemeinen Datenkompetenz, um sachpolitisch und fundierte, datenbasierte Entscheidungen insbesondere in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zu ermöglichen. Wichtige Anliegen sind die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den verschiedenen Regionen der Schweiz, der Erhalt einer gleichberechtigten, liberalen Medizin im bewährten dualen öffentlich-privaten Gesundheitssystem und die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, anpassungsfähigen, regional abgestützten Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Wir haben die Entwicklungen verschiedener politischer und tarifarischer Steuerungsversuche im nicht-spital-ambulantem Sektor seit 2006 sehr intensiv mitverfolgt und erlauben uns, unsere nüchternen Betrachtungen dazu hier darzulegen.

Leider müssen wir feststellen, dass die verschiedenen politischen und tarifarischen Entscheidungen seit 2001 mit der Einführung des Zulassungsstopps, Einführung des Numerus clausus, zunehmender zunehmenden administrativen Auflagen und Kontroll-Massnahmen sowie tarifarischer Ungleichbehandlung des nichtspitalambulanten und spitalambulanten Sektors dazu beigetragen haben, dass **die Schweiz aus der 'historischen Ärzteschwemme' der 1990er Jahre in einen chronifizierten Ärztemangel-Zustand manövriert worden ist.**

Dies wird unter anderem belegt durch die äusserst komplexen Modellierungen BSS, die auf diversen Annahmen und Schätzungen den Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region berechnen (S. 77 und folgende: 'Ein Versorgungsgrad von 100% besagt, dass die gegenwärtige Versorgung der gewünschten Versorgung entspricht. Ein Wert massgeblich über 100% deutet auf Überversorgung und ein Wert massgeblich unter 100% deutet auf Unterversorgung hin. Aufgrund der Berechnungen der Autoren aufgrund der vorhandenen Quellen in der Mehrzahl der Kantone eine Unterversorgung in Hausarztmedizin, Ophthalmologie und Gynäkologie!)

Wie Sie wissen waren 2019 36.3% der in der Schweiz arbeitenden Ärzte im Besitz eines ausländischen Arzt diploms. Jährlich werden mehr als doppelt so viele ausländische Arzt diplome anerkannt, als eidgenössische Arzt diplome ausgestellt werden <https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerztestatistik-2019.pdf>. Ohne diese ausländischen Kolleginnen und Kollegen wäre unsere Schweizer Gesundheitsversorgung seit Jahren nicht mehr funktionsfähig. Gleichzeitig fehlen diese ärztlichen Ressourcen in unseren Nachbarländern und ziehen eine Migrationsbewegung von Ärzten anderer Nationalitäten in deren Heimatländer nach sich. Wenn eine Veränderung dieser Situation politisch erwünscht wäre, müssten also wesentlich mehr Ärzte in der Schweiz ausgebildet werden, als dies zurzeit der Fall ist. Ein solcher Vorstoss wurde jedoch kürzlich von der national-rätlichen Gesundheitskommission abgelehnt.

- Wir erlauben uns einige Bemerkungen zu den Vernehmlassungsberichten:

1) Bemerkungen zum Bericht 'A'

**“ Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten
Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar
2016 vom 03.03.2017”,**

der als Grundlagendokument zur Vernehmlassung zur Begründung der vorgeschlagenen Zulassungssteuerung beigelegt ist (weiter als 'Bericht A' zitiert).

- Im Postulat 16.3000 «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» wurde am 12. Januar 2016 der Bundesrat aufgefordert:

“Verschiedene Varianten beziehungsweise Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung mit der OKP aufzuzeigen. Für die Beurteilung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsdienst-

leistungen sollen Kriterien wie «Ärztedichte» und «Qualität der Versorgung» beigezogen werden. “

Der entsprechend erarbeitete Bericht vom 3.3.2017 stützte sich auf folgende Prämisse ab, die auf Daten, die vor (!) Einführung des Zulassungsstopps von 2001 erhoben worden waren und im Kontext einer ‘Ärzte-Plethora’:

Studie der Professoren Gianfranco Domenighetti und Luca Crivelli von Juni 2001: *“Die Autoren der Studie stellten fest, dass die **Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen des Gesundheitswesens, die Wahrnehmung von Anzeichen einer Rationierung ebenso wie die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an den dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen**, praktisch identisch sind, trotz der teilweise eklatanten Differenzen bei der Ärztedichte. Sie beobachteten aber, dass die Ärztedichte einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsultationen) sowie auf die Kosten pro versicherte Person in der OKP hatte. **Eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung mit einem gleichen Grad der Zufriedenheit kann also auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte erreicht werden, dies aber zu niedrigeren Kosten.** ”*

Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass die Studienverantwortlichen hier auf wichtige Parameter wie: **Zufriedenheit der Bevölkerung und die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen** verweisen, in einer Zeit, in der der Arbeitsmarkt für Ärzte in der Schweiz übersättigt war. 2021 ist die Situation diametral verschieden: wir stehen seit Jahren vor einem Überangebot von Stellenangeboten für Ärzte in der Schweiz, die nur schwer besetzt werden können sei es im Spital oder im ambulanten Sektor!

Zwischenzeitlich wissen wir, dass die OKP-Kosten wesentlich enger mit dem Schweregrad der Erkrankungen der Patienten zusammenhängen als mit der Ärztedichte per se... 20% der (schwerkranken) Patienten generieren etwa 80% der Krankenkassenkosten. Dies führt schliesslich auch jährlich zu komplexen, unvorhersehbaren ‘Risiko-Ausgleichzahlungen’ in Millionenhöhe zwischen Krankenkassen ein- und derselben Versorgungsregion – völlig unabhängig von der Ärztedichte, die ja für alle diese Krankenkassen regional die gleiche ist.

Dennoch scheint sich die These von 2001, die Ärztedichte sei ein Hauptfaktor für steigende Gesundheitskosten, hartnäckig in den Köpfen zu halten und führt dazu, dass man die Gesundheitskosten der OKP um jeden Preis durch die Regulierung der Ärztedichte im ambulanten Sektor zu stabilisieren versucht! Es scheint uns unerlässlich, dass diese Fehlannahme endlich bereinigt wird.

Im Gegenteil, grosse internationale unabhängige Studien zeigen, dass die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Ärztgedichte) klar mit einer Reduktion vermeidbarer Todesursachen korreliert. Die Kosten sind damit primär auf die Behandlungen der Krankheiten als auf die blossen Ärztedichte zurückzuführen (siehe unten), was auch intuitiv naheliegend scheint.

- **Wir finden es mehr als befremdlich, dass nicht für nötig befunden wurde, die effektive ‘Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung’ seit 2001 zu messen und zu analysieren.** Ebenso befremdlich ist, dass deren negativen Auswirkungen z.B. auf die ‘erzwungene’ Hyperspezialisierung von Ärzten, die sich nicht ausserhalb des

Spitals niederlassen konnten, den Ausbau des spitalambulanten Sektors zu Ungunsten des nicht-spitalambulanten Sektors usw. nie analysiert wurden.

Zitat aus dem vorgelegten Bericht A): ***“Die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung wurde in den Studien des Büros Vatter nicht untersucht. Sie wurde seit Einführung der Massnahme auch nicht systematisch gemessen. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung am 31. Dezember 2011 führte jedoch zu einer derart massiven Zunahme an Gesuchen um Erteilung einer ZSR-Nummer, dass Artikel 55aKVG am 1. Juli 2013 auf Verlangen der Kantone in Form eines dringlichen Bundesgesetzes wieder eingeführt wurde. ”***

Dass nach Aufheben einer 10-jährigen Zulassungsbeschränkung, die primär zwecks Verhinderung einer ausländischen Ärzteschwemme aufgrund der Personenfreizügigkeit 2001 eingeführt worden war, bei Fehlen jeglicher flankierenden Massnahmen ein entsprechendes ‘Rebound-Phänomen’ auftreten musste, das zu einer notfallmässigen Wiedereinführung via dringliches Bundesgesetz führte, vermag nicht zu erstaunen. **Dass deswegen aber darauf geschlossen wird, dass die Zulassungsbeschränkung eine wirksame Massnahme zur Kostendämpfung per se darstellt, müsste aufgrund der äusserst dürftigen Beweislage und der obigen Ausführungen ernsthaft hinterfragt werden.**

2) KVV, Qualität in der ärztlichen Versorgung und Zulassungsbeschränkung

- Im Bericht A) wird sogenannte ‘in Übereinstimmung mit dem europäischen Recht’ als **Alternative zur Zulassungssteuerung** in Art. 55 a Absatz 2 KVG postuliert, für alle Ärzte eine Karenzfrist von 2 Jahren ab Erteilung des Weiterbildungstitels vor Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP unabhängig von deren Nationalität und Ort des Erwerbs des Weiterbildungstitels vorzuschlagen, ohne zusätzliche Berufserfahrung zu fordern. Wir sind dankbar, dass diese Variante verworfen wurde, die den aktuellen Ärztemangel sinnlos verschärfen würde wie auch eine wichtige, für eine qualitativ gute vernetzte Versorgung dank Kenntnis der Besonderheiten und der Ansprüche des Schweizer Gesundheitswesens erschweren würde.

Wir unterstützen deshalb mit Nachdruck den Beibehalt der Möglichkeit, von einer Zulassungssteuerung gemäss KVG 55 a, Gebrauch zu machen, wenn ein Arzt/Ärztin nicht 3 Jahre in einer akkreditierten Schweizer Weiterbildungsstätte tätig war. Dies stellt eine sinnvolle Option und qualitätssichernde Massnahme dar gegen die befürchtete unkontrollierbare, allenfalls wirtschaftlich induzierte ‘Ärztenschwemme’ aufgrund der Personenfreizügigkeit dar – was 2001 der Hauptgrund für die Einführung der Zulassungssteuerung war.

Weitergehende Zulassungssteuerungen scheinen zurzeit aufgrund des generalisierten Ärztemangels in praktisch allen Bereichen (siehe oben) keinesfalls einer Dringlichkeit, noch der aktuellen Bedarfssituation zu entsprechen. Anstelle einer willkürlichen, unausgereiften, wissenschaftlich und methodologisch nicht abgestützten administrativen Zulassungssteuerung, wie sie in der zu vernehmlassenden Verordnung vorgesehen ist, fordern wir, dass im Zeitrahmen bis 2025 sinnvoll anwendbare, datenbasiert und verständlich anwendbare Methoden erarbeitet werden, die den regionalen Bedürfnissen adäquat gerecht werden können und den Prinzipien der ‘data literacy’ – inklusive dem damit verbundenen angemessenen Datenschutz der einzelnen

Leistungserbringer und der Verhältnismässigkeit der dazu nötigen Datenlieferungen Rechnung getragen wird.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass im Bericht A) als interessantes Beispiel die Slowakische Republik genannt wird, wo eine strenge Limitierung der Verträge zur Sicherstellung einer minimalen Versorgung zwischen Versicherern und Ärzten bestehe, die sich an gesetzlich festgelegten qualitativen Kriterien orientieren. Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass leider die Qualität des Gesundheitszustands in der Slowakei leider unterdurchschnittlich ist und auch die durchschnittliche Lebenserwartung mit 77 Jahren weit unter jener der Schweiz (83 J), der EU (80J) und der umgebenden Staaten liegt. **Dass ein Zusammenhang mit einer ungenügenden Ärztedichte (die einen wichtigen Faktor der 'Zugänglichkeit zu medizinischer Versorgung darstellt) bestehen könnte, legt der 'Healthcare Access and Quality' Index dar, der die Todesfallraten vermeidbarer Ursachen in 195 Ländern zwischen 1990-2015 verglichen hat, wo die Schweiz auf Rang 3 und die Slowakische Republik auf Rang 79 von 195 figuriert.**

In dieser Studie zeigt sich übrigens auch, dass der HAQ-Index in der Schweiz sich zwischen 1990 und 2015 von 86.4 auf 91.4 verbessert hat. Dies sollte in der aktuellen Diskussion zu Qualität und Ärztedichte unbedingt berücksichtigt werden.

(Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators www.thelancet.com Vol 391 June 2, 2018
(<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>).*

Diese grosse internationale von der Schweizer Gesundheitspolitik unabhängig erstellte Studie zeigt ebenfalls eine klare Korrelation zwischen Qualität (Reduktion der Sterblichkeit an vermeidbaren Todesursachen und den Kosten des Gesundheitssystems der verschiedenen Länder).

Es ist inakzeptabel, die international anerkannte Qualität der Schweizerischen Gesundheitsversorgung zu gefährden durch eine gewollte und ausschliesslich kosten-zentriert begründeten Reduktion der Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer, zudem noch durch eine nicht demokratisch anfechtbare Verordnung, gegen die kein Referendum ergriffen werden kann!

- Im Bericht A) wird weiter festgehalten: **“Da für die Ermittlung des Bedarfs die notwendigen Daten und konzeptionellen Modelle fehlen, kommt in diesem Zusammenhang nur ein Ansatz in Frage, nämlich derjenige, der auf der Abbildung des aktuellen Angebots basiert. Ein solcher Ansatz wird in den meisten Ländern verwendet, die eine Eindämmung der Kosten zulasten ihres Systems der sozialen Sicherheit anstreben. Obwohl es problematisch sein mag, wird dabei davon ausgegangen, dass zum Zeitpunkt der Messung weder eine Über- noch Unterversorgung besteht.”**

Wir erlauben uns festzuhalten, dass diese Annahme höchst problematisch ist, insbesondere, da sie wie weiter oben im Bericht bereits festgestellt wird, die Ungleichheiten in der Versorgungsdichte, die seit 2001 bestehen, weiter zementiert.

Ebenso entlarvt diese Feststellung, dass nicht primär eine möglichst optimale bedarfsangepasste Grundversorgung angestrebt wird, sondern dass es primär um eine Eindämmung der Kosten um jeden Preis, geht.

Dass die vielfach belegte Qualität des Schweizer Gesundheitssystems ohne die entsprechende Daten- und konzeptionelle Basis durch eine willkürliche Steuerung in diesem Sinne gefährdet werden soll ist bedenklich.

Dass als Gegenmassnahme in Hinblick auf einen möglichen Qualitätsverlust stattdessen im revidierten **KVV Art. 58 g** nun administrative Erschwernisse im Sinne von obligaten 'Qualitätsmanagement-Systemen' in jeder einzelnen Arztpraxis aufoktroyiert werden, deren effektiver Mehrwert bei weitem nicht belegt ist, trotz der damit verbundenen Mehrkosten, ist nicht nur befremdend, sondern inakzeptabel.

Wir verlangen deshalb, wie dies auch diverse andere ärztliche Verbände fordern, die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält und sachgemäss zwischen den Arztverbänden und den Krankenkassenverbänden vertraglich adäquat geregelt werden müssen.

Sinnvolle Qualitätsmassnahmen müssen keine starre administrative Mehrbelastung bedeuten, die insbesondere kleine und mittlere Arztpraxen gerade in ländlichen und Bergregionen besonders gefährden würden. Dies umso mehr als sich die Qualität einer medizinischen Einzel-Behandlung kaum direkt messbar ist, meistens erst in einem längeren Verlauf erkennbar wird und zudem, gerade im ambulanten Setting enorm von den mitinvolvierten Netzwerken und vom Patientenverhalten selber abhängt (Compliance, soziales Versorgungsumfeld, involvierte Therapeuten, Netzwerk-Kooperation). Die Annahme, dass dieses komplexe Zusammenspiel auf Individualebene im Rahmen einer sehr individuellen und persönlich angepassten Betreuung durch ein standardisiertes, vorgegebenes administratives Qualitätsmanagements-System auf Praxisebene zu managen sei, ist illusorisch. Sinnvolle Qualitätsmanagement-Systeme im ambulanten Setting müssten interprofessionell, vernetzt und v.a. den Patienten aktiv als Partner involvierend konzipiert und erarbeitet werden. Solche Entwicklungen sind in diversen Projekten angedacht und im Gange, aber bei weitem noch nicht genügend ausgereift und belegt, um als 'sine-qua-non'-Bedingung obligatorisch für eine reelle Qualitätsverbesserung akzeptiert werden zu können.

Ebenso ist es nicht rechtens, zu fordern, dass die Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden müsse, um sich an **nationalen SIRS (Severe-Incident-Reporting-System) ambulant anschliessen zu können, die noch gar nicht existieren.**

Die Schweizer Ärzteschaft hat sich mit Hilfe der FMH dafür eingesetzt, dass für die Ausübung des Arztberufs in der Schweiz genügende Sprachkenntnisse gefordert werden, was für eine korrekte Behandlung von Patienten im Sinne des Qualitätsmanagements unerlässlich scheint. Nun wurden die Ansprüche auf die Sprachkenntnisse in der vorgelegten Vernehmlassung weiter angehoben auf das Niveau C1. Dies stellt paradoxer Weise sinnlose Hürden für Schweizer Ärzte dar, die mit **Sprachkenntnissen, die sie im Rahmen ihrer Maturität (Niveau B2) erworben haben**, in den verschiedenen Sprachregionen arbeiten können sollten, insbesondere z.B. für Tessiner Kollegen oder Ärzte in zweisprachigen Kantonen. Art. 38 E-KVV ist entsprechend zu präzisieren, wie dies von der BEKAG und AGZ vorgeschlagen worden ist.

3) Bemerkungen zum Bericht B):

'Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten, Basel 28.09.2020'

(Auftraggeber/in: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Autorinnen/Autoren: Boris Kaiser, Melanie Krähenbühl) zeigt sich auf eindrückliche Weise die **Schwierigkeit, zwischen Überversorgung und 'Mitversorgung' unterscheiden zu können**. Die Ergebnisse der Modellierungen zeigen gemäss den Autoren, dass zwischen den Kantonen sowie auch innerhalb der Kantone teilweise recht bedeutende **Unterschiede im Bedarf an ärztlichen Leistungen bestehen. Diese Unterschiede ergeben sich aus dem Umstand, dass die Merkmale der Bevölkerung, wie etwa die Altersstruktur, regional variieren**. Zum anderen zeigen die Berechnungen der Versorgungsgrade, dass sich die Versorgungssituation nach Fachgebiet keineswegs über alle Kantone homogen präsentiert.

Die Autoren weisen mehrfach auf die Schwierigkeiten hin, die auf Datenlücken und fehlende Informationen zu Morbiditätsfaktoren der Bevölkerung wie auch auf die Schwierigkeit, Leistungen von Gruppenpraxen und spitalambulant Leistungen korrekt zuzuteilen zurückzuführen sind.

Solange so wesentliche und sehr relevante Grundlagenprobleme bestehen und sogar noch klar erkannt werden, ist es inakzeptabel, ein Modell, das diese Probleme einfach ausklammert und ignoriert auf Verordnungsweg zu implementieren. Zumal das Modell für die nächsten Jahrzehnte die Entwicklung des gerade im Ausbau sich befindenden ambulanten Gesundheitswesens nachhaltig beeinflussen soll.

Als Beispiel dürfte hier das von den Autoren (des Bericht B) selbst hervorgehobene Wallis genannt werden, wo seit Jahren eine Unterversorgung in verschiedenen Spezialisierungen besteht, mit entsprechend langen Wartefristen für die Patienten (Ophthalmologie, Gastroenterologie, Gynäkologie). Ebenfalls zeichnet sich im Wallis eine massive Unterversorgung in der Hausarztversorgung ab. Diese wird zusätzlich erschwert durch den anstehenden Generationenwechsel und dem Wunsch nach einer ausgeglicheneren Work-Life-Balance der jungen Ärztinnen und Ärzten, die reduzierte und flexible Arbeitspensen anstreben. Durch Regulierungen der Ärztedichte, wie sie in der vorgeschlagenen Verordnung zu den Höchstzahlen der Leistungserbringer vorgesehen ist, wird der seit 2001 im Wallis sehr eindrücklich eingeleitete Shift vom ambulanten in den spitalambulant Sektor, der über Jahre im Gegensatz zum freischaffenden Sektor nicht reguliert wurde und kompensatorisch aufgebläht wurde, weiterhin verstärkt. **Die wichtige, bereits stark kompromittierte Balance des dualen Versorgungssystems öffentlich-ambulant wird dadurch noch stärker massiv und auf eine wenig sinnvolle Art auf Jahrzehnte gestört.**

Um eine optimale Versorgungsqualität und Wahlfreiheit der Patienten garantieren zu können, ist aber der Erhalt der ambulanten unabhängigen ärztlichen

Versorgung fundamental und sollte nicht durch weitere willkürliche Begrenzungen zugunsten des z.T. (gerade im Wallis) schon stark monopolisierenden öffentlichen Gesundheitssektor gefährdet werden.

Deshalb ist es unerlässlich, dass, falls eine Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor beibehalten respektive verschärft werden sollte, diese unbedingt den **spitalambulanten Sektor mit-involvieren müsste**, um die Dysbalance des dualen Versorgungssystems nicht weiter zu verschärfen.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass in der Vernehmlassung zur Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs *‘zahlreiche Kantone es abgelehnt hatten, dass sie die Akteure im Rahmen von beratenden Kommissionen – deren Meinung sie zwingend zu berücksichtigen hatten einbeziehen müssten. Die Kantone sollten nach ihrer Ansicht die Art und Weise, wie sie die Meinungen der Stakeholder berücksichtigen, selbst bestimmen können.’* Obwohl diese Haltung es diesen Kantonen natürlich erleichtert, Entscheidungen willkürlicher und ohne unerwünschte Gegenstimmen fällen zu können, ist sie in Anbetracht der Tragweite und der Komplexität dieser Entscheidungen für die Leistungserbringer aber auch für die gesamte Bevölkerung und die Qualität der Patientenversorgung inakzeptabel.

Es ist aus unserer Sicht deshalb unerlässlich, dass, falls eine Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor kantonal zum Zuge kommen soll, die entsprechenden Stakeholder und insbesondere die kantonalen Ärztegesellschaften adäquat und verbindlich in die Diskussionen und in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden müssen. Dies umso mehr als die Datenlage lückenhaft ist und mit unverhältnismässig grossem Aufwand und Gefährdung des legitimen Datenschutzes der Patienten (Rekonstruieren individueller Patientenströme) und der Ärzte (Analyse der Patientenflüsse, Umsätze!, Arbeitspensen?). Je detaillierter solche Analysen gemacht werden, desto grösser ist die Gefahr, sich in einer Pseudogenauigkeit zu verlieren und die grosse Unschärfe und Fluktuation und Fehleranfälligkeit der beobachteten Einzelphänomene und der daraus gezogenen Schlüsse zu vergessen. Dagegen ist nicht verhandelbar, dass bei der Zulassungssteuerung nicht vorgesehen ist, ob und wie die Zugänglichkeit zu den verschiedenen ärztlichen Leistungserbringern jeweils regional für die Bevölkerung gewährleistet ist und mit welchen Wartefristen dies verbunden ist.

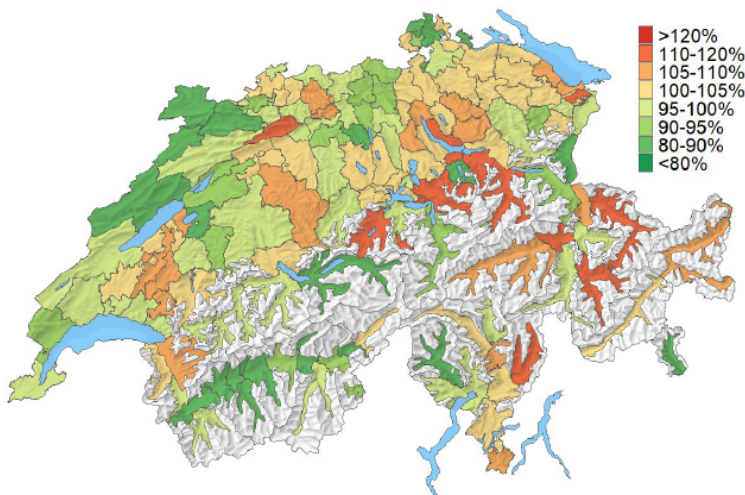
Es müssten insbesondere Fördermassnahmen vorgesehen werden, die bei ungenügender Ärztedichte und unzureichender Verfügbarkeit spezialärztlicher Versorgung, getroffen werden müssten, um den Missstand möglichst bald zu beheben. Die vorgelegte Zulassungssteuerung enthält keinerlei solcher Fördermassnahmen und ist einseitig nur auf eine allfällige Begrenzung der Anzahl der ärztlichen Leistungserbringer ausgerichtet. Das ist, gerade in Hinblick auf die in Abb. 15 wiedergegebene Versorgungssituation in der Hausarztmedizin CH 2018 inakzeptabel. Obschon diese Modellierung auf unserer Meinung nach teils sehr einseitigen und fragwürdigen Annahmen, die eine Unterversorgung zu minimieren suchen (*), zeigt sich eine in vielen Regionen ungenügende (<100%) Versorgung. Wie wir wissen, erreichen praktisch 50% dieser Ärzte in den nächsten Jahren ihr Pensionsalter, oder haben es bereits erreicht (<https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerztestatistik-2019.pdf>).

(*): In den Berechnungen werden die Patienten, die ausserhalb ihrer Wohn-Region konsultieren, aus der Bedarfsevaluation der Wohnregion abgezogen. Damit wird man aber nicht der Situation gerecht, dass unter Umständen in der eigenen Wohnregion eben ein Ärztemangel besteht und dies ein Grund sein kann, weshalb eine Person ausserhalb ihrer Wohnregion konsultiert. Der Grad der Unterversorgung wird somit unterschätzt.

Ebenfalls wird in den Modellen die Versorgung von Touristen komplett ausser Acht gelassen. In Touristenkantonen wie Graubünden, Tessin und Wallis müssen ausländische Personen jedoch mit den vorhandenen Ressourcen vor Ort mitbehandelt werden. Das führt in der Modellierung zu einer Überschätzung des effektiven Versorgungsgrads. So ergibt sich im Modell paradoxer Weise eine scheinbare Überversorgung im Hausarztsektor von '>120%' im Kanton Graubünden, der in der Realität mit massiven Versorgungsproblemen gerade in der Hausarztmedizin zu kämpfen hat!

Ärztestatistik FMH

Abbildung 15: Versorgungsgrad nach Standortbezirk, Fachgebiet Hausarztmedizin



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den geschätzten Versorgungsgrad nach Standortbezirk unter der Annahme, dass der gesamtwirtschaftliche Versorgungsgrad 100% beträgt. Die Kennzahlen berücksichtigen via Patientenströme die von den Standortbezirken versorgte Bevölkerung. Behandlungsjahr 2018. Quelle: Datenpool, Tarifpool, STATPOP, BEVNAT, SHS, MS, BAGSAN; eigene Berechnungen.

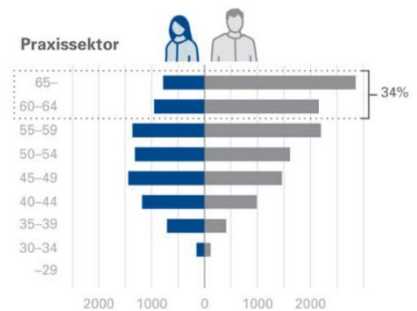


Abbildung 3: Alterspyramide nach Geschlecht und Sektor 2019.

Zudem empfehlen sogar die Experten des BSS-Berichts keine 'Höchstzahl' anzuwenden, sondern den Versorgungsgrad mit einem Steuerungs-Range zu definieren.

"Festlegung von Grenzwerten: Die Festlegung der Grenzwerte liegt in der Kompetenz der Kantone. Allgemein ist zu empfehlen, einen Grenzwert über 100% zu wählen, um statistischen Unschärfen bei der Bestimmung des Versorgungsniveaus Rechnung zu tragen. Zur Einordnung sei auf die Praxis in Deutschland hingewiesen (siehe KBV 2019, S. 7): **Ab einem Versorgungsgrad von 110% wird dort von einem "gesperrten Planungsbereich" gesprochen; Praxisübernahmen sind**

möglich, Zulassungen für neue Praxen werden aber nicht erteilt. Ab einem Versorgungsgrad von 140% können in der Regel auch keine Praxisübernahmen mehr stattfinden."

Wir erlauben uns, mit Hinweis auf die Überschätzung des Versorgungsgrads und der Schwierigkeit, die Mitversorgung von der Überversorgung abzugrenzen, dass gemäss Tbl 25 der Publikation B:

3 Kantone der CH über 110% und keiner über 120% für Hausarztmedizinversorgung erreicht; 5 Kantone =oder > 110% für Gynäkologie, wovon max. 131% (Obwalden!

5 Kantone eine Versorgung von über 110% für Ophthalmologie erreichen (mit max. 118%).

Die Experten führen zudem folgendes Statement (S.48) zu Ihren Berechnungen an:

"Die Ergebnisse erlauben es, **Tendenzen** zu potenzieller regionaler Unter- bzw. Überversorgung differenziert nach ärztlichem Fachgebiet zu erkennen. **Quantitative Schlussfolgerungen (z.B. im Sinne von "im Kanton A ist die Versorgung im Fachgebiet X um 10% zu hoch.")** sollten nur provisorisch gezogen werden. In jedem Fall ist es sinnvoll, weitere Informationsquellen, wie Experteneinschätzungen oder ergänzende Indikatoren, zu nutzen, um die Aussagekraft der Versorgungsgrade weiter zu verbessern. "

Es kann aus dem BSS-Bericht also mitnichten abgeleitet werden, dass es zurzeit einfach möglich wäre, dass das EDI und die Kantone allein und ohne Miteinbezug z.B. der Ärztesgesellschaften und ohne wissenschaftliche Erarbeitung eines aussagekräftigeren Modells, das auch prognostische Faktoren und Bevölkerungsmorbidität u.ä. mit einbeziehen müsste, ein sinnvoll brauchbares Regressionsmodell erarbeiten könnte, das ohne diese Zusammenarbeit und relevanten Zusatzinformationen auskommen könnte. Diese wichtige Tatsache wird jedoch in Ihrem 'erläuternden Bericht über die Verordnung der Höchstzahlen' einfach ignoriert. Das ist inakzeptabel.

4) Zusammenfassende Beurteilung Zulassungssteuerung Ärzte im ambulanten Sektor

Aufgrund der obigen Ausführungen und der beigelegten Berichte stellen wir zusammenfassend fest:

- dass es **aktuell keine befriedigende, zuverlässige wissenschaftliche und datenbasierte Methode gibt, die es ermöglicht, eine adäquate Planung der Versorgung im ambulanten Sektor zu ermöglichen**
- dass die existierenden Daten teils grosse Lücken aufweisen, insbesondere im Bereich des spitalambulanten Sektors. Diese müssten sinniger Weise geschlossen und analysiert werden, bevor Hypothesen und Modellierungen erstellt werden können.
- dass es z.T. nicht einmal möglich ist, eine saubere Abgrenzung zwischen Spital – und spitalambulanten Leistungen zu machen, was für die Beurteilung der ambulant zur Verfügung gestellten Leistungen wichtig wäre
- **dass relevante Grössen, die für die Abbildung der Versorgungssituation unerlässlich wären wie Wartezeiten, Zufriedenheit und Morbiditätsgrad der Patienten fehlen oder ignoriert werden**
- dass in den nächsten Jahren praktisch flächendeckend in der Schweiz eine Generationenablösung im Bereich der nicht-spital-ambulanten, freischaffenden Ärzteschaft ansteht und vornehmlich in der Grundversorgung bereits jetzt vielerorts eine Ärztemangelsituation herrscht, in einem Kontext eines ungenügenden Ärzteangebots auf dem Arbeitsmarkt sowohl für den Spitalsektor wie für den ambulanten Sektor

- dass die junge Ärztegeneration wesentlich flexiblere und kürzere Arbeitszeiten wünscht und die Arbeitsbedingungen im ambulanten Sektor dringend familienfreundlicher ausgestaltet werden müssen. **Dies impliziert, dass die 'Fallzahlen' und Arbeitszeitäquivalente erhöht und nicht eingefroren werden dürfen, um einen 'unveränderten' medizinischen Versorgungsgrad beibehalten zu können.**
- **dass die medizinische Versorgung in der Schweiz nur dank massiver Mithilfe ausländischer Ärzte aufrechterhalten werden kann** - wobei bereits über 1/3 der Ärzteschaft ausländischer Herkunft ist und einen Grossteil ihrer Ausbildung im Ausland absolviert hat
- dass sich seit 2001, als der 'Ärztstopp' in einem Kontext der Ärzteschwemme und der Einführung der Personenfreizügigkeit in Europa eingeführt wurde, die Situation sich diametral verändert hat und zurzeit praktisch in der ganzen Schweiz der Ärztemangel die wesentlich grössere Problematik darstellt, als eine hypothetische Überversorgung
- dass **durch Art. KVG 55a bereits eine wichtige flankierende und qualitätsrelevante Massnahme eingeführt wurde, die eine Regulierung bei Fehlen einer drei-jährigen Ausbildung in einer Schweizerischen akkreditierten ambulanten oder stationären Ausbildungsstelle erlaubt** -was den Druck auf eine überstürzt zu erlassender Verordnung massiv reduzieren sollte
- **dass die vorgeschlagene Verordnung zur Zulassungssteuerung der ambulanten Leistungserbringer als Ganzes inadäquat ist und kein sinnvoll brauchbares Modell für eine verständliche, nachvollziehbare und prospektive Steuerung der Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer ermöglicht**
- **dass die Verordnung über die Höchstzahlen im Gegenteil eine dringend nötige Erneuerung des ambulanten Sektors gefährdet statt sinnvolle Fördermassnahmen gegen den sich immer stärker abzeichnenden Ärztemangel in vielen Regionen zu ermöglichen.**
- dass es zu einer **Vermischung der Konzepte 'wirtschaftliche Führung einer Praxis' und dem 'Erbringen wirtschaftlicher Leistungen nach KVG'** kommt, obwohl diese beiden Konzepte komplett unabhängig voneinander sind und insbesondere das Erbringen wirtschaftlicher Leistungen im Sinne des KVGs keinerlei direkten Zusammenhang mit den Umsatzzahlen des Leistungserbringers hat!
- dass die Forderung, die einzig an die ärztlichen Leistungserbringer erfolgt, ihre Umsätze mit GLN-Nummer (die öffentlich einsehbar ist) zu Versorgungsplanungszwecken liefern zu müssen **unverhältnismässig, unzweckmässig, diskriminierend und nicht datenschutzkonform ist.**
- dass ein (zu) hoher Umsatz eines einzelnen Leistungserbringers (adäquate Tarifierung und Ausschluss einer Missbrauchssituation vorausgesetzt) ein Hinweis wäre, dass es eben zu wenig Ärzte und sicher nicht zu viele Ärzte in seiner Region gibt.
- **dass die Verordnung dennoch paradoxer Weise vorsieht, de facto per Verordnung ein Global-Budget nur im nicht-spital-ambulanten Sektor vorzusehen, das nicht demokratisch mit Referendum angreifbar ist.**
- dass die Übergangsfrist bis zur Umsetzung der Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich bis 30.6.2025 (4 Jahre!) dauert. Dies zeugt vom Bewusstsein der Komplexität und der fehlenden Grundlagen für gerade die zu verordnende Zulassungssteuerung. **Es ist unserer Meinung nach unerlässlich, dass VOR dem Erlass einer solchen Verordnung ein überzeugendes, nachvollziehbares und datenschutzkonformes, wissenschaftlich und statistisch validiertes Modell unter Miteinbezug von Experten der kantonalen Ärztesellschaften, OBSAN, BFS**

und der Kantone erarbeitet und konsolidiert wird. Erst dann ist eine Verordnung für eine strategisch so wichtige Änderung statthaft

5) Zur Verordnung und den Varianten der Registerführung:

Wir erlauben uns festzustellen, dass die KKA und die FMH seit nun mehr bald 2 Jahren mit wenig konkretem Erfolg an einer Verbesserung der Datenbanken der von SASIS im Auftrag von santésuisse geführten ZSR-Nummern arbeiten. Insbesondere führen auch interne Querelen zwischen den verschiedenen Versicherungsgruppen dazu, dass es kaum möglich ist, eine sinnvolle, abgleichbare Datenbank aller aktiven Verträge und Vertragspartner, die befähigt sind, nach KVG abzurechnen zu erhalten. Gerade im Rahmen verschiedener kantonaler Taxpunktverhandlungen mussten wir immer wieder feststellen, dass die Qualität der Datenpools trotz angeblich extrem hoher Abdeckung zu wünschen übrigliess und lässt. Dies wurde auch durch diverse Bundesgerichtsurteile in der Vergangenheit festgestellt.

Für die Führung des vorgesehenen ärztlichen Leistungserbringer-Registers, das insbesondere Verknüpfungen mit und zu verschiedenen bereits existierenden Registern wie BUR/UID sicherstellen muss, aber aufgrund der darin enthaltenen sensiblen Daten auch strikte ethische und datenschutzkonforme Auflagen vor und bei Herausgabe allfälliger Daten an Dritte garantieren muss, kommen für uns weder Dritte (wie z.B. Krankenkassenverbände oder SASIS) noch das BAG in Frage.

Die für die korrekte Führung, Erstellung und Verwendung dieser Daten kompetente Stelle muss unseres Erachtens das Bundesamt für Statistik sein. Das BFS führt bereits mehrere Register und hat seine Professionalität und Datenethik schon vielfach unter Beweis gestellt. Die Führung eines so wichtigen und sensiblen Registers sollte denn auch in der Verantwortung des öffentlichen Bundesamts für Statistik fallen, das auch das entsprechende Vertrauen aller Partner geniesst und die nötige Unabhängigkeit garantieren kann.

Somit fordern wir, dass eine Variante der Registerführung mit dem BFS entsprechend der Kriterien der 'data literacy' der öffentlichen Statistik erarbeitet wird.

Die Varianten 'als Dritte' oder BAG lehnen wir entsprechend ab.

6) Abschliessende Zusammenfassung:

a) VERORDNUNG ÜBER DIE HÖCHSTZAHLEN:

Aufgrund der obigen Ausführungen weisen wir diese Verordnung in toto zurück und bitten Sie, bevor eine erneute Verordnung diesbezüglich vorgelegt wird, ein nachvollziehbares, methodisch sauberes und verständliches Modell durch die involvierten Partner erarbeiten zu lassen, unter Miteinbezug von Vertretern der kantonalen Ärztesellschaften und der FMH, OBSAN und BFS. Ebenfalls bitten wir um Würdigung und Berücksichtigung wichtiger Faktoren wie der Evaluation der Wartezeiten und allenfalls das Erstellen eines Modells, das auch ohne Vollerhebungen basierend auf repräsentativem Sampling sinnvoll brauchbare

Resultate liefern könnte. Ebenfalls bitten wir darum, dass die aktuelle Situation mit einem anstehendem Generationen-Shift, der die Berechnungen der für die Grundversorgung nötigen Vollzeitstellen aufgrund veränderter Arbeitszeiten wesentlich beeinflussen wird! Ebenfalls in die Modellierung einfließen müsste der Mehrbedarf in Hinblick auf die 'ambulant vor stationär'-Strategie und eine gleichberechtigte Behandlung des ambulanten nicht-spital und spitalambulanten Sektors. Insbesondere müsste die vielerorts angeschlagene Balance zwischen öffentlichem und privatem Sektor im Rahmen der Zulassungssteuerung wieder verbessert werden.

Für die Versorgungsplanung auf kantonaler und regionaler Ebene ist keine nominative/ GLN-basierte Übermittlung der Praxisumsätze nötig.

Dies kommt der Implementierung eines Globalbudgets im ambulanten Sektor gleich, das zudem nicht einmal per Referendum bekämpft werden kann. Das ist schlicht inadäquat und inakzeptabel.

Wir bitten Sie, in der nächsten Verordnung die Datenschutz-konformität, Verhältnismässigkeit und Adäquanz jeweils korrekt zu berücksichtigen.

Wir möchten Sie ebenfalls um Beizug und **Begutachtung durch den eidgenössischen Datenschutzbeauftragten** bitten und wären dankbar um seine Stellungnahme.

Wie oben erwähnt, ist die Verlinkung und Parallelisierung des Einzelpraxis-Umsatzes pro GLN nicht linear an den Bedarf und die Ärztedichte gekoppelt – eher umgekehrt-proportional. Niemand käme auf die Idee, in einem Spital den Personalbestand zu kürzen, wenn die Umsatzzahlen steigen...

Wie im BSS-Bericht auf S. 14 erwähnt, gibt es verschiedene Herangehensweisen an die Problematik der Zulassungssteuerung. Wir würden sehr begrüßen, wenn die verschiedenen Ansätze kombiniert zur Anwendung käme. Expertenbefragungen und Informationen zum gegenwärtigen Versorgungsgrad, Indikatoren zu Wartezeiten, Patientenaufnahme-Stopps und Arbeitsmarktinformationen (Rekrutierungsbedingungen bei diversen Fachärzten), die gewisse Hinweise zu möglicher Unterversorgung liefern könnten, müssten ebenfalls adäquat in die Modelle integriert werden, wie auch Schätzungen des Versorgungsbedarfs anhand der Morbidität der Bevölkerung und der erforderlichen Behandlungszeit. Die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS des BFS sollten in diese Analysen mit einbezogen werden. Entgegen der Studienautoren können wir aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Bezug auf MAS bestätigen, dass hierfür eine anonymisierte Nutzung der Daten absolut genügend und verhältnismässig ist.

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen in diesem Sinne präzisiert werden und eingefügt werden:

Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a. BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49

Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);

- b. zuständige kantonale Behörden: 3. Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVG)

b) KVV UND QUALITÄTSAUFLAGEN:

Qualität wird unserer Meinung nach insbesondere durch eine hochwertige Aus- und Weiterbildung gewährleistet, sowie durch eine adäquate Vernetzung und eine angepasste Feed-Back-Kultur in den auszubauenden Netzwerken, in denen der Patient eine wichtige Rolle zu spielen hat. In diesem Sinne ist von einer gesetzlichen Verpflichtung zu administrativen, kostengenerierenden 'Qualitäts-Massnahmen' wie formalisierter, kostenpflichtiger Qualitätsmanagementsystemen im Setting von Einzelpraxen abzusehen. **Ebenfalls ist nicht zulässig, dass die theoretische Anbindung an noch gar nicht existierende Systeme per Verordnung verpflichtend wird.**

c) REGISTERVERORDNUNG Leistungserbringer im ambulanten Bereich

Das Register über der Leistungserbringer im ambulanten Bereich **soll dem BFS als neutrale, anerkannte und datenkompetente Stelle der öffentlichen Statistik anvertraut werden** und den Auflagen des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit entsprechen.

Wir danken Ihnen, Herr Bundesrat Alain Berset und werte Damen und Herren für die adäquate Würdigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für allfällige Rückfragen gerne zur Verfügung.

Sollte die Verordnung über die Zulassung der Ärzte im ambulanten Sektor nicht zurückgenommen und fundamental überarbeitet werden und an die Anforderungen der 'data literacy' und Datenschutzauflagen in Hinblick auf Adäquanz und Verhältnismässigkeit angepasst werden, behalten wir uns weitere Schritte vor.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Rainer Hurni

VIZEPRÄSIDENT · TARIFVERANTWORTLICHER

AGZ AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH

FACHARZT FÜR ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN FMH

BADENERSTRASSE 434 · CH-8004 ZÜRICH +41 (0)44 405 46 46 · F +41 (0)44 405 46 47; +41 79 42 56

RHURNI@HIN.CH; RAINER.HURNI@HAUSARZT.CH

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aerztegesellschaft des Kantons Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : AGZ

Adresse : Nordstrasse 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. iur. Michael Kohlbacher, MPH / Dipl. Volkswirtin Juliane Fliedner

Telefon : 0044 421 14 14

E-Mail : michael.kohlbacher@agz-zh.ch; juliane.fliedner@agz-zh.ch

Datum : 21.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
Weitere Vorschläge _____	18
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	19

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AGZ	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmegestaltung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AGZ	KVV				
AGZ	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

AGZ	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Sollte der Bundesrat an Art. 58g E-KVV festhalten, soll er wie folgt neu formuliert werden:</p> <p>«Art. 58g (neu)</p> <p>Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.</p>
AGZ	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und die befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AGZ	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).</p> <p>Variante 2 - Registerführung durch das BAG</p> <p>Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
AGZ	22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
AGZ	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.
AGZ	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

AGZ	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
AGZ	15	1	a + b		Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung : a. dem BFS : für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u> ; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.
AGZ	15	2			Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 15 Abs. 2

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AGZ	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität davon abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind. - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"> - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
AGZ	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften zuständig.
AGZ	Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesgesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt werden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AGZ	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensum. Der Einbezug des Leistungsvolumen erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente <u>hochgerechnet zur proportional</u> zum Leistungsvolumen vergleichbarer Leistungserbringer verhält.
AGZ	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
AGZ	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztegesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
AGZ	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
AGZ	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
AGZ	8				Änderung: Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
AGZ	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 56 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
AGZ	10	2			² Die <u>regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen</u> sind - <u>nach Anhörung der Kantone und den fachlich und regionalen zuständigen Verbänden</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
AGZ	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
AGZ	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen,	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zustellung per E-Mail an folgende Adressen:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Basel, den 19.02.2021

Stellungnahme der Allianz der Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS)
im Rahmen der Vernehmlassung
Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) wurde 2009 gegründet. Sie ist ein Zusammenschluss der eigenständigen Kinderspitäler in der Schweiz. Diese umfassen das Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (Kantone AI, AR, SG, TG und FL), das Universitäts-Kinderspital Zürich (ZH) und das Universitäts-Kinderspital beider Basel (BL und BS). Im Namen der AllKidS nehmen wir im Rahmen der Vernehmlassung über die Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage) wie folgt Stellung:

Änderung der KVV und KLV bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte: Gefahr der Unterversorgung in der Kinder- und Jugendmedizin / Keine Kopplung mit EPD

Die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer im ambulanten Bereich, insbesondere im Hinblick auf Sprachkenntnisse und Kenntnisse des Schweizer Gesundheitswesens, sind ein wichtiger Faktor für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Gleichzeitig können zu hohe Hürden für die Zulassung und unflexible Regelungen dazu führen, dass ein Mangel an ärztlichem Fachpersonal entsteht bzw. ein bestehender Mangel – wie er in der Kinder- und Jugendmedizin in verschiedenen ländlichen Regionen der Schweiz vorhanden ist – verstärkt wird. Eine flexible Regelung mit möglicherer Lockerung der nicht unabdingbaren Zulassungsvoraussetzungen (insbesondere der Voraussetzung drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben) muss daher gewährleistet sein.

Als sehr problematisch anzusehen ist die geplante Kopplung der Neuzulassung zur Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD). Für niedergelassene Ärzte ist die Teilnahme am EPD

bislang freiwillig. Der Anschluss ist mit erheblichen Kosten für die technische Ausstattung und den Betrieb verbunden. Verschiedene Fragen zur Finanzierung dieser Kosten und zur Abbildung der Betriebskosten in den Tarifen sind ungeklärt. Ein Obligatorium ist daher aus unserer Sicht nicht statthaft, insbesondere auch da die finanziellen und organisatorischen Hürden für eine Niederlassung als Arzt/Ärztin bereits heute sehr hoch sind.

Verordnung über die Höchstzahlen: Patientenströme berücksichtigen / Schätzungen unzureichend

Die Neuregelung sieht die mögliche Festlegung von Höchstzahlen für die Leistungserbringer in den verschiedenen Fachgebieten vor. Bezüglich der Zuständigkeiten soll dabei das BAG für die Kriterien und die methodischen Grundsätze für Festlegung der Höchstzahlen und Kantone für die Umsetzung der individuellen Regelungen verantwortlich sein. Neben der Grundversorgung in der Praxis wird die spezialisierte und hochspezialisierte medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz fast ausschliesslich im Spital-ambulanten Bereich erbracht. Der grösste Anteil dieser Behandlungen in den Polkliniken der Universitätsspitäler und übrigen Zentrums spitäler. Aufgrund der Vielzahl der kinder- und jugendmedizinischen Fragestellungen in diversen Schwerpunkten besteht eine besondere Situation, was die lokale Konzentration von Expertise (mit entsprechendem ärztlichem Personalbedarf) und die Patientenströme bei den einzelnen Erkrankungen betrifft (Patientenfamilien fahren teilweise durch die ganze Schweiz, um einen spezifischen Spezialisten aufzusuchen). Dies erschwert auch bei entsprechender Sorgfalt valide Aussagen für den tatsächlichen Bedarf in den Kantonen, in denen sich die Universitätsspitäler und übrigen Zentrums spitäler befinden. In der Kombination mit der Schätzung bestimmter im Modell verwendeter Daten im Spital-ambulanten Bereich sehen wir ein erhebliches Risiko für die inadäquate Festlegung von Höchstzahlen in bestimmten Kantonen. In der Folge könnte eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Versorgung nicht mehr aufrechterhalten werden. Zudem wäre bei entsprechenden Zulassungsbeschränkungen die Ausbildung in den Spitälern gefährdet. Die besonderen Gegebenheiten der Kinder- und Jugendmedizin müssen daher bei den geplanten Massnahmen zwingend berücksichtigt werden.

Freundliche Grüsse



Marco Fischer
CEO UKBB
Präsident AllKids



Georg Schäppi
CEO Kinderspital Zürich



Guido Bucher
CEO Ostschweizer Kinderspital

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ASSOCIATION SUISSE DES MEDECINS PRATICIENS /
SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG DER PRAKTISCHEN ÄRZTE

Abkürzung der Firma / Organisation : ASMP

Adresse : La Petite-Fin 67, 1637 Charmey

Kontaktperson : Dr Deleplace Pascal, Président

Telefon : 078 885 98 44

E-Mail : info@asmpr.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	12
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	17
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	21
 Weitere Vorschläge _____	25
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	26

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung (<i>Version allemande ci-dessous</i>)
	<p>"L'Association Suisse des Médecins Praticiens (ASMP) a pris connaissance du projet d'ordonnance du conseil fédéral avec comme postulat que les moyens actuels étaient suffisants pour couvrir les besoins. Ce postulat erroné permet de fixer des objectifs de coûts qui se retrouvent donc fallacieusement sous évalués. Un tel dispositif nuirait à la relève professionnelle ambulatoire.</p> <p>Soigner de façon juste et économe est nécessaire et louable, contingenter les professionnels ou les coûts serait contre-productif pour la qualité des soins."</p> <p>L'ASMP demande donc que l'ordonnance mise en consultation soit retirée et retravaillée dans le sens proposé par les prises de position de la CCM et de la SMVS qui sont reprises ci-après.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

La SMVS est très préoccupée par les propositions contenues dans les ordonnances soumises à la consultation ci-dessus. Elle souhaite vivement que la régulation et la gestion du système sanitaire suisse soit faite en se basant sur des données adéquates en assurant une utilisation correcte et respectueuse de la protection des données. Ces données doivent absolument être intégrées aux expériences et aux connaissances du terrain pour minimiser le risque d'erreurs qui aurait des conséquences majeures sur la qualité de la prise en charge médicale de nos patients et de l'accessibilité aux soins pour notre population. **Il est inconcevable que la régulation de l'admission des prestataires du domaine ambulatoire médical extrahospitalier soit faite en se basant quasiment uniquement sur des critères économiques (chiffres d'affaire des médecins individuels ?!) et de gestion administrative sans intégrer une évaluation des besoins réels du terrain valable qui nécessite l'implication des sociétés médicales cantonales ainsi que l'intégration des besoins prévisibles des patients (p.ex. prise en considération des délais d'attente pour accéder à différentes prestations de soins).** Les méthodologies adéquates doivent encore être développées pour permettre une gestion intelligente du système sanitaire suisse et plus particulièrement du domaine ambulatoire extrahospitalier. Ce dernier est en souffrance depuis des années et nécessite des investissements conséquents et importants pour assurer le maintien d'un système dual public-privé en Suisse et surtout le renforcement de l'application de la stratégie politiquement souhaitée 'ambulant avant stationnaire'.

La SMVS soutient donc avec véhémence l'analyse faite par la CCM qui se base sur une approche de 'littératie des données' qui nous semble indispensable pour gérer et réguler au mieux le domaine ambulatoire là où c'est nécessaire, de façon adéquate.

Plus particulièrement, la SMVS demande à ce que ces ordonnances soient complètement revues pour les raisons suivantes :

- L'ordonnance prévoit la mise en place d'un modèle 'd'estimation des besoins' qui se base principalement sur la densité médicale régionale actuelle et le chiffre d'affaire (?) des médecins individuels qu'elle compte transformer en 'budget global' pour le domaine ambulatoire extrahospitalier. Elle fait fi des nombreux avertissements et limitations méthodologiques relevés par les experts eux-mêmes qui ont élaboré le rapport servant de base à cette ordonnance. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins dans la plupart des régions Suisses pour la médecine de premier recours p. ex. et que quasiment la moitié des médecins installés dans le domaine ambulatoire approchent de l'âge de la retraite et qu'une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années, l'ordonnance ne prévoit aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Elle vise à 'geler' la situation actuelle sans se préoccuper de la 'work-life-balance' différente à laquelle aspirent à juste titre les jeunes médecins et va donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

L'ordonnance représente un danger majeur pour la relève médicale ambulatoire indispensable partout en Suisse et plus particulièrement en Valais!

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

- L'ordonnance impose une livraison de données sensibles et personnelles de façon disproportionnée et injustifiée et pour les données des médecins et pour les données de leurs patients, alors que des méthodologies statistiques et de 'littératie des données' (data literacy) permettraient d'arriver à une évaluation des besoins réels du terrain par une approche nettement moins intrusive et fournissant des résultats plus robustes. Il est difficilement compréhensible, comment on pourrait déduire une évaluation de besoin en se basant sur les chiffres d'affaires, sans intégrer les évolutions épidémiologiques ni les délais d'attente des patients et l'accessibilité aux prestations de soins l'adéquation de la couverture de soins... La prise de position de la CCM décortique à différents niveaux les manquements fondamentaux de l'ordonnance en question.

L'ordonnance viole les principes de base de la protection des données et de la proportionnalité de la livraison des données. Elle ouvre grandement la porte à un système de surveillance continu et disproportionné, en se basant sur des prémisses insoutenables qui ne semble viser 'que' les médecins en apparence, mais vise aussi à surveiller toutes les filières de prise en charge des patients individuels en même temps.

De plus, nous renvoyons à la prise de position de la CCM.

*Die Walliser Ärztesgesellschaft ist sehr besorgt über die Tragweite und die Auswirkungen der aktuell zur Vernehmlassung vorgelegten Verordnungen. **Es scheint uns inakzeptabel, dass unser Gesundheitswesen und die Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer im nicht-spital-ambulanten Gesundheitssektor praktisch ausschliesslich über ökonomische Kriterien (Umsatzzahlen der Einzelpraxen?!) und administrative Auflagen erfolgen soll, ohne dass eine effektive Evaluation des realen Bedarfs vor Ort integriert sei.** Dies würde erfordern, dass die kantonalen Ärztesgesellschaften und auch die vorhersehbaren Patientenbedürfnisse (z.B. durch Miteinbezug der Wartezeiten zum Zugang zu verschiedenen Gesundheitsleistungen) verbindlich mit eingebunden werden müssten.*

- Die Verordnung sieht ein Modell zu 'Bedarfsanalyse' vor, das sich hauptsächlich auf der aktuellen regionalen Ärztedichte und den Umsatzzahlen (!) der einzelnen Ärzte stützt, die zu einer Art 'Globalbudget' für den nicht-spitalambulanten Sektor verarbeitet werden. Sie ignoriert die vielen Hinweise auf Schwierigkeiten und methodologische Einschränkungen, die von den Experten, die den Bericht, auf dem die Verordnung aufbaut, erstellt haben, klar dargelegt werden. Obwohl die aus den Analysen hervorgehenden Berechnungen bereits eine Unterdeckung gerade im Bereich der Hausarztmedizin in den meisten Regionen der Schweiz sichtbar werden lassen und wir wissen, dass praktisch die Hälfte der niedergelassenen Ärzte demnächst ins Pensionsalter kommen und in den nächsten Jahren keine genügende Ablösung gewährleistet ist, beinhaltet die Verordnung keinerlei Mechanismen, um eine nachhaltige Erneuerung des ambulanten Gesundheitssektors zu fördern. Im Gegenteil: sie sieht vor, die aktuelle Situation 'einzufrieren' ohne sich mit der dringenden Verbesserung der 'Work-life-balance', die sich die Ärzte und Ärztinnen der jungen Generation verständlicher Weise wünschen, zu befassen. Die Verordnung behindert damit alle bisherigen Bemühungen, die eine nachhaltige Erneuerung der Grundversorgung ermöglichen wollen.

Die Verordnung stellt somit eine grosse Gefahr für die dringend notwendige nachhaltige Erneuerung der nicht-spitalambulanten

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

medizinischen Versorgung in der ganzen Schweiz und insbesondere im Wallis dar!

- Die Verordnung zwingt zu einer unverhältnismässigen und ungerechtfertigten Datenlieferung persönlicher und sensibler Daten der Ärzte und ihrer Patienten. Dies obschon mit angepassten statistischen Methoden und etwas 'Datenkompetenz' (data literacy) sinnvollere und zuverlässigere brauchbare, realitätsnähere Bedarfsbeurteilungen gemacht werden könnten, ohne einen solch extensiven Beizug sensibler Daten. Es ist schwer verständlich, wie man praktisch nur auf Umsatzzahlen basiert, ohne Integration epidemiologischer Entwicklungen und patientenbezogener Daten wie Wartezeiten und Zugänglichkeit zu Behandlungsoptionen eine sinnvolle, realitätsbezogene Bedarfsabschätzung machen könnte. Die Stellungnahme der KKA weist in detaillierter Weise auf verschiedene Fehlannahmen der zur Diskussion stehenden Verordnung hin.

Die Verordnung verstösst gegen grundlegende Prinzipien des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit der Datenlieferungspflicht. Sie öffnet Tür und Tor für ein kontinuierliches und dysproportioniertes Überwachungssystem, indem sie sich auf unhaltbaren Grundannahmen abstützt und anscheinend 'nur' die einzelnen Ärzte ins Visier zu nehmen scheint, jedoch gleichzeitig bereits implizit eine Überwachung aller Behandlungspfade der einzelnen Patienten anvisiert.

Des weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der KKA, die wir vollumfänglich unterstützen:

Das Begleitschreiben der KKA an Herrn Bundesrat Berset ist integraler Bestandteil der Antwort der KKA. Auf einen Übertrag in das Vernehmlassungsformular wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme!

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht

Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹

In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.

Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:

„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 revKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im revArt. 58a KVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittlere Arztpraxen ab. Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:

Antrag : Textvorschlag

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a.BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);
- b.zuständige kantonale Behörden:3.Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVG KVG)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		<p>Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.</p>	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die	Änderungsvorschlag von Abs. 2:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a +b		Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung : a. dem BFS : für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u> ; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p>
	<p><u>Eventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüssen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
	<p><u>Subeventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbaren Leistungserbringerverhalten.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 <u>6 Absatz 3</u> berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² <u>Die kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen sind - nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen -</u> aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

		2		<p>Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.</p> <p>Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.</p>	<p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>
--	--	---	--	---	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Association Spitex privée Suisse ASPS

Abkürzung der Firma / Organisation : ASPS

Adresse : Uferweg 15, 3000 Bern 13

Kontaktperson : Marcel Durst, Geschäftsführer

Telefon : 031 370 76 73

E-Mail : marcel.durst@spitexprivee.swiss

Datum : 10.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Weitere Vorschläge _____	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ASPS	<p>Die Association Spitex privée Suisse ASPS ist der nationale Verband der privaten Spitex-Organisationen. Ihre 283 Mitgliedorganisationen beschäftigen rund 13'000 Mitarbeitende und sind von den Krankenkassen anerkannte und zugelassene Spitex-Anbieter. Die ASPS unterstützt Initiativen, die Transparenz in der Finanzierung von Spitex-Dienstleistungen ermöglichen. Klare Strukturen in den Kosten- und Subventionsflüssen sind anzustreben, damit wegweisende Lösungen möglich werden. Die Rahmenbedingungen privater Engagements sind generell zu verbessern, um dem steigenden Spitex-Bedarf zuhause, in Alterssiedlungen und bei den Formen des Betreuten Wohnens gerecht zu werden.</p> <p>Als Vertreterin der erwerbswirtschaftlich tätigen Spitex-Leistungserbringer engagiert sich die ASPS für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen im Bereich des Gesundheitswesens und wehrt sich gegen eine zunehmende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die nicht mehr Effizienz und/oder keinen Nutzen für die Betroffenen bringen.</p>
ASPS	<p>Grundsätzlich sollten die vorgeschlagene Einführung von Zulassungsbeschränkungen, -auflagen und – Bedingungen die ambulanten Leistungserbringer betreffen, die nicht institutionalisiert in einem Betrieb tätig sind, d.h. nicht in einer der Leistungserbringerbetriebe gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h-l KVG getrennt geregelt werden. Die Spitex-Organisationen werden hingegen in einem «kombinierten» Buchstaben in Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG zusammen mit den freiberuflich tätigen Pflegefachleuten erwähnt, obwohl auch sie institutionellen Charakter haben, im Handelsregister eingetragen sind, über eine kantonale Betriebsbewilligung mit entsprechender, organisatorischer Struktur und in den meisten Fällen über einen Leistungsvertrag mit dem Kanton oder der Gemeinde verfügen. Aus diesem Grund sollten die Spitex-Organisationen aus unserer Sicht gleich behandelt werden wie Pflegeheime, Spitäler, Geburtshäuser oder Heilbäder und nicht nochmals zusätzlich einer Zulassung unterstellt werden, die es heute bereits gibt und die die Kantone seit Einführung des KVGH wahrnehmen. Es würde also etwas geändert bzw. «neu» eingeführt, das im Falle der ambulanten Leistungserbringer «Spitex» («...Organisationen, die solche (Pflegefachpersonen) beschäftigen;») bereits seit 25 Jahren existiert und in den Kantonen korrekt umgesetzt wird. Daher braucht es aus unserer Sicht diese neuen Vorschriften und Regelungen für die Spitex nicht und diese ist explizit aus der Regelung auszunehmen.</p>
ASPS	<p>Wir setzen uns für eine gute Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung der Spitex bei den Patienten und beim Personal (Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ein). Die heute bereits vorgegebenen diesbezüglichen Regelungen bringen hohe Kosten mit sich, die sich aufgrund der zunehmenden Nachfrage nach ambulanter Pflege und Betreuung (demografische Bevölkerungsentwicklung) und bei latenter Personalknappheit in der Pflege laufend erhöhen. Die neu vorgeschlagenen Artikel 58g Buchstaben a-d – wie im Bericht erläutert – schränken die Handlungsfähigkeit der ambulanten Leistungserbringer, insbesondere der Spitex (Bst. a), stark ein, da sie für eine aufgrund der Nachfrage variable, flexible Organisation eine starre Personaldotation vorgeben wollen. Dies funktioniert für die stationäre Leistungserbringung in Pflegeheimen oder Spitälern mit einer festgelegten Anzahl Betten und einem vereinbarten Leistungsangebot, jedoch nicht für die ambulante Langzeitpflege, die auf</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	eine zunehmend ältere, individuellere Bevölkerung und deren Bedarf an Pflege und Betreuung zuhause ausgerichtet ist. Aufgrund der zu erwartenden, zusätzlichen hohen Kosten für die Umsetzung der vorgeschlagenen Qualitätsmassnahmen inkl. -personal (bei bereits grosser Personalknappheit in der Pflege!) betrachten wir die für Art. 58g Buchstaben a-d Regelungen als nicht realistisch und zielführend und lehnen diese daher in der vorliegenden Form ab.
ASPS	<p>Der neuen Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Registerverordnung Leistungserbringer OKP) steht die ASPS kritisch gegenüber, anerkennt aber die Umsetzungspflicht aufgrund der vom Parlament verabschiedeten Gesetzesgrundlage. Für die Spitex-Organisationen, die bereits in den Kantonen über Betriebsbewilligungen verfügen und daher dort «registriert» sind, sollte sich nichts Entscheidendes ändern. In den vorliegenden Verordnungsversionen 1 + 2 sind die erhobenen Daten nachvollziehbar und mit angemessenem Aufwand zu erbringen. Erfahrungsgemäss wird es aus Sicht der ASPS leider kaum dabei bleiben, da die Kantone entsprechende Bestimmungen erlassen werden und die darin neu geforderten Datenmengen für die Betriebe einen zusätzlichen Kostenfaktor darstellen werden, da der Aufwand erheblich sein wird und die Veröffentlichung gewisser Daten durchaus – aus Datenschutzgründen – und weiteren Faktoren (Betriebsgeheimnisse; Nischenangebote; spezifische/kreative Organisationsformen; Umsätze mit entsprechenden Ertrags- und Aufwandszahlen, die Rückschlüsse auf betriebliche Besonderheiten zulassen, die das Überleben der Unternehmung sichern etc.) sehr kritisch zu beobachten sein werden.</p> <p>Kritisch stehen wir den Gebührenforderungen in Art. 22 der beiden Verordnungsversionen gegenüber. Da es sich um einen gesetzlichen Auftrag handelt und die Umsetzung öffentlich zu geschehen hat, empfinden wir die Gebühren als unangemessen. Hier sollte der Bund, der dieses Register auf Antrag des Bundesrats und des Parlaments eingeführt hat, die Kosten vollumfänglich tragen.</p>
ASPS	Zur Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich nehmen wir nicht Stellung, da die ASPS und deren Mitglieder nicht direkt davon betroffen sind.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ASPS	51		e	Der Verweis auf Art. 58g KVV ist korrekt, jedoch dessen Inhalt aus unserer Sicht nicht realistisch/umsetzbar für die Spitex-Betriebe!	
ASPS	58g		c	Der Text ist im Vergleich zu Bst. a, b und d zu detailliert formuliert und lässt zu wenig Spielraum bei der Umsetzung für die einzelnen, verschiedenen, ambulanten Leistungserbringerkategorien.	«Sie verfügen über ein System zur Meldung von unterwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken und ein dafür geeignetes internes Berichtswesen.»
ASPS	21	3		Registerverordnung (Variante 1 und 2): Die Kosten für den Betrieb und die Einspeisung der Daten sollten vom Bund getragen werden, da der Bundesrat und das Parlament die Einführung des Registers für die Leistungserbringer gesetzlich verankert haben und diese Kosten daher tragen müssten. Daher schlagen wir in Artikel 21 die Einführung eines neuen Absatzes 3 vor.	<i>Neuer Absatz 3:</i> « ³ Die Kosten für die registerführende Stelle werden vom Bund getragen.»
ASPS	22			Registerverordnung (Variante 1 und 2): Die Kosten für den Betrieb und die Einspeisung der Daten sollten vom Bund getragen werden, da der Bundesrat und das Parlament die Einführung des Registers für die Leistungserbringer gesetzlich verankert haben und diese Kosten daher tragen müssten. Daher schlagen wir die Streichung des Artikels 22 vor.	<i>Streichung Artikel 22</i>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachverband für Selbstmeidkation

Abkürzung der Firma / Organisation : ASSGP

Adresse : Effingerstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Martin Bangerter (Geschäftsführer)

Telefon : 079 455 74 90

E-Mail : m.bangerter@assgp.ch

Datum : 22.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
Weitere Vorschläge _____	14
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	15

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ASSGP	<p>Wir unterstützen im Zusammenhang mit der «Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Registerverordnung Leistungserbringer OKP)», die Variante 1 «Registerführung durch einen Dritten». Als Mitglied der Stiftung refdata sind wir der Ansicht, dass diese, im Gesundheitswesen (und insbesondere auch bei den von den Regelungen der erwähnten Verordnung betroffenen Stakeholdern) gut bekannte und gemeinnützige Stiftung für diese Aufgabe ideale Voraussetzungen mitbringt. refdata geniesst heute eine breite Akzeptanz und auf Grund der bisherigen Tätigkeit auch ein hohes Vertrauen und verfügt über langjährige, fundierte Erfahrung mit der Handhabung und Verwaltung von Daten von/über Personen- und/oder Organisationen sowie in der Zusammenarbeit mit den betroffenen öffentlichen Registern (MedReg, PsyReg, GesReg (NAREG)). Ausserdem ist die breite Abstützung und die Neutralität bei der Ausübung der verschiedenen Aufgaben der Stiftung im Umgang mit besonders schützenswerten Daten von sehr hoher Bedeutung.</p> <p>Wir bitten Sie dies im Rahmen der Auswertung der Vernehmlassung zu berücksichtigen und wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen.</p> <p>Freundliche Grüsse Martin Bangerter, ASSGP</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : BEKAG

Adresse : Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Sekretariat BEKAG

Telefon : 031 330 90 00

E-Mail : info@berner-aerzte.ch

Datum : 10.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	6
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	14
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	17
 Weitere Vorschläge _____	21
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	22

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmegestaltung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Und im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Weiter wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen, was verwirrend ist. Der Klarheit halber ist folglich die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p> <p>Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a nKVG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:

„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 nKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im Art. 58a nKVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 nKVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Jahre Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des Art. 36a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 nKVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ hinaus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a nKVG noch nicht umgesetzt ist. **Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittleren Arztpraxen ab.** Es ist nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a nKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a nKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a nKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2).</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers <u>dem BFS übertragen</u> und nicht dem BAG (<u>neuer Vorschlag Variante 3</u>). Klar abzulehnen ist stattdessen die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten: Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die ausreichende Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im Weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		<p>Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag Variante 3) erfolgt.</p>	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a +b		Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung : a. dem BFS : für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u> ; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist. 2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme ist nicht falsch, impliziert aber, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet, was es zu berücksichtigen gilt. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, muss deshalb grundsätzlich (vorbehältlich einer nachweisbaren Über- oder Unterversorgung) auch darüber bestimmen, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

- Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.
- Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.
- Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.
- Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe.
- **Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können.** Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht.
- Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. **Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in den Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte.** Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen uneingeschränkt die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.
	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt werden.</p>
	<p><u>Eventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüssen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
	<p><u>Subeventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbareren Leistungserbringern verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztegesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und -bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie auf</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> auf Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² Die <u>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der</u> Höchstzahlen sind - <u>nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

		2		<p>Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.</p>	<p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>
--	--	---	--	--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



**Bündnis
Freiheitliches
Gesundheitswesen**

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 19. Februar 2021

Vernehmlassung: Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 4. November 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 19. Februar 2021 eröffnet und unsere Organisation zur Stellungnahme eingeladen. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

I. Vorbemerkungen

Dem erläuternden Bericht zu den Anpassungen im Bereich KVV und KLV ist auf Seite 2 zu entnehmen: *«Die Einführung dieses Zulassungsverfahrens stellt sicher, dass alle Gesuchstellenden, die zulasten der OKP tätig sein wollen, gleichbehandelt werden. Lehnt der Kanton ein Gesuch ab, so kann die Ablehnung beim kantonalen Gericht vom Antragsteller angefochten werden. Gegen dessen Entscheid kann gestützt auf Artikel 86 Absatz 2 in Verbindung mit Artikel 82 Buchstabe a des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht eingereicht werden.»*

Mit dieser Formulierung wird ein Zugewinn an Justiziabilität vermittelt. Dies ist aber nicht so, denn der Rechtsweg besteht schon heute.

Ferner wird die Sicherstellung einer Gleichbehandlung aller Gesuchstellenden in Aussicht gestellt. Tatsächlich enthält der Entwurf der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich noch erheblichen Ermessens- und Beurteilungsspielraum für die Kantone, so dass auch künftig keine unabhängig vom Kanton der Gesuchseinreichung gleiche Rechtsanwendung zu erwarten ist.

GESCHÄFTSSTELLE: ST. JAKOBS-STRASSE 25, POSTFACH 135, CH-4010 BASEL / SCHWEIZ

PHONE 0041 61 421 35 55 – MOBILE 0041 79 415 33 37

MAIL: BUENDNIS@BLUEWIN.CH – WEB: WWW.FREIHEITLICHESGESUNDHEITSWESEN.CH

Ferner findet sich im erläuternden Bericht zu den Anpassungen im Bereich KVV und KLV auf Seite 2 folgende Aussage: *«Dieses Verfahren ist nicht zu verwechseln mit dem Verfahren zur Berufsausübungsbewilligung, die für Ärztinnen und Ärzte nach dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11) und für die anderen Berufe nach dem Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (GesBG; SR 811.21) erteilt wird.»*

Tatsächlich liegt dann aber in Bezug auf die Qualitätssicherung eine Vermischung zwischen der gesundheitspolizeilich begründeten Qualitätssicherung der Kantone bei allen Leistungserbringern mit Berufsausübungsbewilligung und der vermeintlich neuen Qualitätssicherung gemäss Art. 58g KVV vor.

Im Fazit ist durch die geplante neue Regelung kein Mehrwert in der Umsetzung gegenüber dem Status quo erkennbar. Die Chance, nun zu Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb bei ambulanten Leistungserbringern überzugehen, wird durch die Vorlage nicht genutzt. Ausserdem würden die massiv erhöhte Regelungsdichte und der damit einhergehende administrative Mehraufwand zu erheblich mehr Bürokratie ohne klar begründeten Zusatznutzen für die Zulassungssteuerung führen. Der Entwurf der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich ist derart fachtechnisch und kompliziert formuliert, dass eine grosse Rechtsunsicherheit zu befürchten ist.

II. Konkrete Ausführungen zu den einzelnen Verordnungen

1. Änderung KVV

Grundsätzlich begrüssen wir die erkennbare Absicht, die Zulassungssteuerung künftig auf Qualitätskriterien abzustützen.

Diese Absicht wird dann aber aus vier Gründen doch nicht umgesetzt:

- (1) In technischer Hinsicht besteht heute bereits eine gesundheitspolizeiliche Aufgabe der Kantone, die Qualität aller Leistungserbringer/-innen mit Berufsausübungsbewilligungen sicherzustellen und zwar unabhängig davon, wer die Leistungen bezahlt. Nun ist unklar, in welchem Verhältnis die neu zu schaffende Qualitätssicherung zur bisherigen gesundheitspolizeilichen Aufgabe der Kantone stehen soll. Sollen künftig zwei verschiedene Qualitätssicherungssysteme und Qualitätsniveaus bestehen oder ist dasselbe System gemeint? Wenn letzteres der Fall wäre, müsste aber die auf Seite 2 des Berichtes zu den Anpassungen im Bereich KVV und KLV postulierte Unterscheidung zwischen der Handhabung von Berufsausübungsbewilligungen und der Zulassungssteuerung klar differenziert werden.
- (2) Ferner ergibt sich aus Art. 58g KVV nicht, wie die Qualitätssicherung im Rahmen der Zulassungssteuerung umgesetzt werden soll. Somit würde die Umsetzung individuell den Kantonen überlassen, womit wiederum die als Vorteil der neuen Vorlage dargestellte Gleichbehandlung aller Gesuchsteller/-innen nicht gewährleistet wäre.
- (3) Des Weiteren wird mit dieser Vorlage die Chance zur Schaffung eines echten Qualitätswettbewerbes zwischen Leistungserbringern nicht genutzt. Die Vorlage befasst sich nämlich nur

mit der Qualitätssicherung bei Gesuchsteller/-innen, äussert sich aber nicht zur Sicherstellung der Qualität bei bereits zur Abrechnung zu Lasten der OKP zugelassenen Leistungserbringern und zu den Konsequenzen bei Nichterreichung der Qualitätsvorgaben. Richtigerweise müsste ungenügende Qualität bei bereits zugelassenen Leistungserbringer/-innen zu einem Verlust der Zulassung führen und es müsste gewährleistet sein, dass Gesuchsteller/-innen mit gutem Leistungsausweis und besserer Qualität bestehende Leistungserbringer/-innen verdrängen können. Mit anderen Worten muss bei ungenügender Qualität der Entzug der Zulassung zur Abrechnung zu Lasten der OKP drohen. Die Qualität darf nicht nur der Selektion unter neuen Gesuchsteller/-innen dienen, denn das ist bei der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung bereits der Fall.

- (4) Schlussendlich muss nun die schon lange postulierte Qualitätstransparenz unter ambulanten Leistungserbringer/-innen geschaffen werden, indem Qualitätsdaten – wie bei den Spitälern - publiziert werden, um ein Rating der Leistungserbringer/-innen zu ermöglichen. Mit diesem wichtigen Aspekt befasst sich die Vorlage nicht. Damit die Patienten fakten gestützt unter den zugelassenen Leistungserbringern auswählen können, ist Qualitätstransparenz erforderlich. Diese wird mit den vorliegenden Verordnungsentwürfen nicht gewährleistet.

2. Änderung KLV

Zu den beabsichtigten Änderungen der KLV haben wir keine Anmerkungen.

3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Der Entwurf ist sehr kompliziert und technisch formuliert, die Ermittlung der Beurteilungskriterien ist kaum bis gar nicht nachvollziehbar, insbesondere nicht für die betroffenen Leistungserbringer/-innen. Im Effekt führt die Kompliziertheit der Verordnung somit zu einem Verlust an Justiziabilität gegenüber dem Status quo statt dem diesbezüglich propagierten Zuwachs.

Den für die Umsetzung der neuen Zulassungssteuerung zuständigen Kantonen wird trotz Zusage der rechtsgleichen Behandlung aller Gesuchsteller/-innen im Kommentar zu den Verordnungsentwürfen ein erheblicher Ermessensspielraum eingeräumt, so dass es weiterhin zu starken kantonalen Unterschieden in der Rechtsanwendung kommen würde.

4. KVV Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Registerverordnung Leistungserbringer OKP)

Der vorgelegte Entwurf ist sehr ausführlich und sieht die umfangreiche Zusammenführung von Datenmaterial vor, wobei nur teilweise klar ist, wozu diese Daten in Bezug auf die Umsetzung der Zulassungssteuerung benötigt werden. Der Verwendungszweck zu einigen der gemäss Entwurf zu erhebenden Daten ist im Entwurf der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich nicht erkennbar.

In Bezug auf die Durchführung bevorzugen wir jedenfalls die Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten).

III. Schlussfolgerungen / Antrag

Im Lichte der vorstehenden Ausführungen gelangen wir zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Revision führt – trotz erheblichem Mehraufwand in Administration und Bürokratie – zu keinem klar erkennbaren Mehrwert in der Umsetzung und die vom Verordnungsgeber formulierten Ziele (mehr Justiziabilität, Gleichbehandlung der Gesuchsteller/-innen) werden nicht erreicht.

Deshalb ist entweder der Status quo der Umsetzung weiterzuführen oder es sind die Verordnungsentwürfe dahingehend zu überarbeiten, dass die vom Verordnungsgeber formulierten Ziele erreicht werden. Ausserdem ist die Umsetzung methodisch so auszugestalten, dass sie von den Rechtsunterworfenen verstanden und nachvollzogen werden kann.

Die Stärkung der Qualitätssicherung im ambulanten Bereich ist sehr zu begrüssen, allerdings setzen die vorliegenden Entwürfe diesen wichtigen Punkt nur rudimentär und mangelhaft um. Hier sind Korrekturen und Konkretisierungen im Sinne von Qualitätswettbewerb auf der Basis von Qualitätstransparenz unerlässlich.

In diesem Sinne beantragen wir Ihnen die Überarbeitung des Revisionspakets im Lichte der vorstehenden Ausführungen.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Robert Leu, Präsident

Felix Schneuwly, Vizepräsident

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 27 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : BK-Heb

Adresse : ZHAW, Departement Gesundheit, Institut für Hebammen, Katharina-Sulzer-Platz 9, Postfach 8401 Winterthur

Kontaktperson : Silvia Ammann-Fiechter, Präsidentin Berufskonferenz Hebammen

Telefon : +41 58 934 42 66

E-Mail : ammi@zhaw.ch

Datum : 18. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	4
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 15
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	16
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 19
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	20
 Weitere Vorschläge _____	 23
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 24

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
BK-Heb	KVV 45 und 45a		e und c	<p>«Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen».</p> <p>Die BK-Heb begrüsst grundsätzlich das Bestreben nach einheitlichen Qualitätsmassnahmen bei den ambulanten Leistungserbringern. Hingegen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass diese pro Berufsgruppe sehr unterschiedlich sein können und auch sein müssen, damit beide Seiten von den Erkenntnissen profitieren können: Patient*innen und Leistungserbringer*innen.</p>	
BK-HEB	KVV 58		b	<p>«Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem».</p> <p>Die BK-HEB begrüsst diese Massnahme, möchte aber gleichzeitig darauf hinweisen, dass die Kontrolle über dessen Umsetzung und die Prüfung, ob das gewählte System als «geeignet» bezeichnet werden kann, entweder beim Kanton (Zulassung) oder bei den Versicherer Verbänden (Vergütung der Leistung) sein muss. Ohne verbindliche Kontrolle muss befürchtet werden, dass dem Qualitätsartikel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet werden könnte. Kleine Berufsverbände wie der</p>	<p>Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem. Diese Dokumente können von der Zulassungsstelle (Kanton) zur Kontrolle eingefordert werden.</p> <p>Oder</p> <p>Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem. Diese Dokumente können von den Versicherer Verbänden und/oder einzelnen Versicherern zur Kontrolle eingefordert werden.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Schweizerische Hebammenverband (SHV) haben weder die personellen noch finanziellen Ressourcen, um die Kontrollen durchzuführen, noch verfügen sie über die rechtlichen Möglichkeiten, Sanktionen auszusprechen.	
	KVV 58		d	<p>«Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen»</p> <p>Hebammenarbeit gehört zur Grundversorgung, ähnlich der Arbeit eines Hausarztes/einer Hausärztin. Eine Hebamme betreut Schwangere, Frauen und ihre Neugeborene, welche sich in sehr unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Situationen befinden. Eine sehr individuelle Betreuung ist daher ein Muss.</p> <p>Im Tätigkeitsgebiet der Perinatologie (rund um die Geburt) sind national verbindliche Qualitätsmessungen sehr schwer umzusetzen, da es wenige einheitliche Standardprocedere pro Thematik gibt, welche Vergleichsmöglichkeiten und Erkenntnisgewinne zulassen. Die BK-HEB unterstützt daher den Ansatz, den die SGAIM zusammen mit der FMH gewählt hat: Die SGAIM hat im Rahmen eines Pilotprojekts zusammen mit der FMH und den Versicherern 2020 versuchsweise vier Qualitätsaktivitäten (Teilnahme an Qualitätszirkeln, Anwendung Smarter-Medicine-Top-5-Liste, Hygienekonzept, Critical Incidence Reporting System CIRS) definiert und ihre ambulanten Mitglieder zu deren Umsetzung in der Praxis befragt. https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2021.10337</p>	Sie nehmen an den in den Tarifstrukturverträgen festgelegten Qualitätsmessungen teil. Die Kontrolle der Teilnahme obliegt den Versicherer Verbänden, welche die Tarifstrukturverträge mitverantworten. Finanzielle Anreize für die Vertragsmitglieder der Berufsverbände sind durch die Versicherer Verbände möglich und werden im Rahmen der qualitätsbildenden Massnahmen zusammen mit den einzelnen Berufsverbänden festgelegt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Es hat sich gezeigt, dass ein grosser Teil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mehrere dieser Qualitätsmassnahmen bereits befolgen und sich mit den Ergebnissen auseinandersetzen.</p> <p>Daher ist es der BK-HEB wichtig, dass Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe in Zusammenarbeit mit den Versicherer Verbänden individuell festgelegt werden können und im Umfang und Aufwand verhältnismässig sind. Was bei der einen Berufsgruppe funktioniert, muss nicht zwingend übertragbar sein auf eine andere. Im Weiteren sollen Versicherer Verbände verpflichtet werden, sich an kostspieligen Qualitätsmassnahmen finanziell zu beteiligen (Durchführung von nationalen Messungen) oder für TeilnehmerInnen finanzielle Anreizsysteme zu schaffen. (Beispiel: Ärztliche TeilnehmerInnen von interprofessionellen, ärztlich geleiteten Qualitätszirkeln werden von den Versicherern entschädigt, andere Berufsgruppen nicht.) Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in den Strukturverträgen resp. in irgend einer Form abgebildet werden, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.</p>	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

BK-HEB	KVV 45b		NEU	<p>Die BK-HEB möchte anregen, im KVV einen neuen Artikel aufzunehmen. Für die zukünftige Rollenentwicklung des Hebammenberufes ist es enorm wichtig, die Rolle der Advanced Practice, in welchem spezialisierte und hochqualifizierte Hebammen mit einer Ausbildung auf Masterniveau bereits tätig sind, auf nationalem Niveau zu regeln.</p> <p>Das Beispiel des Kantons VD mit dem Art. 124b des <i>Loi sur la santé publique – infirmiers praticiens spécialisés</i> - könnte auch als Grundlage für die Diskussion zur Verankerung der Advanced Practice Hebammen liefern. (Siehe Spalte rechts).</p> <p>Die Rollenentwicklung Advanced Practice (AP) ist in der Schweiz in vollem Gange. Es fehlt aber eine rechtliche Grundlage, auf welche sich die Rolleninhaberin/der Rolleninhaber AP abstützen kann, um in diesen «neuen und innovativen» Tätigkeitsfeldern Fuss zu fassen. Somit kommt die Rollenentwicklung spätestens beim Eintritt in die praktische Tätigkeit ins Stocken. Diese Verzögerung muss unbedingt verhindert werden.</p> <p>Ohne nationale Regelung fehlt auch die rechtliche Grundlage für die verbindliche Registrierung des Titels der Advanced Practice Rolle sowie die nötige Verankerung der zusätzlichen Kompetenzen gegenüber dem Abschluss Hebamme Bsc. Andererseits wird ohne gesetzliche Regelung die</p>	<p>Hier der Link zum Artikel 124b des «loi sur la santé publique» des Kantons VD (Seite 55)</p> <p>https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/20836/versions/189961/fr</p> <p>Originaltext:</p> <p>Art. 124b Infirmiers praticiens spécialisés 33 1 L'infirmier praticien spécialisé est une personne dont la formation, de niveau master, lui permet d'assumer, dans son champ de compétences et de manière autonome, les responsabilités médicales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. prescrire et interpréter des tests diagnostiques ; b. effectuer des actes médicaux ; c. prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements. <p>2 L'infirmier praticien spécialisé pratique en principe à titre dépendant, au sein d'un établissement sanitaire ou d'une organisation de soins. Il peut toutefois également pratiquer à titre indépendant, dans le cadre d'une convention passée avec un médecin autorisé à pratiquer à titre indépendant.</p> <p>3 L'infirmier praticien spécialisé assume la responsabilité pénale des actes qu'il effectue en application de l'alinéa 1. Le règlement précise les limites des responsabilités civiles énumérées à l'alinéa 1. Les organisations professionnelles concernées sont consultées sur le règlement.</p>
--------	------------	--	-----	---	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Implementierung von Pilotprojekten im interprofessionellen Setting gefährdet, wenn nicht gar verunmöglicht. Eine gesetzliche Regelung ist daher dringend nötig, um diese wichtige Rollenentwicklung weiter vorantreiben zu können!</p> <p>Warum soll die Advanced Practice im Bereich der Hebammenarbeit unterstützt werden?</p> <p>International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem europäischen Kompendium "Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015)" den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung von Hebammen unter dem Begriff "Advanced Midwifery Practice" (AMP) oder "Advanced Practice Midwife" (APM) seit längerem bekannt und hat sich bewährt.</p> <p>Was macht eine Advanced Practice Hebamme?</p> <p>Die Berufskonferenz Hebammen (BK-Heb) und der Schweizerische Hebammenverband (SHV) erarbeiteten folgende Definition, Stand Februar 2021 (im Moment nur in Englisch):</p> <p>«An Advanced Practice Midwife is an accredited practicing Midwife with a MSc degree*, in-depth expertise in a specific</p>	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>practice domain, research skills and advanced leadership competences. Advanced Practice Midwives provide continuous woman and family centred care in complex clinical situations with a high degree of autonomy, efficacy and accountability. They work in a variety of settings, promote and coordinate interprofessional collaboration within the health and social system. Advanced Practice Midwives contribute to the production of scientific knowledge and communicate it to diverse audiences. They conceptualize and implement accessible, equitable, cost-effective, and innovative solutions for health promotion and prevention. Advanced Practice Midwives improve quality of care, contribute to public health and advance midwifery as an academic profession”.</p> <p>*transition period will need to be defined.</p> <p>(based on the definition AMP Goemaes et al., 2016, further revised and modified by Berufskonferenz Hebammen (BK-Heb) and Schweizerischer Hebammenverband (SHV)</p> <p>APM und Interprofessionalität:</p> <p>Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden.</p>	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

BK-HEB	KLV 15	1-3	<p>Begründung: Erkrankt eine stillende Frau z. Bsp. an einer schwerwiegenden Brustentzündung, einem Abszess etc. ist gemäss jetziger Fassung des Gesetzestextes eine Betreuung durch die Hebamme, Stillberaterin oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrau oder Pflegefachmann nicht möglich, wenn die drei Stillberatungen bereits aufgebraucht sind. Deshalb ist es wichtig, dass die Möglichkeit besteht, auf ärztliche Anordnung Stillberatungen durchzuführen. Die Möglichkeit zur ärztlichen Verordnung von zusätzlichen Leistungen ist sowohl im KLV Artikel 13 wie auch 16 bereits verankert. Im Artikel 15 fehlt diese.</p> <p>Im Bereich der Abrechnung führt dies zu Rückweisungen von Hebammenrechnungen, da dieser Passus nicht verankert ist. Die Versicherer argumentieren damit, dass kein Passus "ärztlich verordnete Stillberatungen" im KLV Artikel 15 erwähnt seien. Darum ist es wichtig, dies im Rahmen dieser Vernehmlassung zu korrigieren.</p> <p>Warum sollen Stillberatungen auch pränatal erfolgen?</p> <p>Für Frauen mit Diabetes ist es zentral, dass man mit ihnen die Gewinnung von Kolostrum (bereits in der Schwangerschaft vorhandene, Vormilch) bespricht. Diese gewonnene</p>	<p><u>Art. 15 Stillberatung</u> (Gelb markiert ist Neu)</p> <p>1 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner durchgeführt wird.</p> <p>2 Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen während der gesamten individuellen Stillzeit. Auf ärztliche Verordnung können zusätzliche Stillberatungen durchgeführt werden. Finden diese nach den ersten 56 Tagen nach der Geburt statt, unterliegen sie der Franchisebeteiligung.</p> <p>3 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹) kann sowohl prä- wie auch postnatal erfolgen.</p>
--------	-----------	-----	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Vormilch wird ab Geburt dem Neugeborenen verabreicht, dies hilft den Blutzuckerspiegel des Neugeborenen rasch zu stabilisieren. Aber auch Frauen nach Brust-Operationen, Mehrlingen oder bei drohender Frühgeburt können von pränatalen Stillberatungen profitieren, damit der Stillstart und somit auch die Förderung der optimalen Gesundheit von Neugeborenen auch bei solchen Diagnosen optimal gelingen kann.</p>	
BK-HEB	<p>Registerverordnung Leistungserbringer OKP</p> <p>Variante 2: Registerführung durch das BAG</p>			<p>Die Revision des KVG sieht in Artikel 40a nKVG vor, dass das Departement ein Register über die nach Artikel 36 nKVG zugelassenen Leistungserbringer führt. Das neue Leistungserbringerregister dient nach Artikel 40b nKVG dem interkantonalen Informationsaustausch über zugelassenen Leistungserbringer sowie dem interkantonalen Informationsaustausch über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59, der Information der Versicherer und der Versicherten, statistischen Zwecken und der Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a nKVG.</p> <p>Die Führung des Registers kann der Bundesrat an einen Dritten übertragen.</p> <p>Der BK-HEB begrüsst ein neues, umfassendes und mind. teilweise öffentlich zugängliches Register aller kantonal zugelassenen Leistungserbringer. Der BK-HEB würde die Variante 2, "Führen des Registers durch das BAG" gegenüber</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				der Variante 1 bevorzugen. Das Führen eines Registers, welches vom Inhalt her von grossem öffentlichen Interesse ist und besonders schützenswerte Daten enthält, muss zwingend durch ein Bundesamt geführt werden. Solch eine wichtige Aufgabe darf NICHT an Dritte delegiert werden.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

[illegible]

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Blutspende SRK Schweiz AG

Abkürzung der Firma / Organisation : B-CH AG

Adresse : Laupenstrasse 37, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Bernhard Wegmüller

Telefon : 031 380 81 81

E-Mail : bernhard.wegmueller@blutspende.ch

Datum : 26.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	12
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
B-CH AG	Die sprachlichen Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte gemäss Art. 38, Abs. 3 KVV scheinen uns plausibel für Gespräche mit Patientinnen und Patienten.
	Die Qualitätsanforderungen an die Ärzte und an Laboratorien gemäss Art. 58g, lit. a-d KVV werden in den Regionalen Blutspendediensten schon heute mehr als erfüllt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

[illegible]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
B-CH AG	<p>Die Regionalen Blutspendedienste sind von dieser Verordnung indirekt und bei Variante 1 auch direkt betroffen. Grundsätzlich soll die Erfassung der Daten von Ärztinnen, Ärzten und Laboratorien so erfolgen, dass alle Angaben aus bereits bestehenden Registern übernommen werden. Das ist zu begrüssen.</p> <p>Es stellt sich die Frage, ob es in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte nicht einfacher und günstiger wäre, das bestehende Medizinalberufe-Register um die zusätzlichen Informationen zu ergänzen. Auch bei anderen Gesundheitsberufen und -organisationen ist zu prüfen, ob ein neues Register notwendig ist oder ob es nicht sinnvoller wäre, bestehende Register zu ergänzen.</p> <p>Gemäss Artikel 22 ist vorgesehen, dass die registrierten Personen und Organisationen eine Gebühr für die Aufnahme im Register zahlen müssten, sofern dieses durch eine externe Organisation geführt würde. Diese Gebühren würden die Blutspendedienste direkt tangieren und sie sind aus zwei Gründen nicht einsichtig: Erstens fallen diese Gebühren bei einer Registerführung durch das BAG offenbar nicht an, und zweitens zahlen die Personen und Organisationen bereits für den Zulassungsprozess innerhalb des Kantons, wo sie eine Zulassung beantragen. Das Register auf Bundesebene bringt den Leistungserbringern keinen Mehrwert und eine Gebühr wird deshalb abgelehnt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
B-CH AG	22	1		Variante 1: streichen, da kein Mehrwert für Leistungserbringer	Gebühren wie bei Variante 2 oder Bezahlung durch kantonale Zulassungsbehörden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

[illegible]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
B.CH AG	Wir gehen davon aus, dass die Verordnung die Regionalen Blutspendedienste nicht betrifft, da es sich bei den Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Blutspenderinnen und Blutspender nicht um KVG-Leistungen handelt. Insbesondere gehen wir auch davon aus, dass allfällige Höchstzahlen für Fachärzte Hämatologie zu keinen Einschränkungen für die Tätigkeiten der Blutspendedienste führen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

[illegible]

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



RA Marc Tomaschett
Geschäftsstelle
St. Martinsplatz 8
Postfach 619
7001 Chur
081 257 01 75
www.buendneraerzteverein.ch

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Chur, 26. Januar 2021

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern:

Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV); Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich.

Sehr geehrte Damen und Herren

Vorab bedanke ich mich im Namen des Bündner Ärztevereins, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur obgenannten Angelegenheit Stellung zu nehmen.

Im Anhang erlaube ich mir, Ihnen die Haltung der Bündner Ärzteschaft direkt mit dem vom Bund in dieser Angelegenheit zur Verfügung gestellten Formular mitzuteilen.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht

Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzten als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die **Nachweispflicht entfällt** gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG **für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen**, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach

in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹

In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das **Niveau B2**. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:

Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann.

Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).

Variante 2 - Registerführung durch das BAG

Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens **nicht im Einklang**

- mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren.

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

- mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim **Bundesamt für Statistik** vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen.
- mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das **Bundesamt für Statistik (BFS)** « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.

Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »

Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue **Variante 3** vor: Registerführung departementsintern durch das **Bundesamt für Statistik (BFS)**, dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.

Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:

Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)

- Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet.
- Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.)
- Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein.
- Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.
- Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.
- Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.

- Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe.
- Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht.
- Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt.

Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.

Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (<https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation>).

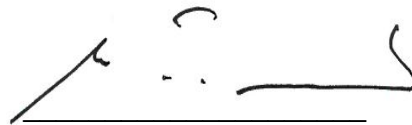
Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.

Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.

Neben dem Auftrag, den der Gesetzgeber dem Bundesrat erteilt hat, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen, dürfen die individuellen Verhältnisse insbesondere in unserem Kanton mit unseren vielen abgelegenen Tälern nicht vergessen werden. Eine reine Festlegung der Bedarfszahlen aufgrund statistischer Zahlen erscheint uns problematisch. **Insbesondere legt der Bündner Ärzteverein Wert darauf, vom Kanton in diese Entscheidungsfindung miteinbezogen zu werden.**

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Ausführungen zu dienen und gehen auch davon aus, dass Sie in diesem Sinne gegenüber den Bundesbehörden Stellung nehmen können.

Freundliche Grüße

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

RA Marc Tomaschett
Geschäftsführer BÜAeV

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Bündner Ärzteverein

Abkürzung der Firma / Organisation : BüAeV

Adresse : St. Martinsplatz 8, 7000 Chur

Kontaktperson : RA Marc Tomaschett, Geschäftsführer

Telefon : 081 257 01 75

E-Mail : marc.tomaschett@hin.ch

Datum : 26. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
Weitere Vorschläge _____	17
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	18

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Sollte der Bundesrat an Art. 58g E-KVV festhalten, soll er wie folgt neu formuliert werden:</p> <p>«Art. 58g (neu)</p> <p>Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und die befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	---	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).</p> <p>Variante 2 - Registerführung durch das BAG</p> <p>Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.

Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »

Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue **Variante 3** vor: Registerführung departementsintern durch das **Bundesamt für Statistik (BFS)**, dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.

Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:

Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p> <p>2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.</p>
	15	2			Streichen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind. - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.
	Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.
	Neben dem Auftrag, den der Gesetzgeber dem Bundesrat erteilt hat, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen, dürfen die individuellen Verhältnisse insbesondere in unserem Kanton mit unseren vielen abgelegenen Tälern nicht vergessen werden. Eine reine Festlegung der Bedarfszahlen aufgrund statistischer Zahlen erscheint uns problematisch. Insbesondere legt der Bündner Ärzteverein Wert darauf, vom Kanton in diese Entscheidfindung miteinbezogen zu werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensum. Der Einbezug des Leistungsvolumen erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente <u>hochgerechnet zur proportional zum Leistungsvolumen</u> vergleichbarer Leistungserbringer verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p>Leistungen</p> <p>Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.</p>
	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8				<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p>
	10	1			<p>¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 56 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² Die <u>regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen</u> sind - <u>nach Anhörung der Kantone und den fachlich und regionalen zuständigen Verbänden</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



lic. iur. Marc Tomaschett
Geschäftsführer
St. Martinsplatz 8
Postfach 683
7002 Chur

✉ marc.tomaschett@hin.ch

☎ 081/257 01 75

📠 081/257 01 77

An Herrn
Bundesrat Alain Berset
Vorsteher EDI
BAG

3003 Bern
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Chur, den 15. Februar 2021

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern:

Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV); Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich.

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns bei Ihnen, zur Stellungnahme zu dieser wichtigen Vernehmlassung eingeladen worden zu sein.

Wie Sie wissen, engagiert sich die KKA stark für die Förderung der allgemeinen Datenkompetenz, um sachpolitisch und fundierte, datenbasierte Entscheidungen insbesondere in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zu ermöglichen. Wichtige Anliegen der KKA sind die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den verschiedenen Regionen der Schweiz, der Erhalt einer gleichberechtigten, liberalen Medizin im bewährten dualen öffentlich-privaten Gesundheitssystem und die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, anpassungsfähigen, regional abgestützten Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Wir haben die Entwicklungen verschiedener politischer und tarifarischer Steuerungsversuche im nicht-spital-ambulanten Sektor seit 2006 sehr intensiv mitverfolgt und erlauben uns, unsere nüchternen Betrachtungen dazu hier darzulegen.

Leider müssen wir feststellen, dass die verschiedenen politischen und tarifarischen Entscheidungen seit 2001 mit der Einführung des Zulassungsstopps, Einführung des

Numerus clausus, zunehmender zunehmenden administrativen Auflagen und Kontroll-Massnahmen sowie tarifarischer Ungleichbehandlung des nichtspitalambulanten und spit- alambulanten Sektors dazu beigetragen haben, dass **die Schweiz aus der 'historischen Ärzteschwemme' der 1990er Jahre in einen chronifizierten Ärztemangel-Zustand manövriert worden ist.**

Dies wird unter anderem belegt durch die äusserst komplexen Modellierungen BSS, die auf diversen Annah- men und Schätzungen den Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region berechnen (S. 77 und folgende: 'Ein Versorgungsgrad von 100% besagt, dass die gegenwärtige Versorgung der gewünschten Versorgung entspricht. Ein Wert massgeblich über 100% deutet auf Überversorgung und ein Wert massgeblich unter 100% deutet auf Unterversorgung hin. Aufgrund der Berechnungen der Autoren aufgrund der vorhan- denen Quellen in der Mehrzahl der Kantone eine Unterversorgung in Hausarztmedizin, Ophthal- mologie und Gynäkologie!)

Wie Sie wissen waren 2019 36.3% der in der Schweiz arbeitenden Ärzte im Besitz eines ausländischen Arztdiploms. Jährlich werden mehr als doppelt so viele ausländische Arz- tdiplome anerkannt, als eidgenössische Arztdiplome ausgestellt werden <https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerzttestatistik-2019.pdf>. Ohne diese ausländischen Kol- leginnen und Kollegen wäre unsere Schweizer Gesundheitsversorgung seit Jahren nicht mehr funktionsfähig. Gleichzeitig fehlen diese ärztlichen Ressourcen in unseren Nachbar- ländern und ziehen eine Migrationsbewegung von Ärzten anderer Nationalitäten in deren Heimatländer nach sich. Wenn eine Veränderung dieser Situation politisch erwünscht wäre, müssten also wesentlich mehr Ärzte in der Schweiz ausgebildet werden, als dies zurzeit der Fall ist. Ein solcher Vorstoss wurde jedoch kürzlich von der national-rätlichen Gesund- heitskommission abgelehnt.

- Wir erlauben uns einige Bemerkungen zu den Vernehmlassungsberichten:

1) Bemerkungen zum Bericht 'A'

“ Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Jan- uar 2016 vom 03.03.2017”,

der als Grundlagendokument zur Vernehmlassung zur Begründung der vorgeschla- genen Zulassungssteuerung beigelegt ist (weiter als 'Bericht A' zitiert).

- Im Postulat 16.3000 «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztin- nen und Ärzten» wurde am 12. Januar 2016 der Bundesrat aufgefordert:

“Verschiedene Varianten beziehungsweise Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung mit der OKP aufzuzeigen. Für die Beurteilung einer ausreichenden Versorgung mit Gesund- heitsdienst-leistungen sollen Kriterien wie «Ärztedichte» und «Qualität der Versorgung» beigezogen werden. “

Der entsprechend erarbeitete Bericht vom 3.3.2017 stützte sich auf folgende Prämisse ab, die auf Daten, die vor (!) Einführung des Zulassungsstopps von 2001 erhoben worden waren und im Kontext einer 'Ärzte-Plethora':

Studie der Professoren Gianfranco Domenighetti und Luca Crivelli von Juni 2001: *“Die Autoren der Studie stellten fest, dass die **Zufriedenheit der Bevölkerung** mit den Lei- stungen des Gesundheitswesens, die Wahrnehmung von Anzeichen einer Rationierung ebenso wie die **Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an den dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen**, praktisch identisch sind, trotz der teilweise eklatanten Differenzen bei der Ärztedichte. Sie beobachteten aber, dass die Ärztedichte einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsulta- tionen) sowie auf die Kosten pro versicherte Person in der OKP hatte. Eine*

angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung mit einem gleichen Grad der Zufriedenheit kann also auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte erreicht werden, dies aber zu niedrigeren Kosten. ”

Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass die Studienverantwortlichen hier auf wichtige Parameter wie: **Zufriedenheit der Bevölkerung und die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen verweisen, in einer Zeit, in der der Arbeitsmarkt für Ärzte in der Schweiz übersättigt war.** 2021 ist die Situation diametral verschieden: wir stehen seit Jahren vor einem Überangebot von Stellenangeboten für Ärzte in der Schweiz, die nur schwer besetzt werden können sei es im Spital oder im ambulanten Sektor!

Zwischenzeitlich wissen wir, dass die OKP-Kosten wesentlich enger mit dem Schweregrad der Erkrankungen der Patienten zusammenhängen als mit der Ärztedichte per se... 20% der (schwerkranken) Patienten generieren etwa 80% der Krankenkassenkosten. Dies führt schliesslich auch jährlich zu komplexen, unvorhersehbaren 'Risiko-Ausgleichszahlungen' in Millionenhöhe zwischen Krankenkassen ein- und derselben Versorgungsregion – völlig unabhängig von der Ärztedichte, die ja für alle diese Krankenkassen regional die gleiche ist.

Dennoch scheint sich die These von 2001, die Ärztedichte sei ein Hauptfaktor für steigende Gesundheitskosten, hartnäckig in den Köpfen zu halten und führt dazu, dass man die Gesundheitskosten der OKP um jeden Preis durch die Regulierung der Ärztedichte im ambulanten Sektor zu stabilisieren versucht! Es scheint uns unerlässlich, dass diese Fehlannahme endlich bereinigt wird.

Im Gegenteil, grosse internationale unabhängige Studien zeigen, dass die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Ärztedichte) klar mit einer Reduktion vermeidbarer Todesursachen korreliert. Die Kosten sind damit primär auf die Behandlungen der Krankheiten als auf die blossen Ärztedichte zurückzuführen (siehe unten), was auch intuitiv naheliegend scheint.

- **Wir finden es mehr als befremdlich, dass nicht für nötig befunden wurde, die effektive 'Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung' seit 2001 zu messen und zu analysieren.** Ebenso befremdlich ist, dass deren negativen Auswirkungen z.B. auf die 'erzwungene' Hyperspezialisierung von Ärzten, die sich nicht ausserhalb des Spitals niederlassen konnten, den Ausbau des spitalambulanten Sektors zu Ungunsten des nicht-spitalambulanten Sektors usw. nie analysiert wurden.

Zitat aus dem vorgelegten Bericht A): **“Die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung wurde in den Studien des Büros Vatter nicht untersucht. Sie wurde seit Einführung der Massnahme auch nicht systematisch gemessen. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung am 31. Dezember 2011 führte jedoch zu einer derart massiven Zunahme an Gesuchen um Erteilung einer ZSR-Nummer, dass Artikel 55aKVG am 1. Juli 2013 auf Verlangen der Kantone in Form eines dringlichen Bundesgesetzes wieder eingeführt wurde. ”**

Dass nach Aufheben einer 10-jährigen Zulassungsbeschränkung, die primär zwecks Verhinderung einer ausländischen Ärzteschwemme aufgrund der Personenfreizügigkeit 2001 eingeführt worden war, bei Fehlen jeglicher flankierenden Massnahmen ein entsprechendes 'Rebound-Phänomen' auftreten musste, das zu einer notfallmässigen Wiedereinführung via dringliches Bundesgesetz führte, vermag nicht zu erstaunen.

Dass deswegen aber darauf geschlossen wird, dass die Zulassungsbeschränkung eine wirksame Massnahme zur Kostendämpfung per se darstellt, müsste aufgrund der äusserst dürftigen Beweislage und der obigen

Ausführungen ernsthaft hinterfragt werden.

2) KVV, Qualität in der ärztlichen Versorgung und Zulassungsbeschränkung

- Im Bericht A) wird sogenannten 'in Übereinstimmung mit dem europäischen Recht' als **Alternative zur Zulassungssteuerung** in Art. 55 a Absatz 2 KVG postuliert, für alle Ärzte eine Karenzfrist von 2 Jahren ab Erteilung des Weiterbildungstitels vor Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP unabhängig von deren Nationalität und Ort des Erwerbs des Weiterbildungstitels vorzuschlagen, ohne zusätzliche Berufserfahrung zu fordern. Wir sind dankbar, dass diese Variante verworfen wurde, die den aktuellen Ärztemangel sinnlos verschärfen würde wie auch eine wichtige, für eine qualitativ gute vernetzte Versorgung dank Kenntnis der Besonderheiten und der Ansprüche des Schweizer Gesundheitswesens erschweren würde.

Wir unterstützen deshalb mit Nachdruck den Beibehalt der Möglichkeit, von einer Zulassungssteuerung gemäss KVG 55 a, Gebrauch zu machen, wenn ein Arzt/Ärztin nicht 3 Jahre in einer akkreditierten Schweizer Weiterbildungsstätte tätig war. Dies stellt eine sinnvolle Option und qualitätssichernde Massnahme dar gegen die befürchtete unkontrollierbare, allenfalls wirtschaftlich induzierte 'Ärztenschwemme' aufgrund der Personenfreizügigkeit dar – was 2001 der Hauptgrund für die Einführung der Zulassungssteuerung war.

Weitergehende Zulassungssteuerungen scheinen zurzeit aufgrund des generalisierten Ärztemangels in praktisch allen Bereichen (siehe oben) keinesfalls einer Dringlichkeit, noch der aktuellen Bedarfssituation zu entsprechen. Anstelle einer willkürlichen, unausgereiften, wissenschaftlich und methodologisch nicht abgestützten administrativen Zulassungssteuerung, wie sie in der zu vernehmlassenden Verordnung vorgesehen ist, fordern wir, dass im Zeitrahmen bis 2025 sinnvoll anwendbare, datenbasiert und verständlich anwendbare Methoden erarbeitet werden, die den regionalen Bedürfnissen adäquat gerecht werden können und den Prinzipien der 'data literacy' – inklusive dem damit verbundenen angemessenen Datenschutz der einzelnen Leistungserbringer und der Verhältnismässigkeit der dazu nötigen Datenlieferungen Rechnung getragen wird.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass im Bericht A) als interessantes Beispiel die Slowakische Republik genannt wird, wo eine strenge Limitierung der Verträge zur Sicherstellung einer minimalen Versorgung zwischen Versicherern und Ärzten bestehe, die sich an gesetzlich festgelegten qualitativen Kriterien orientieren. Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass leider die Qualität des Gesundheitszustands in der Slowakei leider unterdurchschnittlich ist und auch die durchschnittliche Lebenserwartung mit 77 Jahren weit unter jener der Schweiz (83 J), der EU (80J) und der umgebenden Staaten liegt. **Dass ein Zusammenhang mit einer ungenügenden Ärztedichte (die einen wichtigen Faktor der 'Zugänglichkeit zu medizinischer Versorgung darstellt) bestehen könnte, legt der 'Healthcare Access and Quality' Index dar, der die Todesfallraten vermeidbarer Ursachen in 195 Ländern zwischen 1990-2015 verglichen hat, wo die Schweiz auf Rang 3 und die Slowakische Republik auf Rang 79 von 195 figuriert.**

In dieser Studie zeigt sich übrigens auch, dass der HAQ-Index in der Schweiz sich zwischen 1990 und 2015 von 86.4 auf 91.4 verbessert hat. Dies sollte in der aktuellen Diskussion zu Qualität und Ärztedichte unbedingt berücksichtigt werden.

*(Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators**

www.thelancet.com Vol 391 June 2, 2018 (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>).

Diese grosse internationale von der Schweizer Gesundheitspolitik unabhängig erstellte Studie zeigt ebenfalls eine klare Korrelation zwischen Qualität (Reduktion der Sterblichkeit an vermeidbaren Todesursachen und den Kosten des Gesundheitssystems der verschiedenen Länder).

Es ist inakzeptabel, die international anerkannte Qualität der Schweizerischen Gesundheitsversorgung zu gefährden durch eine gewollte und ausschliesslich kosten-zentriert begründeten Reduktion der Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer, zudem noch durch eine nicht demokratisch anfechtbare Verordnung, gegen die kein Referendum ergriffen werden kann!

- Im Bericht A) wird weiter festgehalten: *“Da für die Ermittlung des Bedarfs die notwendigen Daten und konzeptionellen Modelle fehlen, kommt in diesem Zusammenhang nur ein Ansatz in Frage, nämlich derjenige, der auf der Abbildung des aktuellen Angebots basiert. Ein solcher Ansatz wird in den meisten Ländern verwendet, die eine Eindämmung der Kosten zu Lasten ihres Systems der sozialen Sicherheit anstreben. Obwohl es problematisch sein mag, wird dabei davon ausgegangen, dass zum Zeitpunkt der Messung weder eine Über- noch Unterversorgung besteht.”*

Wir erlauben uns festzuhalten, dass diese Annahme höchst problematisch ist, insbesondere, da sie wie weiter oben im Bericht bereits festgestellt wird, die Ungleichheiten in der Versorgungsdichte, die seit 2001 bestehen, weiter zementiert.

Ebenso entlarvt diese Feststellung, dass nicht primär eine möglichst optimale bedarfsangepasste Grundversorgung angestrebt wird, sondern dass es primär um eine Eindämmung der Kosten um jeden Preis, geht.

Dass die vielfach belegte Qualität des Schweizer Gesundheitssystems ohne die entsprechende Daten- und konzeptionelle Basis durch eine willkürliche Steuerung in diesem Sinne gefährdet werden soll ist bedenklich.

Dass als Gegenmassnahme in Hinblick auf einen möglichen Qualitätsverlust stattdessen im revidierten **KVV Art. 58 g** nun administrative Erschwernisse im Sinne von obligaten ‘Qualitätsmanagement-Systemen’ in jeder einzelnen Arztpraxis aufoktroiert werden, deren effektiver Mehrwert bei weitem nicht belegt ist, trotz der damit verbundenen Mehrkosten, ist nicht nur befremdend, sondern inakzeptabel.

Wir verlangen deshalb, wie dies auch diverse andere ärztliche Verbände fordern, die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält und sachgemäss zwischen den Arztverbänden und den Krankenkassenverbänden vertraglich adäquat geregelt werden müssen.

Sinnvolle Qualitätsmassnahmen müssen keine starre administrative Mehrbelastung bedeuten, die insbesondere kleine und mittlere Arztpraxen gerade in ländlichen und Bergregionen besonders gefährden würden. Dies umso mehr als sich die Qualität einer medizinischen Einzel-Behandlung kaum direkt messbar ist, meistens erst in einem längeren Verlauf erkennbar wird und zudem, gerade im ambulanten Setting enorm von den mitinvolvierten Netzwerken und vom Patientenverhalten selber abhängt (Compliance, soziales Versorgungsumfeld, involvierte Therapeuten, Netzwerk-Kooperation). Die Annahme, dass dieses komplexe Zusammenspiel auf Individualebene im Rahmen einer sehr individuellen und persönlich angepassten Betreuung durch ein standardisiertes, vorgegebenes administratives Qualitätsmanagements-System auf Praxisebene zu managen sei, ist illusorisch. Sinnvolle Qualitätsmanagement-Systeme im ambulanten Setting müssten interprofessionell, vernetzt und v.a. den Patienten aktiv als Partner involvierend konzipiert

und erarbeitet werden. Solche Entwicklungen sind in diversen Projekten angedacht und im Gange, aber bei weitem noch nicht genügend ausgereift und belegt, um als 'sine-qua-non'- Bedingung obligatorisch für eine reelle Qualitätsverbesserung akzeptiert werden zu können.

Ebenso ist es nicht rechtens, zu fordern, dass die Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden müsse, um sich an **nationalen SIRS (Severe-Incident-Reporting-System) ambulant anschliessen zu können, die noch gar nicht existieren.**

Die Schweizer Ärzteschaft hat sich mit Hilfe der FMH dafür eingesetzt, dass für die Ausübung des Arztberufs in der Schweiz genügende Sprachkenntnisse gefordert werden, was für eine korrekte Behandlung von Patienten im Sinne des Qualitätsmanagements unerlässlich scheint. Nun wurden die Ansprüche auf die Sprachkenntnisse in der vorgelegten Vernehmlassung weiter angehoben auf das Niveau C1. Dies stellt paradoxer Weise sinnlose Hürden für Schweizer Ärzte dar, die mit **Sprachkenntnissen, die sie im Rahmen ihrer Maturität (Niveau B2) erworben haben**, in den verschiedenen Sprachregionen arbeiten können sollten, insbesondere z.B. für Tessiner Kollegen oder Ärzte in zweisprachigen Kantonen. Art. 38 E-KVV ist entsprechend zu präzisieren, wie dies von der BEKAG und AGZ vorgeschlagen worden ist.

3) Bemerkungen zum Bericht B):

'Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten, Basel 28.09.2020'

(Auftraggeber/in: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Autorinnen/Autoren: Boris Kaiser, Melanie Krähenbühl) zeigt sich auf eindrückliche Weise die **Schwierigkeit, zwischen Überversorgung und 'Mitversorgung' unterscheiden zu können.** Die Ergebnisse der Modellierungen zeigen gemäss den Autoren, dass zwischen den Kantonen sowie auch innerhalb der Kantone teilweise recht bedeutende **Unterschiede im Bedarf an ärztlichen Leistungen bestehen. Diese Unterschiede ergeben sich aus dem Umstand, dass die Merkmale der Bevölkerung, wie etwa die Altersstruktur, regional variieren.** Zum anderen zeigen die Berechnungen der Versorgungsgrade, dass sich die Versorgungssituation nach Fachgebiet keineswegs über alle Kantone homogen präsentiert.

Die Autoren weisen mehrfach auf die Schwierigkeiten hin, die auf Datenlücken und fehlende Informationen zu Morbiditätsfaktoren der Bevölkerung wie auch auf die Schwierigkeit, Leistungen von Gruppenpraxen und spitalambulantem Leistungen korrekt zuzuteilen zurückzuführen sind.

Solange so wesentliche und sehr relevante Grundlagenprobleme bestehen und sogar noch klar erkannt werden, ist es inakzeptabel, ein Modell, das diese Probleme einfach ausklammert und ignoriert auf Verordnungsweg zu implementieren. Zumal das Modell für die nächsten Jahrzehnte die Entwicklung des gerade im Ausbau sich befindenden ambulanten Gesundheitswesens nachhaltig beeinflussen soll.

Als Beispiel dürfte hier das von den Autoren (des Bericht B) selbst hervorgehobene Wallis genannt werden, wo seit Jahren eine Unterversorgung in verschiedenen Spezialisierungen besteht, mit entsprechend langen Wartefristen für die Patienten (Ophthalmologie, Gastroenterologie, Gynäkologie). Ebenfalls zeichnet sich im Wallis eine massive Unterversorgung in der Hausarztversorgung ab. Diese wird zusätzlich erschwert durch den anstehenden Generationenwechsel und dem Wunsch nach einer ausgeglicheneren Work-Life-Balance der jungen

Ärztinnen und Ärzten, die reduzierte und flexible Arbeitspensen anstreben. Durch Regulierungen der Ärztedichte, wie sie in der vorgeschlagenen Verordnung zu den Höchstzahlen der Leistungserbringer vorgesehen ist, wird der seit 2001 im Wallis sehr eindrücklich eingeleitete Shift vom ambulanten in den spitalambulantem Sektor, der über Jahre im Gegensatz zum freischaffenden Sektor nicht reguliert wurde und kompensatorisch aufgebläht wurde, weiterhin verstärkt.

Die wichtige, bereits stark kompromittierte Balance des dualen Versorgungssystems öffentlich-ambulant wird dadurch noch stärker massiv und auf eine wenig sinnvolle Art auf Jahrzehnte gestört.

Um eine optimale Versorgungsqualität und Wahlfreiheit der Patienten garantieren zu können, ist aber der Erhalt der ambulanten unabhängigen ärztlichen Versorgung fundamental und sollte nicht durch weitere willkürliche Begrenzungen zugunsten des z.T. (gerade im Wallis) schon stark monopolisierenden öffentlichen Gesundheitssektor gefährdet werden.

Deshalb ist es unerlässlich, dass, falls eine Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor beibehalten respektive verschärft werden sollte, diese unbedingt den **spitalambulantem Sektor mitinvolvieren müsste**, um die Dysbalance des dualen Versorgungssystems nicht weiter zu verschärfen.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass in der Vernehmlassung zur Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs *‘zahlreiche Kantone es abgelehnt hatten, dass sie die Akteure im Rahmen von beratenden Kommissionen – deren Meinung sie zwingend zu berücksichtigen hatten einbeziehen müssten. Die Kantone sollten nach ihrer Ansicht die Art und Weise, wie sie die Meinungen der Stakeholder berücksichtigen, selbst bestimmen können.’* Obwohl diese Haltung es diesen Kantonen natürlich erleichtert, Entscheidungen willkürlicher und ohne unerwünschte Gegenstimmen fällen zu können, ist sie in Anbetracht der Tragweite und der Komplexität dieser Entscheidungen für die Leistungserbringer aber auch für die gesamte Bevölkerung und die Qualität der Patientenversorgung inakzeptabel.

Es ist aus unserer Sicht deshalb unerlässlich, dass, falls eine Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor kantonal zum Zuge kommen soll, die entsprechenden Stakeholder und insbesondere die kantonalen Ärztegesellschaften adäquat und verbindlich in die Diskussionen und in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden müssen. Dies umso mehr als die Datenlage lückenhaft ist und mit unverhältnismässig grossem Aufwand und Gefährdung des legitimen Datenschutzes der Patienten (Rekonstruieren individueller Patientenströme) und der Ärzte (Analyse der Patientenflüsse, Umsätze!, Arbeitspensen?). Je detaillierter solche Analysen gemacht werden, desto grösser ist die Gefahr, sich in einer Pseudogenauigkeit zu verlieren und die grosse Unschärfe und Fluktuation und Fehleranfälligkeit der beobachteten Einzelphänomene und der daraus gezogenen Schlüsse zu vergessen. Dagegen ist nicht verhandelbar, dass bei der Zulassungssteuerung nicht vorgesehen ist, ob und wie die Zugänglichkeit zu den verschiedenen ärztlichen Leistungserbringern jeweils regional für die Bevölkerung gewährleistet ist und mit welchen Wartezeiten dies verbunden ist.

Es müssten insbesondere Fördermassnahmen vorgesehen werden, die bei ungenügender Ärztedichte und unzureichender Verfügbarkeit spezialärztlicher Versorgung, getroffen werden müssten, um den Missstand möglichst bald zu beheben. Die vorgelegte Zulassungssteuerung enthält keinerlei solcher Fördermassnahmen und ist einseitig nur auf eine allfällige Begrenzung der Anzahl der ärztlichen Leistungserbringer ausgerichtet. Das ist, gerade in Hinblick auf die in Abb. 15 wiedergegebene Versorgungssituation in der Hausarztmedizin CH 2018 inakzeptabel. Obschon

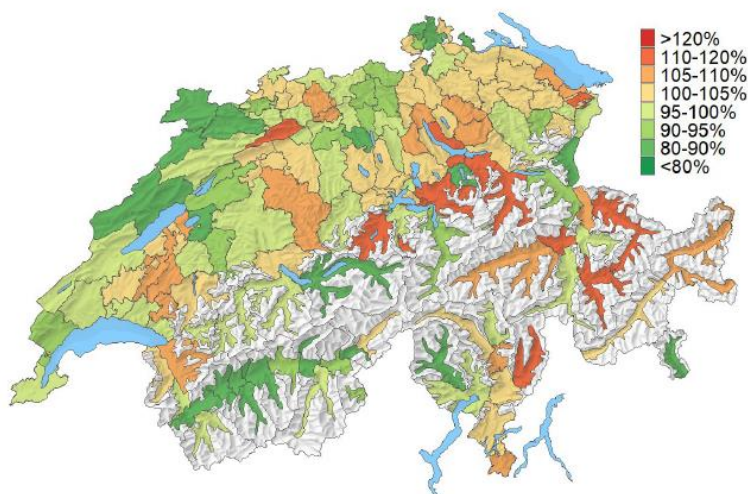
diese Modellierung auf unserer Meinung nach teils sehr einseitigen und fragwürdigen Annahmen, die eine Unterversorgung zu minimieren suchen (*), zeigt sich eine in vielen Regionen ungenügende (<100%) Versorgung. Wie wir wissen, erreichen praktisch 50% dieser Ärzte in den nächsten Jahren ihr Pensionsalter, oder haben es bereits erreicht (<https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerztestatistik-2019.pdf>).

(*): In den Berechnungen werden die Patienten, die ausserhalb ihrer Wohn-Region konsultieren, aus der Bedarfsévaluation der Wohnregion abgezogen. Damit wird man aber nicht der Situation gerecht, dass unter Umständen in der eigenen Wohnregion eben ein Ärztemangel besteht und dies ein Grund sein kann, weshalb eine Person ausserhalb ihrer Wohnregion konsultiert. Der Grad der Unterversorgung wird somit unterschätzt.

Ebenfalls wird in den Modellen die Versorgung von Touristen komplett ausser Acht gelassen. In Touristenkantonen wie Graubünden, Tessin und Wallis müssen ausländische Personen jedoch mit den vorhandenen Ressourcen vor Ort mitbehandelt werden. Das führt in der Modellierung zu einer Überschätzung des effektiven Versorgungsgrads. So ergibt sich im Modell paradoxer Weise eine scheinbare Überversorgung im Hausarztsektor von '>120%' im Kanton Graubünden, der in der Realität mit massiven Versorgungsproblemen gerade in der Hausarztmedizin zu kämpfen hat!

Ärztestatistik FMH

Abbildung 15: Versorgungsgrad nach Standortbezirk, Fachgebiet Hausarztmedizin



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den geschätzten Versorgungsgrad nach Standortbezirk unter der Annahme, dass der gesamtwirtschaftliche Versorgungsgrad 100% beträgt. Die Kennzahlen berücksichtigen via Patientenströme die von den Standortbezirken versorgte Bevölkerung. Behandlungsjahr 2018. Quelle: Datenpool, Tarifpool, STATPOP, BEVNAT, SHS, MS, BAGSAN; eigene Berechnungen.

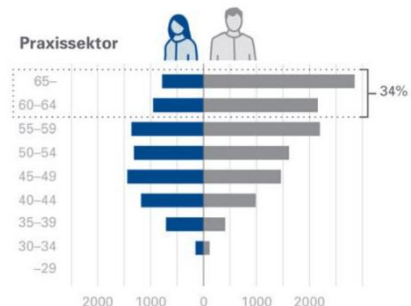


Abbildung 3: Alterspyramide nach Geschlecht und Sektor 2019.

Zudem empfehlen sogar die Experten des BSS-Berichts keine 'Höchstzahl' anzuwenden, sondern den Versorgungsgrad mit einem Steuerungs-Range zu definieren.

„Festlegung von Grenzwerten: Die Festlegung der Grenzwerte liegt in der Kompetenz der Kantone. Allgemein ist zu empfehlen, einen Grenzwert über 100% zu wählen, um statistischen Unschärfen bei der Bestimmung des Versorgungsniveaus Rechnung zu tragen. Zur Einordnung sei auf die Praxis in Deutschland hingewiesen (siehe KBV 2019, S. 7): **Ab einem Versorgungsgrad von 110% wird dort von einem "gesperrten Planungsbereich" gesprochen; Praxisübernahmen sind möglich, Zulassungen für neue Praxen werden aber nicht erteilt. Ab einem Versorgungsgrad von 140% können in der Regel auch keine Praxisübernahmen mehr stattfinden.**“

Wir erlauben uns, mit Hinweis auf die Überschätzung des Versorgungsgrads und der Schwierigkeit, die Mitversorgung von der Überversorgung abzugrenzen, dass gemäss Tbl 25 der Publikation B:

3 Kantone der CH über 110% und keiner über 120% für Hausarztmedizinversorgung erreicht; 5 Kantone =oder > 110% für Gynäkologie, wovon max. 131% (Obwalden!
5 Kantone eine Versorgung von über 110% für Ophthalmologie erreichen (mit max. 118%).

Die Experten führen zudem folgendes Statement (S.48) zu Ihren Berechnungen an:

“Die Ergebnisse erlauben es, Tendenzen zu potenzieller regionaler Unter- bzw. Überversorgung differenziert nach ärztlichem Fachgebiet zu erkennen. Quantitative Schlussfolgerungen (z.B. im Sinne von "im Kanton A ist die Versorgung im Fachgebiet X um 10% zu hoch.") sollten nur provisorisch gezogen werden. In jedem Fall ist es sinnvoll, weitere Informationsquellen, wie Experteneinschätzungen oder ergänzende Indikatoren, zu nutzen, um die Aussagekraft der Versorgungsgrade weiter zu verbessern. ”

Es kann aus dem BSS-Bericht also mitnichten abgeleitet werden, dass es zurzeit einfach möglich wäre, dass das EDI und die Kantone allein und ohne Miteinbezug z.B. der Ärztegesellschaften und ohne wissenschaftliche Erarbeitung eines aussagekräftigeren Modells, das auch prognostische Faktoren und Bevölkerungsmorbidität u.ä. mit einbeziehen müsste, ein sinnvoll brauchbares Regressionsmodell erarbeiten könnte, das ohne diese Zusammenarbeit und relevanten Zusatzinformationen auskommen könnte. Diese wichtige Tatsache wird jedoch in Ihrem ‘erläuternden Bericht über die Verordnung der Höchstzahlen’ einfach ignoriert. Das ist inakzeptabel.

4) Zusammenfassende Beurteilung Zulassungssteuerung Ärzte im ambulanten Sektor

Aufgrund der obigen Ausführungen und der beigelegten Berichte stellen wir zusammenfassend fest:

- dass es **aktuell keine befriedigende, zuverlässige wissenschaftliche und datenbasierte Methode gibt, die es ermöglicht, eine adäquate Planung der Versorgung im ambulanten Sektor zu ermöglichen**
- dass die existierenden Daten teils grosse Lücken aufweisen, insbesondere im Bereich des spitalambulanten Sektors. Diese müssten sinniger Weise geschlossen und analysiert werden, bevor Hypothesen und Modellierungen erstellt werden können.
- dass es z.T. nicht einmal möglich ist, eine saubere Abgrenzung zwischen Spital – und spitalambulanten Leistungen zu machen, was für die Beurteilung der ambulant zur Verfügung gestellten Leistungen wichtig wäre
- **dass relevante Grössen, die für die Abbildung der Versorgungssituation unerlässlich wären wie Wartezeiten, Zufriedenheit und Morbiditätsgrad der Patienten fehlen oder ignoriert werden**
- **dass in den nächsten Jahren praktisch flächendeckend in der Schweiz eine Generationenablösung im Bereich der nicht-spital-ambulanten, freischaffenden Ärzteschaft ansteht und vornehmlich in der Grundversorgung bereits jetzt vielerorts eine Ärztemangelsituation herrscht, in einem Kontext eines ungenügenden Ärzteangebots auf dem Arbeitsmarkt sowohl für den Spitalsektor wie für den ambulanten Sektor**
- dass die junge Ärztegeneration wesentlich flexiblere und kürzere Arbeitszeiten wünscht und die Arbeitsbedingungen im ambulanten Sektor dringend familienfreundlicher ausgestaltet werden müssen. **Dies impliziert, dass die ‘Fallzahlen’ und Arbeitszeitäquivalente erhöht und nicht eingefroren werden dürfen, um einen ‘unveränderten’ medizinischen Versorgungsgrad beibehalten zu können.**
- **dass die medizinische Versorgung in der Schweiz nur dank massiver Mithilfe ausländischer Ärzte aufrechterhalten werden kann** - wobei bereits über 1/3 der Ärzteschaft ausländischer Herkunft ist und einen Grossteil ihrer Ausbildung im Ausland absolviert hat

- dass sich seit 2001, als der 'Ärztstopp' in einem Kontext der Ärzteschwemme und der Einführung der Personenfreizügigkeit in Europa eingeführt wurde, die Situation sich diametral verändert hat und zurzeit praktisch in der ganzen Schweiz der Ärztemangel die wesentlich grössere Problematik darstellt, als eine hypothetische Überversorgung
- dass **durch Art. KVG 55a bereits eine wichtige flankierende und qualitätsrelevante Massnahme eingeführt wurde, die eine Regulierung bei Fehlen einer drei-jährigen Ausbildung in einer Schweizerischen akkreditierten ambulanten oder stationären Ausbildungsstelle erlaubt** -was den Druck auf eine überstürzt zu erlassender Verordnung massiv reduzieren sollte
- dass die vorgeschlagene Verordnung zur Zulassungssteuerung der ambulanten Leistungserbringer als Ganzes inadäquat ist und kein sinnvoll brauchbares Modell für eine verständliche, nachvollziehbare und prospektive Steuerung der Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer ermöglicht
- dass die Verordnung über die Höchstzahlen im Gegenteil eine dringend nötige Erneuerung des ambulanten Sektors gefährdet statt sinnvolle Fördermassnahmen gegen den sich immer stärker abzeichnenden Ärztemangel in vielen Regionen zu ermöglichen.
- dass es zu einer **Vermischung der Konzepte 'wirtschaftliche Führung einer Praxis' und dem 'Erbringen wirtschaftlicher Leistungen nach KVG'** kommt, obwohl diese beiden Konzepte komplett unabhängig voneinander sind und insbesondere das Erbringen wirtschaftlicher Leistungen im Sinne des KVGs keinerlei direkten Zusammenhang mit den Umsatzzahlen des Leistungserbringers hat!
- dass die Forderung, die einzig an die ärztlichen Leistungserbringer erfolgt, ihre Umsätze mit GLN-Nummer (die öffentlich einsehbar ist) zu Versorgungsplanungszwecken liefern zu müssen **unverhältnismässig, unzweckmässig, diskriminierend und nicht datenschutzkonform ist.**
- dass ein (zu) hoher Umsatz eines einzelnen Leistungserbringers (adäquate Tarifierung und Ausschluss einer Missbrauchssituation vorausgesetzt) ein Hinweis wäre, dass es eben zu wenig Ärzte und sicher nicht zu viele Ärzte in seiner Region gibt.
- dass die Verordnung dennoch paradoxer Weise vorsieht, **de facto per Verordnung ein Global-Budget nur im nicht-spital-ambulanten Sektor vorzusehen, das nicht demokratisch mit Referendum angreifbar ist.**
- dass die Übergangsfrist bis zur Umsetzung der Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich bis 30.6.2025 (4 Jahre!) dauert. Dies zeugt vom Bewusstsein der Komplexität und der fehlenden Grundlagen für gerade die zu verordnende Zulassungssteuerung. **Es ist unserer Meinung nach unerlässlich, dass VOR dem Erlass einer solchen Verordnung ein überzeugendes, nachvollziehbares und datenschutzkonformes, wissenschaftlich und statistisch validiertes Modell unter Miteinbezug von Experten der kantonalen Ärztesgesellschaften, OBSAN, BFS und der Kantone erarbeitet und konsolidiert wird. Erst dann ist eine Verordnung für eine strategisch so wichtige Änderung statthaft**

5) Zur Verordnung und den Varianten der Registerführung:

Wir erlauben uns festzustellen, dass die KKA und die FMH seit nun mehr bald 2 Jahren mit wenig konkretem Erfolg an einer Verbesserung der Datenbanken der von SASIS im Auftrag von santésuisse geführten ZSR-Nummern arbeiten. Insbesondere führen auch interne Querelen zwischen den verschiedenen Versicherungsgruppen dazu, dass es kaum möglich ist, eine sinnvolle, abgleichbare Datenbank aller aktiven Verträge und Vertragspartner, die befähigt sind, nach KVG abzurechnen zu erhalten. Gerade im Rahmen verschiedener kantonaler Taxpunktverhandlungen mussten wir immer wieder feststellen, dass die Qualität der Datenpools trotz angeblich extrem hoher Abdeckung zu wünschen übrigliess und lässt. Dies wurde auch durch diverse Bundesgerichtsurteile in

der Vergangenheit festgestellt.

Für die Führung des vorgesehenen ärztlichen Leistungserbringer-Registers, das insbesondere Verknüpfungen mit und zu verschiedenen bereits existierenden Registern wie BUR/UID sicherstellen muss, aber aufgrund der darin enthaltenen sensiblen Daten auch strikte ethische und datenschutzkonforme Auflagen vor und bei Herausgabe allfälliger Daten an Dritte garantieren muss, kommen für uns weder Dritte (wie z.B. Krankenkassenverbände oder SASIS) noch das BAG in Frage.

Die für die korrekte Führung, Erstellung und Verwendung dieser Daten kompetente Stelle muss unseres Erachtens das Bundesamt für Statistik sein. Das BFS führt bereits mehrere Register und hat seine Professionalität und Datenethik schon vielfach unter Beweis gestellt. Die Führung eines so wichtigen und sensiblen Registers sollte denn auch in der Verantwortung des öffentlichen Bundesamts für Statistik fallen, das auch das entsprechende Vertrauen aller Partner genießt und die nötige Unabhängigkeit garantieren kann.

Somit fordern wir, dass eine Variante der Registerführung mit dem BFS entsprechend der Kriterien der 'data literacy' der öffentlichen Statistik erarbeitet wird.

Die Varianten 'als Dritte' oder BAG lehnen wir entsprechend ab.

6) Abschliessende Zusammenfassung:

a) VERORDNUNG ÜBER DIE HÖCHSTZAHLEN:

Aufgrund der obigen Ausführungen weisen wir diese Verordnung in toto zurück und bitten Sie, bevor eine erneute Verordnung diesbezüglich vorgelegt wird, ein nachvollziehbares, methodisch sauberes und verständliches Modell durch die involvierten Partner erarbeiten zu lassen, unter Miteinbezug von Vertretern der kantonalen Ärztesellschaften und der FMH, OBSAN und BFS. Ebenfalls bitten wir um Würdigung und Berücksichtigung wichtiger Faktoren wie der Evaluation der Wartezeiten und allenfalls das Erstellen eines Modells, das auch ohne Vollerhebungen basierend auf repräsentativem Sampling sinnvoll brauchbare Resultate liefern könnte. Ebenfalls bitten wir darum, dass die aktuelle Situation mit einem anstehendem Generationen-Shift, der die Berechnungen der für die Grundversorgung nötigen Vollzeitstellen aufgrund veränderter Arbeitszeiten wesentlich beeinflussen wird! Ebenfalls in die Modellierung einfließen müsste der Mehrbedarf in Hinblick auf die 'ambulant vor stationär'-Strategie und eine gleichberechtigte Behandlung des ambulanten nicht-spital und spitalambulanten Sektors. Insbesondere müsste die vielerorts angescha-gene Balance zwischen öffentlichem und privatem Sektor im Rahmen der Zulassungssteuerung wieder verbessert werden.

Für die Versorgungsplanung auf kantonaler und regionaler Ebene ist keine nominative/GLN-basierte Übermittlung der Praxisumsätze nötig.

Dies kommt der Implementierung eines Globalbudgets im ambulanten Sektor gleich, das zudem nicht einmal per Referendum bekämpft werden kann. Das ist schlicht inadäquat und inakzeptabel.

Wir bitten Sie, in der nächsten Verordnung die Datenschutz-konformität, Verhältnismässigkeit und Adäquanz jeweils korrekt zu berücksichtigen.

Wir möchten Sie ebenfalls um Beizug und **Begutachtung durch den eidgenössischen Datenschutzbeauftragten** bitten und wären dankbar um seine Stellungnahme.

Wie oben erwähnt, ist die Verlinkung und Parallelisierung des Einzelpraxis-Umsatzes pro GLN nicht linear an den Bedarf und die Ärztedichte gekoppelt – eher umgekehrt-

proportional. Niemand käme auf die Idee, in einem Spital den Personalbestand zu kürzen, wenn die Umsatzzahlen steigen...

Wie im BSS-Bericht auf S. 14 erwähnt, gibt es verschiedene Herangehensweisen an die Problematik der Zulassungssteuerung. Wir würden sehr begrüßen, wenn die verschiedenen Ansätze kombiniert zur Anwendung käme. Expertenbefragungen und Informationen zum gegenwärtigen Versorgungsgrad, Indikatoren zu Wartezeiten, Patientenaufnahme-Stopps und Arbeitsmarktinformationen (Rekrutierungsbedingungen bei diversen Fachärzten), die gewisse Hinweise zu möglicher Unterversorgung liefern könnten, müssten ebenfalls adäquat in die Modelle integriert werden, wie auch Schätzungen des Versorgungsbedarfs anhand der Morbidität der Bevölkerung und der erforderlichen Behandlungszeit. Die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS des BFS sollten in diese Analysen mit einbezogen werden. Entgegen der Studienautoren können wir aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Bezug auf MAS bestätigen, dass hierfür eine anonymisierte Nutzung der Daten absolut genügend und verhältnismässig ist.

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen in diesem Sinne präzisiert werden und eingefügt werden:

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a. BAG: die in Artikel 30 genannten Daten bereinigt, anonymisiert und aggregiert soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);
- b. zuständige kantonale Behörden: 3. Die in Artikel 30 genannten Daten bereinigt, anonymisiert und aggregiert soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist (Art. 55a KVG)

b) KVV UND QUALITÄTSAUFLAGEN:

Qualität wird unserer Meinung nach insbesondere durch eine hochwertige Aus- und Weiterbildung gewährleistet, sowie durch eine adäquate Vernetzung und eine angepasste Feed-Back-Kultur in den auszubauenden Netzwerken, in denen der Patient eine wichtige Rolle zu spielen hat. In diesem Sinne ist von einer gesetzlichen Verpflichtung zu administrativen, kostengenerierenden 'Qualitäts-Massnahmen' wie formalisierter, kostenpflichtiger Qualitätsmanagementsystemen im Setting von Einzelpraxen abzusehen. Ebenfalls ist nicht zulässig, dass die theoretische Anbindung an noch gar nicht existierende Systeme per Verordnung verpflichtend wird.

c) REGISTERVERORDNUNG Leistungserbringer im ambulanten Bereich

Das Register über der Leistungserbringer im ambulanten Bereich soll dem BFS als neutrale, anerkannte und datenkompetente Stelle der öffentlichen Statistik anvertraut werden und den Auflagen des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit entsprechen.

Wir danken Ihnen, Herr Bundesrat Alain Berset und werte Damen und Herren für die adäquate Würdigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für allfällige Rückfragen gerne zur Verfügung.

Sollte die Verordnung über die Zulassung der Ärzte im ambulanten Sektor nicht

zurückgenommen und fundamental überarbeitet werden und an die Anforderungen der 'data literacy' und Datenschutzauflagen in Hinblick auf Adäquanz und Verhältnismässigkeit angepasst werden, behalten wir uns weitere Schritte vor.

Mit freundlichen Grüssen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H. Jörimann'.

Dr. med. Heidi Jörimann
Präsidentin BüAeV

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RAMarc Tomaschet'.

RAMarc Tomaschet
Geschäftsführer BüAeV

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ChiroSuisse

Abkürzung der Firma / Organisation : ChiroSuisse

Adresse : Sulgenauweg 38

Kontaktperson : Sabine Schläppi

Telefon : 031 371 03 01

E-Mail : sabine.schlaeppi@chirosuisse.ch

Datum : 8.2.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	3
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	4
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	5
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	_ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Weitere Vorschläge	_ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	_ Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ChiroSuisse	ChiroSuisse dankt für die Gelegenheit zur Stellungnahme.
ChiroSuisse	ChiroSuisse begrüsst die Stärkung der Wirtschaftlichkeit über Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer. Ebenso befürworten wir die Übertragung von Kontrollinstrumenten an die Kantone. Aufgrund der geringen Anzahl zugelassener Chiropraktorinnen und Chiropraktoren und ihrer Sonderstellung in der Gesetzgebung, muss ihnen bei Zulassungsfragen spezielle Beachtung geschenkt werden.

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ChiroSuisse	KLV Art. 4			<p>Wir begrüssen und befürworten die neue Regelung.</p> <p>Die Aufnahme der Organisationen der Chiropraktik als Leistungserbringer erachten wir als notwendige technische Anpassung an die Bedürfnisse der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren.</p> <p>Die selbständige Erwerbstätigkeit in einer Einzelpraxis entspricht immer weniger der gelebten Realität. In Zukunft werden Teilzeitarbeit und interdisziplinäre Gruppenpraxen in integrierten Versorgungsmodellen die Regel sein.</p> <p>Zudem sollen für Chiropraktorinnen und Chiropraktoren bei der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung dieselben Voraussetzungen gelten, wie für andere vergleichbare Leistungserbringer.</p>	
ChiroSuisse	KVV Art 44a		a-e	<p>Wir begrüssen und befürworten die neue Regelung.</p> <p>(Siehe Bemerkung oben unter KLV Art. 4)</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

ChiroSuisse	KVV Art. 58g		a-d	Wie erwähnt begrüssen wir die Bestrebungen zur Qualitätsentwicklung. Allerdings erachten wir es als zwingend, dass die Anforderungen an die QMS verhältnismässig bleiben und der Grösse und Organisationsform des Leistungserbringers angepasst werden.	
-------------	-----------------	--	-----	---	--

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ChiroSuisse	<p>ChiroSuisse begrüsst die Führung eines Gesamtregisters der Leistungserbringer.</p> <p>Die zweistufige Zulassung über die formelle Zulassung durch Kantone sowie gesundheitspolizeiliche Erteilung der Berufsausübungsbewilligung erscheint eine sichere Lösung im Sinne des Patientenschutzes.</p> <p>Insbesondere ist es sinnvoll, auch die Organisationen der Chiropraktik im Register erfassen zu können.</p>
ChiroSuisse	ChiroSuisse bevorzugt Variante 1: Die Registerführung durch einen Dritten unter Nutzung eines Ausschreibungsverfahrens erachten wir als richtig, insbesondere wegen der Nutzung von privatem Fachwissen betreffend Registerführung und Datenbanken.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ChiroSuisse	4			Die Übertragung der Daten aus dem MedReg in das Leistungserbringerregister muss zwingend möglich sein. Dies, um den Aufwand der Organisationen und Kantone zu beschränken.	

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ChiroSuisse	<p>Chiropraktorinnen und Chiropraktoren müssen als Medizinalpersonen eines eigenständigen Medizinalberufs in die Versorgungsplanung im Bereich muskuloskelettaler Erkrankungen mit einbezogen werden.</p> <p>Daten zur Festlegung der Höchstzahlen:</p> <p>Chirosuisse begrüsst im Grundsatz die Festlegung von Höchstzahlen, wenn diese nach einer systematischen Bedarfserhebung festgelegt werden. Für das Gebiet der Chiropraktik existieren kaum Daten, wie dies der Bundesrat in seiner Antwort auf die Interpellation 20.3058 «Muskuloskelettale Erkrankungen» festgehalten hat. Wir ersuchen demnach dringend, um die Erhebung der notwendigen Grundlagen im Bereich der Versorgung von muskuloskelettalen Beschwerden. Dies unter Einbezug der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren.</p> <p>ChiroSuisse geht von einer deutlichen Unterversorgung von chiropraktischen Angeboten aus. Zu den allgemeinen Schwierigkeiten der Festlegung des «richtigen» Niveaus, wie sie in der BSS-Studie «Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten» erwähnt werden, ist die besondere Situation der Chiropraktik zu erwähnen: Ein Vergleich von verschiedenen Versorgungswegen bei Rücken- und Halswirbelsäule-Beschwerden wurde in einer ersten Studie untersucht. Weitere Untersuchungen erachten wir als zwingend.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : curacasa

Adresse : Elfenstrasse 19, Postfach 1010, 3006 Bern

Kontaktperson : Roswitha Koch

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : roswitha.koch@sbk-asi.ch

Datum : 19.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Weitere Vorschläge _____	11
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
curacasa	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, den Änderungen an KVV und KLV und zum Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung Stellung zu nehmen. Der Fachverband curacasa hat rund 918 Mitglieder und ist der Fachverband des SBK für die freiberuflichen Pflegefachpersonen.
curacasa	Der Fachverband curacasa verzichtet auf eine Stellungnahme zum Erlass der Höchstzahlenverordnung und verweist auf die Stellungnahmen der davon direkt betroffenen Verbände.
curacasa	Es fällt auf, dass die Zulassungsbedingungen für die Berufe, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen verrechnen können, nicht bei allen Berufen vergleichbar sind (Artikel 47 bis 50b): Aktuell sind die Auflagen für die LogopädInnen strenger als für die übrigen in Art. 47 bis 50b erwähnten Berufe. Das ist fachlich nicht nachvollziehbar, die Qualitätsanforderungen zur Berufsausübung an die LogopädInnen unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen der anderen Berufe. Die aktuellen Zulassungsbedingungen schaffen jedoch für die Logopädie ungleich höhere Hürden, was verunmöglicht, ausreichend Nachwuchs in den Beruf zu bringen.
curacasa	<p>Grundsätzlich unterstützen wir die Bemühungen um national einheitliche Qualitätsanforderungen für die Zulassung und für die selbstständige Berufsausübung – der Fachverband curacasa hat ein grosses Interesse an hoher Qualität und Professionalität der Leistungserbringung. Insbesondere unterstützen wir, dass die Leistungen von entsprechend qualifiziertem Personal durchzuführen sind.</p> <p>Laut Art. 77 KVV, der in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen wurde, sind solche Anforderungen allerdings in Qualitätsverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln, festzulegen und zu kontrollieren. Im Sinne der Einheit der Materie ist sicherzustellen, dass der neue Artikel 58g die schon bestehenden Qualitätsartikel sinnvoll ergänzt und keine verwirrenden Doppelspurigkeiten entstehen.</p> <p>Es ist allerdings zu befürchten, dass freiberufliche Pflegefachpersonen und kleinere Pflegeorganisationen mit einem unverhältnismässig grossen administrativen und technischen Aufwand (der nicht separat entschädigt wird, sondern Bestandteil der vereinbarten Tarife sein soll) konfrontiert sind. Wir begrüssen die im Bericht skizzierte Lern- und Vertrauenskultur. Jedoch gibt es insbesondere bezüglich Bst. c und d noch viele Unklarheiten, die auch im erläuternden Bericht nicht präzisiert werden (siehe Bemerkungen zu einzelnen Artikeln).</p>
curacasa	An einzelnen Stellen bitten wir darum, die Terminologie gemäss aktueller Begriffe im Gesundheitswesen und in der entsprechenden Berufsgruppe zu aktualisieren.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

curacasa	Aufnahme der AP-Rolle in die KVV: unter «Weitere Vorschläge» regen wir an, die Advanced Practice-Rolle für die Berufe nach KVG Art. 35, Abs. 2, Bst. e in die KVV aufzunehmen. Gerne stehen wir für die weitere Ausarbeitung von Details diesbezüglich zur Verfügung.
----------	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
curacasa	47-50b		c	In den Artikel 47 bis 50b ist in Buchstabe c jeweils klarzustellen, dass «auf eigene Rechnung» bedeutet, dass die Rechnungsstellung gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen geschieht.	
curacasa	50		b	<p>In diesem Artikel stimmt die Bezeichnung der einzelnen Abschnitte nicht: Buchstaben «b» kommt doppelt vor. Dieser Antrag bezieht sich auf den zweiten Buchstaben «b» («sie verfügen über eine zweijährige praktische Tätigkeit...»)</p> <p>Dieser Buchstabe ist anzugleichen an die Anforderungen der in KVV 47, 48, 49, 50a geregelten Berufe.</p> <p>Jetzige Version streichen.</p>	<p>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit überwiegend im Erwachsenenbereich ausgeübt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einer Logopädin oder einem Logopäden, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder <p>in einer Organisation der Logopädie unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>
curacasa	50	B	2	Zeitgemässe und korrekte Verwendung von Begriffen, die auch der ICD entsprechen	Sprachbehindertenpädagogik und Sprachbehindertenpsychologie ersetzen durch <i>Pädagogik und Psychologie der Sprachstörungen</i>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

curacasa	58g		a	<p>Wir unterstützen, dass die Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden müssen.</p> <p>Allerdings ist dabei der aktuelle Fachkräftemangel in praktisch allen Gesundheitsberufen zu berücksichtigen: es sind ausreichend Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse sind speditiv abzuwickeln.</p> <p>Konkret bedeutet dies u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungsleistungen im ambulanten Bereich sind analog zu den Ausbildungsleistungen Stationär zu entschädigen, damit die Kapazität an Praktikumsplätzen im ambulanten Bereich erhöht werden kann - Der Numerus Clausus für die Ausbildungsplätze an FH ist für die Pflege aufzuheben und für die anderen Gesundheitsberufe zu erhöhen 	
curacasa	58g		b		
curacasa	58g		c	<p>Wir begrüssen die Orientierung an einer Lern- und Vertrauenskultur, wie sie im Bericht umschrieben sind.</p> <p>Wir begrüssen, dass die Leistungserbringer ein internes Berichts- und Lernsystem festlegen sollen; allerdings können sie eine Sicherheitskultur noch nicht entwickelt haben, wenn sie erst zur OKP zugelassen werden sollen: Art. 58g legt die Kriterien fest, die bei der Zulassung erfüllt werden müssen – dies steht jedoch im Widerspruch mit der Tatsache, dass eine Kultur erst im Laufe der Zeit und der Zusammenarbeit entwickelt werden kann.</p> <p>Aus unserer Sicht ist in den nationalen Qualitätsverträgen festzulegen, ob und wie die Leistungserbringer die Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken vollziehen (ob dies einen Beitritt zu einem «gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk» bedeutet); der</p>	<p>Sie streben eine Sicherheitskultur an und legen insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem fest.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Aufwand und Nutzen dieses Beitritts muss für kleine und Einzelpraxen zweck- und verhältnismässig sein.	
curacasa	58g		d	<p>Da die Konzepte zur Qualitätssicherung und -messung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen ausgehandelt werden und in nationalen Qualitätsverträgen festgehalten werden sollen, liegt auch die Umsetzung der Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe bei den Versicherern und den Leistungserbringern. Umfang und Aufwand müssen zweck- und verhältnismässig sein. Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Die notwendige «Ausstattung» kann also je nach Berufsgruppe und ausgehandelte Indikatoren unterschiedlich sein.</p> <p>Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in die Berechnung der Tarife einfließen, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.</p>	<p>Sie nehmen an den in den Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgelegten Massnahmen teil.</p> <p>Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen wird tariflich abgegolten.</p>
curacasa	58g			<p>Es bleibt im gesamten Abschnitt unklar, in welcher Form diese Anforderungen durch die Kantone überprüft werden sollen. Da die Kantone die Zulassungen prüfen werden ist zu befürchten, dass erneut kantonal unterschiedliche Verfahren geschaffen werden (diese Erfahrung haben wir gerade bei der Umsetzung des GesBG wieder gemacht) oder dass der Nachweis dieser Kriterien mit enormem Aufwand verbunden ist.</p> <p>Wir plädieren daher noch einmal dafür, dass die Konzepte und Massnahmen in den nationalen Qualitätsverträgen definiert werden und durch die Kantone für die Zulassung ausschliesslich überprüft werden muss, ob der Leistungserbringer diesem Vertrag beigetreten ist.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
curacasa	Aus unserer Sicht ist die Führung eines Registers Bundesaufgabe . Wir könnten uns vorstellen, dass das Register vom BAG oder auch vom BfS geführt wird.
curacasa	<p>Wir beobachten allerdings eine Multiplikation von Registern und Zunahme von Schnittstellen: Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, NAREG, Gesundheitsberuferegister und jetzt noch das Leistungserbringerregister. Um Redundanzen und Fehleranfälligkeit zu reduzieren, und aus Gründen der Datensicherheit und -qualität, der Effizienz und der Kosten muss es das Ziel sein, für alle betroffenen Berufe EIN Register zu führen, in welchem alle notwendigen Daten betreffend Berufsausübung und -bewilligung und OKP-Leistungserbringung erfasst sind und je nach gesetzlicher Grundlage entsprechende Rechte und Zugänge für kantonale Stellen geschaffen werden.</p> <p>Auch ist zu berücksichtigen, dass wie im Bericht erwähnt die für das Leistungserbringer-Register vorgesehenen Daten/Informationen durch die Vergabe der entsprechenden Abrechnungsnummern bei der SASIS schon registriert sind. Auch wenn das ZSR kein amtliches Register darstellt, wäre zu prüfen, ob auch hier Synergien genutzt werden könnten.</p>
curacasa	Ausserdem ist zu prüfen, ob es im Hinblick auf die Zulassungssteuerung und die Zulassungskriterien tatsächlich alle vorgesehenen Informationen braucht und/oder ob diese schon in den vorhandenen Registern enthalten sind.
curacasa	Die Einspeisung von Daten und die Nutzung des Registers sind möglichst einfach zu gestalten; dies muss mit möglichst geringem zusätzlichem bürokratischem Aufwand für alle daran Beteiligten geschehen. Die Daten müssen ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können. Vermeiden kostspieliger Anschaffungen.
curacasa	Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringer einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir ablehnen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Die Einführung eines Leistungserbringerregisters darf also auf keinen Fall zu weiteren Gebühren für die Berufsausübenden führen .

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
curacasa	8			Es ist sicherzustellen, dass hier nicht noch einmal Daten eingetragen werden müssen, die schon in den anderen existierenden Registern vorhanden sind.	
curacasa	14 und 15			Bei den Art. 14 und 15 ist in Variante 1 nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen, sofern Variante 1 zum Zug kommen sollte.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
curacasa	Wir verzichten auf eine Stellungnahme zu diesem Teil der Vorlage und verweisen auf die Stellungnahmen der betroffenen Verbände

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
curacasa	Neuer Artikel	<p>Einführung der Advanced Practice-Rolle in der KVV:</p> <p>Der Fachverband curacasa regt an, in der KVV einen neuen Artikel aufzunehmen. In der Pflege, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie und bei den Hebammen ist die Entwicklung von Advanced Practice-Rollen in vollem Gange, konkret in der Pflege weit fortgeschritten.</p> <p>In Advanced Practice-Rollen übernehmen spezialisierte Berufsausübende dieser Professionen mit einer Ausbildung auf Masterniveau erweiterte und spezialisierte Rollen in der Gesundheitsversorgung.</p> <p>In der Pflege sind bereits mehrere Hundert Fachpersonen in solchen Rollen tätig. Die Verbände der Pflege reglementieren aktuell die Vergabe eines markenrechtlich geschützten Titels. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für eine entsprechende separate Tarifierung erfüllt.</p> <p>Ohne so eine Lösung bleiben die Einführung und der Nutzen solcher Rollen aktuell den Institutionen vorbehalten, weil sie in der ambulanten selbstständigen Berufsausübung und koordinierten Versorgung keine entsprechende Grundlage haben und die Weiterentwicklung dieser wichtigen Rollen wird blockiert.</p>	<p>Gesundheitsberufe nach KVG Art. 35, Abs. 2, Bst e können Advanced Practice-Rollen übernehmen, wenn sie die entsprechenden Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und durch ihren Berufsverband einen entsprechenden AP-Titel erlangen.</p> <p>Zu den Zulassungsbedingungen gehört im Mindesten ein Abschluss auf Masterniveau und eine fachliche Spezialisierung. Details der Bedingungen sind durch die Berufsverbände festzulegen.</p> <p>Die Spezifischen Aufgabenbereiche sind in der KLV zu regeln.</p> <p>Die AP-Titel sind im Leistungserbringerregister zu registrieren.</p>
curacasa	KVG Art. 35 Abs 2, Bst. e	<p>KVG Art. 35, Abs. 2, BSt. e: Berufsgruppen auflisten</p> <p>An dieser Stelle heisst es immer noch: «Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen». Angesichts</p>	<p>Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen - Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen - Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen - Logopäden und Logopädinnen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

		der Professionalisierung all der darunter fallenden Berufsgruppen und der neuen gesetzlichen Grundlagen und Anforderungen (GesBG, KVV-Revisionen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit und zur Zulassung) finden wir es ist an der Zeit, an dieser Stelle alle Berufe namentlich aufzuführen, welche zulasten der OKP tätig sein können.	<ul style="list-style-type: none">- Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen- Neuropsychologen und Neuropsychologinnen und Organisationen, die solche Personen beschäftigen.
--	--	--	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : DLV

Adresse : Grubenstrasse 12

Kontaktperson : Edith Lüscher

Telefon : 044 350 24 84

E-Mail : leitung@logopaedie.ch

Datum : 15. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	8
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	12

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
DLV	Vielen Dank für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung teilzunehmen und wichtige Inputs und Verbesserungsvorschläge anbringen zu können.
DLV	<p>Ausbildung: In der Logopädie kann auf das EDK-Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie https://www.edk.ch/dyn/11670.php hingewiesen werden – dies in Analogie zum Hinweis bei den andern Berufen auf das Gesundheitsberufegesetz.</p> <p>Die Ausbildungsinhalte können ändern und das EDK-Reglement beinhaltet immer den neusten Stand und verwendet die neuste Terminologie. Letztere sollte sich mindestens an den aktuellen Begriffen im Gesundheitswesen und der Fachrichtungen orientieren, politisch korrekt sein und gemäss ICD verwendet werden.</p>
DLV	<p>Es fällt auf, dass die Bedingungen für eine Zulassung für Paramediziner*innen, welche auf ärztliche Anordnung hin Leistungen verrechnen können, NICHT bei allen vergleichbar sind. Die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen sind bei den Logopäd*innen viel aufwändiger. Dies ist nicht nachvollziehbar. Es darf nicht sein, dass Logopäd*innen strengere Auflagen gemacht werden als den übrigen in KVV Art 47, 48, 49, 50a geregelten Berufen. Dafür gibt es keine Gründe und dies schafft zusätzlich Hürden, was verunmöglicht, genügend Nachwuchs in den Beruf zu bringen.</p> <p>Selbstverständlich unterstützen wir die Bedingung der 2-jährigen Erfahrung vor der Selbständigkeit. Diese Erfahrung soll aber wahlweise in einem Spital und/oder einer Organisation der Logopädie gemacht werden können.</p> <p>In verschiedenen Spitälern/Kantonen stehen gar keine solchen Plätze für Logopädinnen zur Verfügung, sodass mit dieser restriktiven Bestimmung kein Nachwuchs generiert werden kann.</p> <p>Wir finden es wichtig, dass Logopäd*innen klinische Kompetenzen unter Supervision erwerben können. Eine Anleitung durch einen Facharzt ist hier nicht nötig, im Gegenteil die ärztliche Tätigkeit unterscheidet sich von derjenigen einer Therapeutin/Logopädin.</p> <p>Qualitativ hochwertige Therapien sind uns ein Anliegen. Diese Qualität garantiert ein Spital aber nicht per se und kann eine Logopädische Praxis in gleichem oder höheren Masse garantieren. Die Definition von Qualitätskriterien für die Leistungserbringung ist weit hilfreicher.</p> <p>Wir haben auf diese Ungleichbehandlung schon mehrmals hingewiesen. Mit dieser Verordnungsrevision ist nun endgültig</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	der Zeitpunkt für eine Angleichung an die vergleichbaren andern Berufsgruppen gekommen.
DLV	Qualität ist dem DLV und den Logopäd*innen wichtig. Aufwändige neue QM-Systeme müssen aber über den Tarif abgegolten werden. Der Tarif ist heute schon kaum existenzsichernd und darf nicht durch weiteren zeitlichen und finanziellen Aufwand nochmals geschmälert werden.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
DLV	50	b	2	Verweis auf das EDK-Anerkennungsreglement und Streichung aller Aufzählungen.	b. Sie verfügen über eine anerkannte mindestens dreijährige akademische Fachausbildung gemäss <i>EDK-Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie</i> .
DLV	50	b	2.	<i>Allenfalls:</i> Zeitgemässe und korrekte Verwendung von Begriffen, die auch der ICD entsprechen.	Sprachbehindertenpädagogik und Sprachbehindertenpsychologie ersetzen durch <i>Pädagogik und Psychologie der Sprachstörungen</i>
DLV	50	C (falsch mit b aufgeführt)		Anpassung an die Bestimmungen der andern Berufsgruppen in KVV 47, 48, 49, 50a. Jetzige Version streichen.	Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit überwiegend im Erwachsenenbereich ausgeübt 1. bei einer Logopädin oder einem Logopäden, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder 3. in einer Organisation der Logopädie unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

DLV	58g			Weiterer Buchstabe e.	e. Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen werden tariflich eindeutig abgegolten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
DLV	Uns erschliesst sich nicht, warum ein weiteres Register geschaffen werden muss. Es gibt schon Register, die bei Bedarf ergänzt werden können. Eine weitere Meldestelle generiert weiteren Aufwand und zusätzliche Kosten.
DLV	Soll wirklich ein neues Register geschaffen werden, so sind wir klar dafür, dass der Bund /das BAG das Register führt -> also für Variante 2 . So ist der nötige Datenschutz eher gewährleistet, die Daten besser gegen Missbrauch geschützt und es werden möglichst tiefe Kosten angestrebt.
DLV	Die Kosten dürfen nicht ohne entsprechenden Ausgleich (Tarifvertrag) auf die Leistungserbringer*innen oder Berufsverbände abgewälzt werden, da die Abgeltung der Krankenkassen schon jetzt sehr tief ist.
DLV	Die Daten sollen ohne grossen Aufwand und ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können.
DLV	Zulassungen nach kantonalem Recht: Was bedeutet dies? Können die Kantone unterschiedliche Zulassungsbedingungen formulieren? -> Wichtig sind einheitliche Bestimmungen in der ganzen Schweiz.
DLV	Warum sind der Jahrgang und die Nationalität nötig in diesem Register? Dies ist nicht relevant für die Qualität der Leistung und müssen Betroffene, welche Leistungserbringer*innen suchen, nicht wissen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
DLV	8	1	a	2. Geburtsdatum und Jahrgang	Streichen
DLV	8	1	a	4. Nationalität	Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
DLV	Keine Stellungnahme

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : EVS

Adresse : Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern

Kontaktperson : Colette Carroz

Telefon : 031 313 88 44

E-Mail : colette.carroz@ergotherapie.ch

Datum : 16.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	4
Weitere Vorschläge	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
EVS	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, den Änderungen an KVV und KLV und zum Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung Stellung zu nehmen.
EVS	Der EVS verzichtet auf eine Stellungnahme zum Erlass der Höchstzahlenverordnung und verweist auf die Stellungnahmen der davon direkt betroffenen Verbände. Geben aber zu bedenken, dass neben Höchstzahlen auch über Mindestzahlen nachgedacht werden müsste.
EVS	<p>Grundsätzlich unterstützen wir die Bemühungen um national einheitliche Qualitätsanforderungen für die Zulassung und für die selbstständige Berufsausübung – der EVS hat ein grosses Interesse an hoher Qualität und Professionalität der Leistungserbringung. Insbesondere unterstützen wir, dass die Leistungen von entsprechend qualifiziertem Personal durchzuführen sind.</p> <p>Laut Art. 77 KVV, der in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen wurde, sind solche Anforderungen allerdings in Qualitätssverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln, festzulegen und zu kontrollieren. Im Sinne der Einheit der Materie ist sicherzustellen, dass der neue Artikel 58g die schon bestehenden Qualitätsartikel sinnvoll ergänzt und keine verwirrenden Doppelspurigkeiten entstehen.</p> <p>Es ist allerdings zu befürchten, dass insbesondere kleinere Praxen mit einem unverhältnismässig grossen administrativen und technischen Aufwand (der nicht separat entschädigt wird, sondern Bestandteil der vereinbarten Tarife sein soll) konfrontiert sind. Wir begrüssen die im Bericht skizzierte Lern- und Vertrauenskultur. Jedoch gibt es insbesondere bezüglich Bst. c und d noch viele Unklarheiten, die auch im erläuternden Bericht nicht präzisiert werden (siehe Bemerkungen zu einzelnen Artikeln).</p>
EVS	Obwohl die Vernehmlassung den Titel KVG- Revision (Zulassung Leistungserbringer) trägt, werden viele andere Themen wie die Qualität und Daten ebenfalls behandelt. Aus unserer Sicht besteht die Gefahr von Verzettelung, wenn gewisse Themen an verschiedenen Orten geregelt oder beschrieben werden. Wir schlagen daher vor, dass diese Themenbereiche nur an einem Ort klar definiert werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
EVS	48		c	Im Artikel 48 ist in Buchstabe c klarzustellen, dass «auf eigene Rechnung» bedeutet, dass die Rechnungsstellung gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen geschieht.	
EVS	48		a + d	<p>a.</p> <p>Wir begrüssen, dass alle zugelassenen Ergotherapeut*innen eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 12 GesBG⁸ oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG haben müssen.</p> <p>d.</p> <p>Es scheint uns wichtig, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>Allerdings ist dabei der aktuelle Fachkräftemangel zu berücksichtigen: es sind ausreichend Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse müssen speditiv abgewickelt werden.</p> <p>Konkret bedeutet dies u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungsleistungen im ambulanten Bereich sind analog zu den Ausbildungsleistungen Stationär zu entschädigen, damit die Kapazität an Praktikumsplätzen im ambulanten Bereich erhöht werden kann - Der Numerus Clausus für die Ausbildungsplätze an FH ist zu erhöhen 	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

EVS	52		c	Hier ist ebenfalls die Argumentation wie bei Art. 48 a + d zu berücksichtigen	
EVS	58g		a	Wir unterstützen explizit, dass die Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden müssen.	
EVS	58g		b	<p>Grundsätzlich begrüssen wir die Anforderung, dass jeder Leistungserbringer über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verfügen muss.</p> <p>Laut Art. 77, wie in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen, sind die konkreten Indikatoren und -systeme durch Versicherer und Berufsverbände gemeinsam in nationalen Qualitätsverträgen festzulegen. Diese Massnahmen müssen zwingend verhältnismässig und dürfen zu keiner unnötigen administrativen Belastung führen.</p> <p>Für die Zulassung ist aus unserer Sicht durch die Kantone ausschliesslich zu prüfen, ob der Leistungserbringer dem entsprechenden nationalen Qualitätsvertrag beigetreten ist.</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass hier keine Doppelspurigkeiten entstehen.</p>	
EVS	58g		c	<p>Wir begrüssen die Orientierung an einer Lern- und Vertrauenskultur, wie sie im Bericht umschrieben sind.</p> <p>Wir begrüssen, dass die Leistungserbringer ein internes Berichts- und Lernsystem festlegen sollen; allerdings können sie eine Sicherheitskultur noch nicht entwickelt haben, wenn sie erst zur OKP zugelassen werden sollen: Art. 58g legt die Kriterien fest, die bei der Zulassung erfüllt werden müssen – dies steht jedoch</p>	<p>Sie streben eine Sicherheitskultur an und legen insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem fest sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>im Widerspruch mit der Tatsache, dass eine Kultur erst im Laufe der Zeit und der Zusammenarbeit entwickelt werden kann.</p> <p>Aus unserer Sicht ist in den nationalen Qualitätsverträgen festzulegen, ob und wie die Leistungserbringer die Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken vollziehen (ob dies einen Beitritt zu einem «gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk» bedeutet); der Aufwand und Nutzen dieses Beitritts muss für kleine und Einzelpraxen zweck- und verhältnismässig sein.</p>	
EVS	58g		d	<p>Da die Konzepte zur Qualitätssicherung und -messung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen ausgehandelt werden und in nationalen Qualitätsverträgen festgehalten werden sollen, liegt auch die Umsetzung der Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe bei den Versicherern und den Leistungserbringern. Umfang und Aufwand müssen zweck- und verhältnismässig sein. Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Die notwendige «Ausstattung» kann also je nach Berufsgruppe und ausgehandelte Indikatoren unterschiedlich sein.</p> <p>Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in die Berechnung der Tarife einfließen, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.</p>	<p>Sie nehmen an den in den Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgelegten Massnahmen teil.</p> <p>Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen wird tariflich abgegolten.</p>
EVS	58g			<p>Es bleibt bei all diesen Anforderungen unklar, in welcher Form diese Anforderungen überprüft werden sollen. Da die Kantone die Zulassungen prüfen werden ist zu befürchten, dass erneut kantonal unterschiedlichste Verfahren geschaffen werden (diese Erfahrung haben wir gerade bei der Umsetzung des GesBG</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>wieder gemacht) oder dass der Nachweis dieser Kriterien mit enormem Aufwand verbunden ist.</p> <p>Wir plädieren daher noch einmal dafür, dass die Konzepte und Massnahmen in den nationalen Qualitätsverträgen definiert werden und durch die Kantone für die Zulassung ausschliesslich überprüft werden muss, ob der Leistungserbringer diesem Vertrag beigetreten ist.</p>	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
EVS	Die Führung eines Registers ist aus unserer Sicht Bundesaufgabe . Wir könnten uns vorstellen, dass das Register vom BAG, vom BfS oder von obsan geführt wird.
EVS	Wir beobachten allerdings eine Multiplikation von Registern und Zunahme von Schnittstellen: Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, NAREG, Gesundheitsberuferegister und jetzt noch das Leistungserbringerregister. Um Redundanzen und Fehleranfälligkeit zu reduzieren, und aus Gründen der Datensicherheit und -qualität, der Effizienz und der Kosten muss es das Ziel sein, für alle betroffenen Berufe EIN Register zu führen , in welchem alle notwendigen Daten betreffend Berufsausübung und -bewilligung und OKP-Leistungserbringung erfasst sind und je nach gesetzlicher Grundlage entsprechende Rechte und Zugänge für kantonale Stellen geschaffen werden. Dafür müssen die bereits vorhandenen Daten aus den verschiedenen Registern zuerst sauber bereinigt werden.
EVS	Ausserdem ist zu prüfen, ob es im Hinblick auf die Zulassungssteuerung und die Zulassungskriterien tatsächlich alle vorgesehenen Informationen braucht und/oder ob diese schon in den vorhandenen Registern enthalten sind.
EVS	Die Einspeisung von Daten und die Nutzung des Registers sind möglichst einfach zu gestalten; dies muss mit möglichst geringem zusätzlichem bürokratischen Aufwand für alle daran Beteiligten geschehen. Die Daten müssen ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können. Kostspieliger Anschaffungen sind zu vermeiden.
EVS	Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringern einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir ablehnen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Die Einführung eines Leistungserbringerregisters darf also auf keinen Fall zu weiteren Gebühren für die Berufsausübenden führen .

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
EVS	8			Es ist sicherzustellen, dass hier nicht noch einmal Daten eingetragen werden müssen, die schon in den anderen existierenden Registern vorhanden sind.	
EVS	14 und 15			Bei den Art. 14 und 15 ist in Variante 1 nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen, sofern Variante 1 zum Zug kommen sollte.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
EVS	Wir verzichten auf eine Stellungnahme zu diesem Teil der Vorlage und verweisen auf die Stellungnahmen der betroffenen Verbände

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation: Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz
Abkürzung der Firma / Organisation: FAMH
Adresse: Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Kontaktperson: Thomas Zurkinden
Telefon: +41 31 313 88 30
E-Mail: info@famh.ch
Datum: 19.2.2021

Zulassung von Leistungserbringern / admission des fournisseurs de prestations

Änderung KVV / Modification de l'OAMal

Thema	Sujet	Questions / Response
Anpassung in der KVV	Modifications dans l'OPAS	-
Art. 54 Sachüberschrift sowie Abs. 1 Einführungssatz und 4bis Bedingungen 1 Als Laboratorien sind zugelassen: 4bis Um nach den Absätzen 1–3 zugelassen zu werden, müssen die Laboratorien nachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.	Art. 54 , titre et al. 1, phrase introductive, et 4bis Conditions 1 Sont admis comme laboratoires médicaux: 4bis Pour être admis conformément aux al. 1 à 3, les laboratoires doivent prouver qu'ils remplissent les exigences de qualité définies à l'art. 58g.	Für die FAMH stellen sich grundsätzliche Fragen: <ul style="list-style-type: none">• Wie ist sichergestellt, dass die Kantone die Prüfung der Qualitätsanforderungen nach gleichen Standards handhaben? Gerade bei juristischen Personen mit Standorten in mehreren Kantonen ist die Frage zentral.• Ist geklärt, wie bestehende Standards im Bereich der Labormedizin berücksichtigt werden (vor allem jene der QUALAB oder Akkreditierung nach ISO 17025 und ISO 15189) oder wie bestehende Bewilligungsverfahren wie jene für die medizinische Mikrobiologie (https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/bewilligungen_zertifikate/mikrobiologische-laboratorien.html) oder die medizinische Genetik (https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/gesuche-bewilligungen-bereich-genetische-untersuchungen.html) berücksichtigt werden?

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Thema	Sujet	Questions / Response
		Die FAMH geht daher im Grundsatz davon aus, dass der Qualitätsvertrag im Rahmen der QUALAB diesen Anforderungen entspricht und die Labore, welche diesen Vertrag erfüllen auch die Anforderungen nach Artikel 58g erfüllen. Die Akkreditierung nach den Normen ISO 17025 und ISO 15189 ist aus Sicht FAMH nicht erforderlich.
Art. 58g Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:	Art. 58g 1 Les fournisseurs de prestations doivent remplir les exigences de qualité suivantes:	-
a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.	a. disposer du personnel nécessaire qualifié;	Aus der Sicht der FAMH ist das Referenzwerk hierfür die KBMAL 3.0 : https://www.sulm.ch/PDF/sulm_kbm3_de.pdf
b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.	b. disposer d'un système de gestion de la qualité approprié;	Die FAMH geht im Grundsatz davon aus, dass der Qualitätsvertrag im Rahmen der QUALAB diesen Anforderungen entspricht und die Labore, welche diesen Vertrag erfüllen auch die Anforderungen nach Artikel 58g erfüllen. Die Akkreditierung nach den Normen ISO 17025 und ISO 15189 ist aus Sicht FAMH nicht erforderlich.
c. Sie haben eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen.	c. avoir développé une culture de la sécurité, en particulier avoir instauré un système de rapports internes adéquat et d'amélioration des connaissances et avoir adhéré à un réseau uniforme de déclaration des événements indésirables, des erreurs et des risques en Suisse;	Die FAMH geht im Grundsatz davon aus, dass der Qualitätsvertrag im Rahmen der QUALAB diesen Anforderungen entspricht und die Labore, welche diesen Vertrag erfüllen auch die Anforderungen nach Artikel 58g erfüllen. Die Akkreditierung nach den Normen ISO 17025 und ISO 15189 ist aus Sicht FAMH nicht erforderlich. Für die FAMH ist unklar, wie das «schweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken» umgesetzt werden soll. Hat dies pro Gruppe Leistungserbringer zu erfolgen oder wird dies zentral durch Dritte (https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/ueber-cirnet/) oder den Bund geführt (was ja auch Vorteile hätte)?
d. Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.	d. disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité.	Die FAMH geht im Grundsatz davon aus, dass der Qualitätsvertrag im Rahmen der QUALAB diesen Anforderungen entspricht und insbesondere mit den Anforderungen der Ringversuche abgedeckt ist.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Registerverordnung / Ordonnance sur le registre

Thema	Sujet	Questions / Response
Die Revision des KVG sieht in Artikel 40a nKVG vor, dass das Departement ein Register über die nach Artikel 36 nKVG zugelassenen Leistungserbringer führt . Die Führung des Registers kann der Bundesrat an einen Dritten übertragen. Das Leistungserbringerregister dient nach Artikel 40b nKVG dem interkantonalen Informationsaustausch über zugelassenen Leistungserbringer sowie dem interkantonalen Informationsaustausch über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59, der Information der Versicherer und der Versicherten, statistischen Zwecken und der Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a nKVG.	La révision de la LAMal prévoit à l'art. 40a nLAMal que le département tient un registre des fournisseurs de prestations visés à l'art. 36 nLAMal qui sont admis à pratiquer . Le Conseil fédéral peut en confier la tenue à un tiers. Aux termes de l'art. 40b nLAMal, ce registre sert à l'échange d'informations entre les cantons concernant les fournisseurs de prestations admis de même que sur les mesures prises en vertu de l'art. 38 et sur les sanctions prononcées en vertu de l'art. 59, ainsi qu'à l'information des assureurs et des assurés, à des fins statistiques et à la fixation des nombres maximaux visés à l'art. 55a.	Aus der Sicht der FAMH ist unklar, auf welcher Basis eine Höchstzahl an Laboren festgelegt werden sollte.
Die im Register enthaltenen Daten sollen über das Internet öffentlich zugänglich sein, wobei der Bundesrat vorsehen kann, dass bestimmte Daten nur auf Anfrage zugänglich sind	Les données contenues dans le registre seront accessibles au public via Internet ; toutefois, le Conseil fédéral peut prévoir que certaines d'entre elles ne soient accessibles que sur demande (art. 40e, al. 1 et 2, nLAMal)	-
Gemäss Artikel 2 macht der Bundesrat von der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch, die Aufgaben der Führung des Registers ausserhalb der Bundesverwaltung zu übertragen. Dies kann er insbesondere, wenn er es sachlich als angemessen (bspw. Vermeidung von Parallelstrukturen, Nutzung von privaten Fachkenntnissen) oder aus Kostengründen als	À l' art. 2 , le Conseil fédéral recourt à la possibilité prévue par la loi de confier la tâche de tenir le registre à un tiers extérieur à l'administration fédérale . Il peut le faire, en particulier, quand il le juge approprié objectivement (par ex. pour éviter la mise en place de structures parallèles ou pour recourir à des connaissances techniques du secteur privé) ou pour des	Für die FAMH ist die Führung eines Registers durch eine mandatierte Drittpartei durchaus eine Option, so lange deren Unabhängigkeit/Unparteilichkeit gewährleistet ist.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Thema	Sujet	Questions / Response
zweckmässig erachtet. Vor diesem Hintergrund wäre es denkbar, dass die Führung des Registers einem Privatrechtssubjekt übertragen würde. Zudem könnten Synergien und das private Fachwissen in den Bereichen Registerführung, Datenbanken und OKP genutzt werden.	raisons de coût. Sous ce rapport, il serait envisageable de confier la tenue du registre à un sujet de droit privé. Cela permettrait d'exploiter des synergies et de profiter des connaissances techniques du secteur privé dans les domaines de la tenue de registres, des banques de données et de l'AOS	
Daten die über Labore gehalten werden sollen	Données sur les laboratoires	-
<p>c. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV folgende Stammdaten:</p> <p>1. Name des Leistungserbringers und, sofern vorhanden, Firmenname gemäss Handelsregister,</p> <p>2. Korrespondenzsprache,</p> <p>3. Art des Leistungserbringers,</p> <p>4. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs,</p> <p>5. die Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers (keine Einzelunternehmen).</p>	<p>c. les données de base suivantes relatives aux fournisseurs de prestations admis visés aux art. 35, al. 2, let. f, g, m et n, LAMal et 44a, 45a, 51 à 55 et 56 OAMal:</p> <p>1. nom du fournisseur de prestations et, le cas échéant, nom de l'entreprise inscrite au registre du commerce,</p> <p>2. langue de correspondance,</p> <p>3. catégorie de fournisseurs de prestations,</p> <p>4. nom et adresse du cabinet ou de l'établissement,</p> <p>5. forme juridique (entreprise individuelle exclue);</p>	-
d. in Bezug auf die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–52d, 55 und	d. les données suivantes relatives à l'admission des fournisseurs de prestations visés aux art. 35, al. 2, let. a à g, m et n LAMal et 42, 44a, 45a, 47 à 52d, 55 et 56 OAMal à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins:	-

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Thema	Sujet	Questions / Response
<p>56 KVV zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Daten:</p> <p>1. Kanton, der die Zulassung erteilt hat,</p> <p>2. einer der folgenden Zulassungsstatus mit dem Datum des entsprechenden Entscheids:</p> <p>erteilt</p> <p>keine Zulassung,</p> <p>3. die Angabe, ob der Leistungserbringer seine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aktiv ausübt oder nicht, mit Datum der Aktivitätsänderung,</p> <p>4. Standortkanton der Praxis oder des Betriebs,</p> <p>5. bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a und n KVG die Angabe zum Fachgebiet oder zu den Fachgebieten, in dem oder in denen die Zulassung erteilt wurde.</p>	<p>1. canton ayant octroyé l'autorisation de pratiquer,</p> <p>2. un des deux statuts d'autorisation, avec date de la décision correspondante:</p> <p>autorisation octroyée</p> <p>pas d'autorisation,</p> <p>3. mention indiquant si le fournisseur de prestations exerce effectivement ou non son activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins, avec date du changement d'activité,</p> <p>4. canton d'implantation du cabinet ou de l'établissement,</p> <p>5. pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a et n, LAMal, indication du ou des domaines de spécialisation pour lequel ou lesquels l'autorisation a été octroyée.</p>	
<p>2 Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum</p>	<p>2 Elles peuvent également inscrire dans le registre le numéro de téléphone et l'adresse de courrier électronique du cabinet ou de l'établissement, ainsi que la date de fin d'une autorisation temporaire.</p>	-

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und
weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica

Abkürzung der Firma / Organisation : FMCH

Adresse : Dufourstrasse 30, 3005 Bern

Kontaktperson : Stefan Zindel, Stabschef

Telefon : 079 444 91 91

E-Mail : stefan.zindel@fmch.ch

Datum : 14.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 19. Februar an folgende E-Mail Adressen:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln der Verordnung über die Krankenversicherung und zu deren Erläuterungen	4
Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich: Variante 1 und 2	6
Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	6
Weitere Vorschläge	8

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FMCH	<p>Die FMCH ist die Vereinigung der schweizerischen Fachgesellschaften der invasiv und akutmedizinisch tätigen Spezialärztinnen und Spezialärzte. Als zweitgrösster Dachverband innerhalb der FMH vertreten wir die Anliegen unserer Mitglieder (20 Fachgesellschaften und 3 Berufsverbände) auf der Basis gemeinsamer Werte standespolitisch mit einer Stimme. Wir stehen für eine hochwertige Qualitätsmedizin und verantwortungsbewusstes Handeln in einem liberalen Gesundheitssystem ein. Unsere Mitglieder sind unabhängig und dem Wohl der Patientinnen und Patienten verpflichtet. Die Sicherung der Qualität von Diagnose, Behandlung und Nachbehandlung sowie das Handeln nach den Regeln der ärztlichen Ethik verstehen wir einerseits als Selbstverständnis und andererseits als wirkungsvollen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten.</p> <p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen dieses Vernehmlassungsverfahrens. Gestatten Sie uns, vorab einige grundsätzliche Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weitere Verordnungen anzubringen:</p> <p>Wir begrüssen den parlamentarischen Beschluss, die Zulassung von Leistungserbringern langfristig gesetzlich zu regeln. Dies ermöglicht den Erhalt unserer hohen Qualität im Gesundheitswesen und eine Planungssicherheit für alle beteiligten Akteure.</p> <p>Der vorliegende Entwurf gibt den Kantonen einen guten und sinnvollen Rahmen, innerhalb dessen sie die Zulassung der Leistungserbringer bzw. einzelner medizinischer Fachgebiete in ihrem jeweiligen Kanton regeln können. Die Vorlage trägt den unterschiedlichen Situationen innerhalb der Kantone Rechnung und entspricht dem Föderalismus-Gedanken, der in der Schweiz und in unserem Gesundheitssystem gelebt wird.</p> <p>Grundzüge des Entwurfs</p> <p>Die FMCH setzt sich für eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung ein. Die vorgelegten Kriterien der Qualität, Ausbildung und Weiterbildung sind wichtig für die Gewährleistung unseres hochstehenden Gesundheitswesens. Zudem ist die Verpflichtung eines Anschlusses an ein elektronisches Patientendossier ein Schritt in die richtige Richtung und entspricht auch dem Fortschritt in der Digitalisierung. Längerfristig können dank elektronischer Patientendossiers Fehlbehandlungen vermieden und folglich Kosten gespart werden. Diese Massnahmen sollen aber nicht zu einer aufgeblähten Bürokratie führen.</p> <p>Wir bitten Sie, unsere Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidungsfindung aufzunehmen und bedanken uns für den Einbezug unserer Argumente.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln der Verordnung über die Krankenversicherung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMCH	30	1	a + b	Für die Gewährleistung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitswesens ist die adäquate Datenerhebung und -auswertung wichtig. Dabei muss jederzeit sichergestellt sein, dass der Datenschutz gewährleistet ist.	
FMCH	38	3		<p>Die FMCH begrüsst erhöhte Anforderungen an die Sprachkenntnisse der Leistungserbringer (Niveau C1 vgl. Erläuternder Bericht zur Änderung der KVV und KLV vom 04.11.2020, S. 5). Dies fördert einerseits die Qualität und stellt andererseits sicher, dass das bereits hohe Qualitätsniveau beibehalten werden kann.</p> <p>Wird der Sprachnachweis mittels Maturitätsprüfung nicht bis zum Inkrafttreten der KVG Änderung in die Medizinalberufeverordnung aufgenommen, wird es für die Berufsausübungsbewilligung und Zulassung zur Abrechnung unterschiedliche Sprachanforderungen geben. Dies ist unbedingt zu vermeiden.</p>	
FMCH	40-56			Die Zulassungsvoraussetzung für die weiteren Leistungserbringer entspricht den Anforderungen der Qualitätssicherung und trägt zudem dazu bei, dass einheitliche Regelungen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen existieren. Die FMCH begrüsst aus diesen Gründen die Aufnahme dieser Bestimmungen in die KVV.	
FMCH	58g			Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbringen unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen für die Zulassung. Diese Anforderungen bilden die Grundlage für die Qualitätsentwicklung. Gemäss der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerische Verträge für die Qualitätssicherung abzuschliessen.	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

FMCH	58g		a	Qualifiziertes und ausreichendes Personal ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Qualität im Gesundheitswesen. Richtigerweise wird beim Personal auf weitergehende Auflagen verzichtet. Diese sind je nach Fachgebiet unterschiedlich, die detaillierten Anforderungen müssen durch die jeweiligen Fachgesellschaften bestimmt werden.	
FMCH	58g		b	QMS sind als qualitätssichernde Instrumente wichtig. Die Leistungserbringer sind hier in der Verantwortung. Sie sind angehalten, das passende und geeignete QMS zu verwenden. Von einer staatlichen Regulierung ist abzusehen.	
FMCH	58g		QM	<p>Massnahmen zur Minimierung von Fehlern sind wichtig und nötig. Diese Massnahmen sollen aber nicht zu mehr Bürokratie führen. Ärztinnen und Ärzte wenden bereits jetzt sehr viel Zeit für Administration auf, ein Ausbau – und damit verbunden Mehrkosten, die nicht im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten stehen – ist unbedingt zu verhindern.</p> <p>Die Verantwortung sollte bei der Branche und den Fachkräften liegen und nicht beim Staat. Zudem bestehen bereits Organisationen, die die Qualitätssicherung in der Medizin thematisieren und weiterentwickeln (z.B. Stiftung für Patientensicherheit, die SAQM, die ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken).</p> <p>Die FMCH startet in diesem Jahr mit dem Schwerpunkt "Qualität der medizinischen Leistungen" und hat dafür eigens ein neues Ressort Qualität (von vier Ressorts) geschaffen. In einem ersten Schritt werden gemeinsame Strukturen (Anforderungen und Instrumente der Qualitätssicherung: z.B. Diagnose, Indikation, Ergebnis, Nachbehandlung, Prozesse, Dokumentation, Messung etc.) identifiziert. In einem zweiten Schritt werden Qualitätskonzepte konkretisiert: Austausch, Weiterentwicklung, Jahresschwerpunkte).</p>	
FMCH	58g		d	Eine flächendeckende nationale Qualitätsmessung ist wichtig. Die Indikatoren müssen jedoch laufend überarbeitet werden. Es ist Sache der Branche, sich entsprechend aufzustellen.	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich: Variante 1 und 2					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMCH				Die FMCH lehnt die Führung des Leistungserbringerregister durch das BAG ab. Wir halten es für effizienter und kosteneffektiver, wenn das Register durch eine verwaltungsexterne, unabhängige Stelle geführt wird. Es gibt bereits gut geeignete private Strukturen, die Verwaltung soll dafür nicht weiter beansprucht werden. Wir unterstützen folglich die Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten).	
Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMCH				<p>Es ist grundsätzlich wichtig und richtig, dass den Kantonen ein Instrument zur Verfügung gestellt wird, mit dem sie bei Bedarf Höchstzahlen innerhalb ihres Kantons für ein medizinisches Fachgebiet festlegen kann. Eine Überversorgung führt zu höheren Ausgaben und ist somit zu vermeiden.</p> <p>Die in der Vorlage vorgelegten Berechnungen basieren auf regionalen Daten, die Umsetzung erfolgt aber kantonal. Es ist deshalb unbedingt zu verhindern, dass es hier zu Missverständnissen und Unklarheiten zwischen einzelnen Kantonen, die sich eine Region teilen, kommt. Es muss sichergestellt sein, dass die Kantone autonom Zulassungsbeschränkungen definieren können.</p> <p>Wichtig ist ferner, dass bei der Ermittlung des bedarfsgerechten Leistungsvolumens die Leistungserbringer beispielsweise über Befragungen von Fachpersonen einbezogen werden, welche guten Einblick in die Patientenströme haben.</p> <p>Ferner hat der Gesetzgeber darauf zu achten, dass grundsätzlich Zulassungsbeschränkungen nicht zu einem unbeabsichtigten Rückgang an Nachwuchs-</p>	

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen

Vernehmlassungsverfahren

				Ärztinnen und -Ärzten in den betroffenen Fachbereichen führen. Der Schweizer Fachkräftepool ist zu klein, um die Bedürfnisse der Schweiz adäquat abdecken zu können. Wo nötig und möglich, müssen mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet und zu den entsprechenden Studien zugelassen werden.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH

Adresse : Nussbaumstrasse 29, Postfach, 3000 Bern 16

Kontaktperson : Gabriela Lang

Telefon : 031 / 359 11 11

E-Mail : lex@fmh.ch

Datum : 18. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 10
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 14
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	18

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FMH	<p>Die FMH dankt für den Einbezug in das Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung.</p> <p>Wir möchten an dieser Stelle nochmals unser Bedauern äussern, dass auch unter revidiertem Recht innerhalb aller Gesundheitsberufe nur die Ärzteschaft von der Zulassungsbeschränkung, namentlich von Höchstzahlen betroffen ist.</p>
FMH	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Die im Art. 58g E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung an sich geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, wie genau Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittlere Arztpraxen ab. Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.</p>
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
FMH	30b	1	a und b Ziff. 3		<p>Art. 30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3</p> <p>1 Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:</p> <p>a. BAG: die in Artikel 30 genannten Daten <u>bereinigt, anonymisiert und aggregiert</u> soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG), für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);</p> <p>b. zuständige kantonale Behörden:</p> <p>3. Die in Artikel 30 genannten Daten <u>bereinigt, anonymisiert und aggregiert</u></p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVG);
FMH	38	1	c	Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.	Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren: Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.
FMH	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				(siehe Änderungsvorschlag).	nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.
FMH	39	1	b	Siehe Erläuterungen zu Art. 58g E-KVV.	Streichen. Art. 58a revKVG hält die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe fest.
FMH	58g		a - d	Aus Sicht der FMH ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.	Wir sind für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Sollte der Bundesrat an Art. 58g E-KVV festhalten, soll er wie folgt neu formuliert werden: «Art. 58g (neu) Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.
FMH	134	4		In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:	Änderung: Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw.</p>	<p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und die befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	--	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FMH	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).</p> <p>Variante 2 - Registerführung durch das BAG</p> <p>Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.</p>
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Da die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
FMH	22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
FMH	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt .	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikeln der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.
FMH	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, ob sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
FMH	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
FMH	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p>
FMH	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FMH	<p>Um Fehlsteuerungen zu vermeiden, müssen die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Coronapandemie im Schweizer Gesundheitswesen unbedingt in die Verordnungen einfließen. Das Gesundheitswesen muss die nötige Flexibilität haben, um auf Unvorhergesehenes bestmöglich reagieren zu können.</p> <p>Mit Sorge sehen wir auch der mit der Neuregelung absehbaren Mehrbelastung bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Gesundheitswesen durch neue administrative Aufgaben entgegen. Diese Zeit kostet, vor allem jedoch wird sie am Ende in der einen oder anderen Form für die unmittelbare Patientenbetreuung fehlen.</p> <p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht BSS. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität davon abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind. - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen, nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt.
--	--

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"> - Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen, Ansonsten fragen wir uns, wie genau sich das spitalambulante Angebot bestimmen lässt, wenn gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zum Facharztstitel zwischen verschiedenen Abteilungen sowie dem ambulanten und dem stationären Sektor in den Spitälern wechseln? Und wie sehen die praktischen Implikationen aus: Muss ein Chefarzt zum Beispiel vor der Neu- oder Wiederbesetzung einer Assistentenstelle künftig immer zuerst beim Kanton eine Bewilligung einholen? Wie sollen die Assistenzärztinnen und -ärzte ihre Weiterbildung planen, wenn sie nicht wissen, ob sie die für ihr Curricula benötigten Weiterbildungsstellen bekommen bzw. ob es diese in zwei oder drei Jahren überhaupt noch gibt? In den Spitälern sind viele Ärztinnen und Ärzte befristet angestellt. Wenn sie mindestens teilweise auch ambulant arbeiten, nimmt die sowieso schon belastende Unsicherheit für die Betroffenen durch weitere einschränkende respektive unklare oder sich laufend ändernde Vorgaben noch einmal erheblich zu. - La FMH est d'avis que la possibilité pour un canton de délivrer des autorisations extraordinaires pour des raisons importantes dans une certaine région, malgré une restriction fondamentale de l'admission, devrait être explicitement ancrée dans l'ordonnance. Nous demandons également que les cantons se concertent entre eux afin que la prise en charge soit garantie aussi bien dans les régions de petites envergures que dans les grandes. Il est important que les cantons établissent leur liste en tenant compte des régions/cantons voisins. - L'entrée en vigueur de l'ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires est prévue le 1er juillet 2021. Pour fixer les nombres maximaux, les cantons doivent pouvoir se reposer sur des données pertinentes émanant des fédérations de fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés. Or, le défi est considérable pour que d'ici au 1er juillet 2021 les cantons puissent s'organiser en conséquence et disposent des données nécessaires. De ce fait, la FMH demande un délai supplémentaire, d'autant plus que les modifications d'ordonnances se rapportant à la procédure d'admission formelle prévue, ainsi qu'à la nécessité d'adapter les conditions d'admission entreront en vigueur 6 mois plus tard, soit le 1er janvier 2022. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
FMH	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und im Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.
FMH	Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften, die medizinischen Fachgesellschaften und die weiteren der FMH angeschlossenen Ärzteorganisationen (wie z.B. VSAO/VLSS) angehört werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FMH	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren durch das BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumen erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich <u>deren</u> die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen <u>anhand Hochrechnungen zu vergleichbaren Leistungserbringern bestimmen lässt verhält.</u>
FMH	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
FMH	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p>Leistungen</p> <p>Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztegesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.</p>
FMH	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
FMH	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
FMH	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton <u>muss kann</u> einen <u>oder mehrere kantonale</u> Gewichtungsfaktoren <u>prüfen und gegebenenfalls</u> vorsehen, mit dem <u>oder denen</u> Umstände berücksichtigt werden <u>sollen</u>, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren ens stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p>
FMH	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
FMH	10	2			² Die <u>regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der</u> Höchstzahlen sind - <u>nach Anhörung der Kantone und den fachlich und regional zuständigen Verbänden</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
FMH	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
FMH	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	
FMH				La FMH est d'avis que la possibilité pour un canton de délivrer des autorisations extraordinaires pour des raisons importantes dans une certaine région, malgré une restriction fondamentale de l'admission, devrait être explicitement ancrée dans l'ordonnance. Nous demandons également que les cantons se concertent entre eux afin que la prise en charge soit garantie aussi bien dans les régions de petites envergures que dans les grandes. Il est important que les cantons établissent leur liste en tenant compte des régions/cantons voisins.	Article à ajouter

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : FSP

Adresse : Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Dr. phil. Muriel Brinkrolf

Telefon : 031 388 88 42

E-Mail : muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Datum : 12.2.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FSP	Die FSP begrüsst es, dass mit der KVG-Änderung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern, die am 19. Juni 2020 durch das Parlament verabschiedet wurde, ein neues Modell für die Neuzulassung im ambulanten Bereich zur Anwendung kommt, welches unter der Aufsicht der Kantone steht. Die FSP begrüsst dabei vor allem die einheitlichen Vorgaben für alle Leistungserbringer in Bezug auf die Berufsausübungsbewilligung sowie die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g, welche als Zulassungskriterien für die Abrechnung zulasten der OKP gelten sollen. Die FSP befürwortet demnach, dass Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die zur Abrechnung nach KVG zugelassen sind, über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zu verfügen haben. Da aktuell manche Kantone keine Bewilligungspflicht für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen kennen, fordert die FSP die Kantone dazu auf im Zuge dieser Änderung ein einheitliches Verfahren dafür festzulegen. Mit der Verordnungsänderung wird auch die von der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen geforderte Gleichbehandlung der Neuropsychologie mit den anderen Leistungserbringern im ambulanten Bereich hergestellt, indem neu auch Organisationen der Neuropsychologie zur Abrechnung über die OKP zugelassen und die Voraussetzungen dafür festgelegt werden. Grundsätzlich stimmt die FSP die vorgeschlagenen Änderungen der KVV zu und äussert sich in der Folge im Detail nur zu ausgewählten Bestimmungen.

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen

Name/ Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FSP	30b	1	a und b Ziff. 3	Keine Bemerkungen	
FSP	38	1 und 2		Keine Bemerkungen	
FSP	38	3		Die FSP begrüsst den Beschluss des Parlaments, die Anforderungen bezüglich der Sprachkenntnisse für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung auf Stufe OKP im Vergleich zu den Mindestanforderungen für die selbständige	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Berufsausübung auf das Referenzniveau C1 zu erhöhen. Die Sprachkenntnisse sind insbesondere bei Disziplinen wie der Psychotherapie – ärztliche sowie psychologische – von besonderer Wichtigkeit. Psychotherapie basiert auf der Sprache und ungenügende Sprachkenntnisse gefährden den Therapieerfolg. Diese Anforderungen an die Sprache auf Niveau C1 hat die FSP daher auch in ihrer Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur Neuregelung der Psychotherapie als Zulassungskriterium eingebracht.	
FSP	39, 40, 42, 44, 44a und 45			Keine Bemerkungen	
FSP	46			Die FSP findet es richtig und übersichtlicher, dass die Erfordernisse bezüglich der kantonalen Berufsausübungsbewilligung und der selbständigen Ausübung des Berufes auf eigene Rechnung unter den einzelnen Leistungserbringern aufgeführt werden und Art 46 in diesem Zuge aufgehoben wird.	
FSP	47-50a			Keine Bemerkungen	
FSP	50b	1	a	Die FSP befürwortet, dass Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die zur Abrechnung nach KVG zugelassen sind, über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zu verfügen haben. Bestimmte Kantone kennen aktuell keine Bewilligungspflicht für Neuropsychologinnen und Psychologen, werden jedoch durch das Inkrafttreten des neuen Artikels 36 KVG auch für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ein Verfahren zur Erteilung der Berufsausübungsbewilligung festlegen müssen. Die FSP hält die GDK dazu an, sicherzustellen, dass diese Verfahren zur Berufsausübungsbewilligung über alle	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Kantone hinweg einheitlich ausgestaltet sind/werden.	
FSP	50b	1	b	Die FSP begrüsst ausdrücklich, dass im Bezug auf die Weiterbildung als Zulassungskriterium sowohl der eidgenössische Weiterbildungstitel nach PsyG als auch der Fachtitel Neuropsychologie der FSP Anwendung finden sollen.	
FSP	50b	1	c	Keine Bemerkungen	
FSP	50b	1	d	Die FSP begrüsst es, dass die Erfüllung der Qualitätsanforderungen mit einem einheitlichen Verweis auf Artikel 58g, bei allen Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, sowie den Organisationen, die solche Personen beschäftigen als Zulassungskriterium definiert wird. Die FSP hat sich bereits in ihrer Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur Vorlage «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» dafür stark gemacht, von Einzelregelungen zur Qualität der Leistungserbringung ausserhalb der oben genannten Vorlage abzusehen. Wir begrüssen daher, dass mit dem Verweis auf Art. 58g auch die Qualitätsanforderungen einheitlich geregelt werden (Bemerkungen zu den Einzelheiten von Art. 58g siehe weiter unten.).	
FSP	51-52c			Keine Bemerkungen	
FSP	52d			Organisationen der Neuropsychologie entsprechen einem Bedürfnis der modernen Leistungserbringung und wir begrüssen diesen Schritt zur Aufnahme von Organisationen der Neuropsychologie als Leistungserbringer. Dies stellt die bereits in der Vernehmlassung betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie geforderten Gleichbehandlung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit anderen Leistungserbringern im ambulanten Bereich her. Mit den	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Voraussetzungen nach Bst. a, b, c, und d, welche für Organisationen der Neuropsychologie zukünftig gelten sollen, ist die FSP einverstanden. Bemerkungen zu den Einzelheiten betreffend den Anforderungen nach Bst. e vgl. Art. 58g unten.	
FSP	54-57			Keine Bemerkungen	
FSP	58g			Die FSP ist damit einverstanden, dass die Voraussetzungen, damit Leistungserbringer die im Rahmen der Vorlage «Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit» zukünftig auszuhandelnden Qualitätsverträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern, einhalten können, in Art. 58g festgelegt werden. Es gilt hier jedoch zu betonen, dass sowohl die Leistungen als auch die Organisationen der Leistungserbringer sich stark in Grösse der Institution und Komplexität der Leistungserbringung unterscheiden. Dies muss sich zwingend in der Ausgestaltung dieser Qualitätsanforderungen widerspiegeln. Den Berufs- und Fachverbänden kommt hier die wichtige Rolle zu, sich dafür einzusetzen, dass Qualitätsanforderungen auf den Leistungsbereich und die Art des Leistungserbringers angepasst werden. Auch der Aufwand (zeitlich und finanziell) auf Seiten der Leistungserbringer, diesen Qualitätsanforderungen nachzukommen, muss vertretbar sein.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FSP	Die FSP teilt die Forderung des Parlaments nach mehr Transparenz über die ambulant tätigen Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Wir befürworten die Schaffung eines nationalen Leistungserbringerregisters nach der Variante 1. Wir beziehen unsere Bemerkungen und Kommentare daher einzig auf den Erlassentwurf zur Registerverordnung nach der Variante 1. Variante 2 lehnen wir ab.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FSP	1-4			Keine Bemerkungen	
FSP	5	1 und 2		Im Sinne der Verhinderung von Mehrfacherhebungen und der Nutzung von Synergien unterstützt die FSP die Regelung, dass die registerführende Stelle nach Beantragung gemäss Artikel 11 Abs. 3 Registerverordnung PsyG über eine Standardschnittstelle Zugang zu den öffentlich zugänglichen Daten des PsyReg erhält und diese so ins Leistungserbringerregister übernehmen kann. Hier gilt es jedoch zu beachten, dass die Daten der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die nach Art. 50b Abs.1 Bst. b Ziffer 2 einen Fachtitel Neuropsychologie der FSP besitzen, nicht im PsyReg erfasst sind (vgl. Bemerkungen zu Art. 8 unten).	
FSP	6 und 7			Keine Bemerkungen	
FSP	8			Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit	Ergänzung von Art. 8

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Fachtitel FSP sind nicht im PsyReg eingetragen. Daher ist im vorliegenden Entwurf der Registerverordnung die Zuständigkeit der Eintragung der Stammdaten dieser Personen ungeklärt. Die FSP schlägt vor, dass analog der vorgeschlagenen Regelung der Logopädinnen und Logopäden die Kantone die Stammdaten nach Ziffer 1-6 auch für die zugelassenen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ins LeReg eintragen.	Die zuständigen kantonalen Behörden tragen ins Leistungserbringerregister ein: a. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50 und Artikel 50b Abs.1 Bst. b Ziffer 2 folgende Stammdaten: [...]
FSP	9-26			Keine Bemerkungen	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Anhang			Da Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit Fachtitel FSP nicht im PsyReg erfasst sind, braucht es im Anhang eine Korrektur einzelner Fussnoten.	Korrektur Fussnoten Nr. 13, 17 und 20 Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b Abs.1 Bst. b Ziffer 1 und 52d KVV.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
FSP	<p>Die FSP begrüsst es, dass der Gesetzgeber mit Artikel 55a KVG endlich eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte geschaffen hat und so die Kantone ein Instrument erhalten, die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte für bestimmte Fachgebiete und Regionen zu beschränken. Die in der Verordnung vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätzen für die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich erachten wir als sinnvoll, da sie eine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung ermöglichen und die Patientenströme sowie die Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte mitberücksichtigen. Zudem wird den Kantonen einen gewissen Spielraum überlassen, um innerkantonale oder regionale Besonderheiten bei der Festlegung der Höchstzahlen zu berücksichtigen.</p> <p>Mit der Motion 20.3914 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats, die am 23.09.2020 im Nationalrat angenommen wurde, wird der Bundesrat aufgefordert, den Kantonen die Möglichkeit zu geben, im Rahmen des Wechsels der delegierten Psychotherapie zum Anordnungsmodell, das Leistungsangebot von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu steuern. In seiner Stellungnahme vom 26.08.2020 äussert sich der Bundesrat positiv zum Vorschlag und sieht die Umsetzung der Motion in der Erweiterung der Steuerungsmöglichkeiten der Kantone nach Artikel 55a KVG auf nichtärztliche Leistungserbringer.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Bereits in der Vernehmlassung zu Neuregelung der psychologischen Psychotherapie hat die FSP bekundet, dass sie grundsätzlich Massnahmen, welche ungerechtfertigter Mengenausweitung im Gesundheitswesen entgegenwirken, unterstützt. Sollte über die Annahme der Motion 20.3914 die Steuerungsmöglichkeiten nach Art. 55a KVG auf psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten resp. nichtärztliche Leistungserbringer generell ausgeweitet werden, gälte es die in der Verordnung vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätze bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf die Leistungserbringung der psychologischen Psychotherapie resp, auf andere nichtärztliche Leistungserbringer in Konsultation mit den jeweiligen Leistungserbringerverbänden zu prüfen und wo nötig alternative Kriterien zu präsentieren.
--	---

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Weitere Vorschläge

Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesellschaft der Solothurner Ärztinnen und Ärzte
Abkürzung der Firma / Organisation : GAeSO

Adresse : c/o BBM, Dornacherstrasse 26 4600 Olten
Kontaktperson : lic.iur. Michel Meier, Rechtsanwalt, Geschäftsführer GAeSO
Telefon : +41 62 212 10 30

E-Mail : m.meier@b3m.ch

Datum : 18. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
 Weitere Vorschläge _____	18
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GAeSO	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der St. Galler Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
GAeSO	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a KVG Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.
GAeSO	58g		a - d	Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit	Wir sind für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a re-

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>vKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe regelt.</p> <p>Sollte der Bundesrat an Art. 58g E-KVV festhalten, soll er wie folgt neu formuliert werden:</p> <p>«Art. 58g (neu)</p> <p>Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missver-</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und die befristete Berufsausübungsbewilligung beim In-</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>ständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>krafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GAeSO	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).</p> <p>Variante 2 - Registerführung durch das BAG</p> <p>Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten: Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
GAeSO	22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt .	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p> <p>2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.</p>
GAeSO	15	2			Ersatzlos streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GAeSO	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet bzw. besteht. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote, bekannte Zentren für gewisse medizinische Angebote (bspw. Thermalquellen mit Zentren für Rheumatologie/Rehabilitation und weitere) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind. - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"> - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
GAeSO	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entspre-</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	chende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften zuständig.
GAeSO	Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesgesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört und vom Kanton in die entsprechende Versorgungsplanung und deren Umsetzung miteinbezogen werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GAeSO	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensum. Der Einbezug des Leistungsvolumen erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente <u>hochgerechnet zur</u> proportional zum Leistungsvolumen vergleichbarer Leistungserbringer verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften mit ihren Regionalvereinen und medizinischen Fachgesellschaften sowie der Spitäler die Höchstzahlen fest.
GAeSO	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
GAeSO	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8				Änderung: Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
GAeSO	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone bei Bedarf bzw. Notwendigkeit gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festge-

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					legt.
	10	2			² Die <u>regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der</u> Höchstzahlen sind - <u>nach Anhörung der Kantone und den fachlich und regionalen zuständigen Verbänden</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
GAeSO	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen. Sobald diese Weiterbildung abgeschlossen ist, werden diese Ärztinnen und Ärzte und die Berechnung der Zahlen integriert.
GAeSO	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsaus-	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				übungsbewilligung zugrunde liegt.	
--	--	--	--	-----------------------------------	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GAeSO			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gefässmedizin Rapperswil

Abkürzung der Firma / Organisation : GMR

Adresse : Alte Jonastrasse 42

Kontaktperson : Dr. med. Daniel Holtz

Telefon : 079 444 26 24

E-Mail : daniel.holtz@hin.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	6
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	14
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	18
 Weitere Vorschläge _____	22
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	23

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Das Begleitschreiben der KKA an Herrn Bundesrat Berset ist integraler Bestandteil der Antwort der KKA. Auf einen Übertrag in das Vernehmlassungsformular wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme!</p> <p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.

Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:

„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 revKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im revArt. 58a KVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. **Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittlere Arztpraxen ab.** Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:

Antrag : Textvorschlag

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

a.BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);

b.zuständige kantonale Behörden: 3. Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVG KVG)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		<p>Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.</p>	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die	Änderungsvorschlag von Abs. 2:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a +b		Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung : a. dem BFS : für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u> ; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p>
	<p>Eventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüssen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
	<p>Subeventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbareren Leistungserbringern verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 <u>6 Absatz 3</u> berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² <u>Die kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen sind - nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen -</u> aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

		2		<p>Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.</p> <p>Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.</p>	<p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>
--	--	---	--	---	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Groupement des médecins du Valais Romand

Abkürzung der Firma / Organisation : GMVR

Adresse : Chemin du Verger 3, 1868 MONTHEY

–

Kontaktperson : Dr N. Kirchner, président

Telefon : Tél. 024 472 25 00

E-Mail : nicolas.kirchner@hin.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	8
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	13
Weitere Vorschläge	16
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	17

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que président du GMVR je me permets de répondre à votre demande de prise de position de la manière suivante :

D'une part je me joins à la prise de position de la SMVS, que vous trouverez ci-dessous in extenso. Je me joins également à la prise de position de la CCM / KKA.

D'autre part, j'apporte des commentaires personnels plus ciblés, en particulier sur « l'ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires » ; commentaires qui sont les suivants :

1) Cette ordonnance sur les « nombres maximaux » s'attache à répondre à problématique de l'article LAMAL 55a ; dans le cadre de la « clause du besoin », nous avons collaboré avec les autorités cantonales pour définir si tel ou tel spécialiste étranger pouvait s'installer ou pas chez nous ; force est de constater qu'il n'est pas facile de répondre de manière objective à cette question, et cela, sans aborder la question juridique qui ne paraît pas très stable non plus. Dans ce sens-là, tout outil pouvant nous aider tous à clarifier la situation est le bienvenu.

2) Il me semble que l'on parle toujours dans cet article LAMAL 55a de l'installation de médecins étrangers, notamment européens, au vu de l'alinéa deux qui exclut de la restriction d'installation les médecins formés en Suisse. Ce que vous prétendez vouloir mettre en œuvre par ces modifications législatives représente une charge de travail très importante que cela soit au niveau de la confédération, des cantons, des organismes mandatés pour la mise en œuvre et finalement également pour les organisations médicales. Tout cela, juste pour restreindre l'installation de médecins européens ? Cela me paraît disproportionné.

Avez-vous évalué cette charge de travail et le coût qui lui est associé ?

3) On perçoit bien le besoin de précision qui va être mis en place par vos ordonnances mais nous souhaiterions tous que l'exactitude soit rendez-vous. J'ai peur que nous allons créer là une montagne de chiffres qui vont probablement être précis selon une certaine logique, mais lorsque nous confronterons nos chiffres avec la réalité de la médecine au lit des patients, on s'apercevra que nous sommes à côté de la cible. Rappelons que l'on peut être précis tout en étant complètement inexact.

4) L'activité médicale est très hétérogène et il est difficile de comparer les médecins entre eux et encore les régions de Suisse entre elles. Certains médecins commencent à travailler à 7h du matin et d'autres amènent les enfants à l'école d'abord ; certains repartent tôt, d'autres tard ; certains travaillent depuis la maison tard le soir sur VPN, d'autres reviendront le samedi matin faire des mails et des papiers, ou d'autres encore s'arrangent pour ne jamais avoir à faire de l'administratif ; certains gèrent leur cabinet eux-mêmes, d'autres sous traitent la gestion, dans des centres médicaux par exemple. Donc une « demi journée » de travail est un concept très vague qui toutefois vous permettra d'obtenir des chiffres (sûrement avec plusieurs décimales de précision). Le volume de prestation aussi est quelque chose de très hétérogène, mais je vous épargnerai des exemples. Voilà donc que le nominateur de votre taux d'approvisionnement est bien flou.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Dans nos associations médicales nous essayons plutôt de remettre le patient au centre de la problématique et donc indirectement nous sommes plus attentifs au contenu des consultations et donc aux processus. Les besoins en soins d'une région (et des patients qui y vivent) sont plus dépendants de la qualité de la prise en charge que du volume de prestations globales.

5) A l'article 5 du projet d'ordonnance sur les « maximaux », on lit : « Le DFI fixe des coefficients pour chaque domaine de spécialisation médicale » ; lu comme cela c'est assez abrupt et on se rend bien compte que c'est un élément central dans l'équation. Le dénominateur du taux d'approvisionnement est très dépendant de ces coefficients. Quelles sont les garde-fous pour que la fixation de ces coefficients soit faite sur une base en lien avec la réalité de notre pratique ? Là encore, nous avons plus besoin d'exactitude que de précision. Est-ce l'intégration des associations professionnelles dans ce processus de « fixation » est prévue ? En tout cas c'est souhaitable.

J'ai vu aussi la place que pourra prendre le canton dans ce calcul et notamment la marge de manœuvre qui laissée pour apporter ces propres coefficients de correction. On ne peut que s'en féliciter car cela permettra probablement de rapporter la problématique à nos régions. Mais, ces coefficients ou autres adaptations cantonales ne seront sûrement pas basées sur des éléments plus solides que les autres.

Au final, le taux d'approvisionnement sur lequel se basera le calcul des fameux maximaux qui permettra d'exclure certains collègues de la pratique médicale ne sera pas plus crédible que les évaluations actuelles mais sûrement plus coûteux.

6) Je n'ai pas réussi à situer l'ambulatorio hospitalier dans votre ordonnance. Les hôpitaux développent fortement l'ambulatorio, même en médecine générale ; les hôpitaux ont des liens particuliers avec les autorités cantonales (souvent ils sont publiques) ; on voit bien que l'installation des médecins non formés en Suisse est ralentie dans les cabinets médicaux, mais que les hôpitaux engagent à tour de bras une main d'œuvre étrangère peu coûteuse (mais facturée au tarif LAMAL hospitalier) ; c'est un biais dans la concurrence entre prestataires de soins qu'il faudrait éviter. Il s'agit donc également d'en parler dans votre ordonnance.

Pour le GMVR, Dr N. Kirchner

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung (<i>Version allemande ci-dessous</i>)
<p>Erreur : source de la référence non trouvée</p>	<p>La SMVS est très préoccupée par les propositions contenues dans les ordonnances soumises à la consultation ci-dessus. Elle souhaite vivement que la régulation et la gestion du système sanitaire suisse soit faite en se basant sur des données adéquates en assurant une utilisation correcte et respectueuse de la protection des données. Ces données doivent absolument être intégrées aux expériences et aux connaissances du terrain pour minimiser le risque d'erreurs qui aurait des conséquences majeures sur la qualité de la prise en charge médicale de nos patients et de l'accessibilité aux soins pour notre population. Il est inconcevable que la régulation de l'admission des prestataires du domaine ambulatoire médical extrahospitalier soit faite en se basant quasiment uniquement sur des critères économiques (chiffres d'affaire des médecins individuels ?!) et de gestion administrative sans intégrer une évaluation des besoins réels du terrain valable qui nécessite l'implication des sociétés médicales cantonales ainsi que l'intégration des besoins prévisibles des patients (p.ex. prise en considération des délais d'attente pour accéder à différentes prestations de soins). Les méthodologies adéquates doivent encore être développées pour permettre une gestion intelligente du système sanitaire suisse et plus particulièrement du domaine ambulatoire extrahospitalier. Ce dernier est en souffrance depuis des années et nécessite des investissements conséquents et importants pour assurer le maintien d'un système dual public-privé en Suisse et surtout le renforcement de l'application de la stratégie politiquement souhaitée 'ambulant avant stationnaire'.</p> <p>La SMVS soutient donc avec véhémence l'analyse faite par la CCM qui se base sur une approche de 'littératie des données' qui nous semble indispensable pour gérer et réguler au mieux le domaine ambulatoire là où c'est nécessaire, de façon adéquate.</p> <p>Plus particulièrement, la SMVS demande à ce que ces ordonnances soient complètement revues pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ordonnance prévoit la mise en place d'un modèle 'd'estimation des besoins' qui se base principalement sur la densité médicale régionale actuelle et le chiffre d'affaire (?) des médecins individuels qu'elle compte transformer en 'budget global' pour le domaine ambulatoire extrahospitalier. Elle fait fi des nombreux avertissements et limitations méthodologiques relevés par les experts eux-mêmes qui ont élaboré le rapport servant de base à cette ordonnance. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins dans la plupart des régions Suisses pour la médecine de premier recours p. ex. et que quasiment la moitié des médecins installés dans le domaine ambulatoire approchent de l'âge de la retraite et qu'une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années, l'ordonnance ne prévoit aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Elle vise à 'geler' la situation actuelle sans se préoccuper de la 'work-life-balance' différente à laquelle aspirent à juste titre les jeunes médecins et va donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale. <p>L'ordonnance représente un danger majeur pour la relève médicale ambulatoire indispensable partout en Suisse et plus particulièrement en Valais!</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

- L'ordonnance impose une livraison de données sensibles et personnelles de façon disproportionnée et injustifiée et pour les données des médecins et pour les données de leurs patients, alors que des méthodologies statistiques et de 'littératie des données' (data literacy) permettraient d'arriver à une évaluation des besoins réels du terrain par une approche nettement moins intrusive et fournissant des résultats plus robustes. Il est difficilement compréhensible, comment on pourrait déduire une évaluation de besoin en se basant sur les chiffres d'affaires, sans intégrer les évolutions épidémiologiques ni les délais d'attente des patients et l'accessibilité aux prestations de soins l'adéquation de la couverture de soins... La prise de position de la CCM décortique à différents niveaux les manquements fondamentaux de l'ordonnance en question.

L'ordonnance viole les principes de base de la protection des données et de la proportionnalité de la livraison des données. Elle ouvre grandement la porte à un système de surveillance continu et disproportionné, en se basant sur des prémisses insoutenables qui ne semble viser 'que' les médecins en apparence, mais vise aussi à surveiller toutes les filières de prise en charge des patients individuels en même temps.

De plus, nous renvoyons à la prise de position de la CCM.

*Die Walliser Ärztesgesellschaft ist sehr besorgt über die Tragweite und die Auswirkungen der aktuell zur Vernehmlassung vorgelegten Verordnungen. **Es scheint uns inakzeptabel, dass unser Gesundheitswesen und die Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer im nicht-spital-ambulanten Gesundheitssektor praktisch ausschliesslich über ökonomische Kriterien (Umsatzzahlen der Einzelpraxen?!) und administrative Auflagen erfolgen soll, ohne dass eine effektive Evaluation des realen Bedarfs vor Ort integriert sei.** Dies würde erfordern, dass die kantonalen Ärztesgesellschaften und auch die vorhersehbaren Patientenbedürfnisse (z.B. durch Miteinbezug der Wartezeiten zum Zugang zu verschiedenen Gesundheitsleistungen) verbindlich mit eingebunden werden müssten.*

- *Die Verordnung sie ein Modell zu 'Bedarfsanalyse' vor, das sich hauptsächlich auf der aktuellen regionalen Ärztedichte und den Umsatzzahlen (!) der einzelnen Ärzte abstützt, die zu einer Art 'Globalbudget' für den nicht-spitalambulanten Sektor verarbeitet werden. Sie ignoriert die vielen Hinweise auf Schwierigkeiten und methodologische Einschränkungen, die von den Experten, die den Bericht, auf dem die Verordnung aufbaut, erstellt haben, klar dargelegt werden. Obwohl die aus den Analysen hervorgehenden Berechnungen bereits eine Unterdeckung gerade im Bereich der Hausarztmedizin in den meisten Regionen der Schweiz sichtbar werden lassen und wir wissen, dass praktisch die Hälfte der niedergelassenen Ärzte demnächst ins Pensionsalter kommen und in den nächsten Jahren keine genügende Ablösung gewährleistet ist, beinhaltet die Verordnung keinerlei Mechanismen, um eine nachhaltige Erneuerung des ambulanten Gesundheitssektors zu fördern. Im Gegenteil: sie sieht vor, die aktuelle Situation 'einzufrieren' ohne sich mit der dringenden Verbesserung der 'Work-life-balance', die sich die Ärzte und Ärztinnen der jungen Generation verständlicher Weise wünschen, zu befassen. Die Verordnung behindert damit alle bisherigen Bemühungen, die eine nachhaltige Erneuerung der Grundversorgung ermöglichen wollen.*

Die Verordnung stellt somit eine grosse Gefahr für die dringend notwendige nachhaltige Erneuerung der nicht-spitalambulant medizinischen Versorgung in der ganzen Schweiz und insbesondere im Wallis dar!

- *Die Verordnung zwingt zu einer unverhältnismässigen und ungerechtfertigten Datenlieferung persönlicher und sensibler Daten der Ärzte und*

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

ihrer Patienten. Dies obschon mit angepassten statistischen Methoden und etwas 'Datenkompetenz' (data literacy) sinnvollere und zuverlässigere brauchbare, realitätsnähere Bedarfsbeurteilungen gemacht werden könnten, ohne einen solch extensiven Beizug sensibler Daten. Es ist schwer verständlich, wie man praktisch nur auf Umsatzzahlen basiert, ohne Integration epidemiologischer Entwicklungen und patientenbezogener Daten wie Wartezeiten und Zugänglichkeit zu Behandlungsoptionen eine sinnvolle, realitätsbezogene Bedarfsabschätzung machen könnte. Die Stellungnahme der KKA weist in detaillierter Weise auf verschiedene Fehlannahmen der zur Diskussion stehenden Verordnung hin.
Die Verordnung verstösst gegen grundlegende Prinzipien des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit der Datenlieferungspflicht. Sie öffnet Tür und Tor für ein kontinuierliches und dysproportioniertes Überwachungssystem, indem sie sich auf unhaltbaren Grundannahmen abstützt und anscheinend 'nur' die einzelnen Ärzte ins Visier zu nehmen scheint, jedoch gleichzeitig bereits implizit eine Überwachung aller Behandlungspfade der einzelnen Patienten anvisiert.

Des weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der KKA, die wir vollumfänglich unterstützen:

Das Begleitschreiben der KKA an Herrn Bundesrat Berset ist integraler Bestandteil der Antwort der KKA. Auf einen Übertrag in das Vernehmlassungsformular wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme!

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht

Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzten als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹

In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.

Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:

„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 revKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im revArt. 58a KVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxismgemeinschaften und schaffte die kleinen und mittlere Arztpraxen ab. Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:

Antrag : Textvorschlag

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a.BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);
- b.zuständige kantonale Behörden: 3. Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVG KVG)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
Erreur : source de la référence non trouvée	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Erreur : source de la référence non trouvée	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.
--	--	--	--	--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Erreur : source de la référence non trouvée</p>	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>
<p>Erreur : source de la référence non trouvée</p>	

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		<p>Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.</p>	<p>Das <i>Bundesamt für Statistik (BFS)</i> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die	Änderungsvorschlag von Abs. 2:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p> <p>2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
Erreur : source de la référence non trouvée	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Erreur : source de la référence non trouvée</p>	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p>Hauptantrag: Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
Erreuer : source de la	Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

référence non trouvée	<p>Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
Erreur : source de la référence non trouvée	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p>
Erreur : source de la référence non trouvée	<p>Eventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüssen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
Erreur : source de la référence	<p>Subeventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

non trouvée	
Erreur : source de la référence non trouvée	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbaren Leistungserbringerverhalten.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen Das BFS/Obsan berechnet die regionalen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
Erreur : source de la référence non trouvée	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
Erreur : source de la référence non trouvée	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
Erreur : source de la référence non trouvée	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² Die <u>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der</u> Höchstzahlen sind <u>- nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen -</u> aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
Erreur : source de la référence non trouvée	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.
		2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence			



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Ort, Datum	Bern, 26. Februar 2021	Direktwahl	031 335 11 66
Ansprechpartner	Markus Trutmann	E-Mail	markus.trutmann@hplus.ch

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern
Stellungnahme H+

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 04. November 2021 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zur obengenannten Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern eröffnet.
H+ Die Spitäler der Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung und ganz besonders für die gewährte Fristverlängerung bis zum 28. Februar 2021. Gerne lassen wir Ihnen unsere Stellungnahme hiermit fristgerecht zugehen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 220 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 370 Standorten sowie über 160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200'000 Arbeitsverhältnisse.

Inhaltsverzeichnis der Stellungnahme

Verordnungsänderungen und Verordnungsentwürfe	Position von H+	Seite
1. Änderung der KVV	Zustimmung mit Änderung	2
2. Änderung der KLV	Zustimmung	3
3. Registerverordnung Variante 1	Ablehnung	4
4. Registerverordnung Variante 2	Zustimmung mit Änderung	4
5. Verordnung über die Höchstzahlen	Rückweisung zur Überarbeitung	6

1. Änderung KVV

1.1. Allgemeiner Teil

Die vorgeschlagenen Änderungen der KVV halten sich an die gesetzlichen Vorgaben und sind, von einer Ausnahme abgesehen, unproblematisch. Die Ausnahme betrifft Art. 58g nKVV über Qualitätsanforderungen. Diese Bestimmung ist überflüssig. Qualitätsanforderungen werden andernorts zur Genüge abgehandelt (Änderungsentwürfe I und II der Krankenversicherungsverordnung (KVV), Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH). Durch eine weitere, auf die anderen KVV-Änderungen nicht abgestimmte Bestimmung über Qualitätsanforderungen entstehen nur noch grössere Inkongruenzen. Deshalb beantragt **H+**, **diese Bestimmung zu streichen bzw. mit einer Bestimmung zu ersetzen, welche auf bestehende Qualitätsanforderungen verweist.**

1.2. Besonderer Teil

Art. 30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3

Kommentar: Die vorgeschlagenen Änderungen leiten sich aus Art. 55a nKVG ab:

- Art. 30b Abs. 1 Bst. a wird wie folgt ergänzt: «... für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen ...».
- Dem Art. 30b Abs. 1 Bst. b wird Ziff. 3 hinzugefügt: «Die in Artikel 30 genannten Daten soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind».

Diese Bestimmungen werden nicht bestritten.

1.2.1. Zulassungsvoraussetzungen

Art. 38 Ärzte und Ärztinnen

Kommentar:

Art. 38 nKVV leitet sich aus Art. 37 Abs. 1 KVG ab.

Art. 38 nKVV Abs. 3 regelt die Sprachkenntnisse. Diese Bestimmung hält sich nicht an den Wortlaut von Art. 37 Abs. 1, wonach die Sprachkompetenz «mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachgewiesen werden muss». Diese Bestimmung regelt implizit den Inhalt einer solchen Sprachprüfung und ist in eine explizite Formulierung zu ändern.

Diese Bestimmung wird nicht bestritten.

Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

Kommentar:

Art. 39 nKVV leitet sich aus Art. 37 Abs. 2 und Abs. 3 ab und ist unbestritten.

Art. 40 (betrifft Apotheker)

Art. 42 (betrifft Zahnärzte)

Art. 44 (betrifft Chiropraktoren)

Art. 44a Organisationen der Chiropraktik

Art. 45 (betrifft Organisationen der Hebammen)

Art. 46 (aufgehoben)

Art. 47 (betrifft Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen)

Art. 48 (betrifft Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen)

Art. 49 (betrifft Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen)
Art. 50 (betrifft Logopäden und Logopädinnen)
Art. 50a (betrifft Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen)
Art. 50b (betrifft Neuropsychologen und Neuropsychologinnen)
Art. 51 (betrifft Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause)
Art. 52 (betrifft Organisationen der Ergotherapie)
Art. 52a (betrifft Organisationen der Physiotherapie)
Art. 52b (betrifft Organisationen der Ernährungsberatung)
Art. 52c (betrifft Organisationen der Logopädie)
Art. 52d (betrifft Organisationen der Neuropsychologie)
Art. 54, Art. 54 Abs. 1 und Art. 54 Abs. 1 Ziff. 4bis (betrifft Laboratorien)
Art. 55 (betrifft Abgabestellen für Mittel und Gegenstände)
Art. 55a (betrifft Geburtshäuser)
Art. 56 (betrifft Transport- und Rettungsunternehmen)
Art. 57 Abs. 1 (betrifft Heilbäder)

Kommentar: Diese Bestimmungen sind unbestritten.

1.2.2. Qualitätsanforderungen

Art. 58g

Kommentar:

Im Bereich der Qualitätssicherung ist ein regulatorischer Wildwuchs im Entstehen begriffen. Diese Bestimmung trägt weiter zu dieser Entwicklung bei. Mit der KVG-Revision über die Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität vom 21. Juni 2019 sind wichtige Neuerungen eingeführt worden, die gesetzeskonform umgesetzt werden müssen. Die entsprechende Verordnungsänderung (KVV II) stand eben erst in Vernehmlassung. Das Ergebnis ist abzuwarten. Aufgrund der vielen kritischen Rückmeldung ist mit einer substantiellen Überarbeitung zu rechnen. Ausserdem sind auch in der KVV-Änderung betreffend Planungsgrundsätze und Tarifiermittlung weitere Bestimmungen im Bereich der Qualitätssicherung vorgesehen. Da dieser Verordnungsentwurf von der Verwaltung überarbeitet werden soll, ist auch hier das Ergebnis abzuwarten. Weiter werden auch Rahmenbedingungen in der VITH zur Qualitätssicherung und -entwicklung festgehalten, die mit den oben erwähnten Verordnungen abzustimmen sind. Letztlich müssen die Bestimmungen über Qualitätssicherung kohärent und aufeinander abgestimmt sein. Hier nochmals neue qualitätssichernde Bestimmungen einführen zu wollen, macht vor diesem Hintergrund keinen Sinn. Vielmehr bestünde die Gefahr, dass ein Wildwuchs, über den kaum noch jemand den Überblick bewahren könnte, entstehen würde. Dieser Wildwuchs erschwert die Lösungsfindung auf der Meso-Ebene zwischen der Gesundheitsakteuren massiv. Einer solchen Entwicklung ist entschieden entgegenzutreten.

H+ fordert deshalb, diese Bestimmung zu streichen bzw. mit einer Bestimmung zu ersetzen, welche auf bestehende Qualitätsanforderungen verweist.

2. Änderung der KLV

2.1. Allgemeiner Teil

Die Änderung der KVV erfordert eine Anpassung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31), um den neuen Kategorien von Leistungserbringern Rechnung zu tragen. Die Organisationen der Chiropraktik und der Neuropsychologie sind in der geltenden KLV nicht enthalten; sie müssen deshalb eingefügt werden. Des Weiteren muss bei allen aufgeführten Leistungserbringern auf die entsprechende Definition in der KVV verwiesen werden.

Kommentar: H+ stimmt diesen technischen Änderungen zu.

3. Erlassentwurf der Registerverordnung

3.1. Zusammenfassung

H+ spricht sich gegen eine Registerführung durch einen Dritten und für eine Registerführung durch den Bund aus. Beim Bund soll aber das Bundesamt für Statistik und nicht das Bundesamt für Gesundheit die Registerführung übernehmen. Die bundesrätliche Strategie zur Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) soll, wo immer sich eine Gelegenheit bietet, umgesetzt werden. Die Einhaltung des Prinzips «Once Only» hat für die Spitäler eine grosse Bedeutung. Aus diesem Grund unterstützt H+ das Pilotprojekt SpiGes nach Kräften und mit Überzeugung. Dieses Prinzip soll bei der Integration des Leistungserbringer-Registers (LeReg) in bestehende Datenflüsse angewandt werden.

3.2. Variante 1: Übertragung der Registerführung an einen Dritten

Kommentar: H+ lehnt diese Variante ab. Das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll in öffentlicher Hand eingerichtet und verwaltet werden. Eine Übertragung der Registerführung an einen Dritten würde keinen erkennbaren Mehrwert schaffen. Hingegen müsste die registerführende Stelle vom BAG beaufsichtigt werden, was einen zusätzlichen Aufwand verursachen würde. Ausserdem können im Rahmen der Verwaltung Synergien mit anderen Registern und mit bereits existierenden Infrastrukturen (eGovernment) geschaffen werden.

3.3. Variante 2: Registerführung durch das BAG

Kommentar: H+ stimmt dieser Variante zu, fordert aber eine Registerführung durch das BFS und nicht durch das BAG.

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Gegenstand

- 1 Diese Verordnung regelt den Betrieb, den Inhalt und die Nutzung des Registers über die nach Artikel 36 KVG zugelassenen Leistungserbringer (Leistungserbringerregister).
- 2 Das Leistungserbringerregister enthält Daten zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG

Kommentar: Diese Bestimmung ist konform mit den neuen Art. 36 und Art. 40a (Register) KVG.

Art. 2 Verantwortliche Behörde

- 1 Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreibt das Leistungserbringerregister.
- 2 Es koordiniert seine Tätigkeit mit den Datenlieferantinnen und -lieferanten des Leistungserbringerregisters sowie mit den Nutzerinnen und Nutzern der Standardschnittstelle.
- 3 Es erteilt die individuellen Bearbeitungs- und Zugriffsrechte für das Leistungserbringerregister.

Kommentar: Art. 2 Abs. 1 ist zu ändern: Das Bundesamt für Statistik (BFS) betreibt das Leistungserbringerregister. In den nachfolgenden Bestimmungen ist BAG mit BFS zu ersetzen.

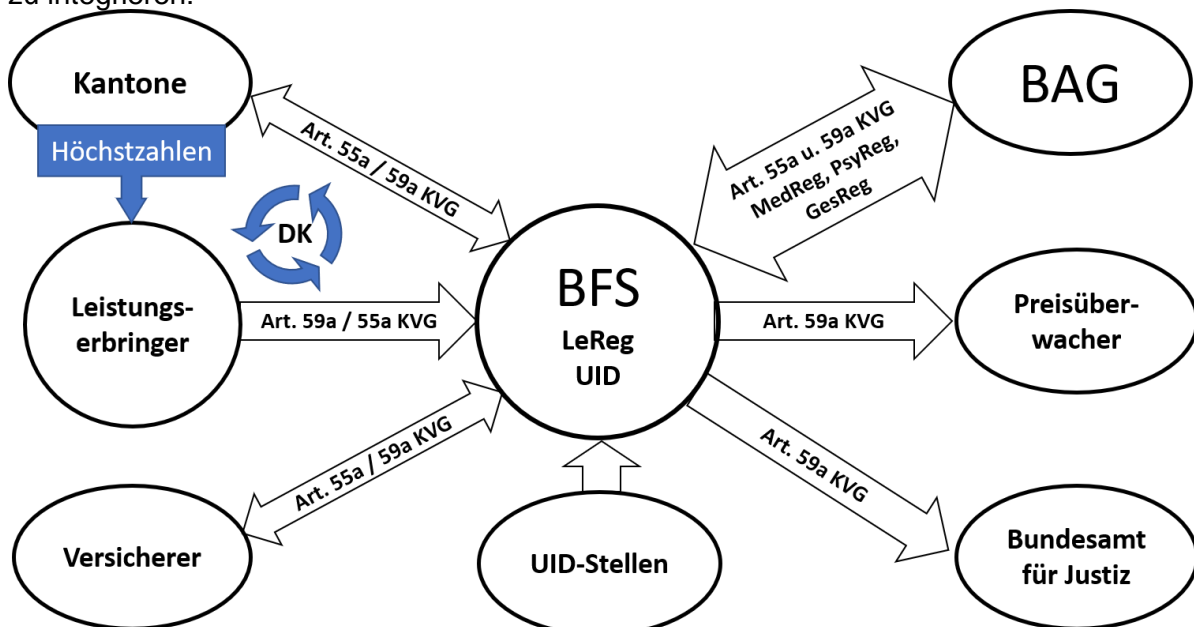
Begründung: Das Leistungserbringerregister soll in die nachfolgend unter den Punkten 1., 2. und 3. aufgeführten, bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen über Daten und Datenflüsse integriert werden:

1. Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, folgende, vom Bundesamt für Statistik zu erhebende Daten bekannt zu geben:
 - Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform;
 - Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
 - Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
 - Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
 - Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
 - medizinische Qualitätsindikatoren.

Das Bundesamt für Statistik stellt diese Daten dem Bundesamt für Gesundheit, dem Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a KVG aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung.
2. Gemäss Art. 55a Abs. 4 KVG geben Leistungserbringer und Versicherer den kantonalen Behörden die Daten bekannt, die zusätzlich zu den nach Art. 59a erhobenen Daten zur Festlegung der Höchstzahlen von Leistungserbringern im ambulanten Bereich erforderlich sind.
3. Gemäss Art. 40b KVG dient das Leistungserbringerregister folgenden Zwecken:
 - dem Austausch zwischen den Kantonen von Informationen über die zugelassenen Leistungserbringer;
 - dem Austausch zwischen den Kantonen von Informationen über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59;
 - der Information der Versicherer und der Versicherten;
 - statistischen Zwecken; und
 - der Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a.

Eine solche Integration würde dem Konzept der Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) mit dem Once Only-Prinzip entsprechen. Auf diese Weise könnten die Datenflüsse vereinfacht und Schnittstellen sowie der Aufwand für alle Beteiligten reduziert werden.

H+ empfiehlt, das Leistungserbringer-Register in die bereits bestehenden Datenflüsse wie folgt zu integrieren:



Legende

BFS: Bundesamt für Statistik

BAG: Bundesamt für Gesundheit

UID: Unternehmens-Identifikationsnummer

DK: Datenkreislauf (Mutationsmeldungen)

LeReg: Leistungserbringer-Register

MedReg: Medizinalberufe-Register

PsyReg: Psychologieberufe-Register

GesReg: Gesundheitsberufe-Register

Zu den weiteren Bestimmungen des Entwurfs über die Registerverordnung Leistungserbringer OKP nimmt H+ nicht Stellung.

4. Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung

4.1. Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Erlassentwurf verfolgt der Bundesrat folgende Ziele:

- Überversorgung verhindern;
- Kostenanstieg bremsen;
- Koordination des ambulanten Angebots unter den Kantonen;
- Sicherstellung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der ambulanten Versorgung;
- Datengestützte Festlegung von Höchstzahlen;
- Identischer Rahmen für spitalambulant und praxisambulant Bereich;
- Methodische Einheitlichkeit der Berechnungsmethoden soll durchlässige Kantonsregionen ermöglichen und das Vorgehen nach Versorgungsregionen fördern;
- Berücksichtigung von interkantonalen Patientenströmen, Versorgungsregionen und die Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte.

Im Auftrag des Bundesrates bzw. des BAG hat das Beratungsbüro BSS eine Studie zur Ermittlung von geeigneten Kriterien und methodischen Grundsätzen durchgeführt. Dabei wurden drei Modelle untersucht: Modell Obsan-GIS, Modell Obsan-NIVEL und Modell santésuisse.

Der vorliegende Verordnungsentwurf ist auf der Grundlage der BSS-Studie entstanden, weicht jedoch teilweise davon ab, um den Kantonen einen einheitlicheren und einfacheren Ansatz zu bieten.

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Methode zur Festlegung von Höchstzahlen ist hochgradig problematisch und zur Überarbeitung zurückzuweisen.

Spitalambulante und praxisambulante Leistungen werden in einen Topf geworfen, ohne die unterschiedlichen Spezialisierungsgrade dieser Bereiche zu berücksichtigen. Das ist inakzeptabel.

Die Berechnungsgrundsätze und die Berechnungsmethoden für diese Höchstzahlen werden vom Bund vorgegeben und sind für die ganze Schweiz einheitlich. Die Kantone verfügen aber bei der Umsetzung über grosse, z.T. zu grosse Freiheiten:

- Es steht den Kantonen frei, die zu beschränkenden Fachgebiete oder Regionen auszuwählen. Sie können eine Höchstzahl für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen.
- Als «Region» werden das Gebiet eines (sic!) oder mehrerer Kantone, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder das Gebiet eines Kantonsteils definiert.
- Bei den fachspezifischen Regressionsmodellen können (*von uns hervorgehoben*) demographische Merkmale wie Alter und Geschlecht, aber auch Besonderheiten des Fachgebiets wie Mortalitätsraten, Hospitalisierungsraten und gewählte Jahresfranchisen berücksichtigt werden. Das heisst, dass diese Faktoren nicht zwingend und nicht einheitlich einberechnet werden müssen.
- Bei der Berechnung des sog. Gewichtungsfaktors besteht ein grosser Ermessungsspielraum (z.B. gesamtschweizerische Betrachtungsweise ungeeignet, touristischer Zustrom aus dem Ausland)

Aufgrund dieser grossen Freiheiten, über welche die Kantone bei der Berechnung der Höchstzahlen verfügen sollen, ist zu befürchten, dass trotz einheitlicher Grundsätze und Methoden ein kantonaler Wildwuchs entstehen wird. Wie das bei anderen kantonalen Planungsaktivitäten bereits der Fall ist, ist anzunehmen, dass auch hier einige Spitäler oder Spitalgruppen von der

kantonale Festlegung von Höchstzahlen bevorzugt und andere benachteiligt werden. Eine solche Entwicklung wäre jedoch nicht im Interesse eines fairen Wettbewerbs unter den Spitälern und würde die davon abhängige Qualität der spitalambulanten Versorgung infrage stellen.

**Aus diesen Gründen ist die Verordnung zur Überarbeitung zurückzuweisen.
H+ erklärt sich bereit, an der Erarbeitung von fairen Alternativen mitzuwirken.**

4.2. Besonderer Teil

Art. 1 Grundsatz

Kommentar: --

Art. 2 Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone

Kommentar:

Für Ärztinnen und Ärzte, die im spitalambulanten Bereich tätig sind, besteht zurzeit keine nationale Datenbank mit der Anzahl VZÄ. Der Bundesrat schliesst daraus, dass Schätzungen vorgenommen werden müssten. Beispielsweise liesse sich der Beschäftigungsgrad der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ausgehend vom Beschäftigungsgrad der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im untersuchten Fachgebiet abschätzen.

H+ lehnt dieses Vorgehen ab. Wenn der Bundesrat das Ziel verfolgt, dass die Höchstzahlen datengestützt berechnet werden sollen, was H+ unterstützt, so darf nicht auf Schätzungen zurückgegriffen werden, die, wie im vorliegenden Fall anzunehmen ist, höchst ungenau sind und auf Fehlannahmen beruhen können. Stattdessen sind validierte Datengrundlagen zu schaffen.

H+ fordert, dass anerkannte Datengrundlagen zur Ermittlung des Angebots herangezogen werden müssen.

Art. 3 Festlegung der medizinischen Fachgebiete

Kommentar:

Gemäss Erläuterndem Bericht sei für die Festlegung der medizinischen Fachgebiete die MedBV massgebend. Im Anhang 1 der geltenden MedBV sind folgende Weiterbildungstitel bzw. Weiterbildungsbereich aufgeführt:

- Anästhesiologie
- Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Allgemeine Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Ophthalmologie
- Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Pathologie
- Pneumologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Urologie
- Allergologie und klinische Immunologie
- Arbeitsmedizin
- Dermatologie und Venerologie
- Endokrinologie/Diabetologie
- Gastroenterologie

- Hämatologie
- Herz- und thorakale Gefässchirurgie
- Kardiologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinderchirurgie
- Klinische Pharmakologie und Toxikologie
- Radiologie
- Nuklearmedizin
- Radio-Onkologie/Strahlentherapie
- Nephrologie
- Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Prävention und Gesundheitswesen
- Rheumatologie
- Tropen- und Reisemedizin
- Infektiologie
- Medizinische Genetik
- Medizinische Onkologie
- Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt
- Angiologie
- Gefässchirurgie
- Handchirurgie
- Intensivmedizin
- Pharmazeutische Medizin
- Rechtsmedizin
- Thoraxchirurgie

Aus dieser Aufzählung ist ersichtlich, dass die Aufteilung der medizinischen Fachgebiete nach Weiterbildungstiteln zahlreiche wichtige Spezialisierungen innerhalb einzelner Fachgebiete ausser Acht lässt. Diese Spezialisierungen können formalisiert sein, wie z.B. bei der Viszeralchirurgie, die einen anerkannten Schwerpunkt innerhalb der Chirurgie darstellt, oder der gelebten Realität entsprechen. Alleine innerhalb der Orthopädie existieren Spezialisierungen nach Körperregionen wie Schulter-, Knie-, Hüft-, Fuss- und Wirbelsäulen-Orthopädie, um nur die wichtigsten zu nennen. Wenn solche Spezialisierungen berücksichtigt werden, treten klare Unterschiede zwischen spitalambulantem und praxisambulantem Leistungsgeschehen auf. Eine Bedarfs- und Angebotsplanung, welche solche Unterscheidungen ausser Acht lassen würde, würde an der Realität vorbeigehen und wenig Sinn machen. Ausserdem sagt ein Fachgebiet noch nichts über die Komplexität oder Fallschwere der behandelten Patienten aus. Beispielsweise hängt bei angiologischen Eingriffen die Wahl des Leistungsorts nicht nur von der Eingriffsart ab, sondern ganz entscheidend auch von den Komorbiditäten des Patienten ab. Alle ambulanten angiologischen Eingriffe als einheitliches Volumen zu betrachten, wäre nicht sachgerecht und könnte zu einer Benachteiligung besonders schwerwiegender Fälle bzw. der Einrichtungen, welche diese Fälle behandeln, führen.

Aus diesen Gründen lehnt H+ eine derart grobe Einteilung des ambulanten Leistungsgeschehens nach Weiterbildungstiteln ab. Subspezialisierungen und Schweregrad der behandelten Patienten müssen zwingend berücksichtigt werden. Erst recht ist von einer Zusammenfassung von Weiterbildungstiteln zu warnen. Beispielsweise ist es nicht akzeptabel, den Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit dem praktischen Arzt gleichzusetzen. Das Leistungsspektrum eines mit Lehr- und Forschungsauftrag angestellten Spitalinternisten ist mit der Tätigkeit eines niedergelassenen praktischen Arztes in keiner Weise vergleichbar.

Art. 4 Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen

Kommentar: --

Kommentar:

Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen soll gestützt auf Regressionskoeffizienten des auf nationaler Ebene erbrachten Volumens der ambulanten medizinischen Leistungen in einem medizinischen Fachgebiet erfolgen. Gestützt auf ein Regressionsmodell, das in Absprache mit den Kantonen erarbeitet werden soll, würde das EDI in einer Verordnung die Koeffizienten für jedes Fachgebiet publizieren.

Die Regressionskoeffizienten nach Fachgebiet würden regelmässig, zum Beispiel alle drei oder fünf Jahre, je nach Bedarf, publiziert werden. Diese Veröffentlichungen sollen es den Kantonen ermöglichen, den Bedarf an ärztlichen Leistungen entsprechend der Struktur ihrer Bevölkerung und für jedes Fachgebiet anhand von aktuellen Informationen zu schätzen.

H+ lehnt diese Bestimmung, die einen beliebigen Interpretationsspielraum offenlässt, ab. Ein blosser Hinweis auf ein Regressionsmodell reicht nicht. Der Schlussbericht der Firma BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG¹ stellt ein Regressionsmodell vor, welches durchaus interessante Ansätze aufweist. Dieses Modell ist jedoch weit davon entfernt, als ausgereift, geschweige denn als wissenschaftlich validiert bezeichnet werden zu können. Es ist nicht zulässig, eine gesetzliche Bestimmung auf so dünnen Boden abzustellen. Alleine die Diskussion über die Wahl geeigneter Regressionskoeffizienten wird die wissenschaftliche Community noch längere Zeit beschäftigen. Die Verordnung kann nicht einfach auf die Hoffnung abstellen, dass eine gute Lösung gefunden werden wird. In die Verordnung gehört ein Minimum an gesicherten Erkenntnissen hinein. Die Verordnung muss deshalb zur Überarbeitung zurückgewiesen werden.

Der Verordnungstext ist ebenfalls hinsichtlich Periodizität der Aktualisierungen und der Absprache mit den Kantonen zu präzisieren. Eine beliebige Periodizität schafft für die Kantone eine zu grosse Planungsunsicherheit, auf die sie aber dringend angewiesen sind. In diesem Sinn ist den Kantonen auch ein Antragsrecht auf Überprüfung und Aktualisierung der Regressionskoeffizienten einzuräumen.

H+ lehnt diese Bestimmung mit dieser viel zu ungenauen Formulierung ab und fordert eine Überarbeitung inklusive Validierung des Regressionsmodells.

Kommentar:

Die Berücksichtigung der Patientenströme nimmt mit zunehmender Mobilität der Bevölkerung an Bedeutung zu und ist bei den Bedarfs- und Angebotsplanungen zwingend zu berücksichtigen. Wie die Patientenströme einberechnet werden sollen, geht es dem Bericht der Beratungsfirma BSS zu wenig klar hervor. Eine zu ungenaue Berechnung oder Schätzung dieser Patientenströme könnte zu empfindlichen Fehlplanungen führen und das Modell der Höchstzahlenberechnung in Misskredit führen.

H+ empfiehlt genauer zu definieren, wie die Patientenströme berücksichtigt werden sollen.

Kommentar:

Gemäss Erläuterndem Bericht sollen die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen anhand des Taxpunkt volumens der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Behandlungen gemessen

¹ Kaiser, Boris & Krähenbühl, Melanie (2020). Kriterien und methodische Grundlagen für die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte. BSS Volkswirtschaftliche Beratung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

werden. Wenn sich das Leistungsvolumen nicht genau bestimmen lässt, sollen die Bruttoleistungen der OKP oder die Anzahl Konsultationen herangezogen werden.

H+ weist diesen unsachgemässen Ansatz zurück. Eine Erfassung von ambulanten Leistungen mittels Taxpunkt volumina wäre ein Irrweg, zumal eine den Standards der öffentlichen Statistik genügende Erfassung des ambulanten Bereichs im Aufbau begriffen ist. Ambulante Leistungen sollten, soweit dies mit einem vertretbaren Aufwand realisiert werden kann, wie im stationären Bereich mit anerkannten Klassifikationen, wie z.B. mit der CHOP- und mit der ICD-10-GM-Klassifikation, erfasst werden. Die Fälle, welche nach einem einfachen Zeit- und Einzelleistungstarif verrechnet werden, müssen sehr einfach und effizient kodiert werden können, damit Kosten-Nutzen verhältnismässig sind. Dies ist umso dringender zu fordern, als die Durchlässigkeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich zu fördern ist. Eine Erfassung von ambulanten Leistungen mit Taxpunkt volumina im ambulanten Bereich und mit anerkannten Klassifikationsmethoden im stationären Bereich würde dazu führen, dass die beiden Bereiche nicht miteinander verglichen werden können. Der epidemiologische Erkenntnisgewinn und die Planungsvorhaben wären dadurch stark beeinträchtigt. Deshalb ist die Erfassung des ambulanten Leistungsgeschehens mit anerkannten medizinischen Klassifikationen anzustreben.

Art. 8 Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Kommentar:

Gemäss Erläuterndem Bericht sollen die Kantone die Möglichkeit haben, auf den Versorgungsgrad einen Gewichtungsfaktor anzuwenden, um Umstände zu berücksichtigen, denen bei der Berechnung des Versorgungsgrads einer bestimmten Region nicht Rechnung getragen werden konnten. Dieser Faktor muss begründet werden. Dazu können die Kantone insbesondere auf Expertenbefragungen oder Indikatorensysteme abstellen oder Referenzwerte (bspw. Werte aus einer vergangenen Periode) als Anhaltspunkt heranziehen. Sie haben die Möglichkeit, mehrere Ansätze zu kombinieren

H+ weist diese Bestimmung zurück. Sie weist einen viel zu grossen Interpretationsspielraum zu. Im Ergebnis könnten die Kantone machen, was sie wollen. Die Justiziabilität der kantonalen Planungen wäre ernsthaft infrage gestellt. Die gelegentlich festzustellende Willkür bei kantonalen Planungsentscheiden würde hier um eine neue Dimension erweitert werden. Für die Schweizer Spitäler, die auf «gleich lange Spiesse» angewiesen sind, um einen fairen Wettbewerb austragen zu können, würden dadurch inakzeptable Nachteile zu gewärtigen haben.

Art. 9 Interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen

Kommentar:

Gemäss Erläuterndem Bericht sollen die Kantone im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination die nötigen Daten zu den Patientenströmen auswerten und den betroffenen Kantonen mitteilen, das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen beurteilen und die Festlegung der Höchstzahlen mit den betroffenen Kantonen koordinieren.

Eine derart detaillierte Verpflichtung zur Koordination kann aus Art. 55a Abs. 3 KVG nicht abgeleitet werden und ist auch nicht realistisch. Den Kantonen stehen entsprechende Koordinationsinstrumente nicht zur Verfügung. Diese Bestimmung würde zu einer Beliebigkeit bei der Interpretation und Umsetzung führen. Es ist eine Illusion zu glauben, dass sich alle Kantone in gleichem Masse an diese Koordination beteiligen würden. Einige Kantone werden es versuchen, andere nicht.

Aus Sicht von H+ kann diese Bestimmung im Sinne eines Appells zur Koordination an die Adresse der Kantone stehen gelassen werden. Eine signifikante Wirkung ist davon nicht zu erwarten.

Art. 10 Festlegung von Höchstzahlen

Kommentar:

Die im Erläuternden Bericht auf Seite 8 festgelegten Formeln F1 und F2 sind verbatim in den Verordnungstext aufzunehmen. Ausserdem ist die Periodizität aus den bereits dargelegten Gründen festzuschreiben. Wenn die Kantone ihre Höchstzahlen zu einem beliebigen Zeitpunkt festlegen könnten, würde der Koordinationsbedarf zwischen den Kantonen exponentiell ansteigen und wäre im Ergebnis administrativ kaum noch zu bewältigen.

H+ fordert eine entsprechende Anpassung der Bestimmung.

Art. 11 Übergangsbestimmung

Kommentar:

Spätestens 4 Jahre nach Inkrafttreten der KVG-Änderung, d.h. am 30. Juni 2025, müssen die Kantone die Höchstzahlen für Leistungserbringer festlegen.

Diese Frist ist an die von H+ geforderte, gründliche Überarbeitung anzupassen.

* * * * *

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Anne Bütikofer
Direktorin

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Hirslanden AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark

Kontaktperson : Dominic Pugatsch und Monika Güntensperger (Co-Leitung Public Affairs)

Telefon : +41 44 388 85 77 bzw. +41 44 388 75 49

E-Mail : dominic.pugatsch@hirslanden.ch, monika.guentensperger@hirslanden.ch

Datum : 26. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	5
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	6
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	12

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Hirslanden	<p>Als schweizweite Leistungserbringerin stationärer und ambulanter Behandlungen und wichtige Trägerin der Aus- und Weiterbildung im Schweizer Gesundheitswesen erachten wir es als unsere Kernaufgabe, den Patientinnen und Patienten nicht nur ein bezahlbares, sondern qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen und Nachwuchskräfte gezielt in ihrer ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu fördern. Die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sind bekanntlich fließend, und Infrastruktur, Geräte, Personal und Vorhalteleistungen werden integral genutzt.</p> <p>Hirslanden zeigte sich schon bei der KVG-Revision sehr besorgt, welche unter dem Vorwand der Kostensenkung und Qualitätsentwicklung erfolgte, dass ein massiver Regulierungsschub und Rechtsunsicherheiten auf die Leistungserbringer zukommen, was zu neuen Rekrutierungsproblemen beim medizinischen Fachpersonal führt. Die Berufsaufnahme oder der Markteintritt innovativer, neuer junger Leistungserbringer und Nachwuchskräfte wird dadurch erschwert. Dies hat sich unter anderem mit dem verschärften Regime der Zulassungssteuerung (zukünftiger Artikel 55a KVG, «muss» statt «kann» und Ausdehnung der Höchstzahlen auf den spitalambulantem Bereich) und den nun in die Vernehmlassung geschickten, wenig ausgereiften Verordnungsentwürfen (insbesondere der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich) leider bewahrheitet.</p> <p>Hirslanden erkennt nicht, dass auch in der Schweiz über die Kosten des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems diskutiert werden muss. Eine umfassende Reform im Gesundheitswesen sollte aber die legitimen Interessen der Bevölkerung, Leistungserbringer und Kantone gut austarieren.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Hirslanden	58g			<p>Dem Bestreben, die Zulassungssteuerung künftig auf Qualitätskriterien abzustellen, ist grundsätzlich nichts entgegenzuhalten. Es besteht derzeit jedoch die Gefahr, dass die verschiedenen laufenden KVV-Reformen, welche die Qualitätssicherung zum Ziel haben, zu wenig aufeinander abgestimmt werden. Es gilt, die verschiedenen die Qualität betreffenden KVV-Bestimmungen gut zu koordinieren.</p> <p>Die Verordnung muss zudem präzisieren, welche Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV erfüllen müssen, weil dies aus der Verordnung nicht hervorgeht und der erläuternde Bericht festhält, dass Leistungserbringer unterschiedliche Leistungen erbringen und daher «nicht alle Leistungserbringer dieselben Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) bei der Zulassung erfüllen können und müssen».</p> <p>Buchstabe a wäre beispielsweise auf freiberuflich tätige Leistungserbringer ohne angestelltes Personal schon von vornherein nicht anwendbar.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Hirslanden	Hirslanden begrüsst Variante 1 (Übertragung der Registerführung an einen Dritten), wobei im Rahmen der Ausschreibung nicht nur rein ökonomische Faktoren ausschlaggebend sein dürfen, sondern qualitative Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden müssen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Hirslanden	Die vom Bundesrat vorgeschlagene Methode zur Festlegung von Höchstzahlen ist hochgradig problematisch und zur Überarbeitung zurückzuweisen.
Hirslanden	<p><i>Massiver Regulierungsschub, welcher junge Ärztinnen und Ärzte ihrer zukünftigen Tätigkeit beraubt</i></p> <p>Mit dem Verordnungsentwurf über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich wird das Zulassungsregime des zukünftigen Artikel 55a KVG komplexer und bürokratischer. Zudem beraubt sie den Spital- und Klinikambulatorien die unternehmerische Freiheit und Flexibilität, Fachpersonen nach ihrer eigenen strategischen Ausrichtung anzustellen und Nachwuchskräfte auszubilden.</p> <p>Für die Patienten ist es wichtig, dass deren Behandlung ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt, nicht danach, ob z.B. ein Leistungserbringer für die stationäre Leistung eine Zulassung hat, für dieselbe Leistung im ambulanten Bereich aber nicht. Der zukünftig verschärfte Artikel 55a KVG schliesst stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten für die ambulante Leistungserbringung aber aus und Patientinnen und Patienten müssten in der Folge je nach Behandlungsart an andere Ärztinnen und Ärzte überwiesen werden, sollten die Höchstzahlen im jeweiligen Fachgebiet erreicht sein.</p> <p>Hirslanden stellt vor diesem Hintergrund fest, dass die Verordnung die Besonderheiten des spitalambulanten Settings (integrierte Versorgung, Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Auftrag zur Aus- und Weiterbildung junger Nachwuchskräfte) bei der Festlegung der Höchstzahlen nicht berücksichtigt und dadurch die zukünftige spitalambulante Versorgung gefährdet wird. So werden die Kantone Höchstzahlen festlegen müssen, welche auf einer lückenhaften und zu schätzenden Datengrundlage aus dem praxisambulanten Setting beruhen, was dazu führt, dass Spitäler und Kliniken ihre Leistungsaufträge nicht mehr erfüllen können und nicht nur ausländisch rekrutierte, sondern auch die in der Schweiz ausgebildeten Nachwuchskräfte durch die Festlegung von approximativen Höchstzahlen auf Jahre hinaus ausgebremst werden. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies eine Auswirkung, die es nun auf Verordnungsstufe noch zu verhindern gilt.</p> <p>Hirslanden erachtet es daher als dringend notwendig, die Besonderheiten des spitalambulanten Settings bei der Festlegung der Höchstzahlen zu berücksichtigen.</p>
Hirslanden	<p><i>Rechtsunsicherheit statt Rechtssicherheit für Leistungserbringer</i></p> <p>Die Komplexität des zu entwickelnden Regressionsmodells in der Verordnung wird nicht nur zu einem enormen Mehraufwand führen, sondern kantonsübergreifenden Leistungserbringern verunmöglichen, Versorgungsregionen zu schaffen. Schon in früheren Stellungnahmen zur Teilrevision des KVG haben die Kantone wiederholt zum Ausdruck gebracht, dass eine Koordination mit anderen Kantonen bei der Festlegung einer Region ein</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Widerspruch zur eigenständigen Kompetenz der Kantone darstellt.</p> <p>Vor diesem Hintergrund werden die in der Verordnung vorgesehenen Bestimmungen früher oder später dazu führen, dass die Kantone weder «kantonsübergreifende Gebiete» noch «mehrere Kantone» bei der Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen, in ihrer Versorgungsbetrachtung berücksichtigen werden und kantonsübergreifende Leistungserbringer schlussendlich dazu bewegt werden, Koordinationsanforderungen durch die Rechtsprechung festlegen zu lassen. Dies auch aufgrund des Widerspruchs zwischen der in der Verordnung vorgesehenen «Kann»-Bestimmung, wodurch die Kantone gemäss Artikel 4 ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone als Region berücksichtigen «können» und der in Artikel 9 lit. c. vorgesehenen Bestimmung zur «Koordinationsverpflichtung» bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den betroffenen Kantonen.</p>
Hirslanden	<p>Komplexes Regressionsmodell führt zu einer Planwirtschaft im ambulanten Bereich</p> <p>Hirslanden stellt weiter fest, dass die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich von der These einer angebotsgesteuerten Nachfrage geprägt ist. Wie schon mehrere Studien in der Vergangenheit aufzeigten, besteht keine klare Korrelation zwischen der Ärztedichte und ärztlichen Leistungen an Patienten. Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen wird durch vielfältige Faktoren bestimmt, namentlich auch durch das Verhalten der Bevölkerung. Die Nachfrageseite im entwickelten Regressionsmodell des Verordnungsentwurfs bleibt aber unberücksichtigt.</p> <p>Hirslanden als schweizweite Leistungserbringerin begrüsst ein auf nationaler Ebene entwickeltes Modell, bezweifelt jedoch, dass durch das komplexe und noch nicht ausgereifte Modell unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten, die beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann. Vielmehr führt ein solches Modell, welches den regionalen Versorgungsbedarf und -grad für die Berechnung der Höchstzahlen verwendet, zu einer weitgehenden Planwirtschaft im ambulanten Bereich und zu einem Qualitätsabbau in der ärztlichen Behandlung.</p> <p>Gemäss der Verordnung gilt zusätzlich für alle Fachgebiete eine Tätigkeit an zehn Halbtagen als Vollzeitbeschäftigung und die Kantone können sich z.B. beim spitalambulanten Bereich, bei der Berechnung der Höchstzahlen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) auf Schätzungen stützen, die sich auf das Volumen der abgerechneten Leistungen in einer Arztpraxis beziehen. Diese Begebenheiten werden den spitalambulanten Bereich in ein planwirtschaftliches Korsett zwingen.</p>
Hirslanden	<p>Versorgungsrelevante und qualitative Aspekte bleiben unberücksichtigt</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass mehrheitlich ökonomische Kriterien (wie z.B. Leistungsvolumen je Fachgebiet, Patientenströme) für die Begründung bzw. Begrenzung der Höchstzahlen berücksichtigt werden, vielmehr sollten (kantonsübergreifende-) versorgungsrelevante und qualitative Aspekte in einem Modell mitberücksichtigt werden. Für Hirslanden wäre deshalb eine Methode vorzuziehen, welche systematisch einen bestimmten Entwicklungsgrad der Erneuerung zulässt, zum Beispiel in Form eines Puffers von jährlich zusätzlichen zehn bis fünfzehn Prozent zur definierten Höchstzahl. Dies würde ein Mindestmass an Innovation zugunsten einer patientenorientierten und kostenbewussten ambulanten</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Gesundheitsversorgung zulassen.
Hirslanden	<p><i>Konkretisierung der periodischen Prüfung und Anpassung der Höchstzahlen</i></p> <p>Hirslanden begrüsst hingegen die in Artikel 10 geforderte periodische Prüfung und Anpassung der Höchstzahlen, sofern diese innerhalb bestimmter Zeiträume in der Verordnung noch konkretisiert werden.</p>
Hirslanden	<p><i>Vierjährige Übergangsfrist</i></p> <p>Weiter begrüsst Hirslanden die vorgesehene Übergangsfrist in Artikel 11. Die zwei Jahre Übergangsfrist ergeben sich aus der Übergangbestimmung der KVG-Änderung. Die Verordnung sieht zwei weitere Jahre Frist vor, bis die Höchstzahlen nach Region festgelegt sein müssen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Heilbäder und Kurhäuser Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : HKS

Adresse : Zähringerstrasse 21, 6003 Luzern

Kontaktperson : Ladina Bruggmann

Telefon : 071 350 14 14

E-Mail : info@kuren.ch

Datum : 23.2.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
Weitere Vorschläge _____	14
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	15

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
HKS	HKS begrüsst den neuen Artikel 58g nKVG zu den Qualitätsanforderungen gemäss KVV und KLV. HKS wird in Verhandlung mit den Versicherern für alle Heilbäder einen gesamtschweizerischen Vertrag über die Qualitätsentwicklung erarbeiten. Der Verband HKS wird die Qualitätskriterien der Schweizer Heilbäder laufend überprüfen und ihre Daten einer nationalen Qualitätsmessung zur Verfügung stellen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen

Abkürzung der Firma / Organisation : KAeG SG

Adresse : c/o Brenntreuhand AG, Gewerbestrasse 6, 9242 Oberuzwil

Kontaktperson : lic.phil. Barbara Zinggeler, Geschäftsführerin

Telefon : +41 71 955 05 65

E-Mail : barbara.zinggeler@aerzte-sg.ch

Datum : 16. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
 Weitere Vorschläge _____	 18
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 20

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KAeG SG	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der St. Galler Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
KAeG SG	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a KVG Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.
KAeG SG	58g		a - d	Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit	Wir sind für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a re-

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>vKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe regelt.</p> <p>Sollte der Bundesrat an Art. 58g E-KVV festhalten, soll er wie folgt neu formuliert werden:</p> <p>«Art. 58g (neu)</p> <p>Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missver-</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und die befristete Berufsausübungsbewilligung beim In-</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>ständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>krafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KAeG SG	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).</p> <p>Variante 2 - Registerführung durch das BAG</p> <p>Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten: Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.</p>
KAeG SG	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt .	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p> <p>2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.</p>
KAeG SG	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KAeG SG	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet bzw. besteht. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote, bekannte Zentren für gewisse medizinische Angebote (bspw. Thermalquellen mit Zentren für Rheumatologie/Rehabilitation und weitere) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind. - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"> - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
KAeG SG	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entspre-</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	chende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften zuständig.
KAeG SG	Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesgesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört und vom Kanton in die entsprechende Versorgungsplanung und deren Umsetzung miteinbezogen werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.
KAeG SG	
KAeG SG	
KAeG SG	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KAeG SG	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensum. Der Einbezug des Leistungsvolumen erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente <u>hochgerechnet zur</u> proportional zum Leistungsvolumen vergleichbarer Leistungserbringer verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften mit ihren Regionalvereinen und medizinischen Fachgesellschaften sowie der Spitäler die Höchstzahlen fest.
KAeG SG	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
KAeG SG	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8				Änderung: Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften</u> sowie Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
KAeG SG	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone bei Bedarf bzw. Notwendigkeit gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festge-

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					legt.
	10	2			² Die <u>regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der</u> Höchstzahlen sind - <u>nach Anhörung der Kantone und den fachlich und regionalen zuständigen Verbänden</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
KAeG SG	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen. Sobald diese Weiterbildung abgeschlossen ist, werden diese Ärztinnen und Ärzte und die Berechnung der Zahlen integriert.
	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsaus-	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				übungsbewilligung zugrunde liegt.	
--	--	--	--	-----------------------------------	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle			

RA Marc Tomaschett
Geschäftsstelle
St. Martinsplatz 8
Postfach 619
7001 Chur
081 257 01 73
www.kka-ccm.ch
info@kka-ccm.ch

Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Chur, 26. Januar 2021

Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern:

Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV); Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich.

Sehr geehrte Damen und Herren

Vorab bedanke ich mich im Namen der Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur obgenannten Angelegenheit Stellung zu nehmen.

Im Anhang erlaube ich mir, Ihnen die Haltung der Hausärzte Graubünden direkt mit dem vom Bund in dieser Angelegenheit zur Verfügung gestellten Formular mitzuteilen.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht

Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzten als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die **Nachweispflicht entfällt** gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG **für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen**, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmerebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf

praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹

In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das **Niveau B2**. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:

Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann.

Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).

Variante 2 - Registerführung durch das BAG

Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens **nicht im Einklang**

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

- mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren.
- mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim **Bundesamt für Statistik** vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen.
 - mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das **Bundesamt für Statistik (BFS)** « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.

Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le

sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »

Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue **Variante 3** vor: Registerführung departementsintern durch das **Bundesamt für Statistik (BFS)**, dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.

Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:

Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)

- Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet.
- Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.)
- Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt

werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein.

- Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.
- Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.
- Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.
- Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe.
- Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht.
- Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer

Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt.

Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.

Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (<https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation>).

Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.

Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.

Neben dem Auftrag, den der Gesetzgeber dem Bundesrat erteilt hat, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen, dürfen die individuellen Verhältnisse insbesondere in unserem Kanton mit unseren vielen abgelegenen Tälern nicht vergessen werden. Eine reine Festlegung der Bedarfszahlen aufgrund statistischer Zahlen erscheint uns problematisch. **Insbesondere legt die Konferenz der Kantonalen Aergtesellschaften Wert darauf, vom Kanton in diese Entscheidfindung miteinbezogen zu werden.**

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Ausführungen zu dienen und gehen auch davon aus, dass Sie in diesem Sinne gegenüber den Bundesbehörden Stellung nehmen können.

Freundliche Grüsse



RA Marc Tomaschett

Geschäftsführer

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften

Abkürzung der Firma / Organisation : KKA

Adresse : St. Martinsplatz 8, 7000 Chur

Kontaktperson : RA Marc Tomaschett, Geschäftsführer

Telefon : 081 257 01 73

E-Mail : marc.tomaschett@hin.ch

Datum : 26. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
 Weitere Vorschläge _____	17
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	18

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	58g		a - d	Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.	Wir sind für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Sollte der Bundesrat an Art. 58g E-KVV festhalten, soll er wie folgt neu formuliert werden: «Art. 58g (neu) Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.
	134	4		In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen: ² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels	Änderung: Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen ⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und die befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	---	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe. Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers jedoch dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3).</p> <p>Variante 2 - Registerführung durch das BAG</p> <p>Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.

Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »

Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue **Variante 3** vor: Registerführung departementsintern durch das **Bundesamt für Statistik (BFS)**, dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.

Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:

Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen.
	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.</p> <p>2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.</p>
	15	2			Streichen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren. Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind. - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien selbständig tätigen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.
	Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften angehört werden. Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.
	Neben dem Auftrag, den der Gesetzgeber dem Bundesrat erteilt hat, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen, dürfen die individuellen Verhältnisse insbesondere in unserem Kanton mit unseren vielen abgelegenen Tälern nicht vergessen werden. Eine reine Festlegung der Bedarfszahlen aufgrund statistischer Zahlen erscheint uns problematisch. Insbesondere legt die Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaft darauf, vom Kanton in diese Entscheidfindung miteinbezogen zu werden.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensum. Der Einbezug des Leistungsvolumen erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente <u>hochgerechnet zur proportional zum Leistungsvolumen</u> vergleichbarer Leistungserbringer verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p style="text-align: center;">Leistungen</p> <p>Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.</p>
	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8				<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p>
	10	1			<p>¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 56 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² Die <u>regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen</u> sind - <u>nach Anhörung der Kantone und den fachlich und regionalen zuständigen Verbänden</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation **C/APSL** Conférence des Associations Professionnelles Suisses des Logopédistes
 K/SBL Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
 C/APSL Conferenza delle Associazioni Professionali Svizzere dei Logopedisti

Abkürzung der Firma / Organisation : C/APSL - K/SBL

Adresse : c/o ARLD, Place de la Riponne 5, 1005 Lausanne

Kontaktperson : Joëlle Pitteloud

Telefon : 021 732 17 31

E-Mail : joelle.pitteloud@arld.ch

Datum : 16.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Weitere Vorschläge _____	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
C/APSL	<p>La CAPSL (Conférence des associations professionnelles suisses de logopédie) remercie le Conseil fédéral de lui avoir donné l'occasion de participer à la procédure de consultation et de nous permettre d'amener des éléments importants ainsi que des propositions d'amélioration.</p> <p>La CAPSL est composée des trois associations régionales des logopédistes des 3 régions linguistiques, La prise de position représente ainsi la position de toutes les associations de logopédistes de la Suisse, soit la DLV (deutsche Logopädie Verein), l'ARLD (association romande des logopédistes) et l'ALOSI (associazione logopedisti della svizzera italiana).</p>
Erreur ! Source du renvoi introuvable. C/APSL	<p>Ausbildung: In der Logopädie kann auf das EDK-Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie https://www.edk.ch/dyn/11670.php hingewiesen werden – dies in Analogie zum Hinweis bei den andern Berufen auf das Gesundheitsberufegesetz.</p>
C/APSL	<p>Es fällt auf, dass die Bedingungen für eine Zulassung für Paramediziner*innen, welche auf ärztliche Anordnung hin Leistungen verrechnen können, NICHT bei allen vergleichbar sind. Die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen sind bei den Logopäd*innen viel aufwändiger. Dies ist nicht nachvollziehbar. Es darf nicht sein, dass Logopäd*innen strengere Auflagen gemacht werden als den übrigen in KVV Art 47, 48, 49, 50a geregelten Berufen. Dafür gibt es keine Gründe und dies schafft zusätzlich Hürden, was verunmöglicht, genügend Nachwuchs in den Beruf zu bringen.</p> <p>Selbstverständlich unterstützen wir die Bedingung der 2-jährigen Erfahrung vor der Selbständigkeit. Diese Erfahrung soll aber wahlweise in einem Spital und/oder einer Organisation der Logopädie gemacht werden können.</p> <p>In verschiedenen Spitälern/Kantonen stehen gar keine solchen Plätze für Logopädinnen zur Verfügung, sodass mit dieser restriktiven Bestimmung kein Nachwuchs generiert werden kann.</p> <p>Wir finden es wichtig, dass Logopäd*innen klinische Kompetenzen unter Supervision erwerben können. Eine Anleitung durch einen Facharzt ist hier nicht nötig, im Gegenteil die ärztliche Tätigkeit unterscheidet sich von derjenigen einer Therapeutin/Logopädin.</p> <p>Qualitativ hochwertige Therapien sind uns ein Anliegen. Diese Qualität garantiert ein Spital aber nicht per se und kann eine Logopädische Praxis in gleichem oder höheren Masse garantieren. Die Definition von Qualitätskriterien für die Leistungserbringung ist weit hilfreicher.</p> <p>Wir haben auf diese Ungleichbehandlung schon mehrmals hingewiesen. Mit dieser Verordnungsrevision ist nun endgültig der Zeitpunkt für eine Angleichung an die vergleichbaren andern Berufsgruppen gekommen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

C/APSL	<p>Qualität ist dem CAPSL und den Logopäd*innen wichtig. Nous comprenons l'importance de disposer de données pour mieux comprendre le paysage sanitaire et l'adapter, cependant il est indispensable que le travail fourni soit rémunéré à sa juste valeur. Il n'est admissible que les autorités s'attendent à ce que les fournisseurs de prestations doivent effectuer de telles tâches administratives gratuitement.</p> <p>Aufwändige neue QM-Systeme müssen aber über den Tarif abgegolten werden. Der Tarif ist heute schon kaum existenzsichernd und darf nicht durch weiteren zeitlichen und finanziellen Aufwand nochmals geschmälert werden.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
C/APSL	50	b	2	Verweis auf das EDK-Anerkennungsreglement und Streichung der Aufzählungen.	b. Sie verfügen über eine anerkannte mindestens dreijährige akademische Fachausbildung gemäss <i>EDK-Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie</i> .
C/APSL	50	C (falsch mit b aufgeführt)		Anpassung an die Bestimmungen der andern Berufsgruppen in KVV 47, 48, 49, 50a. Jetzige Version streichen.	Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit überwiegend im Erwachsenenbereich ausgeübt 1. bei einer Logopädin oder einem Logopäden, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder 3. in einer Organisation der Logopädie unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.
C/APSL	58g			Weiterer Buchstabe e.	e. Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen werden tariflich eindeutig abgegolten.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.C/APSL	Uns erschliesst sich nicht, warum ein weiteres Register geschaffen werden muss. Es gibt schon Register, die bei Bedarf ergänzt werden können. Eine weitere Meldestelle generiert weiteren Aufwand und zusätzliche Kosten.
C/APSL	Soll wirklich ein neues Register geschaffen werden, so sind wir klar dafür, dass der Bund /das BAG das Register führt -> also für Variante 2. So ist der nötige Datenschutz eher gewährleistet, die Daten besser gegen Missbrauch geschützt und es werden möglichst tiefe Kosten angestrebt.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.C/APSL	Die Kosten dürfen nicht ohne entsprechenden Ausgleich (Tarifvertrag) auf die Leistungserbringer*innen oder Berufsverbände abgewälzt werden, da die Abgeltung der Krankenkassen schon jetzt sehr tief ist.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.C/APSL	Die Daten sollen ohne grossen Aufwand und ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.C/APSL	Zulassungen nach kantonalem Recht: Was bedeutet dies? Können die Kantone unterschiedliche Zulassungsbedingungen formulieren? -> Wichtig sind einheitliche Bestimmungen in der ganzen Schweiz.
C/APSL	Warum sind der Jahrgang und die Nationalität nötig in diesem Register? Dies ist nicht relevant für die Qualität der Leistung und müssen Betroffene, welche Leistungserbringer*innen suchen, nicht wissen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
C/APSL	8	1	a	2. Geburtsdatum und Jahrgang	Streichen
C/APSL	8	1	a	4. Nationalität	Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.C/APSL	Keine Stellungnahme
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medizinische Gesellschaft Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : MedGes Basel

Adresse : Freie Strasse 3/5, 4001 Basel

Kontaktperson : Dr. iur. Jennifer Langloh-Wetterwald

Telefon : 061 560 15 15

E-Mail : jennifer.langloh@medges.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	8
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	10
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	13
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	15
Weitere Vorschläge	19
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	21

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Das Begleitschreiben der Kantonalen Konferenz der Ärztesgesellschaften KKA an Herrn Bundesrat Berset sowie die Vernehmlassungsantwort der KKA sind integraler Bestandteil dieser Eingabe. Auf einen Übertrag in das Vernehmlassungsformular wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme!</p> <p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war.</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p> <p>Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p> <p>.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Der Gesetzgeber greift hier ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittleren Arztpraxen ab. Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.</p> <p>-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:</p> <p>Antrag : Textvorschlag</p> <p>1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. BAG: die in Artikel 30 genannten Daten bereinigt, anonymisiert und aggregiert soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG); b. zuständige kantonale Behörden: 3. Die in Artikel 30 genannten Daten bereinigt, anonymisiert und aggregiert soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist (Art. 55a KVG KVG)
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	58g		a - d	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

				<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		<p>Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.</p>	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die	Änderungsvorschlag von Abs. 2:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a +b		Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung : a. dem BFS : für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u> ; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

					2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Aus Sicht der MedGes ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die MedGes wie aber auch die kantonalen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p>
Fehler!	<u>Eventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüßen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p><u>Subeventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbaren Leistungserbringerverhalten.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p>Leistungen</p> <p>Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztegesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			<p>Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.</p>	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen</u></p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p><u>Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	10	1			<p>¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.</p>
	10	2			<p>² Die <u>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen</u> sind - <u>nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen</u> - aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.
		2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet.	NEU ² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle			

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : mfe – Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Abréviation de la société / de l'organisation : mfe

Adresse : Effingerstrasse 2, 3011 Berne

Personne de référence : Reto Wiesli

Téléphone : 031 508 36 10

Courriel : gs@hausarzt-schweiz.ch

Date : 01.02.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications ____ Fehler!
Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _ Fehler! Textmarke
nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif_ Fehler! Textmarke nicht
definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications
_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Autres propositions _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
mfe	<p>Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative à l'objet susmentionné. mfe - Médecins de famille et de l'enfance Suisse représente les intérêts professionnels des médecins de famille et de l'enfance au niveau national.</p> <p>En tant que professionnels de la santé, les médecins de famille et de l'enfance sont directement concernés par cet objet. Vous trouverez nos demandes et contributions ci-dessous.</p>
mfe	mfe salue la proposition d'une solution pérenne (art. 55a LAMal), les précédentes, limitées dans le temps, ont à plusieurs reprises montré leurs limites.
mfe	<p>mfe salue le fait qu'au niveau de la LAMal, le domaine ambulatoire des hôpitaux soit également pris en compte, ce qui permet une égalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et les cabinets médicaux (art 55a LAMal). Cela dit, les différences entre les médecins travaillant dans le domaine ambulatoire hospitalier et ceux exerçant dans le domaine ambulatoire en cabinet ne sont pas suffisamment prises en compte dans le projet d'OAMal. N'ayant pas besoin d'obtenir une autorisation de pratiquer la profession à la charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS), les médecins qui travaillent dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas adéquatement intégrés dans le projet. Au mieux, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs des nombres maximaux.</p> <p>Pour assurer une meilleure égalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et les cabinets, notamment au vu de l'augmentation des prestations effectuées dans le domaine ambulatoire hospitalier, mfe demande à ce que le pilotage quantitatif dans ce domaine soit également octroyé aux cantons.</p>
mfe	Au lieu de se limiter à la définition du cadre pour l'admission des fournisseurs de prestations - enjeu majeur depuis de nombreuses années - ce projet mélange des sujets qui n'ont pas de lien direct avec l'objectif central poursuivi. Il intègre des dispositions dans le domaine de la qualité, or les exigences en matière de qualité sont traitées dans la révision de la LAMal pour « renforcer la qualité et l'efficacité économique », ainsi que des dispositions concernant le dossier électronique du patient et la mise en place d'un nouveau registre. Pour mfe les différents processus doivent être traités de manière distincte. Dès lors, la modification des ordonnances doit se limiter aux aspects traitant de l'admission des fournisseurs de prestations, dans le respect du principe de l'unité de la forme.
mfe	Selon la modification de la LAMal du 19 juin 2020, les médecins souhaitant être nouvellement admis doivent s'affilier à une communauté sur le dossier électronique du patient (art. 37 nLAMal). Bien que mfe soutienne l'établissement d'un dossier électronique du patient et est engagée dans ce sens depuis de nombreuses années, mfe souhaite réitérer son rejet à toute obligation d'affiliation. mfe tient au « caractère doublement

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	<p>facultatif », selon lequel l'ouverture et la tenue d'un dossier électronique du patient doivent être facultatives, tant pour le patient que pour les fournisseurs de prestations ambulatoires. Pour ces deux groupes, le principe du consentement préalable doit s'appliquer. mfe rejette le virement soudain de paradigme en la matière. Pour que le dossier électronique du patient soit une réussite et soit utilisé par les médecins de famille et de l'enfance, il doit apporter une valeur ajoutée claire aux utilisateurs et contenir des informations utiles. La facilité d'utilisation du système est un critère essentiel. (Voir position mfe sur l'eHealth)</p>
mfe	<p>Les médecins de famille et de l'enfance ont toujours été sensibles à la sécurité et à la qualité des soins aux patient-e-s, ils s'investissent au quotidien en faveur du développement continu de la qualité. Cet engagement fait partie de leurs valeurs fondamentales et de leurs compétences de base. A titre d'exemple, dans le cadre d'un projet pilote entre l'Académie suisse pour la qualité en médecine de la FMH (ASQM) et les assureurs, la commission qualité de la SSMIG et les représentant-e-s de mfe ont élaboré quatre mesures de qualité, qui seront mises en œuvre et déclarées à titre expérimental dès 2020. (Voir position mfe sur la qualité au cabinet médical)</p> <p>Cela dit, les dispositions en matière de qualité n'ont pas leur place dans ce projet qui traite de l'admission des fournisseurs de prestations. Ces dispositions font partie d'un processus propre, elles ont été traitées dans la révision de la LAMal sur le renforcement de la qualité et de l'économicité de juin 2019. mfe rejette clairement le fait de lier l'admission à l'activité ou le maintien de l'activité en tant que fournisseurs de prestations à des exigences en matière de qualité, telles que cela figure à l'art. 58g. de ce projet. Ces dispositions doivent donc être supprimées.</p> <p>mfe se permet les remarques suivantes sur les exigences en matière de qualité présentées dans l'art. 58g :</p> <p>Pour que la qualité puisse être renforcée, des critères de qualité spécifiques, concrets et contrôlables devraient être inclus. La manière dont le futur système national de soins ambulatoires « Critical Incidence Report System » (CIRS) doit être conçu, reste très floue et mérite d'être plus clairement explicitée. Il est également problématique que la Confédération ne garantisse pas la confidentialité des systèmes de rapport et d'apprentissage, tels que les systèmes de déclaration des erreurs CIRS et exige ensuite un système uniforme sans en avoir préalablement créé les bases (cf. motion Humbel 18.4110). Pour mettre en place une vraie culture de la qualité et de l'apprentissage dans le système de santé, la confidentialité de ce ou ces systèmes CIRS et des saisies doivent être garanties. Les événements critiques documentés à des fins d'apprentissage ne doivent en aucun cas être utilisés par les tribunaux pour prononcer des sanctions. En outre, la proposition selon laquelle un recueil des cas CIRS à l'échelle Suisse améliorerait la qualité au niveau local n'est pas pertinente. Si le système n'est pas intégré localement, il n'y aura pas d'amélioration de la qualité, mais au mieux des statistiques. Par ailleurs, les exigences en matière de qualité ne doivent en aucun cas mener à une augmentation de la charge administrative des professions médicales.</p> <p>Comme énoncé ci-dessous, mfe souhaite une fois encore clairement notifier que le/les système-s CIRS doivent être rattachés à la législation existante en matière de qualité et non à celles traitant de l'admission.</p>
mfe	<p>Il est prévu de modifier l'article OAMal 30b afin que l'OFS puisse d'une part transmettre à l'OFSP les données pour élaborer les critères et principes méthodologiques, et d'autre part aux cantons, afin qu'ils aient accès aux données leur permettant de fixer les nombres maximaux de fournisseurs</p>

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	<p>de prestations. Les fournisseurs de prestations, dont les médecins de famille, communiquent à l'OFS, notamment à travers le projet de relève des données structurelles des cabinets médicaux et centres ambulatoires (MAS) les données permettant aux autorités de disposer d'informations sur les prestations fournies, leur efficacité et leurs coûts. Lors de la mise sur pied des relevés MAS, il a été notifié que l'OFSP reçoit des données de l'OFS, mais il est contractuellement spécifié quelles données, et surtout que ces données ne sont mises à la disposition de l'OFSP que sous forme anonyme et/ou agrégée. Il n'est explicitement pas prévu de nouvelles livraisons de données, ce qui constituerait une violation de la souveraineté et de la sécurité des données, ce qui est inacceptable. Il s'agit de données hautement sensibles, sous aucun prétexte elles ne doivent être utilisées à d'autres fins que celles définies, telles que surveiller les fournisseurs de prestations. mfe refuse la transmission des données allant au-delà de ce qui est prévu dans le règlement de traitement déjà existant.</p>
mfe	<p>La modification de la LAMal adoptée le 19 juin 2019 prévoit que les cantons puissent demander aux fournisseurs de prestations de leur communiquer gratuitement les données nécessaires (art. 55a, al. 4). Les médecins de famille et de l'enfance participent déjà à de nombreux relevés de données, c'est par exemple le cas avec MAS. La récolte de données par les autorités n'a fait que d'augmenter ces dernières années, en conséquence les médecins de famille et de l'enfance passent toujours plus d'heures à des tâches bureaucratiques de la sorte, à défaut de voir les patientes et patients. Bien que mfe comprenne l'importance de disposer de données pour mieux comprendre le paysage sanitaire et l'adapter, pour mfe il est indispensable que le travail fourni soit rémunéré à sa juste valeur. Il n'est pas admissible que les autorités s'attendent à ce que les médecins de famille et de l'enfance, mais plus largement l'ensemble des fournisseurs de prestations doivent effectuer de telles tâches administratives gratuitement.</p> <p>De surcroît, il est d'abord nécessaire de définir quelles sont les données réellement nécessaires pour l'admission et son pilotage. A notre avis, les cantons disposent de suffisamment de données et n'ont pas besoin de données supplémentaires. La collecte de données « à fond perdu » est en contradiction avec la protection des données.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
mfe	30b	1	a+b	Lors de la mise sur pied des relevés MAS, il a été notifié que l'OFSP reçoit des données de l'OFS, mais il est contractuellement spécifié quelles données, et surtout que ces données ne sont mises à la disposition de l'OFSP que sous forme anonyme et/ou agrégée. Il n'est explicitement pas prévu de nouvelles livraisons de données, ce qui constituerait une violation de la souveraineté et de la sécurité des données, ce qui est inacceptable. Il s'agit de données hautement sensibles, sous aucun prétexte elles ne doivent être utilisées à d'autres fins que celles définies, telles que surveiller les fournisseurs de prestations. mfe refuse la transmission des données allant au-delà de ce qui est prévu dans le règlement de traitement déjà existant.	Supprimer
mfe	38	1	a	N'ayant pas besoin de déposer une demande d'admission à pratiquer à la charge de l'AOS, les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas pris en compte dans le projet, ce qui implique une inégalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et les cabinets médicaux. mfe demande à ce que la responsabilité de piloter quantitativement le domaine hospitalier ambulatoire soit octroyée aux cantons.	
mfe	38	1	c	Les dispositions en matière de qualité ont été réglées lors de la modification de la LAMal de juin 2019. Pour mfe, les exigences en matière de qualité ne doivent pas être prises en tant que critère	Supprimer

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				d'admission. Étant donné que la législation sur la qualité définit clairement les mesures de qualité à fournir, une définition supplémentaire dans cette loi est inutile. En outre, la définition d'un même sujet dans deux lois compromet la sécurité juridique.	
mfe	39	1	b	Même argumentations que dans le paragraphe ci-dessus.	Supprimer
mfe	58		g	Même argumentations que dans le paragraphe ci-dessus.	Supprimer

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif

Nom/société	Commentaire / observation
mfe	Le projet prévoit la mise en place d'un nouveau registre, or le registre ne faisait pas partie du projet de loi du Conseil fédéral. C'est le Parlement qui a souhaité la mise en place d'un tel registre pour accroître la transparence et faciliter l'échange d'informations entre les cantons. Étant donné l'existence de plusieurs registres, mfe s'oppose à la mise sur pied d'un nouveau registre, qui engendrera une augmentation de la bureaucratie pour les médecins, créera des doublons et des défis considérables pour atteindre les synergies nécessaires à son bon fonctionnement. De plus, il est prévu que les médecins payent ce système via une taxe de CH 230.-. Comme ce registre n'apporte aucune plus-value pour le corps médical, mfe s'oppose au financement du registre par les fournisseurs de prestations. mfe plaide pour l'intégration des nouvelles informations nécessaires dans les registres déjà existants - MedReg, PsyReg, GesReg – en fonction des différents fournisseurs de prestations.
mfe	Dans le cas où la proposition de mettre en place un nouveau registre est poursuivie, pour des questions de gouvernance, mfe demande à ce que l'organe de surveillance du registre soit distincte de l'organe d'exécution du registre. L'OFSP ne doit en aucun cas disposer d'un accès général aux données. Cela dit, mfe s'oppose à la délégation à une organisation tierce <u>privée</u> (telle que SASIS). mfe propose son exploitation par l'OBSAN, bien que nous soyons conscients que ce choix impliquerait un changement de loi.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
mfe	Pour mfe il est pertinent que les cantons aient la responsabilité d'octroyer l'admission à pratiquer, sur la base des critères fixés par le Conseil fédéral. Cette solution est pragmatique comme les cantons sont responsables de la politique de santé. En outre, mfe se réjouit de la suppression de la disposition selon laquelle les cantons étaient <u>obligés</u> d'établir des « quotas maximaux » dans toutes les disciplines.
mfe	
mfe	Il est prévu qu'avant de fixer le nombre maximal de fournisseurs de prestations par discipline, les cantons doivent entendre les parties prenantes, dont les fournisseurs de prestations. mfe souhaite aller plus loin et demande la mise en place d'un processus participatif avec une commission composée des représentants des diverses disciplines et autres parties prenantes. Il est fondamental que dans tous les cantons des représentants des médecins de famille et de l'enfance siègent dans une telle commission, dont la mission serait d'accompagner le processus de définition du cadre et de proposer des solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés.
mfe	<p>Le projet de loi présente des solutions pour piloter les soins médicaux de base dans le but d'éviter un sur-approvisionnement en soins. Or, les médecins de famille et de l'enfance (cf. étude Workforce, résumée dans le PHC du 04.11.2020, V. française, V. allemande), mais aussi d'autres disciplines sont dans une situation de pénurie. Dans ce contexte, la mise en place de limites ne fait aucun sens. Pour mfe, il est important de mettre en place un mécanisme de soutien approprié qui puisse soutenir les disciplines confrontées à un sous-approvisionnement en soins médicaux de base. Il est fondamental que des mesures continuent à être prises pour favoriser une relève en médecine de famille et de l'enfance, comme p.ex. le financement de l'assistantat au cabinet, l'augmentation des places d'étude en médecine, un tarif approprié.</p> <p>En outre, mfe est d'avis que la possibilité pour un canton de délivrer des autorisations extraordinaires pour des raisons importantes dans une certaine région, malgré une restriction fondamentale de l'admission, devrait être explicitement ancrée dans l'ordonnance. Nous demandons également que les cantons se concertent entre eux afin que la prise en charge soit garantie aussi bien dans les régions de petites envergures que dans les grandes. Il est important que les cantons établissent leur liste en tenant compte des régions/cantons voisins.</p>
mfe	L'entrée en vigueur de l'ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires est prévue le 1 ^{er} juillet 2021. Pour fixer les nombres maximaux, les cantons doivent pouvoir se reposer sur des données pertinentes émanant des fédérations de fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés. Or, le défi est considérable pour que d'ici au 1 ^{er} juillet 2021 les cantons puissent s'organiser en conséquence et disposent des données nécessaires. Pour mfe il est important que les cantons disposent de données

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	<p>pertinentes et actuelles avant de réellement démarrer la tâche de la gestion des admissions. Il serait absurde que dans un premier temps les cantons se basent sur des estimations ou données « bricolées ». De ce fait, mfe demande un délai supplémentaire, d'autant plus que les modifications d'ordonnances se rapportant à la procédure d'admission formelle prévue, ainsi qu'à la nécessité d'adapter les conditions d'admission entreront en vigueur 6 mois plus tard, soit le 1^{er} janvier 2022.</p>
--	---

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
mfe				Le projet de loi vise à éviter un sur-approvisionnement en soins. Or, les médecins de famille et de l'enfance, mais aussi d'autres disciplines sont dans une situation de pénurie. Dans ce contexte, la mise en place de limites de fait aucun sens. Pour mfe, il est important de mettre en place un mécanisme de soutien approprié qui puisse soutenir les disciplines confrontées à un sous-approvisionnement en soins médicaux de base. Il est fondamental que des mesures continuent à être prises pour favoriser une relève en médecine de famille et de l'enfance, comme p.ex. le financement de l'assistanat au cabinet, l'augmentation des places d'étude en médecine, un tarif approprié.	Article à ajouter
mfe				mfe est d'avis que la possibilité pour un canton de délivrer des autorisations extraordinaires pour des raisons importantes dans une certaine région, malgré une restriction fondamentale de l'admission, devrait être explicitement ancrée dans l'ordonnance.	Article à ajouter

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medecin de Famille et de l'Enfance Valais

Abkürzung der Firma / Organisation : MfeVS

Adresse : Cabinet médical du Verger – chemin du Verger 3- 1868 Collombey-Muraz

Kontaktperson : Dre Bochud Tornay Chantal
Présidente MfeVS

Telefon : Tél. 076 349 66 73

E-Mail : bochud.tornay@hin.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	8
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen	13

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Weitere Vorschläge_____ **16**

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:_____ 17

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung (<i>Version allemande ci-dessous</i>)
Erreur : source de la référence non trouvée	La SMVS est très préoccupée par les propositions contenues dans les ordonnances soumises à la consultation ci-dessus. Elle souhaite vivement que la régulation et la gestion du système sanitaire suisse soit faite en se basant sur des données adéquates en assurant une utilisation correcte et respectueuse de la protection des données. Ces données doivent absolument être intégrées aux expériences et aux connaissances du terrain pour minimiser le risque d'erreurs qui aurait des conséquences majeures sur la qualité de la prise en charge médicale de nos patients et de l'accessibilité aux soins pour notre population. Il est inconcevable que la régulation de l'admission des prestataires du domaine ambulatoire médical extrahospitalier soit faite en se basant quasiment uniquement sur des critères économiques (chiffres d'affaire des médecins individuels ?!) et de gestion administrative sans intégrer une évaluation des besoins réels du terrain valable qui nécessite l'implication des sociétés médicales cantonales ainsi que l'intégration des besoins prévisibles des patients (p.ex. prise en considération des délais d'attente pour accéder à différentes prestations de soins). Les méthodologies adéquates doivent encore être développées pour permettre une gestion intelligente du système sanitaire suisse et plus particulièrement du domaine ambulatoire extrahospitalier. Ce dernier est en souffrance

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

depuis des années et nécessite des investissements conséquents et importants pour assurer le maintien d'un système dual public-privé en Suisse et surtout le renforcement de l'application de la stratégie politiquement souhaitée 'ambulant avant stationnaire'.

La SMVS soutient donc avec véhémence l'analyse faite par la CCM qui se base sur une approche de 'littératie des données' qui nous semble indispensable pour gérer et réguler au mieux le domaine ambulatoire là où c'est nécessaire, de façon adéquate.

Plus particulièrement, la SMVS demande à ce que ces ordonnances soient complètement revues pour les raisons suivantes :

- L'ordonnance prévoit la mise en place d'un modèle 'd'estimation des besoins' qui se base principalement sur la densité médicale régionale actuelle et le chiffre d'affaire (!) des médecins individuels qu'elle compte transformer en 'budget global' pour le domaine ambulatoire extrahospitalier. Elle fait fi des nombreux avertissements et limitations méthodologiques relevés par les experts eux-mêmes qui ont élaboré le rapport servant de base à cette ordonnance. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins dans la plupart des régions Suisses pour la médecine de premier recours p. ex. et que quasiment la moitié des médecins installés dans le domaine ambulatoire approchent de l'âge de la retraite et qu'une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années, l'ordonnance ne prévoit aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Elle vise à 'geler' la situation actuelle sans se préoccuper de la 'work-life-balance' différente à laquelle aspirent à juste titre les jeunes médecins et va donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

L'ordonnance représente un danger majeur pour la relève médicale ambulatoire indispensable partout en Suisse et plus particulièrement en Valais!

- L'ordonnance impose une livraison de données sensibles et personnelles de façon disproportionnée et injustifiée et pour les données des médecins et pour les données de leurs patients, alors que des méthodologies statistiques et de 'littératie des données' (data literacy) permettraient d'arriver à une évaluation des besoins réels du terrain par une approche nettement moins intrusive et fournissant des résultats plus robustes. Il est difficilement compréhensible, comment on pourrait déduire une évaluation de besoin en se basant sur les chiffres d'affaires, sans intégrer les évolutions épidémiologiques ni les délais d'attente des patients et l'accessibilité aux prestations de soins l'adéquation de la couverture de soins... La prise de position de la CCM décortique à différents niveaux les manquements fondamentaux de l'ordonnance en question.

L'ordonnance viole les principes de base de la protection des données et de la proportionnalité de la livraison des données. Elle ouvre grandement la porte à un système de surveillance continu et disproportionné, en se basant sur des prémisses insoutenables qui ne semble viser 'que' les médecins en apparence, mais vise aussi à surveiller toutes les filières de prise en charge des patients individuels en même temps.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

De plus, nous renvoyons à la prise de position de la CCM.

*Die Walliser Ärztesgesellschaft ist sehr besorgt über die Tragweite und die Auswirkungen der aktuell zur Vernehmlassung vorgelegten Verordnungen. **Es scheint uns inakzeptabel, dass unser Gesundheitswesen und die Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer im nicht-spital-ambulanten Gesundheitssektor praktisch ausschliesslich über ökonomische Kriterien (Umsatzzahlen der Einzelpraxen?!) und administrative Auflagen erfolgen soll, ohne dass eine effektive Evaluation des realen Bedarfs vor Ort integriert sei.** Dies würde erfordern, dass die kantonalen Ärztesgesellschaften und auch die vorhersehbaren Patientenbedürfnisse (z.B. durch Miteinbezug der Wartezeiten zum Zugang zu verschiedenen Gesundheitsleistungen) verbindlich mit eingebunden werden müssten.*

- Die Verordnung sie ein Modell zu 'Bedarfsanalyse' vor, das sich hauptsächlich auf der aktuellen regionalen Ärztedichte und den Umsatzzahlen (!) der einzelnen Ärzte abstützt, die zu einer Art 'Globalbudget' für den nicht-spitalambulanten Sektor verarbeitet werden. Sie ignoriert die vielen Hinweise auf Schwierigkeiten und methodologische Einschränkungen, die von den Experten, die den Bericht, auf dem die Verordnung aufbaut, erstellt haben, klar dargelegt werden. Obwohl die aus den Analysen hervorgehenden Berechnungen bereits eine Unterdeckung gerade im Bereich der Hausarztmedizin in den meisten Regionen der Schweiz sichtbar werden lassen und wir wissen, dass praktisch die Hälfte der niedergelassenen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Ärzte demnächst ins Pensionsalter kommen und in den nächsten Jahren keine genügende Ablösung gewährleistet ist, beinhaltet die Verordnung keinerlei Mechanismen, um eine nachhaltige Erneuerung des ambulanten Gesundheitssektors zu fördern. Im Gegenteil: sie sieht vor, die aktuelle Situation 'einzufrieren' ohne sich mit der dringenden Verbesserung der 'Work-life-balance', die sich die Ärzte und Ärztinnen der jungen Generation verständlicher Weise wünschen, zu befassen. Die Verordnung behindert damit alle bisherigen Bemühungen, die eine nachhaltige Erneuerung der Grundversorgung ermöglichen wollen.

Die Verordnung stellt somit eine grosse Gefahr für die dringend notwendige nachhaltige Erneuerung der nicht-spitalambulanten medizinischen Versorgung in der ganzen Schweiz und insbesondere im Wallis dar!

- Die Verordnung zwingt zu einer unverhältnismässigen und ungerechtfertigten Datenlieferung persönlicher und sensibler Daten der Ärzte und ihrer Patienten. Dies obschon mit angepassten statistischen Methoden und etwas 'Datenkompetenz' (data literacy) sinnvollere und zuverlässigere brauchbare, realitätsnähere Bedarfsbeurteilungen gemacht werden könnten, ohne einen solch extensiven Beizug sensibler Daten. Es ist schwer verständlich, wie man praktisch nur auf Umsatzzahlen basiert, ohne Integration epidemiologischer Entwicklungen und patientenbezogener Daten wie Wartezeiten und Zugänglichkeit zu Behandlungsoptionen eine sinnvolle, realitätsbezogene Bedarfsabschätzung machen könnte. Die Stellungnahme der KKA weist in detaillierter Weise auf verschiedene Fehlannahmen der zur Diskussion stehenden Verordnung hin.

Die Verordnung verstösst gegen grundlegende Prinzipien des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit der Datenlieferungspflicht. Sie öffnet Tür und Tor für ein kontinuierliches und dysproportioniertes Überwachungssystem, indem sie sich auf unhaltbaren Grundannahmen abstützt und anscheinend 'nur' die einzelnen Ärzte ins Visier zu nehmen scheint, jedoch gleichzeitig bereits implizit eine

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

<p><i>Überwachung aller Behandlungspfade der einzelnen Patienten anvisiert.</i></p> <p><i>Des weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der KKA, die wir vollumfänglich unterstützen:</i></p> <p>Das Begleitschreiben der KKA an Herrn Bundesrat Berset ist integraler Bestandteil der Antwort der KKA. Auf einen Übertrag in das Vernehmlassungsformular wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme!</p> <p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

<p>war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der</p>
--

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p> <p>Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p> <p>Art. 36a Abs. 1 Satz 2 revKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im revArt. 58a KVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.</p>
--	--

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung <i>an sich</i> geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, <i>wie genau</i> Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittlere Arztpraxen ab. Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:

Antrag : Textvorschlag

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

a.BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);</p> <p>b. zuständige kantonale Behörden: 3. Die in Artikel 30 genannten Daten bereinigt, anonymisiert und aggregiert soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist (Art. 55a KVG KVG)</p>
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
Erreur : source de la référence non trouvée	38	3	a – c	Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.	Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3 ^{bis} lit. a – c zu ergänzen: 3 ^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).	der folgenden Abschlüsse verfügen: a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches
--	--	--	--	---	---

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					Diplom.
Erreur : source de la référence non trouvée	58g		a - d	Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält	Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren: „Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.	
	134	4		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

			<p>Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung</p>	<p>19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				<p>auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine</p>	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Erreur : source de la référence non trouvée	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüßen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none">• mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren.• mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen.• mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de
--	---

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das **Bundesamt für Statistik (BFS)** « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.

Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue **Variante 3** vor: Registerführung departementsintern durch das **Bundesamt für Statistik (BFS)**, dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.

Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:

Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Erreur : source de la référence non trouvée	
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	und b; und vor allem 22 (Var.1)			/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.	
	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüßen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.	durch BFS zu ersetzen.
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten:

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a + b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b:</p> <p>1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung:</p> <p>a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>;</p> <p>b. öffentlichen und privaten Stellen: in</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist. 2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
Erreur : source de la référence non trouvée	15	2			Streichen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Erreur : source de la référence non trouvée	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none">- Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet.</p> <ul style="list-style-type: none">- Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.)- Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten
--	---

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein.</p> <ul style="list-style-type: none">- Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.- Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.- Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein
--	---

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.</p> <ul style="list-style-type: none">- Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe.- Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht.- Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür
--	--

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	<p>notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt.</p> <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
Erreur : source de la référence non trouvée	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Erreur : source de la référence non trouvée	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesgesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesgesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p>
<u>Erreur :</u> <u>source de la</u> <u>référence</u> <u>non trouvée</u>	<p><u>Eventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung:</u> Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüßen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

	Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden , sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest . Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.
<u>Erreur : source de la référence non trouvée</u>	<u>Subeventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:
Erreur : source de la référence	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

non trouvée	
-------------	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbaren Leistungserbringerverhalten.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médicale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	<p>NEU</p> <p>Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest.</p> <p>Die Methodik berücksichtigt namentlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					<p>- Die Messung der in Anspruch genommen Leistungen</p> <p>Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.</p>
Erreur : source de la	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

référence non trouvée					
Erreur : source de la référence non trouvée	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	Änderung: Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					<p>namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> Indikatorensysteme oder</p>
--	--	--	--	--	---

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					Referenzwerte.
Erreur : source de la référence non trouvée	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² Die <i>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen</i> sind - <i>nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen</i> - aufgrund der

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

					demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
Erreur : source de la référence non trouvée	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

		2		<p>Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen,</p>	<p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>
--	--	---	--	---	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

				eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

En tant que présidente de MfeVS, je me permets de vous adresser le positionnement suivant :

Je me joins à la position de la SMVS que vous trouverez in extenso ci-dessous.

Je me joins également à la prise de position de la CCM/KKA.

D'autre part, j'apporte le commentaire personnel suivant : MfeVS a soutenu et travaillé activement ces dernières années à la relève de médecine de famille dans notre canton frappé de pénurie médiale sévère. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins pour la médecine de premier recours dans la plupart des régions suisses, et particulièrement en Valais, une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années.

Les textes proposés ne prévoient aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Ils visent à « geler » la situation actuelle, insuffisante par rapport aux besoins du moment. Dans certaines régions de notre canton, un pourcentage non négligeable de patients n'a pas de médecin traitant, par manque de généraliste installé ou par le fait que des cabinets ont fermé sans relève suite à des départs à la retraite. Comment cette réalité est prise en compte dans vos calculs ? Dans ces situations, le volume de prestations des médecins installés est non représentatif du volume effectif dont la population aurait besoin. Les mécanismes dont vous faites états vont donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale.

non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			
Erreur : source de la référence non trouvée			



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Lodevole
Dipartimento Federale dell'Interno (DFI)
a.c.a. On. Consigliere federale Alain Berset
Inselgasse 1
CH-3003 Berna

Inviata solo per e-mail:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Mezzovico, 16 febbraio 2021

**Procedura di consultazione - Autorizzazione dei fornitori di prestazioni -
Modifiche di Ordinanze federali**

Periodo della consultazione: dal 4.11.2020 al 19.2.2021

Autorità incaricata di svolgere la consultazione: DFI

Onorevole Consigliere Federale Alain Berset,
Gentili Signore, Egregi Signori,

con riferimento alla procedura di consultazione in oggetto il Consiglio Direttivo (CD) dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT) vi ringrazia per la possibilità di potersi esprimere in merito e formula le seguenti osservazioni.

1. Contesto della consultazione: la revisione 19.6.2020 della Legge federale sull'assicurazione malattia concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni

Fatto salvo il periodo tra gennaio 2012 e giugno 2013, durante il quale i medici sono stati autorizzati a fatturare a carico della LAMal senza particolari restrizioni, dal 2001 ad oggi le nuove autorizzazioni per i medici attivi **nel settore ambulatoriale extraospedaliero** sono oggetto di limitazioni. Negli anni



si sono infatti susseguite numerose moratorie, sempre a titolo provvisorio, per frenare il forte aumento di medici in Ticino ed in Svizzera a seguito dell'entrata in vigore degli accordi bilateri con l'Europa.

Dal 2001 al 2011 vigeva un blocco assai rigido delle nuove autorizzazioni a fatturare a carico della LAMal, con un allentamento dal 2009 al 2011 per i medici di famiglia. Nel luglio del 2013, dopo il succitato periodo di "sblocco", la moratoria alla concessione di nuove autorizzazioni è stata reintrodotta in una versione "light", ossia con l'eccezione per i medici che hanno esercitato almeno 3 anni in un centro di perfezionamento svizzero riconosciuto (art. 55a LAMal attualmente in vigore fino al giugno 2021).

Dopo pressoché 20 anni di soluzioni provvisorie per gestire il numero di fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale, in data **19 giugno 2020**, il Parlamento federale ha adottato **la revisione della Legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni (18.047)**, sperando in questo modo di dare una **risposta definitiva** al problema dell'aumento smisurato dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale; di permettere una migliore gestione dell'offerta e di conseguenza portare anche ad un contenimento della spesa sanitaria.

La nuova regolamentazione, **la cui entrata in vigore è prevista per il 1.7.2021**, prevede un **nuovo modello** per autorizzare **nuovi fornitori di prestazioni** del settore ambulatoriale, in virtù del quale:

- è stata introdotta una **procedura di autorizzazione formale cantonale** (da non confondere con l'autorizzazione al libero esercizio);
- sono state **modificate le condizioni per l'autorizzazione dei medici** (cfr. punto 4 qui sotto);
- è stato creato un **registro di fornitori di prestazioni autorizzati (LeReg)**;
- è stato fatto **obbligo ai Cantoni di pianificare l'offerta definendo numeri massimi in base a criteri e principi metodologici fissati dal CF e di limitare** il numero medici che forniscono prestazioni nel settore ambulatoriale a carico della LAMal **in uno o più campi di specializzazione e in determinate regioni**; la limitazione del numero di fornitori non riguarderà più, come attualmente e nel passato, soltanto il settore ambulatoriale "extraospedaliero", ma **anche**

quello ospedaliero; i Cantoni che limiteranno il numero di medici potranno altresì prevedere che *“i medici siano autorizzati soltanto fino al raggiungimento del relativo numero massimo”*, o che *“il numero massimo sia applicato soltanto ai (...) medici che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale”* e/o ai *“medici che esercitano in istituti di cui all’art. 35 capoverso 2 lettera n”* (art. 55a cpv. 1 lett. a e b nLAMal).

Le condizioni per l’accesso dei medici alla fatturazione LAMal sono contenute nel nuovo art. 37 cpv. 1 nLAMal e consistono: in un periodo di esercizio di almeno 3 anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto **nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione**; nel possesso delle competenze linguistiche necessarie della regione in cui esercitano la loro attività dimostrate attraverso un **esame linguistico sostenuto in Svizzera**, fatta eccezione per chi possiede una maturità liceale svizzera, di cui una delle materie fondamentali era la lingua ufficiale della regione d’esercizio, un diploma federale o un diploma estero riconosciuto di medico conseguito nella lingua ufficiale della regione d’esercizio; e nell’affiliazione a una comunità o a una comunità di riferimento certificata ai sensi dell’art. 11 lettera a della Legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente (art. 37 cpv. 3 nLAMal);

Devono rispettare queste regole anche i medici che esercitano negli istituti 36a LAMal.

La presente consultazione lanciata dal DFI in data 4.11.2020, con scadenza il 19.2.2021, riguarda le ordinanze esecutive relative alle modifiche della LAMal appena citate e si riferisce in particolare:

- ***ai criteri e principi metodologici per il calcolo del fabbisogno*** (progetto nuova Ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale);
- ***alla creazione delle basi normative per un registro accessibile al pubblico sui fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale*** (progetto nuova Ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni AOMS; Variante 1: tenuta del registro da parte di terzi; e Variante 2: tenuta del registro da parte dell’UFSP);
- ***alla procedura di autorizzazione formale affidata ai Cantoni che dovrà garantire a tutti lo stesso trattamento*** (modifiche alla OAMal e alla Opre).



2. Le modifiche in consultazione e i commenti OMCT

2.1. Nuova OAMal

2.1.1. Spiegazioni

Il nuovo regime conferisce ai Cantoni la competenza di deliberare sulle domande di autorizzazione dei **nuovi** fornitori di prestazioni. I Cantoni dovranno quindi in futuro **trattare formalmente le domande di autorizzazione** a esercitare a carico dell'AOMS presentate dai fornitori di prestazioni di cui all'art. 35 cpv. 2 lett. a–g, m e n LAMal (medici, istituti di cure ambulatoriali dispensate da medici, dentisti per prestazioni a carico dell'AOMS, farmacisti, chiropratici, levatrici, altri fornitori di cure previa prescrizione (fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri, logopedisti, ortofonisti, dietisti e neuropsicologi), laboratori, centri di consegna di mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici nonché imprese di trasporto e salvataggio), **verificando per ciascuno di essi che soddisfino le condizioni di autorizzazione definite dal Consiglio federale.**

Questa procedura non va confusa con la procedura di autorizzazione a esercitare la professione di cura concessa ai sensi della legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (LPMed; RS 811.11) per i medici, o ai sensi della legge federale del 30 settembre 2016 sulle professioni sanitarie (LPSan; RS 811.21), per le altre professioni.

Formalmente, questo implica che la procedura di autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS sarà disciplinata dal diritto cantonale. Ne consegue che, quando un fornitore di prestazioni intende esercitare a carico dell'AOMS **in più Cantoni**, dovrà presentare una domanda di autorizzazione in ciascuno di essi.

Per i medici la nuova ordinanza ricalca le condizioni già previste dalla LPMed per esercitare la professione sotto la propria responsabilità e dalla nuova LAMal (art. 37 nLAMal), con l'aggiunta e la precisazione **dei criteri di qualità** a cui medici e gli istituti 35a LAMal devono rispondere e del **livello di conoscenze linguistiche** richiesto.

Un medico, quindi, concretamente, per essere autorizzato a fatturare a carico della LAMal deve:



- disporre di un'autorizzazione cantonale ad esercitare la sua professione concessa ai sensi della LPMed (cfr. art. 38 lett. a nOAMal) ed essere in possesso di un titolo di perfezionamento nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione (cfr. art. 38 lett. b nOAMal);
- aver lavorato per almeno 3 anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto nel campo di specializzazione nel quale è stata presentata (art. 37 cpv. 1 nLAMal); con la conseguenza che un medico in possesso di più titoli di perfezionamento dovrà presentare una domanda di autorizzazione per ciascun campo di specializzazione nel quale intende esercitare a carico dell'AOMS;
- Rispondere ai requisiti di qualità previsti dall'art. 58g nOAMal, fra cui figura l'aver introdotto un sistema di report interni e di approfondimento delle conoscenze nonché avere aderito a una rete di dichiarazione di eventi indesiderabili, errori e rischi uniforme a livello svizzero;
- Dimostrare conoscenze linguistiche nella lingua del luogo di esercizio **equivalenti al livello C1** del Quadro comune europeo di riferimento. È bene qui far risaltare che il livello linguistico richiesto dalle nuove disposizioni della OAMal per essere autorizzati a fatturare a carico della LAMal è superiore a quello richiesto dalla OPMed per ottenere il libero esercizio (B2). Il CF ha in questo frangente seguito un'indicazione data dal Parlamento durante l'adozione della revisione della LAMal;
- Essere affiliato a una comunità o comunità di riferimento sulla cartella informatizzata del paziente (art. 37 nLAMal);
- Presentare la domanda in una specialità che non è oggetto di limiti cantonali, risp. che i limiti non siano ancora stati raggiunti.

In virtù degli artt. 37 cpv. 2 nLAMal e 39 nOAMal gli istituti di cure ambulatoriali effettuate dai medici ex 36a LAMal devono soddisfare gli stessi criteri di cui sopra e meglio impiegare medici che soddisfino tali condizioni, nonché dimostrare di soddisfare i requisiti di qualità ed essere affiliati a una comunità o comunità di riferimento sulla cartella informatizzata del paziente.

L'entrata in vigore delle modifiche della OAMal è prevista per il 1.1.2022.



2.1.2. Commenti OMCT

L'OMCT sostiene i processi di sviluppo della qualità e lo fa in maniera attiva e concreta, per esempio attraverso la messa in opera, primi in Svizzera, la scorsa estate, di un sistema di registrazione e valutazione a scopo formativo degli errori negli studi medici (CIRS OMCT), nonché attraverso l'organizzazione di corsi per la formazione continua dei medici in collaborazione con gli ospedali e le cliniche del Cantone.

Per ragioni di qualità siamo stati fra i primi che hanno richiesto e sostenuto con convinzione l'obbligo per i medici, ai fini dell'autorizzazione ad esercitare a carico della LAMal, di aver esercitato per almeno 3 anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto **nella disciplina per cui è richiesta l'autorizzazione**.

Abbiamo inoltre seguito con interesse il caso del Canton San Gallo, che ha fatto giurisprudenza, in cui il Cantone ha obbligato gli ospedali ad impiegare in determinati ambiti (ginecologia, chirurgia dell'apparato motorio e urologia) solo chirurghi che hanno effettuato un numero minimo di operazioni. Adito dall'Ospedale di Bülach (ZH) il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha confermato che i Cantoni possono stabilire criteri di qualità minimi sulla base della LAMal (C-5603/2017 del 14.9.2018).

Si tratta di un passo nella giusta direzione, che, grazie alle modifiche di legge votate dal Parlamento e oggetto della presente consultazione, potrà essere applicato anche nell'ambulatoriale.

L'invito fatto al Cantone è quindi quello di studiare, assieme al nostro Ordine, criteri di qualità da applicare in generale a tutti i medici, o soltanto a determinate specialità, in particolare chirurgiche.

Per definire i criteri di qualità occorrerà anche seguire il processo di concretizzazione dei nuovi obblighi legali di cui all'art. 58a nLAMal la cui entrata in vigore è prevista per il 1° aprile 2021, secondo i quali le federazioni dei fornitori di prestazioni e gli assicuratori dovranno stipulare **convenzioni relative allo sviluppo della qualità** (convenzioni di qualità) valide per l'intero territorio svizzero. Infatti secondo il commento del Consiglio federale *“se possiedono i requisiti di qualità necessari per essere autorizzati, i fornitori di prestazioni dispongono delle risorse necessarie, della cultura della sicurezza e*



degli strumenti richiesti per assicurare il rispetto delle convenzioni di qualità. Viceversa, il rispetto delle regole di sviluppo della qualità è una delle condizioni da adempiere per esercitare a carico dell'AOMS (art. 58a cpv. 7 nLAMal)" (cfr. commento OAMal, pag. 9).

L'OMCT condivide i requisiti linguistici cui un medico è sottoposto, pur esprimendo qualche preoccupazione per l'inasprimento della norma (livello C1 per fatturare a carico della LAMal, anziché il B2 richiesto per ottenere il libero esercizio). Questa ulteriore condizione potrebbe penalizzare eccessivamente i medici che si sono formati in Svizzera, segnatamente interna, che intendono installarsi in Ticino; mentre favorisce sicuramente il mercato della vicina penisola, di lingua madre italiana.

Inoltre l'art. 37 cpv. 1 menziona come eccezione all'esame di lingue sostenuto in Svizzera per dimostrare di possedere le competenze linguistiche, la maturità liceale con materia fondamentale la lingua del luogo di esercizio e il diploma federale o estero riconosciuto di medico. Non viene menzionato il possesso di un titolo di perfezionamento ottenuto nella lingua del luogo di esercizio, ciò che dovrebbe invece essere il caso.

Per quanto concerne il possesso del titolo di perfezionamento nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione (cfr. art. 38 lett. b nOAMal), va fatta una distinzione tra il titolo di specialista in medicina interna generale e medico pratico; riteniamo infatti che i due titoli non possano essere considerati di pari valore e non sono intercambiabili. Soltanto i detentori del primo dovrebbero essere autorizzati ad aprire un'attività di medico di base.

In base all'articolo 36 nLAMal i Cantoni sono competenti per il rilascio dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS dopo verifica che tutte le condizioni di autorizzazione secondo l'articolo 36a e 37 nLAMal siano soddisfatte.

L'OMCT auspica che i Cantoni si appoggino sugli Ordini professionali per l'esame preliminare delle condizioni e per la formulazione di un preavviso.

Ciò si giustifica ed è opportuno per evitare strutture parallele, per sfruttare conoscenze specialistiche private e anche per motivi di costi e di risorse.



Infine, prima di esigere l'affiliazione alla cartella informatizzata occorrerà verificare se e quando il nostro Cantone sarà in grado di offrirne concretamente la possibilità.

2.2. Nuova Opre

La presente revisione dell'OAMal propone di integrare le organizzazioni di chiropratica e di neuropsicologia. L'autorizzazione delle organizzazioni di chiropratica e neuropsicologia interessa principalmente la **struttura organizzativa** adottata dai fornitori di prestazioni e non è volta ad aumentare il volume di prestazioni a carico dell'AOMS. Le condizioni di autorizzazione delle organizzazioni di chiropratica saranno definite in un nuovo art. 44a OAMal, mentre le organizzazioni di neuropsicologia saranno disciplinate all'art. 52d.

La modifica dell'OAMal comporta anche l'adeguamento dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31) per tenere conto delle nuove categorie dei fornitori di prestazioni.

L'OMCT non ha nessun commento al riguardo.

2.3. Nuova Ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale (LeReg)

2.3.1. Spiegazioni

La costituzione di un registro dei fornitori di prestazioni non era prevista nell'Avamprogetto di legge del Consiglio federale: essa è stata inserita nella Legge nell'ambito della deliberazione parlamentare. Secondo il legislatore, il registro ha lo scopo di creare maggiore trasparenza sui fornitori di prestazioni che operano nel settore ambulatoriale e che sono autorizzati a esercitare la loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS); esso deve in particolare favorire lo scambio di informazioni tra i Cantoni.

La revisione della LAMal prevede all'articolo 40a nLAMal che il Dipartimento tenga un registro dei fornitori di prestazioni autorizzati di cui all'articolo 36 nLAMal.

Per poter raggiungere lo scopo del registro, oltre ai dati dei fornitori di prestazioni autorizzati sulla base del nuovo diritto, devono essere registrati anche i dati dei fornitori di prestazioni già autorizzati sulla base del diritto precedente (cifra II cpv. 2 della modifica del 19 giugno 2020 della LAMal)

I dati sui provvedimenti di cui all'articolo 38 nLAMal e sulle sanzioni di cui all'articolo 59 LAMal nonché i motivi dei provvedimenti e delle sanzioni sono da qualificare come dati personali degni di particolare protezione e sono accessibili solo alle autorità cantonali competenti e al tribunale arbitrale cantonale ai sensi dell'articolo 89 LAMal (art. 40e cpv. 3 nLAMal).

L'Ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni AOMS disciplina le competenze della tenuta del registro, la gestione e il contenuto, l'utilizzo e le modalità di elaborazione del registro nonché gli emolumenti.

Con il registro dei fornitori di prestazioni si aggiunge un ulteriore registro (cosa di cui non vediamo il fabbisogno) ai registri già esistenti: il registro delle professioni mediche (**MedReg**), il registro delle professioni sanitarie (**GesReg**), il registro delle professioni psicologiche (**PsiReg**), il registro nazionale delle professioni sanitarie **NAREG** basato sull'accordo intercantonale del 18 febbraio 1993 sul riconoscimento dei diplomi scolastici e professionali nonché il Registro dei codici creditori (**RCC**) esistente su base contrattuale. I registri pubblici (di legge) **MedReg** e **PsiReg**, entrambi tenuti dall'UFSP, nonché il **GesReg** tenuto dalla Croce Rossa Svizzera (CRS) non coprono tutti i fornitori di prestazioni autorizzati di cui all'articolo 36 nLAMal.

Secondo l'articolo 40a LAMal il Dipartimento tiene un registro dei fornitori di prestazioni autorizzati di cui all'articolo 36 nLAMal. Il Consiglio federale può affidare la tenuta del registro a terzi. Nella fattispecie, sono sottoposte due varianti di tenuta del registro.

La variante 1 prevede che il Consiglio federale sfrutti le possibilità previste dalla legge affidando i compiti di tenuta del registro a terzi al di fuori dell'amministrazione federale (servizio incaricato di tenere il registro). Secondo la legge federale del 21 giugno 2019 sugli appalti pubblici (LAPub; RS xxx) che entrerà in vigore il 1° gennaio 2021, il trasferimento di compiti

pubblici ai sensi dell'articolo 9 LAPub è soggetto all'obbligo di bando. Al bando relativo alla tenuta del registro si applica la procedura secondo LAPub (cfr. allegato 5 alla LAPub oggetto di revisione totale del 21 giugno 2019).

La variante 2 prevede che il registro dei fornitori di prestazioni autorizzati di cui all'articolo 36 nLAMal è tenuto dall'UFSP.

Secondo il Consiglio federale *“sulla base della destinazione d'uso secondo l'articolo 40b lettera c nLAMal, i fornitori di prestazioni autorizzati di cui all'articolo 36 nLAMal traggono un beneficio dalla loro iscrizione nel registro dei fornitori di prestazioni”*. Per tale motivo il capoverso 1 stabilisce che il servizio incaricato di tenere il registro riscuota da ogni fornitore di prestazioni autorizzato di cui all'articolo 36 nLAMal un emolumento di 230 franchi. Questo emolumento copre l'onere per la tenuta del registro.

Al momento dell'entrata in vigore delle modifiche del 19 giugno 2020 della LAMal, già secondo il capoverso 2 delle disposizioni transitorie della presente modifica i fornitori di prestazioni autorizzati devono essere esentati dal pagamento degli emolumenti se gran parte dei loro dati possono essere ripresi dal RCC.

Le operazioni di affidamento della tenuta del registro a terzi - secondo le disposizioni della LAPub sottoposto all'obbligo di bando –, la creazione del registro e la migrazione dei dati dai registri esistenti relativi ai fornitori di prestazioni autorizzati richiederanno diverso tempo. Per questo motivo il pubblico avrà accesso al LeReg al più tardi tre anni dopo l'entrata in vigore dell'Ordinanza sul registro (cpv. 1).

2.3.2. Commenti dell'OMCT

- Art. 14 Accesso tramite un'interfaccia standard

Anche gli Ordini professionali dovrebbero figurare tra gli enti e i servizi a cui è consentito l'accesso ai dati tramite un'interfaccia standard. Essi sono infatti attivi in prima linea nella vigilanza sui propri membri e collaborano attivamente con i Cantoni di riferimento nelle procedure di autorizzazione e nelle segnalazioni su potenziali irregolarità (uso dei titoli, ecc.).

- **Ad art. 40e nLAMal e artt. 16 e 17 nAOMS**

Le nuove disposizioni della LAMal e gli artt. 16 e 17 nella nuova Ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni AOMS prevedono che la comunicazione dei dati sensibili di cui all'articolo 38 (sanzioni per inosservanza delle condizioni di autorizzazione) e alle sanzioni di cui all'articolo 59 (sanzioni per violazione delle condizioni relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni), nonché i motivi alla base di tali misure e sanzioni, siano accessibili unicamente alle autorità cantonali competenti per il rilascio dell'autorizzazione a esercitare e al tribunale arbitrale cantonale di cui all'articolo 89.

Sarebbe opportuno se queste informazioni potessero essere trasmesse anche gli Ordini professionali, soprattutto se questi ultimi collaborano con i Cantoni nella procedura di autorizzazione.

- **Art. 22 Emolumenti**

L'OMCT è contrario ad un ulteriore emolumento a carico dei fornitori di prestazioni. Il registro in questione, voluto dal Parlamento e il cui scopo è dichiaratamente quello *“di creare maggiore trasparenza sui fornitori di prestazioni che operano nel settore ambulatoriale e che sono autorizzati a esercitare la loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS); esso deve in particolare favorire lo scambio di informazioni tra i Cantoni”* (cfr. commento sul registro, pag. 3). È pertanto evidente che i maggiori beneficiari di tale registro siano i Cantoni, la Confederazione, gli assicuratori malattia e il pubblico in generale. L'emolumento non è pertanto da mettere a carico dei fornitori di prestazioni.

2.4. Nuova Ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale

2.4.1. Spiegazioni

L'art. 55a cpv. 1 nLAMal concede ai Cantoni la possibilità di limitare in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni il numero di medici che forniscono prestazioni ambulatoriali a carico dell'AOMS. **Sono soggetti alla limitazione anche i medici che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale, o presso un istituto di cure ambulatoriali.** I

Cantoni dovrebbero poter valutare le condizioni sul proprio territorio e limitare le autorizzazioni là dove è effettivamente presente un'eccedenza di offerta, allo scopo di limitare l'aumento dei costi in questo settore. Il Consiglio federale fa notare come *“conformemente alla volontà espressa dal Parlamento, i Cantoni non sono obbligati a definire un numero massimo di medici **per tutti i campi** di specializzazione ambulatoriale; **possono farlo anche solo per uno o più campi**”* (cfr. commento sui limiti massimi, pag. 3/11).

Secondo l'art. 55a cpv. 3 nLAMal prima di fissare i numeri massimi di medici, i **Cantoni devono ascoltare le federazioni dei fornitori di prestazioni**, degli assicuratori e degli assicurati nonché coordinarsi con gli altri Cantoni. Per fissare tali numeri massimi, potranno chiedere ai fornitori di prestazioni, agli assicuratori e alle loro rispettive federazioni di **comunicare loro gratuitamente i dati** necessari (art. 55a cpv. 4 nLAMal).

Il legislatore ha incaricato il Consiglio federale di stabilire i criteri e i principi metodologici volti a definire il numero massimo di medici che forniscono prestazioni ambulatoriali (art. 55a cpv. 2 nLAMal).

L'omogeneità metodologica è inoltre finalizzata a semplificare il superamento delle frontiere cantonali e a favorire un approccio basato sulle regioni di approvvigionamento.

Il progetto di ordinanza si fonda su uno studio realizzato dall'istituto BSS su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) per identificare criteri e principi metodologici appropriati ed efficaci.

I numeri massimi di medici autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS sono definiti dai Cantoni e si applicano ai medici che esercitano all'interno di studi medici o nel settore ambulatoriale ospedaliero. Sono definiti per uno o più campi di medicina ambulatoriale e per regione; con regione si può intendere il territorio di uno o più Cantoni, un territorio intercantonale o infracantonale.

La determinazione dei numeri massimi conformemente all'art. 55a cpv. 1 nLAMal si basa sul tasso di approvvigionamento: il bisogno di cure della popolazione della regione è confrontato all'offerta disponibile allo scopo di garantire agli assicurati l'accesso a prestazioni adeguate, di buona qualità e rispondenti a criteri di economicità.



Dunque, per fissare il numero massimo di medici autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS in un campo di specializzazione e all'interno di una regione specifica, i Cantoni si basano su valori di riferimento nazionali definiti per campo di specializzazione.

Per la definizione dei campi di specializzazione medica fa fede la OPMed. I Cantoni possono raggruppare diversi titoli federali di perfezionamento in un unico campo di specializzazione medica.

Secondo il CF tale raggruppamento è particolarmente sensato nei casi in cui determinate specializzazioni siano facilmente intercambiabili, come per esempio gli specialisti in medicina interna generale e i medici generici.

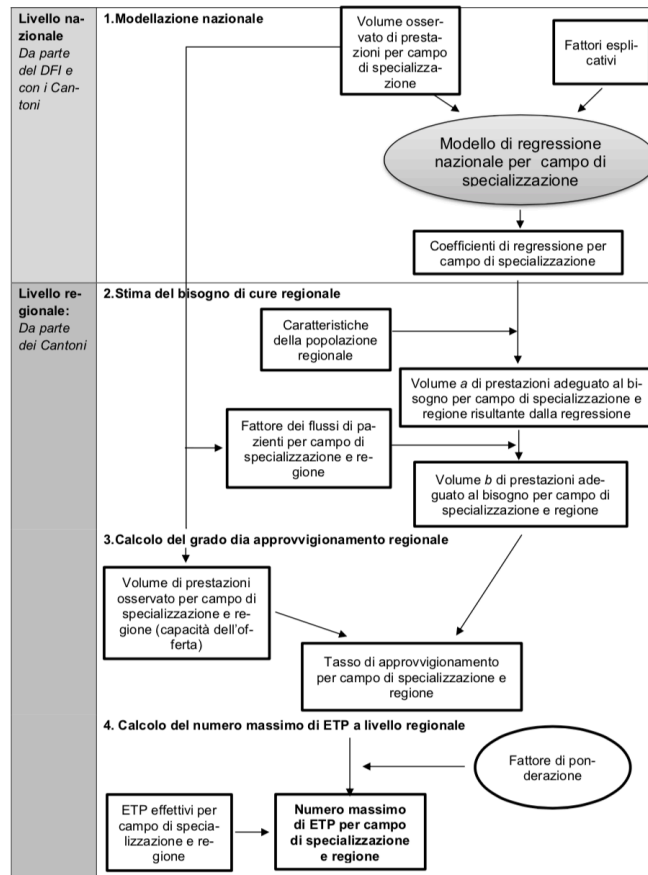
Accade spesso che un medico possieda più titoli di perfezionamento. In questo caso, l'attribuzione al campo di specializzazione avviene in funzione del campo in cui il medico è preponderantemente attivo (sulla base del profilo delle prestazioni fatturate dal medico stesso) o, se questa informazione non è disponibile, sulla base dell'ultimo diploma di perfezionamento ottenuto dal medico.

Per determinare il numero di **ETP (equivalenti a tempo pieno)** disponibili nel campo di specializzazione e nella regione interessati, i Cantoni possono effettuare una rilevazione presso i fornitori di prestazioni che esercitano in tale campo di specializzazione e regione oppure fare riferimento a statistiche esistenti. L'Ordinanza stabilisce che **per tutti i campi di specializzazione dieci mezza giornate di lavoro corrispondono a un'attività a tempo pieno**. Se non sono disponibili dati relativi a un settore (p. es. settore ambulatoriale degli ospedali) o a campi di specializzazione particolari, **i Cantoni possono ricorrere a stime basate sul volume di prestazioni fatturate**.

Seguendo l'esempio del rapporto BSS, i Cantoni possono per esempio supporre che un ETP in uno studio medico fornisca un volume di prestazioni identico a quello fornito da un ETP che esercita nel settore ambulatoriale degli ospedali.

Qui di seguito è descritta a grandi linee la metodologia proposta nel progetto di ordinanza. Essa comprende quattro ampie fasi: la definizione di un modello di regressione nazionale, la stima del bisogno di cure regionale, il calcolo del

tasso di approvvigionamento regionale, il calcolo del numero di equivalenti a tempo pieno (ETP) a livello regionale.



Schema 1: fasi metodologiche per determinare i numeri massimi (fonte: UFSP)

Ne consegue che il numero massimo di medici autorizzati a esercitare in un campo di specializzazione e in una regione si ricava dalle seguenti funzioni:

$$(F1) \quad \text{numero massimo} = \frac{ETP_{effettivi}}{\text{tasso di approvvigionamento}}$$

dove:

$$(F2) \quad \text{tasso di approvvigionamento} = \frac{\text{volume effettivo}}{\text{fattore di ponderazione} * \text{volume bisogno}}$$

L'Ordinanza prevede una disposizione transitoria che autorizza i Cantoni a stabilire, **fino al 30.6.2025**, che l'offerta effettiva di medici disponibili per campo di specializzazione e regione corrisponde a un approvvigionamento conforme al bisogno e all'economicità.



Successivamente a questa data, i Cantoni dovranno definire i numeri massimi di fornitori di prestazioni sulla base del metodo presentato in questa Ordinanza.

2.4.2. Commenti OMCT

L'OMCT accoglie favorevolmente le proposte di cui alla nuova Ordinanza in quanto permettono un ampio margine di manovra da parte dei Cantoni.

Non è tuttavia chiaro, né dalle nuove disposizioni della LAMal, né tantomeno dall'Ordinanza, se i Cantoni abbiano l'obbligo di limitare il numero dei fornitori in una o più specialità, qualora il numero massimo ottenuto tramite le formule di cui sopra fosse raggiunto o addirittura superato; oppure se possano scegliere di farlo, o di non farlo.

Uno dei punti centrali della riforma della LAMal sul quale le Camere hanno dovuto accordarsi era proprio quello se obbligare, oppure dare solo la facoltà ai Cantoni di stabilire il numero di professionisti autorizzati a praticare a carico della LAMal (*"Un Cantone può limitare..."* vs *"I cantoni limitano"*). Ha avuto la meglio la versione del Consiglio nazionale (*"I Cantoni limitano"*) che propendeva appunto per l'obbligo.

Dall'esame dell'art. 55a nLAMal il testo di Legge sembra entrare in contraddizione con quanto sopra (*"Il Cantone che limita..."*, cpv. 1; *"In caso di limitazione..."*, cpv. 5).

Non è quindi chiaro se i Cantoni siano obbligati a calcolare il fabbisogno per tutte le specialità per poi limitare il numero dei medici in (tutte) quelle che presentano un numero superiore di medici, risp. solo in alcune a loro completa discrezione. Questo aspetto andrebbe chiarito e precisato.

È comunque verosimile che il Canton Ticino, che ha subito violentemente l'effetto dell'apertura delle frontiere e del riconoscimento diretto dei titoli e che da sempre applica la moratoria in modo piuttosto rigoroso, limiterà il numero dei fornitori in una o più specialità.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Teniamo a precisare che l'OMCT si è già attivato attraverso le società di specialità per dare il via ad un censimento dei medici nelle varie discipline, che tenga conto della percentuale di lavoro e della durata presunta dell'attività.

In merito alle normative in consultazione l'OMCT constata quanto segue.

Per quanto concerne il Canton Ticino il *“tasso di approvvigionamento regionale”* dovrà includere solo i territori italofoeni, quindi quelli del nostro Cantone ed eventualmente del Grigioni italiano.

Occorrerà inoltre tenere conto della vocazione turistica del Cantone e della struttura della popolazione con un'alta percentuale di popolazione anziana. Ma queste saranno valutazioni che l'OMCT porterà nelle opportune sedi cantonali nel corso della stima del fabbisogno che seguirà la presente consultazione.

Ai fini del calcolo del numero di medici a tempo pieno disponibili in una determinata specialità occorre tener conto anche del campo specifico nel quale essi esercitano la loro attività, sempreché ne abbiano i requisiti di qualità. Questo per evitare che la fissazione del numero massimo di specialisti comporti uno squilibrio tra le necessità della popolazione e i campi d'attività coperti.

Inoltre l'OMCT auspica che il titolo di perfezionamento in medicina interna generale venga trattato separatamente dal quello di medico pratico, affinché quest'ultimo non occupi posizioni riservate al medico specialista in medicina interna generale, limitandone l'accesso alla professione pur avendo un grado di formazione nettamente inferiore.

Infine occorrerà anche fare una riflessione sui medici che lavorano a tempo parziale e che desiderano aumentare la loro percentuale di attività. A nostro modo di vedere questo passaggio dovrebbe essere permesso anche in una situazione di limiti massimi raggiunti. In caso contrario penalizzeremmo i professionisti che, per ragioni famigliari o altro hanno dovuto abbassare temporaneamente la loro percentuale di attività.

Lo stesso vale anche nel caso del mancato riconoscimento di una diminuzione del grado di attività di un professionista con conseguente pregiudizio alle possibilità di lavoro di un collega.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

3. Conclusioni

L'OMCT approva le modifiche delle Ordinanze in esame tenuto conto delle nostre osservazioni e riserva le richieste di precisazioni per le quali aspettiamo un riscontro (cfr. in particolare i capitoli 2.1.2, 2.3.2 e 2.4.2 qui sopra).

Formula inoltre i seguenti emendamenti:

- Art. 14 cpv. 1 nuova Ordinanza sul registro (Accesso tramite un'interfaccia standard)

È consentito l'accesso ai dati accessibili al pubblico tramite un'interfaccia standard agli utenti seguenti:

- a. fornitori di dati secondo gli articoli 8–11;
- b. servizi pubblici e privati incaricati di adempiere compiti legali, **o altri enti cui tali compiti sono delegati totalmente o parzialmente.**

- Artt. 16 cpv. 1 nAOMS (Comunicazione di dati personali degni di particolare protezione alle autorità competenti)

La domanda di informazioni su dati personali degni di particolare protezione di cui agli articoli 8 capoverso 3 e 9 deve essere presentata dalle autorità competenti per l'autorizzazione, **o da altri enti cui le autorità competenti hanno delegato compiti**, elettronicamente all'interno del registro dei fornitori prestazioni.

- Art. 22 cpv. 1 nAOMS (Emolumenti)

~~Il servizio incaricato di tenere il registro riscuote da ogni fornitore di prestazioni che deve essere registrato un emolumento di 230 franchi per la registrazione.~~

Distinti saluti.

Per l'OMCT

ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti
il Presidente

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : pharmalog.ch

Abkürzung der Firma / Organisation : VSSG

Adresse : Route de Corserey 4, 1745 Lentigny

Kontaktperson : R. Jenny

Telefon : 079 353 60 93

E-Mail : r.jenny@pharmalog.ch

Datum : 13.1.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	6
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
Weitere Vorschläge _____	14
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	15

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Keine spezielle Bemerkungen zu den einzelnen Artikel der KVV, KLV Revision – bitte sehen Sie unsere Stellungnahme zum Kapitel «Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht»

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Parmalog.ch ist der Meinung dass die Variante 1 eingeführt werden sollte. In diesem Zusammenhang sind wir der Meinung dass die Stiftung RefData bereits über entsprechendes Know How verfügt, im Gesundheitsmarkt breit abgestützt ist sowie über die notwendige Neutralität verfügt um als solches die Führung der Register übernehmen zu können.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Keine spezielle Bemerkungen seitens pharmalog.ch

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Société suisse des Pharmaciens - pharmaSuisse

Abréviation de la société / de l'organisation : pharmaSuisse

Adresse : Stationsstrasse 12

Personne de référence : Dr. Marcel Mesnil

Téléphone : 031 978 58 58

Courriel : info@pharmasuisse.org

Date : 19.02.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Autres propositions _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
pharmaSuisse	Nous vous remercions de la possibilité de donner notre position sur la révision des objets cités en titre. pharmaSuisse représente les intérêts de l'ensemble des pharmaciens et pharmaciennes diplômé(e)s de Suisse. Actuellement, seul(e)s les pharmaciennes et les pharmaciens exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle dans une pharmacie d'officine publique sont susceptible d'admission en tant que fournisseur de prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS).
pharmaSuisse	La pertinence de limiter ou non l'admission de médecins selon la situation locale est admise. S'il est vrai que même une densité excessive de pharmacies locales ne pourra pas avoir pour effet l'augmentation des coûts à charge de l'AOS, vu que seules les médications prescrites par un médecin sont remboursées, la qualité du service et notamment l'engagement des pharmacies pour optimiser le rapport coût/ efficacité des traitements médicamenteux peut être rendu plus difficile en cas de concurrence excessive. pharmaSuisse aurait soutenu une possibilité pour les cantons de fixer des clauses du besoin régionales afin d'encourager une meilleure répartition territoriale des pharmacies publiques, notamment entre centres urbains et campagnes, dans l'intérêt de la population.
pharmaSuisse	<p>Nous constatons que les soins primaires ambulatoires, assurés par les pharmacies, médecins de famille et soignants à domicile sont plutôt sujets à pénuries qu'à offre pléthorique. La possibilité de mesures d'encouragement de la Confédération et des cantons dans ces situations font défaut dans ce paquet législatif et nous le regrettons.</p> <p>Nous proposons dans cet esprit que le Conseil fédéral profite lors du transfert de l'art. 37 al 3 LAMal dans l'OAMal à l'article 40 al. 2 pour exiger des cantons d'encourager dans la mesure de leurs moyens la collaboration interprofessionnelle et la complémentarité entre médecins et pharmaciens au service des patients plutôt qu'une concurrence destructive sur les sources de revenus qui a pour effet de porter atteinte à la qualité et la sécurité des traitements médicamenteux et d'appauvrir l'offre locale/ régionale en soins médicaux de base. Nous rappelons ici en outre la révision contraignante pour les cantons de la LPTh, notamment à l'art. 26, afin de garantir le libre exercice des droits du patient en toutes circonstances.</p>
pharmaSuisse	pharmaSuisse a été longtemps la seule organisation de fournisseurs de prestations à disposer d'une convention de garantie de la qualité avec les assureurs, en respect de l'art. 135 OAMal et poursuit cet objectifs avec succès avec ses partenaires aux conventions tarifaires. Nous estimons qu'il y a pléthore d'acteurs à qui une compétence de garantir la qualité est confiée. Les formations de base et postgrades sont sujettes à accréditation et leur qualité est garantie. L'obligation de disposer d'un système de gestion de la qualité pour remettre des médicaments est prévu à l'art. 30 LPTh. La révision de la LAMal « Renforcement de la qualité et de l'économicité » se traduira par la création d'une Commission de la qualité et obligera les associations d'assureurs et de fournisseurs de prestations de s'accorder sur des mesures dans ce but. Dans ce

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	contexte, il nous semble que les mesures figurant à l'art. 58g OAMal proposé, déterminantes pour accorder l'autorisation d'exercer à charge de l'AOS, sont pléthoriques. En plus, elles sont beaucoup trop imprécises et ouvrent un champ d'interprétation beaucoup trop vaste.
pharmaSuisse	Pour l'admission des pharmaciens à charge de l'AOS, il nous semble essentiel de connaître parfaitement les législations en vigueur du système de santé suisse et en particulier les normes applicables en matière de qualité et d'économicité de la LAMal. Dès lors, il est essentiel d'exiger une durée minimale d'expérience pratique dans une pharmacie d'officine dirigée par un pharmacien ou une pharmacienne admis à charge de l'AOS . En effet, l'art. 36 LPMéd permet la reconnaissance de titres postgrades étrangers, en particulier européens, ce qui est correct pour assurer la sécurité des patients en termes de police sanitaire. Toutefois, pour être autorisé à exercer à charge de l'AOS ; la pratique en vigueur jusqu'ici a consisté à exiger au minimum deux années d'expérience pratique dans une officine publique, dont au moins une année dans une officine publique dirigée par une pharmacienne ou un pharmacien admis à charge de l'AOS
pharmaSuisse	La présente révision de l'OAMal permet de lever définitivement un doute concernant la compétence intrinsèque évidente des pharmacies publiques à remettre des moyens et appareils à charge de l'AOS sans aucune condition supplémentaire au-delà de celles qui sont requises pour être admis comme fournisseur de prestations à charge de l'AOS. Il est donc nécessaire de préciser que l'art. 55 s'applique uniquement aux centres de remise de moyens et d'appareils AUTRES que les pharmacies .

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications					
Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
pharmaSuisse	40	1		Ajouter une expérience professionnelle de durée minimale dans une pharmacie d'officine publique dirigée par un pharmacien ou une pharmacienne admis à exercer comme fournisseur de prestations à charge de l'AOS	Art. 40 al. 1 let a_bis(nouveau) avoir exercé pendant deux ans une activité pratique dans une pharmacie d'officine publique, dont au moins une année dans une pharmacie d'officine publique dirigée par un pharmacien ou une pharmacienne admis à exercer comme fournisseur de prestations à charge de l'AOS
pharmaSuisse	40	1	b	Comme indiqué en préambule, des exigences supplémentaires de qualité lors de l'admission sont à notre avis pléthorique au vu des nouvelles mesures de renforcement de la qualité et de l'économicité de la LAMal en cours de mise en application.	Supprimer
pharmaSuisse	40	2		<p>Précision requise, car depuis l'adoption de l'ancien art. 37 al. 3 LAMal et sa dégradation par le Tribunal fédéral au niveau d'une recommandation aux cantons, la Loi sur les Produits thérapeutiques a été révisée et ses normes de qualité, de sécurité et de garantie du respect des droits du patients sont contraignantes.</p> <p>Le transfert de cette disposition de la LAMal dans l'OAMal serait une des rares occasions d'exiger des cantons d'encourager la collaboration interprofessionnelle et la complémentarité entre médecins et pharmaciens au service des patients plutôt qu'une concurrence destructive sur les sources de revenus.</p>	Les cantons fixent, <u>en respect des art. 24 al. 1 lettre b, 26 et 30 de la Loi sur les Produits Thérapeutiques (LPTh)</u> , les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens admis. Ils tiennent compte en particulier des possibilités d'accès des patients à une pharmacie <u>et prennent toute mesure apte à promouvoir une complémentarité et collaboration interprofessionnelle entre médecins et pharmaciens pour assurer à la population un approvisionnement en soins médicaux primaires le plus complet possible. dla</u>

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

					<i>quaoitées soins médicaux primaires les meilleurs à la population.</i>
pharmaSuisse	55			Précision requise	Les centres de remise de moyens et d'appareils <u>autres que les pharmacies publiques</u> sont admis si...

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	art.	Commentaire / observation	Proposition de texte

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **Physioswiss Schweizer Physiotherapie Verband**

Abkürzung der Firma / Organisation : Physioswiss

Adresse : Centralstrasse 8b, 6210 Sursee

Kontaktperson : Pia Gianinazzi, Leiterin Stab Recht und Politik

Telefon : 041 926 69 69

E-Mail : pia.gianinazzi@physioswiss.ch

Datum : 19. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Physioswiss	Für die Gelegenheit, zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen, bedanken wir uns herzlich.
Physioswiss	Physioswiss, der Schweizer Physiotherapie Verband, begrüsst die Errichtung eines zweistufigen Zulassungsverfahrens nach einheitlichen, durch den Bundesrat festgelegten Kriterien, bei dem die Kantone neu die Verantwortung für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tragen. Von diesem formellen Zulassungsverfahren erwarten wir erhöhte Transparenz, Gleichbehandlung und mehr Mobilität für die Leistungserbringer (Freizügigkeit im Innern), weniger redundante Kontrolle sowie schlankere administrative Verfahren, was sich auch hinsichtlich der Kosten bemerkbar machen sollte.
Physioswiss	Die konsequente Einbettung der Qualitätsanforderungen unter den Vorgaben für die Neuzulassung der Leistungserbringer überzeugt und lässt die gesetzgeberisch unübliche Vermischung von Ausführungsbestimmungen aus verschiedenen Erlassen beinahe vergessen. Das Vorgehen unterstreicht die starke Konnexität und den Koordinationsbedarf mit den Ausführungsbestimmungen zur Qualitätsvorlage.
Physioswiss	<p>Die vorgelegten Ausführungsbestimmungen stellen für Physiotherapeut*innen eine Aufwertung ihrer Kompetenzen sowie eine Entwicklungschance in Bezug auf die Qualität, die Wirksamkeit und die Sicherheit der Patientenversorgung dar. Gleichzeitig erhöhen sie die Anforderungen an die Berufsausübung massiv und dies gerade zu einem Zeitpunkt, in dem die Physiotherapeut*innen mit einem hartnäckigen Mangel an Fachkräften aus dem Inland sowie mit stagnierenden Tarifen und zu niedrigen Löhnen zu kämpfen haben. Gerade bei den Physiotherapeut*innen steigen 35 % nach wenigen Jahren wieder aus dem Beruf aus.</p> <p>Vor diesem Hintergrund erscheinen griffigere Massnahmen für die Förderung des Nachwuchses und die Schaffung von mehr Ausbildungsplätzen im Gesundheitswesen unumgänglich und dringend.</p>
Physioswiss	<p>Physioswiss steht der Schaffung eines öffentlich zugänglichen Registers der zugelassenen Leistungserbringer offen gegenüber, dies unter der Voraussetzung, dass dem Schutz der darin enthaltenen Personendaten oberste Priorität eingeräumt wird, dass die relevanten Daten aus den bestehenden Registern automatisch übermittelt und nicht neu erfasst werden müssen, dass Parallelstrukturen konsequent abgebaut und Synergien sowie erprobten Kompetenzen genutzt werden. Der administrative Aufwand für die beteiligten Datenlieferanten soll verringert werden, Kosten dürfen den Leistungserbringern nicht anfallen. Im Gegenzug sollen die Datenlieferanten verpflichtet werden, die Aktualität und Qualität der Daten regelmässig zu überprüfen.</p> <p>Keine der für die Führung des Registers der Leistungserbringer vorgelegten Varianten vermag uns jedoch vollständig zu überzeugen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Weil das Register neu aufsichtsrechtlichen Zwecken dient und hierzu besonders schützenswerte Personendaten führt, erscheint uns die Übertragung der Führung eines amtlichen Registers an eine Organisation ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante1) insbesondere hinsichtlich Verhinderung von Interessenkonflikten äusserst problematisch.</p> <p>Vielmehr bevorzugt Physioswiss eine Departements interne Lösung, das heisst die Übertragung der Registerführung an eine Instanz, welche bereits heute durch die Akteure im Gesundheitswesens als fachlich unabhängig und vertrauenswürdig angesehen wird, sowie Gewähr für den nachhaltigen Umgang mit den erhobenen Daten bietet. Aus diesen Gründen sprechen wir uns für eine abgeänderte Variante, welche die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik, das Kompetenzzentrum für Daten des Bundes, vorsieht.</p>
--	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Physioswiss	45 47 48 49 50a			<p>Die analoge Formulierung der Zulassungsvoraussetzungen für die Gesundheitsberufe nach GesBG sowie für Logopäden und Logopädinnen in Bezug auf kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige berufliche Tätigkeit in der Schweiz, eigenverantwortliche Berufsausübung und Qualitätsanforderungen stellt einen wichtigen Schritt für die Entwicklung der entsprechenden Gesundheitsberufen dar.</p> <p>Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Möglichkeit, die für die Zulassung erforderliche berufliche Tätigkeit auch im stationären Bereich zu erlangen (Spital, Reha-Klinik, Alters- und Pflegeheim), unverzichtbar ist und unter keinen Umständen durch unüberlegten Anforderungen (i.c. Berufsausübung auf eigene Rechnung) gefährdet werden kann.</p>	
Physioswiss	45		c und d neu	<p>Die Gesundheitsberufe nach GesBG sollen, wenn immer möglich einheitlich geregelt werden.</p> <p>In Art. 45 ist der Hinweis auf die eigenverantwortliche Berufsausübung auf eigene Rechnung vergessen gegangen.</p>	<p>c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlichen Verantwortung und auf eigener Rechnung aus.</p> <p>d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58 g erfüllen.</p>
Physioswiss	45 48 49 50		b b b b	<p>Erfordernis der zweijährigen praktischen Tätigkeit in der Schweiz</p> <p>Vgl. Bemerkungen zu Art. 47 Bst. b erster Satz</p>	Anpassung analog Art. 47 Bst. b erster Satz

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	50a		b		
Physioswiss	47		b (erster Satz)	<p>Im Hinblick auf die Gewährleistung einer guten Kenntnis des schweizerischen Gesundheitswesens unterstützen wir das Erfordernis einer mindestens zweijährigen praktischen Tätigkeit in der Schweiz für die Zulassung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung zulasten der OKP.</p> <p>Weil in der Vergangenheit jedoch die Möglichkeit bestand, einen Teil der im Ausland erworbenen praktischen Berufserfahrung unter gewissen Voraussetzungen anrechnen zu lassen, erscheint uns wünschenswert, in den Erläuterungen zur vorliegenden KVV-Änderung einen eindeutigen Hinweis auf die vorliegende «Praxisänderung» zu integrieren.</p>	b Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Schweiz ausgeübt: 1. ...
Physioswiss	45 48 49 50a		b b b b	<p>Zweijährige praktische Tätigkeit in einem Spital (Ziffer 2) bzw. in einer Organisation (Ziffer 3)</p> <p>Vgl. Bemerkung zu Art. 47 Bst. b Ziff. 2 und 3</p>	Ziffer 2 und 3 jeweils analog Art. 47 Bst. b Ziff. 2 und 3 anpassen.
Physioswiss	47		b Ziff. 2 und 3	<p>Bei leitenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, welche einer physiotherapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder einer Rehabilitationsklinik vorstehen, handelt es sich überwiegend um Angestellte der entsprechenden Institution und nicht um Personen, welche ihren Beruf im Sinne von Art. 47 Bst. c zweiter Satzteil E-KVV «auf eigene Rechnung» ausüben.</p> <p>Ziffer 2 und 3 sind in dem Sinne anzupassen, dass der pauschale Hinweis auf die «Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung» zu präzisieren sind und auf die in diesem Kontext weltfremde Anforderung der Selbständigkeit im Sinne der AHV zu verzichten ist.</p>	<p>2. in einer physiotherapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder einer Rehabilitationsklinik, unter der Leitung einer Physiotherapeutin oder eines Physiotherapeuten, welche eigenverantwortlich tätig sind und die Zulassungsvoraussetzungen unter Bst. a und b erfüllen.</p> <p>3. in einer Organisation der Physiotherapie, unter der Leitung einer Physiotherapeutin oder eines Physiotherapeuten, welche eigenverantwortlich tätig sind und die Zulassungsvoraussetzungen unter Bst. a und b erfüllen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Physioswiss	47		c	Der Ausdruck «selbständig» ist in diesem Kontext missverständlich. Terminologie nach GesB einheitlich verwenden.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlichen Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
Physioswiss	48 49 50 50a		d c c c	Siehe Bemerkung zu Art. 47 Bst. c.	«selbständig» durch «in eigener fachlichen Verantwortung» ersetzen
Physioswiss	50		b-d	Nummerierung fehlerhaft.	
Physioswiss	50		b (c)	Vgl. die Bemerkungen zu Art. 47 Bst. b Ziffer 2 (pauschaler Hinweis auf die Zulassungsvoraussetzungen bei Tätigkeit in einem Spital)	Bst. b (recte c) analog Art. 47 Bst. b Ziffer 2 anpassen.
Physioswiss	45a 52 52c 52d		c c c c	Vgl. Bemerkungen zu Art. 52a Bst. c	
Physioswiss	52a		c	Leitende Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, welche für eine Organisation der Physiotherapie eigenverantwortlich tätig sind, üben ihre Tätigkeit in der Regel nicht «auf eigene Rechnung» im Sinne von Art. 47 Bst. c zweiter Satzteil E-KVV, sondern als Angestellte der Organisation. Demzufolge können sie unmöglich die in Art. 47 Bst. c zweitem Halbsatz E-KVV aufgelistete Voraussetzung erfüllen.	c. Sie erbringen Ihre Leistungen unter der Leitung von Personen, welche eigenverantwortlich tätig sind und die Voraussetzungen nach Art. 47 Bst. a und b erfüllen.
Physioswiss	55a		e neu	Hinweis auf die Qualitätsanforderungen	e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Physioswiss	58g			<p>Im erläuternden Bericht werden die beträchtlichen Unterschiede gewürdigt, welche unter den Kategorien von Leistungserbringern bestehen. Die Erwägungen in Bezug auf eine differenzierte Handhabung der Qualitätsanforderungen haben jedoch nicht einmal ansatzweise Eingang in Art. 58g gefunden.</p> <p>Die Grösse einer Organisation, ihre Struktur und die Art der Berufsausübung sind entscheidende Faktoren in Bezug auf die Möglichkeiten, an verschiedenen Qualitätsprogrammen teilzunehmen oder eine Sicherheitskultur zu entwickeln. Die formulierten Anforderungen eignen sich daher schlecht für selbstständig tätige Leistungserbringer ohne Personal.</p>	
Physioswiss	58g		b	<p>Die Formulierung von Vorgaben zum Qualitätsmanagementsystem sowie zu dessen Überprüfung gehört in die Qualitätsverträge, welche für den entsprechenden Beruf abgeschlossen werden. Die Überprüfung deren Einhaltung obliegt nicht den Kantonen, sondern der Vertragspartner. Das Adjektiv «geeignetes» gehört daher gestrichen.</p>	b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
Physioswiss	58g		c	<p>Leistungserbringer sollen eine Sicherheitskultur entwickelt haben, insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet, sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen haben. Wir erachten diese Anforderung im Falle von selbstständig erwerbende Gesundheitsfachpersonen ohne Personal als wenig sinnvoll und kaum umsetzbar. Ausserdem stehen Reporting-Netzwerke nicht in allen Bereichen zur Verfügung.</p> <p>In temporaler Hinsicht ist zu bedenken, dass im Zeitpunkt des Antrags auf Zulassung diese Anforderung kaum überprüfbar ist.</p>	Bst. c ersatzlos streichen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Physioswiss	Wir begrüssen die Departements interne Variante 2 unter der Voraussetzung, dass das Bundesamt für Statistik (BFS) mit der Registerführung betraut wird (abgeänderte Variante).
Physioswiss	<p>Durch die Führung des Registers der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch das BFS sollen die Daten der bereits bestehenden Register MedReg, GesReg, Psyreg und Nareg automatisch über Schnittstellen zusammengeführt werden, die erneute Erfassung von Daten vermieden, Synergien genutzt und Parallelstrukturen reduziert werden.</p> <p>Das kantonale Zulassungsverfahren wird für die Leistungserbringer gebührenpflichtig sein. Die Eintragung in das Leistungserbringerregister darf keine zusätzlichen Kosten bei den Leistungserbringern verursachen. Vielmehr sollen die Nutzniesser des neuen amtlichen Registers, das den interkantonalen Daten- und Informationsaustausch dienen soll, für dessen Finanzierung herangezogen werden.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Physioswiss	Die nachfolgenden Bemerkungen beziehen sich auf den Verordnungsentwurf zur Variante 2.				
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Wir begrüßen die Departements interne Variante 2 unter der Voraussetzung, dass das Bundesamt für Statistik (BFS) mit der Registerführung betraut wird (abgeänderte Variante).	In allen Artikeln der Variante 2 ist BAG mit BFS zu ersetzen.
Physioswiss	neu			2. Abschnitt: Daten, Datenlieferung und -Eintragung Die Einspeisung der Daten aus dem NAREG betreffend Leistungserbringer, welche nicht im Gesundheitsberuferegister aufgeführt sind (Logopädinnen und Logopäden, Podologinnen und Podologen sowie Rettungssanitäter) ist über die Standardschnittstelle vorzusehen.	<i>Neuer Artikel nach Art. 6 einfügen.</i> Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6
Physioswiss	8	2		Weil die Kontaktdaten der Leistungserbringer häufig wechseln und oft Leistungsbezogen sind (Pikett, Terminvereinbarung, Praxisadministration usw.) erscheint die Erfassung von E-Mail-Adressen und Telefonnummern im Rahmen eines Registers wenig zielführend.	Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
Physioswiss	8	6 (neu)		Die Kantone sollen die Inhaber einer Berufsausübungsbewilligung dazu verpflichten, alle Mutationen innerhalb von 30 Tagen der kantonalen Stelle zu melden.	⁶ Sie verpflichten die zugelassenen Leistungserbringer, alle Änderungen der relevanten Informationen innerhalb von 30 Tagen an die kantonale Stelle zu melden.

Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires

Département fédéral de l'intérieur

Par e-mail à :
tarife-grundlagen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Plateforme Interprofessionnalité
dans les soins de santé primaires
p\o polsan
Effingerstrasse 2
3011 Berne
Tel +41315083607

Berne, le 18 février 2021

Consultation : Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux - Mise en œuvre du projet admissions

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à cette consultation. La Plateforme Interprofessionnalité représente les plus importantes associations nationales de soins de santé primaires. Elle vise à ce que la collaboration interprofessionnelle soit reconnue et promue dans le système de santé suisse.

La Plateforme Interprofessionnalité ne se prononce pas sur l'intégralité de ce projet, mais souhaite apporter son soutien à la position de la Conférence des Associations Professionnelles Suisses des Logopédistes.

Inégalité de traitement liée à la logopédie

Les conditions d'admission des différents professionnels de la santé, habilités à facturer sur ordonnance médicale ne sont pas identiques pour toutes les professions. Les conditions d'admission sont plus fastidieuses pour les logopédistes. Il n'est pas acceptable que les logopédistes-orthophonistes soient soumis à des conditions plus strictes que les autres professions régies par les articles 47, 48, 49 et 50a de la LAMal.

Le problème de la pénurie de logopédistes et la difficulté d'obtenir des places de formation en hôpital, sont des problématiques qui ont un impact négatif conséquent sur la prise en charge des personnes dans le besoin, puisque l'accès aux soins logopédiques est limité dans les conditions actuelles.

Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires

Dans le cadre de la révision actuelle, il est possible de pallier ces problèmes et à cette inégalité par rapport aux autres professions.

Dans divers hôpitaux et cantons, il n'y a pas de places disponibles pour les logopédistes, cette disposition restrictive entrave de manière conséquente les efforts en matière de relèvement. De surcroît les logopédistes-orthophonistes disposent des compétences nécessaires pour superviser l'expérience clinique de 2 ans, quel que soit le lieu. Ainsi, le projet devrait être revu de manière à ce que l'expérience de deux ans demandée devrait pouvoir être faite aussi bien au sein d'un hôpital que d'une organisation (cabinet) de logopédie.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.



Pia Fankhauser
Présidente de la
Plateforme Interprofessionnalité



Katrina Riva Schyrr
Secrétaire générale de la
Plateforme Interprofessionnalité

Per E-Mail an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bern, 15. Februar 2021

Vernehmlassungsantwort zur Vorlage «Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, mindestens den drei folgenden Anforderungen genügen:

- Sie muss die inakzeptable Governance, d.h. die Vielfachrolle und fehlende "Gewaltenteilung" der Kantone verbessern.
- Sie muss geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.

Generelle Beurteilung der Revision:

Die Revision beinhaltet die Umsetzung einer weitgehend verunglückten Revision der gesetzlichen Grundlage auf der Verordnungsstufe. Die Umsetzung muss daher, wo möglich, die Fehler und Schwächen der betreffenden KVG-Revision mildern und verbessern.

Die vorliegende Vorschläge drohen leider, im Gegenteil, die Fehler der Gesetzesrevision noch zu verschlimmern. Sie betonen die kantonalen Grenzen des Gesundheitswesens, führen zu neuen Rekrutierungsproblemen beim medizinischen Fachpersonal, bürokratisieren und verunmöglichen teilweise die Berufsaufnahme oder den Markteintritt innovativer, neuer junger Leistungserbringer und Nachwuchskräfte.

In der Summe wird dieses Verordnungspaket ohne wesentliche Anpassungen und Vereinfachungen substanziell zur Zementierung überkommener Strukturen und zu neuen Kostensteigerungen im ambulanten Bereich beitragen.

*

Die Vorlage umfasst einige Änderungsvorschläge, von denen PKS im Folgenden nur die wichtigsten kommentieren wird.

Zu den Vorlagen im Einzelnen:

1. Revision der KVV und der KLV

Auch wenn die Spitäler als Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Buchstabe h nicht direkt von diesen Änderungen betroffen sind, möchten wir doch auf die folgenden Problematiken hinweisen:

- Kantonale Zulassungsverfahren

Die Notwendigkeit, in jedem Kanton eine separate Zulassung zu beantragen, führt zu einer weiteren Abschottung der Gesundheitsversorgung entlang kantonaler Grenzen. Dies widerspricht der freien Arztwahl, den Lebens- und Mobilitätsgewohnheiten der Bevölkerung und läuft den Kostenoptimierungsmassnahmen innovativer Gesundheitsdienstleister diametral entgegen. Kostensenkungspotenziale zugunsten tieferer Prämien werden so vereitelt.

- Art. 38 Abs. 3: Sprachkompetenzen

So verständlich das Bedürfnis nach einer einfachen Verständigung zwischen Patienten und Ärzten ist: Mit den vorliegenden nachzuweisenden formalen Sprachkenntnissen auf diesem Niveau wirkt die Bestimmung dissuasiv gegen die Rekrutierung von dringend benötigtem medizinischen Fachpersonal aus dem Ausland generell, speziell aber gegenüber der Rekrutierung von Fachpersonal aus der Europäischen Union. Die Vorteile der Personenfreizügigkeit werden damit mindestens für die Rekrutierung von Ärzten teilweise ausser Kraft gesetzt.

Zudem ist der Begriff der «Sprache ihrer Tätigkeitsregion» äusserst unbestimmt, insbesondere für zweisprachige Regionen wie Biel/Bienne oder Freiburg/Fribourg sowie für Ärzte, die an ihrem Tätigkeitsort eine bestimmte sprachliche Minderheit betreuen (beispielsweise die französischsprachige Minderheit in der Stadt Bern). Die Bestimmung wäre besser auf die Verkehrssprache der infrage kommenden Patienten auszurichten.

Konkret schlagen wir den folgenden Wortlaut für Art. 38 Abs. 3 vor:

«Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendigen Sprachkenntnisse im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn Sie in der Lage sind, in der Sprache der Mehrheit ihrer Patientinnen und Patienten:...»

2. Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Von den beiden vorgeschlagenen Varianten ist klar der Variante 1 (Übertragung der Registerführung an einen Dritten) der Vorzug zu geben. In zahlreichen staatlich regulierten Bereichen werden bereits heute äussert zuverlässig und erfolgreich Register durch Dritte aufgebaut und betrieben. Im Rahmen der Ausschreibung nach BöB ist den Aspekten der Zuverlässigkeit, der Schnelligkeit und der langfristigen Dienstleistungsqualität genügend Gewicht zu geben.

Die in Variante 2 beschriebene Übertragung der Registerführung droht das bereits an äusserst zahlreichen Fronten geforderte Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu überfordern.

3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Die verunglückte KVG-Revision gibt es vor: Die Kantone müssen in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Der Bundesrat muss dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen.

Da bereits die «Muss»-Formulierung, also die zwingende Verpflichtung der Kantone zur Einführung von Höchstzahlen, falsch war, kann (und muss!) die Verordnung nur noch Schadensbegrenzung zum Ziel haben. Dieses Ziel wird mit dem vorliegenden Vorschlag in keiner Art und Weise erreicht, im Gegenteil: Bereits der Ansatz, eine behördlich festgesetzte Anzahl von medizinischen Leistungserbringern definieren zu können, leidet an Mängeln: Der Bedarf an medizinischen Leistungen ist nicht nur regional, sondern auch zeitlich und kulturell dynamisch und niemals objektiv «richtig» oder «falsch». Jeder geprüfte Ansatz ist damit im besten Fall eine methodische Krücke, die jedoch mindestens so ausgestaltet werden muss, dass sie genügend Flexibilität bei akutem Bedarf und genügend Entwicklungspotenzial zur Erneuerung der Leistungserbringer beinhaltet. Trotzdem ist der Ermessensspielraum der Kantone recht gross. Das ist grundsätzlich zu begrüßen, ist aber gerade aus der Optik überkantonal tätiger Leistungserbringer in der Praxis oft mit unverhältnismässigen Zusatzaufwänden und administrativen Hürden verbunden.

Der vorliegende Vorschlag ist insofern statisch und entwicklungsfeindlich, als er auf beobachteten Werten (Status Quo), auf bereits bestehenden interkantonalen Patientenströmen sowie auf Werten aus anderen Regionen/Durchschnittswerten beruht. Diese Methodik merzt begründete regionale Spezialitäten und Besonderheiten in der Tendenz aus und versucht, mithilfe eines unverhältnismässigen bürokratischen Aufwands über die ganze Schweiz einen einheitlichen Versorgungsgrad zu installieren.

Zur Illustration der Problematik soll dienen: Wenn sich ein interkantonales Ärztezentrum neu in einem urbanen Zentrum mit Zustrom von Patienten aus mehreren Kantonen (zum Beispiel von Kantonen, die ihre Planung nicht koordinieren) einrichten und so in hoher Effizienz die Bevölkerung versorgen möchte, wird dies aufgrund der bisherigen kantonalen Beobachtungen und bisherigen Patientenströme nicht möglich sein, da sie an diesem Ort ein zusätzliches Angebot bedeutet (selbst wenn in anderen Kantonen das Leistungsangebot in gleicher Zahl zugunsten dieses effizienten Angebots sinken würde). So wird potenzielles Optimierungspotenzial der Gesundheitsversorgung in einer Region im Keim erstickt.

Zu prüfen ist hingegen eine Methode, die systematisch einen bestimmten Entwicklungsgrad der Erneuerung zulässt, zum Beispiel in Form eines Puffers von jährlich zusätzlichen zehn Prozent zur definierten Höchstzahl. Dies würde ein Mindestmass an Innovation zugunsten einer patientenorientierten und kostenbewussten ambulanten Gesundheitsversorgung zulassen.

Konkret schlagen wir den folgende Ergänzung zum Wortlaut von Art. 10 Abs. 1 vor:
«...festgelegt. Die ermittelten Werte können jährlich um zehn Prozent überschritten werden.»

Zudem stellen wir fest, dass die Verordnung die Besonderheiten des spitalambulanten Settings (Interdisziplinarität, integrierte Versorgung, Auftrag zur Aus- und Weiterbildung junger Nachwuchskräfte) für die Fixierung der Höchstzahlen nicht als relevant betrachtet. Dies schadet der künftigen spitalambulanten Versorgung. Die Kantone drohen so auf der Basis des praxisambulanten Settings fehlerhafte Schätzungen vorzunehmen und ungefähre Höchstzahlen festzulegen, was teilweise die kantonalen Leistungsaufträge an die Spitäler infrage stellt, jedenfalls aber für die in der Schweiz ausgebildeten Nachwuchskräfte gravierende Auswirkungen hätte. Auf eine Begrenzung für den spitalambulanten Bereich ist deshalb zu verzichten und der Geltungsbereich der Verordnung ist auf die praxisambulant tätigen Ärzte zu begrenzen.

Konkret schlagen wir vor, dass der Art. 1 Abs. 2 wie folgt ergänzt wird:

«Der regionale Versorgungsgrad beschreibt das Verhältnis zwischen:

a. dem beobachteten Leistungsvolumen, bestehend aus dem Angebot an praxisambulant tätigen verfügbaren Ärztinnen und Ärzten und den von ihnen erbrachten Leistungen;...»

*

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Privatkliniken Schweiz



Dr. Beat Walti
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär

Per E-Mail an
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren

Als regionale Langzeitpflegekommission nach Art. 14bis, 17 und 31 des Gesetzes über die Langzeitpflege des Kantons Wallis sind wir wiederholt zu Fragen der Gesundheitsversorgung in unserer Region konsultiert worden. In dieser Funktion erlauben wir uns ein paar Bemerkungen zu oben genannten Vernehmlassungsverfahren, ohne dafür das eigentlich vorgesehene Formular zu verwenden.

Grundsätzlich muss die **Situation in Rand- und Bergregionen** gesondert betrachtet werden, da sich hier verschiedene Herausforderungen besonders akzentuieren. Besonders erwähnt seien bevorstehende Pensionierungen eines erheblichen Anteils der regionalen Hausärzte und die Schwierigkeit dabei, Nachfolger/innen zu gewinnen welche die Arbeitsbelastung in ähnlichem Ausmass zu tragen gewillt sind (Stichwort Teilzeitpensen, halbwegs geordnete Arbeitszeiten, Sicherstellung von Pikett- und Notfalldiensten etc.). In diesem Kontext sind Regulierungsvorschläge und Zulassungsbegrenzungen mit entsprechender Vorsicht zu beurteilen.

Folgende Aspekte zu den geplanten Änderungen möchten wir hervorheben:

- In den Überlegungen ist auch das **ambulante „System“ der Spitäler** einzubeziehen
- Anforderungen des **Datenschutzes**: sofern Daten nicht transparent von den Ärzten verlangt, sondern über die Krankenkassen direkt erhoben, sollte diese Anforderungen erfüllt sein
- in sämtlichen Punkten sind zentral gesteuerte Systeme für unseren Kanton eher kritisch zu beurteilen, da die **regionalen Bedürfnisse** doch erheblich abweichen können
- zusätzliche Kosten in Zusammenhang mit den zur Diskussion stehenden Änderungen sollten entsprechend durch den Bund und nicht die Kantone finanziert werden müssen

Wir danken Ihnen für wohlwollende Aufnahme unserer Punkte und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse,

Regionale Langzeitpflegekommission Oberwallis

Matthias Salzmann
Präsident

Willy Loretan
Aktuar

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK

Adresse : Choisystr. 1

Kontaktperson : Roswitha Koch

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : roswitha.koch@sbk-asi.ch

Datum : 16.2.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 8
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 10
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Weitere Vorschläge _____	 11
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 13

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SBK	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, den Änderungen an KVV und KLV und zum Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung Stellung zu nehmen. Der SBK ist mit 25 000 Mitgliedern einer der grössten Berufsverbände im Gesundheitswesen und vertritt die Pflegefachpersonen.
SBK	Der SBK verzichtet auf eine Stellungnahme zum Erlass der Höchstzahlenverordnung und verweist auf die Stellungnahmen der davon direkt betroffenen Verbände
SBK	Es fällt auf, dass die Zulassungsbedingungen für die Berufe, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen verrechnen können, nicht bei allen Berufen vergleichbar sind (Artikel 47 bis 50b): Aktuell sind die Auflagen für die LogopädInnen strenger als für die übrigen in Art. 47 bis 50b erwähnten Berufe. Das ist fachlich nicht nachvollziehbar, die Qualitätsanforderungen zur Berufsausübung an die LogopädInnen unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen der anderen Berufe. Die aktuellen Zulassungsbedingungen schaffen jedoch für die Logopädie ungleich höhere Hürden, was verunmöglicht, ausreichend Nachwuchs in den Beruf zu bringen.
SBK	<p>Grundsätzlich unterstützen wir die Bemühungen um national einheitliche Qualitätsanforderungen für die Zulassung und für die selbstständige Berufsausübung – der SBK hat ein grosses Interesse an hoher Qualität und Professionalität der Leistungserbringung. Insbesondere unterstützen wir, dass die Leistungen von entsprechend qualifiziertem Personal durchzuführen sind.</p> <p>Laut Art. 77 KVV, der in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen wurde, sind solche Anforderungen allerdings in Qualitätssverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln, festzulegen und zu kontrollieren. Im Sinne der Einheit der Materie ist sicherzustellen, dass der neue Artikel 58g die schon bestehenden Qualitätsartikel sinnvoll ergänzt und keine verwirrenden Doppelspurigkeiten entstehen.</p> <p>Es ist allerdings zu befürchten, dass freiberufliche Pflegefachpersonen und kleinere Pflegeorganisationen mit einem unverhältnismässig grossen administrativen und technischen Aufwand (der nicht separat entschädigt wird, sondern Bestandteil der vereinbarten Tarife sein soll) konfrontiert sind. Wir begrüssen die im Bericht skizzierte Lern- und Vertrauenskultur. Jedoch gibt es insbesondere bezüglich Bst. c und d noch viele Unklarheiten, die auch im erläuternden Bericht nicht präzisiert werden (siehe Bemerkungen zu einzelnen Artikeln).</p>
SBK	An einzelnen Stellen bitten wir darum, die Terminologie gemäss aktueller Begriffe im Gesundheitswesen und in der entsprechenden Berufsgruppe zu aktualisieren.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

SBK	Aufnahme der AP-Rolle in die KVV: unter «Weitere Vorschläge» regen wir an, die Advanced Practice-Rolle für die Berufe nach KVG Art. 35, Abs. 2, Bst. e in die KVV aufzunehmen. Gerne stehen wir für die Weitere Ausarbeitung von Details diesbezüglich zur Verfügung.
-----	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK	47-50b		c	In den Artikel 47 bis 50b ist in Buchstabe c jeweils klarzustellen, dass «auf eigene Rechnung» bedeutet, dass die Rechnungsstellung gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen geschieht.	
SBK	50		b	<p>In diesem Artikel stimmt die Bezeichnung der einzelnen Abschnitte nicht: Buchstaben «b» kommt doppelt vor. Dieser Antrag bezieht sich auf den zweiten Buchstaben «b» («sie verfügen über eine zweijährige praktische Tätigkeit...»)</p> <p>Dieser Buchstabe ist anzugleichen an die Anforderungen der in KVV 47, 48, 49, 50a geregelten Berufe.</p> <p>Jetzige Version streichen.</p>	<p>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit überwiegend im Erwachsenenbereich ausgeübt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einer Logopädin oder einem Logopäden, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder <p>in einer Organisation der Logopädie unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>
SBK	50	B	2	Zeitgemässe und korrekte Verwendung von Begriffen, die auch der ICD entsprechen	Sprachbehindertenpädagogik und Sprachbehindertenpsychologie ersetzen durch <i>Pädagogik und Psychologie der Sprachstörungen</i>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

SBK	58g		a	<p>Wir unterstützen, dass die Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden müssen.</p> <p>Allerdings ist dabei der aktuelle Fachkräftemangel in praktisch allen Gesundheitsberufen zu berücksichtigen: es sind ausreichend Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse sind speditiv abzuwickeln.</p> <p>Konkret bedeutet dies u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungsleistungen im ambulanten Bereich sind analog zu den Ausbildungsleistungen Stationär zu entschädigen, damit die Kapazität an Praktikumsplätzen im ambulanten Bereich erhöht werden kann - Der Numerus Clausus für die Ausbildungsplätze an FH ist für die Pflege aufzuheben und für die anderen Gesundheitsberufe zu erhöhen 	
SBK	58g		b		
SBK	58g		c	<p>Wir begrüssen die Orientierung an einer Lern- und Vertrauenskultur, wie sie im Bericht umschrieben sind.</p> <p>Wir begrüssen, dass die Leistungserbringer ein internes Berichts- und Lernsystem festlegen sollen; allerdings können sie eine Sicherheitskultur noch nicht entwickelt haben, wenn sie erst zur OKP zugelassen werden sollen: Art. 58g legt die Kriterien fest, die bei der Zulassung erfüllt werden müssen – dies steht jedoch im Widerspruch mit der Tatsache, dass eine Kultur erst im Laufe der Zeit und der Zusammenarbeit entwickelt werden kann.</p> <p>Aus unserer Sicht ist in den nationalen Qualitätsverträgen festzulegen, ob und wie die Leistungserbringer die Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken vollziehen (ob dies einen Beitritt zu einem «gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk» bedeutet); der</p>	<p>Sie streben eine Sicherheitskultur an und legen insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem fest.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Aufwand und Nutzen dieses Beitritts muss für kleine und Einzelpraxen zweck- und verhältnismässig sein.	
SBK	58g		d	<p>Da die Konzepte zur Qualitätssicherung und -messung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen ausgehandelt werden und in nationalen Qualitätsverträgen festgehalten werden sollen, liegt auch die Umsetzung der Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe bei den Versicherern und den Leistungserbringern. Umfang und Aufwand müssen zweck- und verhältnismässig sein. Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Die notwendige «Ausstattung» kann also je nach Berufsgruppe und ausgehandelte Indikatoren unterschiedlich sein.</p> <p>Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in die Berechnung der Tarife einfließen, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.</p>	<p>Sie nehmen an den in den Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgelegten Massnahmen teil.</p> <p>Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen wird tariflich abgegolten.</p>
SBK	58g			<p>Es bleibt im gesamten Abschnitt unklar, in welcher Form diese Anforderungen durch die Kantone überprüft werden sollen. Da die Kantone die Zulassungen prüfen werden ist zu befürchten, dass erneut kantonal unterschiedliche Verfahren geschaffen werden (diese Erfahrung haben wir gerade bei der Umsetzung des GesBG wieder gemacht) oder dass der Nachweis dieser Kriterien mit enormem Aufwand verbunden ist.</p> <p>Wir plädieren daher noch einmal dafür, dass die Konzepte und Massnahmen in den nationalen Qualitätsverträgen definiert werden und durch die Kantone für die Zulassung ausschliesslich überprüft werden muss, ob der Leistungserbringer diesem Vertrag beigetreten ist.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SBK	Aus unserer Sicht ist die Führung eines Registers Bundesaufgabe . Wir könnten uns vorstellen, dass das Register vom BAG oder auch vom BfS geführt wird.
SBK	<p>Wir beobachten allerdings eine Multiplikation von Registern und Zunahme von Schnittstellen: Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, NAREG, Gesundheitsberuferegister und jetzt noch das Leistungserbringerregister. Um Redundanzen und Fehleranfälligkeit zu reduzieren, und aus Gründen der Datensicherheit und -qualität, der Effizienz und der Kosten muss es das Ziel sein, für alle betroffenen Berufe EIN Register zu führen, in welchem alle notwendigen Daten betreffend Berufsausübung und -bewilligung und OKP-Leistungserbringung erfasst sind und je nach gesetzlicher Grundlage entsprechende Rechte und Zugänge für kantonale Stellen geschaffen werden.</p> <p>Auch ist zu berücksichtigen, dass wie im Bericht erwähnt die für das Leistungserbringer-Register vorgesehenen Daten/Informationen durch die Vergabe der entsprechenden Abrechnungsnummern bei der SASIS schon registriert sind. Auch wenn das ZSR kein amtliches Register darstellt, wäre zu prüfen, ob auch hier Synergien genutzt werden könnten.</p>
SBK	Ausserdem ist zu prüfen, ob es im Hinblick auf die Zulassungssteuerung und die Zulassungskriterien tatsächlich alle vorgesehenen Informationen braucht und/oder ob diese schon in den vorhandenen Registern enthalten sind.
SBK	Die Einspeisung von Daten und die Nutzung des Registers sind möglichst einfach zu gestalten; dies muss mit möglichst geringem zusätzlichem bürokratischen Aufwand für alle daran Beteiligten geschehen. Die Daten müssen ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können. Vermeiden kostspieliger Anschaffungen.
SBK	Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringer einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir ablehnen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Die Einführung eines Leistungserbringerregisters darf also auf keinen Fall zu weiteren Gebühren für die Berufsausübenden führen .

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK	8			Es ist sicherzustellen, dass hier nicht noch einmal Daten eingetragen werden müssen, die schon in den anderen existierenden Registern vorhanden sind.	
SBK	14 und 15			Bei den Art. 14 und 15 ist in Variante 1 nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen, sofern Variante 1 zum Zug kommen sollte.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SBK	Wir verzichten auf eine Stellungnahme zu diesem Teil der Vorlage und verweisen auf die Stellungnahmen der betroffenen Verbände

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SBK	Neuer Artikel	<p>Einführung der Advanced Practice-Rolle in der KVV:</p> <p>Der SBK regt an, in der KVV einen neuen Artikel aufzunehmen. In der Pflege, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie und bei den Hebammen ist die Entwicklung von Advanced Practice-Rollen in vollem Gange, konkret in der Pflege weit fortgeschritten.</p> <p>In Advanced Practice-Rollen übernehmen spezialisierte Berufsausübende dieser Professionen mit einer Ausbildung auf Masterniveau erweiterte und spezialisierte Rollen in der Gesundheitsversorgung.</p> <p>In der Pflege sind bereits mehrere Hundert Fachpersonen in solchen Rollen tätig. Die Verbände der Pflege reglementieren aktuell die Vergabe eines markenrechtlich geschützten Titels. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für eine entsprechende separate Tarifierung erfüllt.</p> <p>Ohne so eine Lösung bleibt die Einführung und der Nutzen solcher Rollen aktuell den Institutionen vorbehalten, weil sie in der ambulanten selbstständigen Berufsausübung und koordinierten Versorgung keine entsprechende Grundlage haben und die Weiterentwicklung dieser wichtigen Rollen wird blockiert.</p>	<p>Gesundheitsberufe nach KVG Art. 35, Abs. 2, Bst e können Advanced Practice-Rollen übernehmen, wenn sie die entsprechenden Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und durch ihren Berufsverband einen entsprechenden AP-Titel erlangen.</p> <p>Zu den Zulassungsbedingungen gehört im Mindesten ein Abschluss auf Masterniveau und eine fachliche Spezialisierung. Details der Bedingungen sind durch die Berufsverbände festzulegen.</p> <p>Die Spezifischen Aufgabenbereiche sind in der KLV zu regeln.</p> <p>Die AP-Titel sind im Leistungserbringerregister zu registrieren.</p>
SBK	KVG Art. 35 Abs 2, Bst. e	<p>KVG Art. 35, Abs. 2, BSt. e: Berufsgruppen auflisten</p> <p>An dieser Stelle heisst es immer noch: «Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen». Angesichts der Professionalisierung all der darunter fallenden Berufsgruppen und</p>	<p>Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen - Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen - Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen - Logopäden und Logopädinnen - Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

		der neuen gesetzlichen Grundlagen und Anforderungen (GesBG, KVV-Revisionen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit und zur Zulassung) finden wir es ist an der Zeit, an dieser Stelle alle Berufe namentlich aufzuführen, welche zulasten der OKP tätig sein können.	- Neuropsychologen und Neuropsychologinnen und Organisationen, die solche Personen beschäftigen.
--	--	--	---

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin

Abréviation de la société / de l'organisation : SGAIM - SSMIG

Adresse : Monbijoustrasse 43, 3011 Berne

Personne de référence : Dr. Lars Clarfeld

Téléphone : 031 370 40 06

Courriel : lars.clarfeld@sgaim.ch

Date : 01.02.2021

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au ... aux adresses suivantes : tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur le registre et leurs explications Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif ____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications
____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Autres propositions _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
SSMIG	<p>Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative à l'objet susmentionné.</p> <p>En tant que professionnels de la santé, les médecins internistes généralistes sont directement concernés par cet objet. Ci-dessous, vous trouverez nos demandes et contributions qui s'appuient sur la position de mfe – Médecins de famille et de l'enfance Suisse, élaborée sur la base d'un échange intensif entre les deux organisations.</p>
SSMIG	<p>La SSMIG salue la proposition d'une solution pérenne (art. 55a LAMal), les précédentes, limitées dans le temps, ont à plusieurs reprises montré leurs limites.</p>
SSMIG	<p>La SSMIG salue le fait qu'au niveau de la LAMal, le domaine ambulatoire des hôpitaux soit également pris en compte, ce qui permet une égalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et les cabinets médicaux (art 55a LAMal). Cela dit, les différences entre les médecins travaillant dans le domaine ambulatoire hospitalier et ceux exerçant dans le domaine ambulatoire en cabinet ne sont pas suffisamment prises en compte dans le projet d'OAMal. N'ayant pas besoin d'obtenir une autorisation de pratiquer la profession à la charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS), les médecins qui travaillent dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas adéquatement intégrés dans le projet. Au mieux, les cantons pourront les prendre en compte dans leurs calculs des nombres maximaux.</p> <p>Pour assurer une meilleure égalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et les cabinets, notamment au vu de l'augmentation des prestations effectuées dans le domaine ambulatoire hospitalier, La SSMIG demande à ce que le pilotage quantitatif dans ce domaine soit également octroyé aux cantons.</p>
SSMIG	<p>Au lieu de se limiter à la définition du cadre pour l'admission des fournisseurs de prestations - enjeu majeur depuis de nombreuses années - ce projet mélange des sujets qui n'ont pas de lien direct avec l'objectif central poursuivi. Il intègre des dispositions dans le domaine de la qualité, or les exigences en matière de qualité sont traitées dans la révision de la LAMal pour « renforcer la qualité et l'efficacité économique », ainsi que des dispositions concernant le dossier électronique du patient et la mise en place d'un nouveau registre. Pour la SSMIG les différents processus doivent être traités de manière distincte. Dès lors, la modification des ordonnances doit se limiter aux aspects traitant de l'admission des fournisseurs de prestations, dans le respect du principe de l'unité de la forme.</p>
SSMIG	<p>Selon la modification de la LAMal du 19 juin 2020, les médecins souhaitant être nouvellement admis doivent s'affilier à une communauté sur le dossier électronique du patient (art. 37 nLAMal). Bien que la SSMIG soutienne l'établissement d'un dossier électronique du patient et est engagée dans ce sens depuis de nombreuses années, la SSMIG souhaite réitérer son rejet à toute obligation d'affiliation. La SSMIG tient au « caractère</p>

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	<p>doublement facultatif », selon lequel l'ouverture et la tenue d'un dossier électronique du patient doivent être facultatives, tant pour le patient que pour les fournisseurs de prestations ambulatoires. Pour ces deux groupes, le principe du consentement préalable doit s'appliquer. La SSMIG rejette le virement soudain de paradigme en la matière. Pour que le dossier électronique du patient soit une réussite et soit utilisé par les médecins de famille, il doit apporter une valeur ajoutée claire aux utilisateurs et contenir des informations utiles. La facilité d'utilisation du système est un critère essentiel. (Voir position mfe sur l'eHealth)</p>
SSMIG	<p>Les internistes généralistes ont toujours été sensibles à la sécurité et à la qualité des soins aux patient-e-s, ils s'investissent au quotidien en faveur du développement continu de la qualité. Cet engagement fait partie de leurs valeurs fondamentales et de leurs compétences de base. A titre d'exemple, dans le cadre d'un projet pilote entre l'Académie suisse pour la qualité en médecine de la FMH (ASQM) et les assureurs, la commission qualité de la SSMIG et les représentant-e-s de mfe ont élaboré quatre mesures de qualité, qui seront mises en œuvre et déclarées à titre expérimental dès 2020. (Voir https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2021.10337)</p> <p>Cela dit, les dispositions en matière de qualité n'ont pas leur place dans ce projet qui traite de l'admission des fournisseurs de prestations. Ces dispositions font partie d'un processus propre, elles ont été traitées dans la révision de la LAMal sur le renforcement de la qualité et de l'économicité de juin 2019. La SSMIG rejette clairement le fait de lier l'admission à l'activité ou le maintien de l'activité en tant que fournisseurs de prestations à des exigences en matière de qualité, telles que cela figure à l'art. 58g. de ce projet. Ces dispositions doivent donc être supprimées.</p> <p>La SSMIG se permet les remarques suivantes sur les exigences en matière de qualité présentées dans l'art. 58g :</p> <p>Pour que la qualité puisse être renforcée, des critères de qualité spécifiques, concrets et contrôlables devraient être inclus. La manière dont le futur système national de soins ambulatoires « Critical Incidence Report System » (CIRS) doit être conçu, reste très floue et mérite d'être plus clairement explicitée. Il est également problématique que la Confédération ne garantisse pas la confidentialité des systèmes de rapport et d'apprentissage, tels que les systèmes de déclaration des erreurs CIRS et exige ensuite un système uniforme sans en avoir préalablement créé les bases (cf. motion Humbel 18.4110). Pour mettre en place une vraie culture de la qualité et de l'apprentissage dans le système de santé, la confidentialité de ce ou ces systèmes CIRS et des saisies doivent être garanties. Les événements critiques documentés à des fins d'apprentissage ne doivent en aucun cas être utilisés par les tribunaux pour prononcer des sanctions. En outre, la proposition selon laquelle un recueil des cas CIRS à l'échelle Suisse améliorerait la qualité au niveau local n'est pas pertinente. Si le système n'est pas intégré localement, il n'y aura pas d'amélioration de la qualité, mais au mieux des statistiques. Par ailleurs, les exigences en matière de qualité ne doivent en aucun cas mener à une augmentation de la charge administrative des professions médicales.</p> <p>Comme énoncé ci-dessous, la SSMIG souhaite une fois encore clairement notifier que le/les système-s CIRS doivent être rattachés à la législation existante en matière de qualité et non à celles traitant de l'admission.</p>
SSMIG	<p>Il est prévu de modifier l'article OAMal 30b afin que l'OFS puisse d'une part transmettre à l'OFSP les données pour élaborer les critères et principes méthodologiques, et d'autre part aux cantons, afin qu'ils aient accès aux données leur permettant de fixer les nombres maximaux de fournisseurs</p>

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	<p>de prestations. Les fournisseurs de prestations, dont les médecins de médecine interne générale, communiquent à l'OFS, notamment à travers le projet de relève des données structurelles des cabinets médicaux et centres ambulatoires (MAS) les données permettant aux autorités de disposer d'informations sur les prestations fournies, leur efficacité et leurs coûts. Lors de la mise sur pied des relevés MAS, il a été notifié que l'OFSP reçoit des données de l'OFS, mais il est contractuellement spécifié quelles données, et surtout que ces données ne sont mises à la disposition de l'OFSP que sous forme anonyme et/ou agrégée. Il n'est explicitement pas prévu de nouvelles livraisons de données, ce qui constituerait une violation de la souveraineté et de la sécurité des données, ce qui est inacceptable. Il s'agit de données hautement sensibles, sous aucun prétexte elles ne doivent être utilisées à d'autres fins que celles définies, telles que surveiller les fournisseurs de prestations. La SSMIG refuse la transmission allant au-delà de ce qui est prévu dans le règlement de traitement déjà existant.</p>
SSMIG	<p>La modification de la LAMal adoptée le 19 juin 2019 prévoit que les cantons puissent demander aux fournisseurs de prestations de leur communiquer gratuitement les données nécessaires (art. 55a, al. 4). Les médecins de médecine interne générale participent déjà à de nombreux relevés de données, c'est par exemple le cas avec MAS. La récolte de données par les autorités n'a fait que d'augmenter ces dernières années, en conséquence les médecins de médecine interne générale passent toujours plus d'heures à des tâches bureaucratiques de la sorte, à défaut de voir les patientes et patients. Bien que la SSMIG comprenne l'importance de disposer de données pour mieux comprendre le paysage sanitaire et l'adapter, pour la SSMIG il est indispensable que le travail fourni soit rémunéré à sa juste valeur. Il n'est pas admissible que les autorités s'attendent à ce que les médecins de médecine interne générale, mais plus largement l'ensemble des fournisseurs de prestations doivent effectuer de telles tâches administratives gratuitement.</p> <p>De surcroît, il est d'abord nécessaire de définir quelles sont les données réellement nécessaires pour l'admission et son pilotage. A notre avis, les cantons disposent de suffisamment de données et n'ont pas besoin de données supplémentaires. La collecte de données « à fond perdu » est en contradiction avec la protection des données.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet de révision de l'OAMal et de l'OPAS et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	Commentaire / observation	Proposition de modification (texte)
SSMIG	30	1	a+b	Lors de la mise sur pied des relevés MAS, il a été notifié que l'OFSP reçoit des données de l'OFS, mais il est contractuellement spécifié quelles données, et surtout que ces données ne sont mises à la disposition de l'OFSP que sous forme anonyme et/ou agrégée. Il n'est explicitement pas prévu de nouvelles livraisons de données, ce qui constituerait une violation de la souveraineté et de la sécurité des données, ce qui est inacceptable. Il s'agit de données hautement sensibles, sous aucun prétexte elles ne doivent être utilisées à d'autres fins que celles définies, telles que surveiller les fournisseurs de prestations. La SSMIG refuse la transmission des données allant au-delà de ce qui est prévu dans le règlement de traitement déjà existant.	Supprimer
SSMIG	38	1	a	N'ayant pas besoin de déposer une demande d'admission à pratiquer à la charge de l'AOS, les médecins qui fournissent des prestations dans le domaine hospitalier ambulatoire ne sont pas pris en compte dans le projet, ce qui implique une inégalité de traitement entre le domaine hospitalier ambulatoire et les cabinets médicaux. La SSMIG demande à ce que la responsabilité de piloter quantitativement le domaine hospitalier ambulatoire soit octroyée aux cantons.	
SSMIG	38	1	c	Les dispositions en matière de qualité ont été réglées lors de la modification de la LAMal de juin 2019. Pour la SSMIG, les exigences en matière de qualité ne doivent pas être prises en tant	Supprimer

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

				que critère d'admission. Étant donné que la législation sur la qualité définit clairement les mesures de qualité à fournir, une définition supplémentaire dans cette loi est inutile. En outre, la définition d'un même sujet dans deux lois compromet la sécurité juridique.	
SSMIG	39	1	b	Même argumentations que dans le paragraphe ci-dessus.	Supprimer
SSMIG	58		g	Même argumentations que dans le paragraphe ci-dessus.	Supprimer

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur le registre et sur le rapport explicatif	
Nom/société	Commentaire / observation
SSMIG	Le projet prévoit la mise en place d'un nouveau registre, or le registre ne faisait pas partie du projet de loi du Conseil fédéral. C'est le Parlement qui a souhaité la mise en place d'un tel registre pour accroître la transparence et faciliter l'échange d'informations entre les cantons. Etant donné l'existence de plusieurs registres, la SSMIG s'oppose à la mise sur pied d'un nouveau registre, qui engendrera une augmentation de la bureaucratie pour les médecins, créera des doublons et des défis considérables pour atteindre les synergies nécessaires à son bon fonctionnement. De plus, il est prévu que les médecins payent ce système via une taxe de CH 230.-. Comme ce registre n'apporte aucune plus-value pour le corps médical, la SSMIG s'oppose au financement du registre par les fournisseurs de prestations. La SSMIG plaide pour l'intégration des nouvelles informations nécessaires dans les registres déjà existantes - MedReg, PsyReg, GesReg – en fonction des différents fournisseurs de prestations.
SSMIG	Dans le cas où la proposition de mettre en place un nouveau registre est poursuivie, pour des questions de gouvernance, la SSMIG demande à ce que l'organe de surveillance du registre soit distincte de l'organe d'exécution du registre. L'OFSP ne doit en aucun cas disposer d'un accès général aux données. Cela dit, la SSMIG s'oppose à la délégation à une organisation tierce <u>privée</u> (telle que SASIS). La SSMIG propose son exploitation par l'OBSAN, bien que nous soyons conscients que ce choix impliquerait un changement de loi.

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et sur le rapport explicatif	
Nom/société	commentaire / observation :
SSMIG	Pour la SSMIG il est pertinent que les cantons aient la responsabilité d'octroyer l'admission à pratiquer, sur la base des critères fixés par le Conseil fédéral. Cette solution est pragmatique comme les cantons sont responsables de la politique de santé. En outre, la SSMIG se réjouit de la suppression de la disposition selon laquelle les cantons étaient <u>obligés</u> d'établir des « quotas maximaux » dans toutes les disciplines.
SSMIG	Il est prévu qu'avant de fixer le nombre maximal de fournisseurs de prestations par discipline, les cantons doivent entendre les parties prenantes, dont les fournisseurs de prestations. La SSMIG souhaite aller plus loin et demande la mise en place d'un processus participatif avec une commission composée des représentants des diverses disciplines et autres parties prenantes. Il est fondamental que dans tous les cantons des représentants de la médecine interne générale siègent dans une telle commission, dont la mission serait d'accompagner le processus de définition du cadre et de proposer des solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés.
SSMIG	<p>Le projet de loi présente des solutions pour piloter les soins médicaux de base dans le but d'éviter un sur-approvisionnement en soins. Or, les médecins de famille et de l'enfance (cf. étude Workforce, résumée dans le PHC du 04.11.2020, V. française, V. allemande), mais aussi d'autres disciplines sont dans une situation de pénurie. Dans ce contexte, la mise en place de limites ne fait aucun sens. Pour la SSMIG, il est important de mettre en place un mécanisme de soutien approprié qui puisse soutenir les disciplines confrontées à un sous-approvisionnement en soins médicaux de base. Il est fondamental que des mesures continuent à être prises pour favoriser une relève en médecine de premier recours, comme p.ex. le financement de l'assistantat au cabinet, l'augmentation des places d'étude en médecine, un tarif approprié.</p> <p>En outre, la SSMIG est d'avis que la possibilité pour un canton de délivrer des autorisations extraordinaires pour des raisons importantes dans une certaine région, malgré une restriction fondamentale de l'admission, devrait être explicitement ancrée dans l'ordonnance. Nous demandons également que les cantons se concertent entre eux afin que la prise en charge soit garantie aussi bien dans les régions de petites envergures que dans les grandes. Il est important que les cantons établissent leur liste en tenant compte des régions/cantons voisins.</p>
SSMIG	L'entrée en vigueur de l'ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires est prévue le 1 ^{er} juillet 2021. Pour fixer les nombres maximaux, les cantons doivent pouvoir se reposer sur des données pertinentes émanant des fédérations de fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés. Or, le défi est considérable pour que d'ici au 1 ^{er} juillet 2021 les cantons puissent s'organiser en conséquence et disposent des données nécessaires. Pour la SSMIG il est important que les cantons disposent de données pertinentes et actuelles avant de réellement démarrer la tâche de la gestion des admissions. Il serait absurde que dans un premier temps les

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

	cantons se basent sur des estimations ou données « bricolées ». De ce fait, la SSMIG demande un délai supplémentaire, d'autant plus que les modifications d'ordonnances se rapportant à la procédure d'admission formelle prévue, ainsi qu'à la nécessité d'adapter les conditions d'admission entreront en vigueur 6 mois plus tard, soit le 1 ^{er} janvier 2022.
--	---

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de l'OAMal et de l'OPAS; adoption des ordonnances sur le registre et sur les nombres maximaux
(Mise en œuvre du projet admissions): procédure de consultation**

Commentaires concernant les articles individuels du projet d'ordonnance sur les nombres maximaux et leurs explications

Nom/société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
SSMIG				Le projet de loi vise à éviter un sur-approvisionnement en soins. Or, les médecins de famille et de l'enfance, mais aussi d'autres disciplines sont dans une situation de pénurie. Dans ce contexte, la mise en place de limites de fait aucun sens. Pour la SSMIG, il est important de mettre en place un mécanisme de soutien approprié qui puisse soutenir les disciplines confrontées à un sous-approvisionnement en soins médicaux de base. Il est fondamental que des mesures continuent à être prises pour favoriser une relève en médecine de premier recours, comme p.ex. le financement de l'assistanat au cabinet, l'augmentation des places d'étude en médecine, un tarif approprié.	Article à ajouter
SSMIG				La SSMIG est d'avis que la possibilité pour un canton de délivrer des autorisations extraordinaires pour des raisons importantes dans une certaine région, malgré une restriction fondamentale de l'admission, devrait être explicitement ancrée dans l'ordonnance.	Article à ajouter

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und
weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGDv

Adresse : Dalmazirain 11, 3005 Bern

Kontaktperson : Daniel Hohl

Telefon : 031 311 65 25 / 031 352 22 02

E-Mail : sgdv-ssdv@hin.ch / daniel.hohl@chuv.ch

Datum : 12.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 26. Februar an folgende E-Mail Adressen:
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln der Verordnung über die Krankenversicherung und zu deren Erläuterungen	4
Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich: Variante 1 und 2	5
Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	6
Weitere Vorschläge	8

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGDV	<p>Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) ist die Vereinigung der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz. Sie setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen von rund 500 Fachärztinnen und Fachärzten ein und äussert sich entsprechend in laufenden Vernehmlassungsverfahren</p> <p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen dieses Vernehmlassungsverfahrens. Gestatten Sie uns, vorab einige grundsätzliche Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weitere Verordnungen anzubringen:</p> <p>Wir begrüssen den parlamentarischen Beschluss, die Zulassung von Leistungserbringern langfristig gesetzlich zu regeln. Dies ermöglicht den Erhalt unserer hohen Qualität im Gesundheitswesen und eine Planungssicherheit für alle beteiligten Akteure.</p> <p>Der vorliegende Entwurf gibt den Kantonen einen guten und sinnvollen Rahmen, innerhalb dessen sie die Zulassung der Leistungserbringer bzw. einzelner medizinischer Fachgebiete in ihrem jeweiligen Kantonregeln können. Die Vorlage trägt den unterschiedlichen Situationen innerhalb der Kantone Rechnung und entspricht dem Föderalismus-Gedanken, der in der Schweiz und in unserem Gesundheitssystem gelebt wird.</p> <p>Grundzüge des Entwurfs</p> <p>Die SGDVG setzt sich für eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung ein. Die vorgelegten Kriterien der Qualität, Ausbildung und Weiterbildung sind wichtig für die Gewährleistung unseres hochstehenden Gesundheitswesens. Zudem ist die Verpflichtung eines Anschlusses an ein elektronische Patientendossier ein Schritt in die richtige Richtung und entspricht auch dem Fortschritt in der Digitalisierung. Längerfristig können dank elektronischen Patientendossiers Fehlbehandlungen vermieden und folglich Kosten gespart werden. Diese Massnahmen sollen aber nicht zu einer aufgeblähten Bürokratie führen.</p> <p>Wir bitten Sie, unsere Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikeln in Ihre Entscheidungsfindung aufzunehmen und bedanken uns für den Einbezug unserer Argumente.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln der Verordnung über die Krankenversicherung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SGDV	30	1	a + b	Für die Gewährleistung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitswesens ist die adäquate Datenerhebung- und auswertung wichtig. Dabei muss jederzeit sichergestellt sein, dass der Datenschutz gewährleistet ist.	
SGDV	38	3		<p>Die SGDv begrüsst erhöhte Anforderungen an die Sprachkenntnisse der Leistungserbringer (Niveau C1 vgl. Erläuternder Bericht zur Änderung der KVV und KLV vom 04.11.2020, S. 5). Dies fördert einerseits die Qualität und stellt andererseits sicher, dass das bereits hohe Qualitätsniveau beibehalten werden kann.</p> <p>Wird der Sprachnachweis mittels Maturitätsprüfung nicht bis zum Inkrafttreten der KVG Änderung in die Medizinalberufeverordnung aufgenommen, wird es für die Berufsausübungsbewilligung und Zulassung zur Abrechnung unterschiedliche Sprachanforderungen geben. Dies ist unbedingt zu vermeiden.</p>	
SGDV	40-56			Die Zulassungsvoraussetzung für die weiteren Leistungserbringer entsprechen den Anforderungen der Qualitätssicherung und tragen zudem dazu bei, dass einheitliche Regelungen für Leistungserbringer im Gesundheitswesen existieren. Die SGDv begrüsst aus diesen Gründen die Aufnahme dieser Bestimmungen in die KVV.	
SGDV	58g			Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbringen unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen für die Zulassung. Diese Anforderungen bilden die Grundlage für die Qualitätsentwicklung. Gemäss der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind die Verbände der Leistungserbringer und der	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

				Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerische Verträge für die Qualitätssicherung abzuschliessen.	
SGDV	58g		a	Qualifiziertes und ausreichendes Personal ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Qualität im Gesundheitswesen. Richtigerweise wird beim Personal auf weitergehende Auflagen verzichtet. Diese sind je nach Fachgebiet unterschiedlich, die detaillierten Anforderungen müssen durch die jeweiligen Fachgesellschaften bestimmt werden.	
SGDV	58g		b	QMS sind als qualitätssichernde Instrumente wichtig. Die Leistungserbringer sind hier in der Verantwortung. Sie sind angehalten, das passende und geeignete QMS zu verwenden. Von einer staatlichen Regulierung ist abzusehen.	
SGDV	58g		c	<p>Massnahmen zur Minimierung von Fehlern sind wichtig und nötig. Diese Massnahmen sollen aber nicht zu mehr Bürokratie führen. Ärztinnen und Ärzte wenden bereits jetzt sehr viel Zeit für Administration auf, ein Ausbau – und damit verbunden Mehrkosten, die nicht im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten stehen – ist unbedingt zu verhindern.</p> <p>Die Verantwortung sollte bei der Branche und den Fachkräften liegen und nicht beim Staat. Zudem bestehen bereits Organisationen, die die Qualitätssicherung gewährleisten (z.B. die ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken). Auch die SGDV besitzt ein Critical Incident Reporting System, Dermatologinnen und Dermatologen können entsprechende Ereignisse melden.</p>	
SGDV	58g		d	Eine flächendeckende nationale Qualitätsmessung ist wichtig. Die Indikatoren müssen jedoch laufend überarbeitet werden. Es ist Sache der Branche, sich entsprechend aufzustellen.	

Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich: Variante 1 und 2

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
------------	------	------	------	--------------------	---

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

SGDV				Die SGDV lehnt die Führung des Leistungserbringerregister durch das BAG ab. Wir halten es für effizienter und kosteneffektiver, wenn das Register durch eine verwaltungsexterne, unabhängige Stelle geführt wird. Es gibt bereits gut geeignete private Strukturen, die Verwaltung soll dafür nicht weiter beansprucht werden. Wir unterstützen folglich die Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten).	
Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SGDV				<p>Als Fachgesellschaft einer gerade in der Krebsvorsorge und damit in der Grundversorgung stark engagierten Ärzteschaft tragen wir täglich dazu bei, Kosten einzudämmen. Eine Früherkennung von Krebs und weiteren Krankheiten erspart teure Behandlungen.</p> <p>Es ist grundsätzlich wichtig und richtig, dass den Kantonen ein Instrument zur Verfügung gestellt wird, mit dem sie bei Bedarf Höchstzahlen innerhalb ihres Kantons für ein medizinisches Fachgebiet festlegen kann. Eine Überversorgung führt zu höheren Ausgaben und ist somit zu vermeiden.</p> <p>Die in der Vorlage vorgelegten Berechnungen basieren auf regionalen Daten, die Umsetzung erfolgt aber kantonal. Es ist unbedingt zu verhindern, dass es hier zu Missverständnissen und Unklarheiten zwischen einzelnen Kantonen, die sich eine Region teilen, kommt. Es muss sichergestellt sein, dass die Kantone autonom Zulassungsbeschränkungen definieren können.</p> <p>Wichtig ist es, dass bei der Ermittlung des bedarfsgerechten Leistungsvolumens die Leistungserbringer beispielsweise über Befragungen von Fachpersonen einbezogen werden, welche guten Einblick in die Patientenströme haben.</p> <p>Zudem sollen Zulassungsbeschränkungen nicht zu einem Rückgang an Nachwuchs-Ärztinnen und -Ärzten in den betroffenen Fachbereichen führen. Der Schweizer Fachkräftepool ist grundsätzlich klein. Wo nötig und möglich, müssen genug Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.</p>	

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

SGDV	2			Aus der Formulierung geht nicht klar hervor, welche Leistungserbringer die Kontingentierung umfasst. Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass diese nicht nur die selbständig erwerbende, ambulant tätige Ärzteschaft, sondern auch angestellte Ärztinnen und Ärzte in Praxen, Zentren, Kliniken und Spitälern beinhaltet.	
------	---	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
und weiterer Verordnungen
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Hebammenverband

Abkürzung der Firma / Organisation : SHV

Adresse : Rosenweg 25c

Kontaktperson : Andrea Weber-Käser

Telefon : 031 332 63 40

E-Mail : a.weber@hebamme.ch

Datum : 18. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 17
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	19
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 24
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	26
 Weitere Vorschläge _____	 31
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 33

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Besten Dank für die Möglichkeit zur oben erwähnten Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) hat rund 3300 Mitglieder und setzt sich für die Belange der angestellten und der freipraktizierenden Hebammen ein.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SHV	KVV 45 und 45a		e und c	<p>«Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen».</p> <p>Der SHV begrüsst grundsätzlich das Bestreben nach einheitlichen Qualitätsmassnahmen bei den ambulanten Leistungserbringern. Hingegen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass diese pro Berufsgruppe sehr unterschiedlich sein können und auch sein müssen, damit beide Seiten von den Erkenntnissen profitieren können: Patient*innen und Leistungserbringer*innen.</p>	
SHV	KVV 58g	al. 1	b	<p>«Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem».</p> <p>Der SHV begrüsst diese Massnahme, möchte aber gleichzeitig darauf hinweisen, dass die Kontrolle über dessen Umsetzung und die Prüfung, ob das gewählte System als «geeignet» bezeichnet werden kann, entweder beim Kanton (Zulassung) oder bei den Versicherer Verbänden (Vergütung der</p>	<p>Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem. Diese Dokumente können von der Zulassungsstelle (Kanton) zur Kontrolle eingefordert werden.</p> <p>Oder</p> <p>Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem. Diese Dokumente können von den Versicherer Verbänden und/oder</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Leistung) sein muss. Ohne verbindliche Kontrolle muss befürchtet werden, dass dem Qualitätsartikel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet werden könnte.</p> <p>Kleine Berufsverbände wie der SHV haben weder die personellen noch finanziellen Ressourcen, um die Kontrollen durchzuführen, noch verfügen sie über die rechtlichen Möglichkeiten, Sanktionen auszusprechen.</p>	<p>einzelnen Versicherern zur Kontrolle eingefordert werden.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>KVV 58g</p>	<p>al. 1</p>	<p>d</p>	<p>«Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen»</p> <p>Hebammenarbeit gehört zur Grundversorgung, ähnlich der Arbeit eines Hausarztes/einer Hausärztin. Eine Hebamme betreut daher Frauen und ihre Neugeborene, welche sich in sehr unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Situationen befinden. Eine sehr individuelle Betreuung ist daher ein Muss.</p> <p>Im Tätigkeitsgebiet der Perinatologie (rund um die Geburt) sind national verbindliche Qualitätsmessungen sehr schwer umzusetzen, da es wenige einheitliche Standardprocedere pro Thematik gibt, welche Vergleichsmöglichkeiten und Erkenntnisgewinne zulassen. Der SHV unterstützt daher den Ansatz, den die SGAIM zusammen mit der FMH gewählt</p>	<p>Sie nehmen an den in den Tarifstrukturverträgen festgelegten Qualitätsmessungen teil. Die Kontrolle der Teilnahme obliegt den Versicherer Verbänden, welche die Tarifstrukturverträge mitverantworten. Finanzielle Anreize für die Vertragsmitglieder der Berufsverbände sind durch die Versicherer Verbände möglich und werden im Rahmen der qualitätsbildenden Massnahmen zusammen mit den einzelnen Berufsverbänden festgelegt.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>hat:</p> <p>Die SGAIM hat im Rahmen eines Pilotprojekts zusammen mit der FMH und den Versicherern 2020 versuchsweise vier Qualitätsaktivitäten (Teilnahme an Qualitätszirkeln, Anwendung Smarter-Medicine-Top-5-Liste, Hygienekonzept, Critical Incidence Reporting System CIRS) definiert und ihre ambulanten Mitglieder zu deren Umsetzung in der Praxis befragt.</p> <p>https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2021.10337</p> <p>Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Es hat sich gezeigt, dass ein grosser Teil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mehrere dieser Qualitätsmassnahmen bereits befolgen und sich mit den Ergebnissen auseinandersetzen.</p> <p>Daher ist es dem SHV wichtig, dass Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe in Zusammenarbeit mit den Versicherer Verbänden individuell festgelegt werden können und im Umfang und Aufwand verhältnismässig sind. Was bei der einen Berufsgruppe funktioniert, muss nicht zwingend übertragbar sein auf eine andere. Im Weiteren sollen Versicherer Verbände verpflichtet werden, sich an kostspieligen Qualitätsmassnahmen</p>	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				finanziell zu beteiligen (Durchführung von nationalen Messungen) oder für TeilnehmerInnen finanzielle Anreizsysteme zu schaffen. (Beispiel: Ärztliche TeilnehmerInnen von interprofessionellen, ärztlich geleiteten Qualitätszirkeln werden von den Versicherern entschädigt, andere Berufsgruppen nicht.) Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in den Strukturverträgen resp. in irgend einer Form abgebildet werden, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. SHV	KVV 45b		NEU	<p>Der SHV möchte anregen, im KVV einen neuen Artikel aufzunehmen. Für die zukünftige Rollenentwicklung des Hebammenberufes ist es enorm wichtig, die Rolle der Advanced Practice, in welchem spezialisierte Hebammen mit einer Ausbildung auf Masterniveau bereits tätig sind, auf nationalem Niveau zu regeln. Dabei soll das hervorragende Beispiel des Kantons VD die Grundlage liefern. (Siehe Spalte rechts).</p> <p>Die Rollenentwicklung ist bereits in vollem Gange, aber es fehlt eine rechtliche Grundlage, auf welche sich die Rolleninhaberin/der Rolleninhaber abstützen kann, um in diesen «neuen»</p>	<p>Hier der Link zum Artikel 124b des «loi de la santé» des Kantons VD (Seite 55) https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/20836/versions/189961/fr</p> <p>Spezialisierte Hebamme APM 1. Eine spezialisierte Hebamme APM ist eine Person, die aufgrund ihrer/seiner Ausbildung auf Masterniveau befähigt ist, in ihrem/seinem Zuständigkeitsbereich selbstständig folgende ärztliche Aufgaben zu übernehmen: a. Verschreibung und Interpretation diagnostischer Tests; b. Durchführung ärztlicher Handlungen; c. Verschreibung von Arzneimitteln und Sicherstellung ihrer Überwachung und Anpassung.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Tätigkeitsfeldern Fuss fassen zu können. Somit kommt die Rollenentwicklung spätestens beim Eintritt in die praktische Tätigkeit ins Stocken und diese Verzögerung muss verhindert werden.</p> <p>Ohne nationale Regelung fehlt auch die rechtliche Grundlage für die verbindliche Registrierung des Titels der Advanced Practice Rolle sowie die nötige Verankerung der zusätzlichen Kompetenzen gegenüber dem Abschluss Hebamme Bsc. Andererseits wird ohne gesetzliche Regelung die Implementierung von Pilotprojekten im interprofessionellen Setting gefährdet, wenn nicht gar verunmöglicht. Eine gesetzliche Regelung ist daher dringend nötig, um diese wichtige Rollenentwicklung vorantreiben zu können!</p> <p>Warum soll die Advanced Practice im Bereich der Hebammenarbeit unterstützt werden?</p> <p>International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem europäischen Kompendium "Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015)" den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung</p>	<p>2. Die spezialisierte Hebamme APM übt ihre/seine Tätigkeit grundsätzlich in abhängiger Stellung innerhalb einer Gesundheitseinrichtung oder Pflegeorganisation aus. Sie/er kann jedoch auch im Einvernehmen mit einem zur selbständigen Berufsausübung befugten Arzt/Ärztin selbständig tätig werden.</p> <p>3 Die spezialisierte Hebamme APM ist für die Handlungen, die sie/er nach Absatz 1 vornimmt, strafrechtlich verantwortlich. Das Reglement legt die Grenzen der in Absatz 1 aufgeführten zivilrechtlichen Haftung fest. Die betroffenen Berufsverbände sind zu der Verordnung zu konsultieren.</p>
--	--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>von Hebammen unter dem Begriff “Advanced Midwifery Practice” (AMP) oder “Advanced Practice Midwife” (APM) bekannt. So arbeiten in Grossbritannien bereits Hebammen in der Funktion der “Specialist Maternal Mental Health Midwife” (Crabbe & Hemingway, 2014). Gesundheitsfachpersonen in Advanced Practice Rollen verfügen über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen.</p> <p>Was macht eine Advanced Practice Hebamme?</p> <p>Die Tätigkeit einer Advanced Practice Midwife erfolgt nach neuesten Erkenntnissen. Sie setzt Forschungsergebnisse um und entwickelt und evaluiert systematisch pflegerische Angebote.</p> <p>Nach dem Modell von Hamric et al. (2009) zeichnen sich APMs in erster Linie durch Exzellenz in der klinischen Praxis aus. Sie arbeiten nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin und Pflege, welche die klinische Erfahrung mit Theorie und Forschungswissen, Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen/Patienten und ihrer Familien sowie lokalen Informationen und Ressourcen verbindet.</p> <p>APM und Interprofessionalität:</p> <p>Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. SHV	KLV 15	1-3		<p>Begründung: Erkrankt eine stillende Frau z. Bsp. an einer schwerwiegenden Brustentzündung, einem Abszess etc. ist gemäss jetziger Fassung des Gesetzestextes eine Betreuung durch die Hebamme, Stillberaterin oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrau oder Pflegefachmann nicht möglich, wenn die drei Stillberatungen bereits aufgebraucht sind. Deshalb ist es wichtig, dass die Möglichkeit besteht, auf ärztliche Anordnung Stillberatungen durchzuführen.</p> <p>Die Möglichkeit zur ärztlichen Verordnung von zusätzlichen Leistungen ist sowohl im KLV Artikel 13 wie auch 16 bereits verankert. Im Artikel 15 fehlt diese.</p> <p>Im Bereich der Abrechnung führt dies zu Rückweisungen von Hebammenrechnungen, da dieser Passus nicht verankert ist. Die Versicherer argumentieren damit, dass kein Passus "ärztlich verordnete Stillberatungen" im KLV Artikel 15 erwähnt seien. Darum ist es wichtig, dies im Rahmen dieser Vernehmlassung zu korrigieren.</p> <p>Warum sollen Stillberatungen auch pränatal erfolgen?</p>	<p><u>Art. 15 Stillberatung</u> (Gelb markiert ist Neu)</p> <p>1 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner durchgeführt wird.</p> <p>2 Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen während der gesamten individuellen Stillzeit. Auf ärztliche Verordnung können zusätzliche Stillberatungen durchgeführt werden. Finden diese nach den ersten 56 Tagen nach der Geburt statt, unterliegen sie der Franchisebeteiligung.</p> <p>3 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹) kann sowohl prä- wie auch postnatal erfolgen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Für Frauen mit Diabetes ist es zentral, dass man mit ihnen die Gewinnung von Kolostrum (bereits in der Schwangerschaft vorhandene, Vormilch) bespricht. Diese gewonnene Vormilch wird ab Geburt dem Neugeborenen verabreicht, dies hilft den Blutzuckerspiegel des Neugeborenen rasch zu stabilisieren.</p> <p>Aber auch Frauen nach Brust-Operationen, Mehrlingen oder bei drohender Frühgeburt können von pränatalen Stillberatungen profitieren, damit der Stillstart auch bei solchen Diagnosen optimal gelingen kann.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Registerverordnung Leistungserbringer OKP</p> <p>Variante 2: Registerführung durch das BAG</p>			<p>Die Revision des KVG sieht in Artikel 40a nKVG vor, dass das Departement ein Register über die nach Artikel 36 nKVG zugelassenen Leistungserbringer führt. Das neue Leistungserbringerregister dient nach Artikel 40b nKVG dem interkantonalen Informationsaustausch über zugelassenen Leistungserbringer sowie dem interkantonalen Informationsaustausch über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59, der Information der Versicherer und der Versicherten, statistischen Zwecken und</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>der Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a nKVG.</p> <p>Die Führung des Registers kann der Bundesrat an einen Dritten übertragen.</p> <p>Der SHV begrüsst ein neues, umfassendes und mind. teilweise öffentlich zugängliches Register aller kantonale zugelassenen Leistungserbringer.</p> <p>Der SHV würde die Variante 2, "Führen des Registers durch das BAG" gegenüber der Variante 1 bevorzugen.</p> <p>Das Führen eines Registers, welches vom Inhalt her von grossem öffentlichen Interesse ist und besonders schützenswerte Daten enthält, muss zwingend durch ein Bundesamt geführt werden. Solch eine wichtige Aufgabe darf NICHT an Dritte delegiert werden.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Société Médicale du Valais

Abkürzung der Firma / Organisation : SMVS

Adresse : Av. de France 8 – 1950 Sion / VS

–

Kontaktperson : Me Dominique Sierro
Secrétaire Général SMVS

Telefon : Tél. 027 203 60 40

E-Mail : smvs@hin.ch

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	4
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	9
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	12
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	14
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	17
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	21
 Weitere Vorschläge _____	25
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	26

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung (<i>Version allemande ci-dessous</i>)
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p>La SMVS est très préoccupée par les propositions contenues dans les ordonnances soumises à la consultation ci-dessus. Elle souhaite vivement que la régulation et la gestion du système sanitaire suisse soit faite en se basant sur des données adéquates en assurant une utilisation correcte et respectueuse de la protection des données. Ces données doivent absolument être intégrées aux expériences et aux connaissances du terrain pour minimiser le risque d'erreurs qui aurait des conséquences majeures sur la qualité de la prise en charge médicale de nos patients et de l'accessibilité aux soins pour notre population. Il est inconcevable que la régulation de l'admission des prestataires du domaine ambulatoire médical extrahospitalier soit faite en se basant quasiment uniquement sur des critères économiques (chiffres d'affaire des médecins individuels ?!) et de gestion administrative sans intégrer une évaluation des besoins réels du terrain valable qui nécessite l'implication des sociétés médicales cantonales ainsi que l'intégration des besoins prévisibles des patients (p.ex. prise en considération des délais d'attente pour accéder à différentes prestations de soins). Les méthodologies adéquates doivent encore être développées pour permettre une gestion intelligente du système sanitaire suisse et plus particulièrement du domaine ambulatoire extrahospitalier. Ce dernier est en souffrance depuis des années et nécessite des investissements conséquents et importants pour assurer le maintien d'un système dual public-privé en Suisse et surtout le renforcement de l'application de la stratégie politiquement souhaitée 'ambulant avant stationnaire'.</p> <p>La SMVS soutient donc avec véhémence l'analyse faite par la CCM qui se base sur une approche de 'littératie des données' qui nous semble indispensable pour gérer et réguler au mieux le domaine ambulatoire là où c'est nécessaire, de façon adéquate.</p> <p>Plus particulièrement, la SMVS demande à ce que ces ordonnances soient complètement revues pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ordonnance prévoit la mise en place d'un modèle 'd'estimation des besoins' qui se base principalement sur la densité médicale régionale actuelle et le chiffre d'affaire (?) des médecins individuels qu'elle compte transformer en 'budget global' pour le domaine ambulatoire extrahospitalier. Elle fait fi des nombreux avertissements et limitations méthodologiques relevés par les experts eux-mêmes qui ont élaboré le rapport servant de base à cette ordonnance. Alors que les calculs présentés démontrent déjà une sous-dotation par rapport aux besoins dans la plupart des régions Suisses pour la médecine de premier recours p. ex. et que quasiment la moitié des médecins installés dans le domaine ambulatoire approchent de l'âge de la retraite et qu'une relève suffisante n'est pas en vue pour les prochaines années, l'ordonnance ne prévoit aucun mécanisme pour favoriser la relève ambulatoire, bien au contraire. Elle vise à 'geler' la situation actuelle sans se préoccuper de la 'work-life-balance' différente à laquelle aspirent à juste titre les jeunes médecins et va donc à l'encontre de tous les efforts entrepris actuellement pour faciliter la relève médicale. <p>L'ordonnance représente un danger majeur pour la relève médicale ambulatoire indispensable partout en Suisse et plus particulièrement en Valais!</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

- L'ordonnance impose une livraison de données sensibles et personnelles de façon disproportionnée et injustifiée et pour les données des médecins et pour les données de leurs patients, alors que des méthodologies statistiques et de 'littératie des données' (data literacy) permettraient d'arriver à une évaluation des besoins réels du terrain par une approche nettement moins intrusive et fournissant des résultats plus robustes. Il est difficilement compréhensible, comment on pourrait déduire une évaluation de besoin en se basant sur les chiffres d'affaires, sans intégrer les évolutions épidémiologiques ni les délais d'attente des patients et l'accessibilité aux prestations de soins l'adéquation de la couverture de soins... La prise de position de la CCM décortique à différents niveaux les manquements fondamentaux de l'ordonnance en question.

L'ordonnance viole les principes de base de la protection des données et de la proportionnalité de la livraison des données. Elle ouvre grandement la porte à un système de surveillance continu et disproportionné, en se basant sur des prémisses insoutenables qui ne semble viser 'que' les médecins en apparence, mais vise aussi à surveiller toutes les filières de prise en charge des patients individuels en même temps.

De plus, nous renvoyons à la prise de position de la CCM.

*Die Walliser Ärztesgesellschaft ist sehr besorgt über die Tragweite und die Auswirkungen der aktuell zur Vernehmlassung vorgelegten Verordnungen. **Es scheint uns inakzeptabel, dass unser Gesundheitswesen und die Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer im nicht-spital-ambulanten Gesundheitssektor praktisch ausschliesslich über ökonomische Kriterien (Umsatzzahlen der Einzelpraxen?!) und administrative Auflagen erfolgen soll, ohne dass eine effektive Evaluation des realen Bedarfs vor Ort integriert sei.** Dies würde erfordern, dass die kantonalen Ärztesgesellschaften und auch die vorhersehbaren Patientenbedürfnisse (z.B. durch Miteinbezug der Wartefristen zum Zugang zu verschiedenen Gesundheitsleistungen) verbindlich mit eingebunden werden müssten.*

- Die Verordnung sieht ein Modell zu 'Bedarfsanalyse' vor, das sich hauptsächlich auf der aktuellen regionalen Ärztedichte und den Umsatzzahlen (!) der einzelnen Ärzte abstützt, die zu einer Art 'Globalbudget' für den nicht-spitalambulanten Sektor verarbeitet werden. Sie ignoriert die vielen Hinweise auf Schwierigkeiten und methodologische Einschränkungen, die von den Experten, die den Bericht, auf dem die Verordnung aufbaut, erstellt haben, klar dargelegt werden. Obwohl die aus den Analysen hervorgehenden Berechnungen bereits eine Unterdeckung gerade im Bereich der Hausarztmedizin in den meisten Regionen der Schweiz sichtbar werden lassen und wir wissen, dass praktisch die Hälfte der niedergelassenen Ärzte demnächst ins Pensionsalter kommen und in den nächsten Jahren keine genügende Ablösung gewährleistet ist, beinhaltet die Verordnung keinerlei Mechanismen, um eine nachhaltige Erneuerung des ambulanten Gesundheitssektors zu fördern. Im Gegenteil: sie sieht vor, die aktuelle Situation 'einzufrieren' ohne sich mit der dringenden Verbesserung der 'Work-life-balance', die sich die Ärzte und Ärztinnen der jungen Generation verständlicher Weise wünschen, zu befassen. Die Verordnung behindert damit alle bisherigen Bemühungen, die eine nachhaltige Erneuerung der Grundversorgung ermöglichen wollen.

Die Verordnung stellt somit eine grosse Gefahr für die dringend notwendige nachhaltige Erneuerung der nicht-spitalambulanten

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

medizinischen Versorgung in der ganzen Schweiz und insbesondere im Wallis dar!

- Die Verordnung zwingt zu einer unverhältnismässigen und ungerechtfertigten Datenlieferung persönlicher und sensibler Daten der Ärzte und ihrer Patienten. Dies obschon mit angepassten statistischen Methoden und etwas 'Datenkompetenz' (data literacy) sinnvollere und zuverlässigere brauchbare, realitätsnähere Bedarfsbeurteilungen gemacht werden könnten, ohne einen solch extensiven Beizug sensibler Daten. Es ist schwer verständlich, wie man praktisch nur auf Umsatzzahlen basiert, ohne Integration epidemiologischer Entwicklungen und patientenbezogener Daten wie Wartezeiten und Zugänglichkeit zu Behandlungsoptionen eine sinnvolle, realitätsbezogene Bedarfsabschätzung machen könnte. Die Stellungnahme der KKA weist in detaillierter Weise auf verschiedene Fehlannahmen der zur Diskussion stehenden Verordnung hin.
Die Verordnung verstösst gegen grundlegende Prinzipien des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit der Datenlieferungspflicht. Sie öffnet Tür und Tor für ein kontinuierliches und dysproportioniertes Überwachungssystem, indem sie sich auf unhaltbaren Grundannahmen abstützt und anscheinend 'nur' die einzelnen Ärzte ins Visier zu nehmen scheint, jedoch gleichzeitig bereits implizit eine Überwachung aller Behandlungspfade der einzelnen Patienten anvisiert.

Des weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der KKA, die wir vollumfänglich unterstützen:

Das Begleitschreiben der KKA an Herrn Bundesrat Berset ist integraler Bestandteil der Antwort der KKA. Auf einen Übertrag in das Vernehmlassungsformular wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme!

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht

Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹

In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Und es wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen. Der Klarheit halber ist die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.

Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:

„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 revKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im revArt. 58a KVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des revArt. 36a Abs. 1 Satz 2 KVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a revKVG noch gar nicht in Kraft ist. Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittlere Arztpraxen ab. Es nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?

-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3 müssen im Sinne der Datenadäquanz und des Datenschutzes präzisiert werden:

Antrag : Textvorschlag

1Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a.BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);
- b.zuständige kantonale Behörden:3.Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVG KVG)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>3^{bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Erreuer ! Source du renvoi introuvable.	58g		a - d	Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a revKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen gemäss zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a revKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.	Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält. Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren: „Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“
	134	4		In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen: ² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels	Änderung: Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen ⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Erreur ! Source du renvoi introuvable.</p>	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2). Grundsätzlich begrüssen wir den Aufbau eines Registers für die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer und favorisieren die Variante 2 mit der departementsinternen Vergabe.</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers dem BFS übertragen und nicht dem BAG (neuer Vorschlag 3). Klar Abzulehnen ist die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten:</p> <p>Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>
<p>Erreur ! Source du renvoi introuvable.</p>	

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		<p>Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.</p>	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		<p>Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag 3) erfolgt.</p>	<p>Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...]</p> <p>Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.</p>
	8	2		Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die	Änderungsvorschlag von Abs. 2:

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.	Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.
	13	2		Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.	Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.
	15	1	a +b		Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG <u>BFS</u> stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung : a. dem BFS : für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u> ; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u> , soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme impliziert, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, bestimmt also darüber, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein. - Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt. - Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird. - Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe. - Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können. Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht. - Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen voll die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund Ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte ausfällt. <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
Erreuer !	Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Source du renvoi introuvable.	<p>Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden. Nachdem sich die Ärzteorganisationen im Rahmen einer früheren Vernehmlassung zu einer ähnlichen Vorlage dezidiert für die damals vom EDI selbst vorgeschlagene Anhörungspflicht der kantonalen Ärztesellschaften seitens der Kantone ausgesprochen hatten, bevor Höchstzahlen in Kraft gesetzt oder abgeändert werden dürfen, erachten wir die Tatsache, dass das Anhörungsrecht jetzt ohne jede Begründung gestrichen wurde, als unnötige Provokation.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt wird.</p>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	<p><u>Eventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüßen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
Erreur ! Source du	<p><u>Subeventualiter</u> zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung von</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

renvoi introuvable.	Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbaren Leistungserbringerverhalten.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztesgesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und –bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	<p>Änderung:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <u>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	10	1			¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 56 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.
	10	2			² Die <u>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der</u> Höchstzahlen sind <u>- nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen -</u> aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	10	3			NEU ³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	11	1		Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaften in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.	Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesupmtio iuris et de iure“ handelt.
		2		Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.	<p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi introuvable.			
Erreur ! Source du renvoi			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : SSO

Adresse : Münzgraben 2

Kontaktperson : RA Simon Gassmann/ RA Ivo Bühler

Telefon : 031 313 31 31

E-Mail : sekretariat@sso.ch

Datum : 18. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SSO	Als neue Voraussetzung zur Zulassung von Zahnärzten als Leistungserbringer nach KVG wird eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut verlangt. Bisher waren es 2 Jahre. Gemäss Erläuterungen sollen damit die Zulassungsanforderungen für die Tätigkeit zulasten der OKP betreffend denjenigen der Ärztinnen und Ärzte angeglichen werden. Einerseits begrüssen wir diese Neuregelung, gerade was die Zulassung von ausländischen Zahnärzten betrifft. Allerdings bedeutet dies auch einen massiven Nachteil für junge Zahnärzte, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben. Bei diesen muss man von einer besseren Kenntnis des Schweizerischen Gesundheitswesens ausgehen. Da es um die Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens geht, wäre eine differenzierte Regelung nichtdiskriminierend. Wir beantragen somit, die zweijährige praktische Weiterbildung bei Absolventen mit Schweizer Diplom beizubehalten.
SSO	Grundsätzlich sind Massnahmen zur Verbesserung der Qualität zu begrüssen. Es ist jedoch falsch anzunehmen, dass die Verbände der Leistungserbringer bisher keine Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung unternommen hätten. Insbesondere sind die bereits vorhandenen Qualitätsmassnahmen zu berücksichtigen. Die SSO hat dazu Qualitätsleitlinien erlassen. Zu Berücksichtigen ist zudem die Qualität der Ausbildung sowie die Fortbildungskontrolle.
SSO	Qualitätsanforderungen dürfen nicht dazu führen, dass die administrativen Belastungen der Medizinalpersonen so gross werden, dass die Zeit und damit die Qualität für den Patientenkontakt fehlt.
SSO	<p>Es ist zu berücksichtigen, dass ein Grossteil der Medizinalberufe freiberuflich und in KMU organisiert sind. Diese können nicht die gleichen Anforderungen erfüllen, die für grosse Institutionen wie Spitäler gelten. Es ist wichtiger, dass die Qualitätsmassnahmen umgesetzt werden, als jährliche Berichte zu schreiben und Studien zu verfassen. Ein Qualitätsmanagementsystem wäre für Zahnarztpraxen nur mit einem unverhältnismässigen bürokratischen Aufwand verbunden, der für Freiberufler nicht umsetzbar ist.</p> <p>Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung bei Zahnärzten nur einen kleinen Anteil betrifft. Die Erläuterungen halten dazu insbesondere folgendes fest: «Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in Artikel 35 Absatz 2 nicht ausdrücklich als Leistungserbringer genannt, da sie nur einen Teil ihrer Leistungen unter bestimmten Bedingungen zulasten der OKP erbringen (Art. 31 KVG).» Umso mehr wäre die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems für diesen kleinen Bereich unverhältnismässig. Die bestehenden Qualitätsleitlinien der SSO sind für diesen Bereich genügend. Zu hohe administrative Belastungen könnten dazu führen, dass Zahnärzte nicht mehr im Bereich der Krankenversicherung tätig werden. Wir beantragen deshalb, dass Zahnärzte von den Anforderungen in 58g KVV ausgenommen werden. Die Anforderung eines Qualitätsvertrages mit den Krankenversicherern genügt um die Qualität in diesem Bereich zu</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	sichern. Soll die Qualitätssicherung nicht zu einer Alibiübung werden, so müssen die berufsspezifischen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Sachgerechte Qualitätsmassnahmen können weder durch den Bund noch durch eine Qualitätskommission festgelegt werden. Sie sollen von den Tarifpartnern gemeinsam, unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit, festgelegt werden. Wir beantragen deshalb, dass die Zahnärzte von den Qualitätsanforderungen des Art. 58g KVV ausgenommen werden.
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SSO	42		b	<p>Als neue Voraussetzung zur Zulassung von Zahnärzten als Leistungserbringer nach KVG wird eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut verlangt. Bisher waren es 2 Jahre. Ziel ist eine bessere Kenntnis des Schweizerischen Gesundheitssystems. Gemäss Erläuterungen sollen damit die Zulassungsanforderungen für die Tätigkeit zulasten der OKP denjenigen der Ärztinnen und Ärzte angeglichen werden. Dabei ist zu beachten, dass die dreijährige Weiterbildung der Ärzte eben gerade auf die obligatorische Weiterbildungspflicht nach MedBG zurückzuführen ist. Dies ist bei den Zahnärzten gerade nicht so. Für Zahnärzte gilt kein Weiterbildungsobligatorium.</p> <p>Einerseits begrüssen wir diese Neuregelung, gerade was die Zulassung von ausländischen Zahnärzten betrifft. Allerdings bedeutet dies auch einen massiven Nachteil für junge Zahnärzte, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben. Bei diesen muss man von einer besseren Kenntnis des Schweizerischen Gesundheitswesens ausgehen. Da es um die Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens geht, wäre die von uns vorgeschlagene differenzierte Regelung nicht diskriminierend.</p>	<p>b. Sie weisen sich über eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut aus. Bei in der Schweiz abgeschlossener Ausbildung wird maximal ein Jahr als praktische Weiterbildung anerkannt.</p>
SSO	42		c	<p>Es ist zu berücksichtigen, dass ein Grossteil der Medizinalberufe freiberuflich und in KMU organisiert ist. Diese können nicht die gleichen Anforderungen erfüllen, die für grosse Institutionen wie Spitäler gelten. Es ist wichtiger, dass die Qualitätsmassnahmen umgesetzt werden, als jährliche Berichte zu schreiben und</p>	<p>Art. 42 lit. c ist zu streichen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Studien zu verfassen. Ein Qualitätsmanagementsystem wäre für Zahnarztpraxen nur mit einem unverhältnismässigen bürokratischen Aufwand verbunden, der für Freiberufler nicht umsetzbar ist.</p> <p>Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung bei Zahnärzten nur einen sehr kleinen Anteil betrifft. Dieser beträgt nur gerade 0.17% der Gesamt-OKP-Leistungen im Jahr 2018. Die Erläuterungen halten dazu insbesondere folgendes fest: «Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in Artikel 35 Absatz 2 nicht ausdrücklich als Leistungserbringer genannt, da sie nur einen Teil ihrer Leistungen unter bestimmten Bedingungen zulasten der OKP erbringen (Art. 31 KVG).» Umso mehr wäre die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems für diesen kleinen Bereich unverhältnismässig. Die bestehenden Qualitätsleitlinien der SSO sind für diesen Bereich genügend. Zu hohe administrative Belastungen könnten dazu führen, dass gewisse Zahnärzte nicht mehr im Bereich der Krankenversicherung tätig werden und damit die Versorgung im Bereich OKP nicht mehr flächendeckend gewährleistet ist. Wir beantragen deshalb, dass Zahnärzte von den Anforderungen in 58g KVV ausgenommen werden. Die Anforderung eines Qualitätsvertrages mit den Krankenversicherern genügt um die Qualität in diesem Bereich zu sichern. Soll die Qualitätssicherung nicht zu einer Alibiübung werden, so müssen die berufsspezifischen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Sachgerechte Qualitätsmassnahmen können weder durch den Bund noch durch eine Qualitätskommission festgelegt werden. Sie sollen von den Tarifpartnern gemeinsam, unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit, festgelegt werden.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

SSO	58g			Die Anforderungen sind nicht KMU konform und führen zu unnötigen administrativen Belastungen.	Dieser Artikel ist zu streichen. Eventualiter sind die Anforderungen auf Spitäler zu begrenzen.
SSO	134	1		Wer bisher als Leistungserbringer zugelassen war, soll weiterhin zugelassen sein. Dies soll insbesondere auch für Inhaber altrechtlicher Bewilligungen gelten, die befristet sind.	Leistungserbringer im Sinne der Artikel 44–54 , die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes gestützt auf eine Bewilligung nach altem Recht für die Krankenversicherung tätig sind, bleiben zugelassen, wenn sie innert einem Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes nach kantonalem Recht zugelassen sind.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SSO	<p>Die aktuellen Zulassungsdaten werden von der sasis ag verwaltet und können ohne Probleme übernommen werden, da diese Daten aus unserer Sicht nicht der sasis ag allein gehören. Sie basieren auf den Vereinbarungen der Tarifpartner. Wir sind nicht bereit, Gebühren für die Übernahme und Weiterverwendung dieser Daten zu bezahlen. Es ist eine neue staatliche Aufgabe, die auch vom Staat zu tragen ist. Es geht nicht an, dass der Staat Aufgaben, die bisher die Tarifpartner kostengünstig geregelt hatten an sich reisst und sich dann teuer dafür bezahlen lässt. Wir lehnen neue Gebühren entschieden ab.</p> <p>Es macht keinen Sinn, die bestehende Infrastruktur nicht weiterhin zu nutzen. Der Aufbau einer neuen Datenbank hätte unverhältnismässig hohe Kosten zur Folge, indem nicht nur bei den Versicherern, sondern auch bei den Leistungserbringern der Datenaustausch neu geregelt werden müsste.</p> <p>Falls sich der Bundesrat für ein vom Departement geführtes Register entscheiden sollte, so fänden wir es aus Effizienzgründen besser, wenn dieses Register beim Bundesamt für Statistik angegliedert wird und nicht beim BAG. Entsprechend wäre im Entwurf BAG durch BFS zu ersetzen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SSO	2			Wir sprechen uns für Variante 1 aus. Insbesondere soll die bestehende Infrastruktur übernommen werden. Es ist unverhältnismässig ein neues System einzuführen. Insbesondere sind wir gegen die Erhebung neuer Gebühren.	Variante 1 mit bestehender Infrastruktur soll gewählt werden.
SSO	8	2		Die Angabe der E-Mail-Adresse ist nicht notwendig. Die Vorgabe widerspricht damit dem Datenschutz.	Änderungsvorschlag: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.
SSO	13	2		Die Angabe der E-Mail-Adresse und des Geburtsdatums ist für die Öffentlichkeit nicht notwendig. Die Vorgabe widerspricht damit dem Datenschutz.	Die Öffentlichkeit soll keinen Zugang zur E-Mail-Adresse und dem Geburtsdatum haben.
SSO	22			Die bestehende Infrastruktur soll übernommen werden. Auf neue Gebühren ist zu verzichten.	Art. 22 ist zu streichen.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SSO	Die Zahnarztkosten zulasten der OKP sind gering und nicht gestiegen. Folgerichtig begrüssen wir es, dass für die Zahnärzte keine Höchstzahlen gelten sollen.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
------------	------	------	------	--------------------	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge				
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stillförderung Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : -

Adresse : Schwarztorstrasse 87

Kontaktperson : Christine Brennan

Telefon : 031 381 49 66

E-Mail : christine.brennan@stillfoerderung.ch

Datum : 18. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
 Weitere Vorschläge _____	13
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	14

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV 45b		NEU	<p>Für die zukünftige Rollenentwicklung des Hebammenberufes ist es enorm wichtig, die Rolle der Advanced Practice, in welchem spezialisierte Hebammen mit einer Ausbildung auf Masterniveau bereits tätig sind, auf nationalem Niveau zu regeln. Dabei soll das hervorragende Beispiel des Kantons VD die Grundlage liefern. (Siehe Spalte rechts).</p> <p>Die Rollenentwicklung ist bereits in vollem Gange, aber es fehlt eine rechtliche Grundlage, auf welche sich die Rolleninhaberin/der Rolleninhaber abstützen kann, um in diesen «neuen» Tätigkeitsfeldern Fuss fassen zu können. Somit kommt die Rollenentwicklung spätestens beim Eintritt in die praktische Tätigkeit ins Stocken und diese Verzögerung muss verhindert werden.</p> <p>Ohne nationale Regelung fehlt auch die rechtliche Grundlage für die verbindliche Registrierung des Titels der Advanced Practice Rolle sowie die nötige Verankerung der zusätzlichen Kompetenzen gegenüber dem Abschluss Hebamme Bsc. Andererseits wird ohne gesetzliche Regelung die Implementierung von Pilotprojekten im</p>	<p>Hier der Link zum Artikel 124b des «loi de la santé» des Kantons VD (Seite 55) https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/20836/versions/189961/fr</p> <p>Spezialisierte Hebamme APM</p> <p>1. Eine spezialisierte Hebamme APM ist eine Person, die aufgrund ihrer/seiner Ausbildung auf Masterniveau befähigt ist, in ihrem/seinem Zuständigkeitsbereich selbstständig folgende ärztliche Aufgaben zu übernehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verschreibung und Interpretation diagnostischer Tests; b. Durchführung ärztlicher Handlungen; c. Verschreibung von Arzneimitteln und Sicherstellung ihrer Überwachung und Anpassung. <p>2. Die spezialisierte Hebamme APM übt ihre/seine Tätigkeit grundsätzlich in abhängiger Stellung innerhalb einer Gesundheitseinrichtung oder Pflegeorganisation aus. Sie/er kann jedoch auch im Einvernehmen mit einem zur selbständigen Berufsausübung befugten Arzt/Ärztin selbstständig tätig werden.</p> <p>3 Die spezialisierte Hebamme APM ist für die Handlungen, die sie/er nach Absatz 1 vornimmt, strafrechtlich verantwortlich. Das Reglement legt die Grenzen der in Absatz 1 aufgeführten zivilrechtlichen</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>interprofessionellen Setting gefährdet, wenn nicht gar verunmöglicht. Eine gesetzliche Regelung ist daher dringend nötig, um diese wichtige Rollenentwicklung vorantreiben zu können!</p> <p>Warum soll die Advanced Practice im Bereich der Hebammenarbeit unterstützt werden?</p> <p>International misst die Weltgesundheitsorganisation in ihrem europäischen Kompendium "Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health (WHO 2015)" den Hebammen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung der Herausforderungen in der Perinatalversorgung zu. Im englischsprachigen Raum ist diese erweiterte und spezialisierte Befähigung von Hebammen unter dem Begriff "Advanced Midwifery Practice" (AMP) oder "Advanced Practice Midwife" (APM) bekannt. So arbeiten in Grossbritannien bereits Hebammen in der Funktion der "Specialist Maternal Mental Health Midwife" (Crabbe & Hemingway, 2014).</p> <p>Gesundheitsfachpersonen in Advanced Practice Rollen verfügen über vertiefte wissenschaftliche und fachliche Kompetenzen.</p> <p>Was macht eine Advanced Practice Hebamme?</p> <p>Die Tätigkeit einer Advanced Practice Midwife erfolgt nach neuesten</p>	<p>Haftung fest. Die betroffenen Berufsverbände sind zu der Verordnung zu konsultieren.</p>
--	--	--	--	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Erkenntnissen. Sie setzt Forschungsergebnisse um und entwickelt und evaluiert systematisch pflegerische Angebote.</p> <p>Nach dem Modell von Hamric et al. (2009) zeichnen sich APMs in erster Linie durch Exzellenz in der klinischen Praxis aus. Sie arbeiten nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin und Pflege, welche die klinische Erfahrung mit Theorie und Forschungswissen, Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen/Patienten und ihrer Familien sowie lokalen Informationen und Ressourcen verbindet.</p> <p>APM und Interprofessionalität: Soll die Interprofessionalität gemäss der Charta der SAMW zum Durchbruch verholfen werden, muss die AP Rolle zwingend auf der gesetzlichen Ebene legitimiert werden.</p>	
	KLV 15	1-3	<p>Begründung: Erkrankt eine stillende Frau z. Bsp. an einer schwerwiegenden Brustentzündung, einem Abszess etc. ist gemäss jetziger Fassung des Gesetzestextes eine Betreuung durch die Hebamme, Stillberaterin oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrau oder Pflegefachmann nicht möglich, wenn die drei Stillberatungen bereits aufgebraucht sind. Deshalb ist es wichtig, dass die Möglichkeit besteht, auf ärztliche Anordnung</p>	<p><u>Art. 15 Stillberatung</u> (Gelb markiert ist Neu)</p> <p>1 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner durchgeführt wird.</p> <p>2 Die Übernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen während der gesamten individuellen Stillzeit. Auf ärztliche Verordnung können zusätzliche Stillberatungen durchgeführt werden. Finden diese</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Stillberatungen durchzuführen. Die Möglichkeit zur ärztlichen Verordnung von zusätzlichen Leistungen ist sowohl im KLV Artikel 13 wie auch 16 bereits verankert. Im Artikel 15 fehlt diese.</p> <p>Im Bereich der Abrechnung führt dies zu Rückweisungen von Hebammenrechnungen, da dieser Passus nicht verankert ist. Die Versicherer argumentieren damit, dass kein Passus "ärztlich verordnete Stillberatungen" im KLV Artikel 15 erwähnt seien. Darum ist es wichtig, dies im Rahmen dieser Vernehmlassung zu korrigieren.</p> <p>Warum sollen Stillberatungen auch pränatal erfolgen?</p> <p>Für Frauen mit Diabetes ist es zentral, dass man mit ihnen die Gewinnung von Kolostrum (bereits in der Schwangerschaft vorhandene, Vormilch) bespricht. Diese gewonnene Vormilch wird ab Geburt dem Neugeborenen verabreicht, dies hilft den Blutzuckerspiegel des Neugeborenen rasch zu stabilisieren. Aber auch Frauen nach Brust-Operationen, Mehrlingen oder bei drohender Frühgeburt können von pränatalen Stillberatungen profitieren, damit der Stillstart auch bei solchen Diagnosen optimal gelingen kann.</p>	<p>nach den ersten 56 Tagen nach der Geburt statt, unterliegen sie der Franchisebeteiligung.</p> <p>3 Die Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG¹) kann sowohl prä- wie auch postnatal erfolgen.</p>
--	--	--	---	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren
Erläuterungen**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge	
---------------------------	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

Abkürzung der Firma / Organisation : svbg

Adresse : Altenbergstrasse 29, Bern

Kontaktperson : Claudia Galli

Telefon : 031 313 88 46

E-Mail : cl.galli@svbg-fsas.ch

Datum : 19.2.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	5
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	11
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	11
 Weitere Vorschläge _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
svbg	<p>Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, den Änderungen an KVV und KLV und zum Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung Stellung zu nehmen. Der svbg als grösster nationaler Dachverband von Berufsorganisationen im Gesundheitswesen vereint 15 Berufsverbände mit insgesamt rund 50'000 Fachpersonen im Gesundheitswesen. Insbesondere die Mitgliedverbände der folgenden Berufe sind von diesen Vorlagen betroffen: Pflege, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie.</p> <p>Es handelt sich bei dieser Stellungnahme um eine konsolidierte Stellungnahme des gesamten svbg.</p>
svbg	<p>Der svbg verzichtet auf eine Stellungnahme zum Erlass der Höchstzahlenverordnung und verweist auf die Stellungnahmen der davon direkt betroffenen Verbände</p>
svbg	<p>Es fällt auf, dass die Zulassungsbedingungen für die Berufe, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen verrechnen können, nicht bei allen Berufen vergleichbar sind (Artikel 47 bis 50b): Aktuell sind die Auflagen für die LogopädInnen strenger als für die übrigen in Art. 47 bis 50b erwähnten Berufe. Das ist fachlich nicht nachvollziehbar, die Qualitätsanforderungen zur Berufsausübung an die LogopädInnen unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen der anderen Berufe. Die aktuellen Zulassungsbedingungen schaffen jedoch für die Logopädie ungleich höhere Hürden, was verunmöglicht, ausreichend Nachwuchs in den Beruf zu bringen.</p> <p>Für weitere Details betreffend Zulassung der LogopädInnen verweisen wir auf die Stellungnahme der CAPSL (Conférence des associations professionnelles suisses de logopédie)</p>
svbg	<p>Grundsätzlich unterstützen wir die Bemühungen um national einheitliche Qualitätsanforderungen für die Zulassung und für die selbstständige Berufsausübung – die Berufsverbände haben ein grosses Interesse an hoher Qualität und Professionalität der Leistungserbringung. Insbesondere unterstützen wir, dass die Leistungen von entsprechend qualifiziertem Personal durchzuführen sind.</p> <p>Laut Art. 77 KVV, der in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen wurde, sind solche Anforderungen allerdings in Qualitätsverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln, festzulegen und zu kontrollieren. Im Sinne der Einheit der Materie ist sicherzustellen, dass der neue Artikel 58g die schon bestehenden Qualitätsartikel sinnvoll ergänzt und keine verwirrenden Doppelspurigkeiten entstehen.</p> <p>Es ist allerdings zu befürchten, dass insbesondere kleinere Praxen mit einem unverhältnismässig grossen administrativen und technischen Aufwand (der nicht separat entschädigt wird, sondern Bestandteil der vereinbarten Tarife sein soll) konfrontiert sind. Wir begrüssen die im Bericht</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	skizzierte Lern- und Vertrauenskultur. Jedoch gibt es insbesondere bezüglich Bst. c und d noch viele Unklarheiten, die auch im erläuternden Bericht nicht präzisiert werden (siehe Bemerkungen zu einzelnen Artikeln).
svbg	An einzelnen Stellen bitten wir darum, die Terminologie gemäss aktueller Begriffe im Gesundheitswesen und in der entsprechenden Berufsgruppe zu aktualisieren.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
svbg	47-50b		c	In den Artikel 47 bis 50b ist in Buchstabe c jeweils klarzustellen, dass «auf eigene Rechnung» bedeutet, dass die Rechnungsstellung gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen geschieht.	
svbg	50		b	Die Ausbildung der Logopädie ist im EDK-Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie https://www.edk.ch/dyn/11670.php geregelt – Streichung der Aufzählungen	b. Sie verfügen über eine anerkannte mindestens dreijährige akademische Fachausbildung <i>gemäss EDK-Reglement über die Anerkennung der Hochschuldiplome in Logopädie</i> .
svbg	50		b	<p>In diesem Artikel stimmt die Bezeichnung der einzelnen Abschnitte nicht: Buchstaben «b» kommt doppelt vor. Dieser Antrag bezieht sich auf den zweiten Buchstaben «b» («sie verfügen über eine zweijährige praktische Tätigkeit...»)</p> <p>Dieser Buchstabe ist anzugleichen an die Anforderungen der in KVV 47, 48, 49, 50a geregelten Berufe.</p> <p>Jetzige Version streichen.</p>	<p>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit überwiegend im Erwachsenenbereich ausgeübt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einer Logopädin oder einem Logopäden, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder 3. in einer Organisation der Logopädie unter der Leitung einer Logopädin oder eines Logopäden, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

svbg	58g		a	<p>Wir unterstützen, dass die Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal durchgeführt werden müssen.</p> <p>Allerdings ist dabei der aktuelle Fachkräftemangel in praktisch allen Gesundheitsberufen zu berücksichtigen: es sind ausreichend Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen und die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse sind speditiv abzuwickeln.</p> <p>Konkret bedeutet dies u.a. dass Ausbildungsleistungen im ambulanten Bereich analog zu den Ausbildungsleistungen Stationär zu entschädigen sind, damit die Kapazität an Praktikumsplätzen im ambulanten Bereich erhöht werden kann</p>	
svbg	58g		b	<p>Grundsätzlich begrüssen wir die Anforderung, dass jeder Leistungserbringer über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verfügen muss.</p> <p>Laut Art. 77, wie in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen, sind die konkreten Indikatoren und -systeme durch Versicherer und Berufsverbände gemeinsam in nationalen Qualitätsverträgen festzulegen. Diese Massnahmen müssen zwingend verhältnismässig und dürfen zu keiner unnötigen administrativen Belastung führen.</p> <p>Für die Zulassung ist aus unserer Sicht durch die Kantone ausschliesslich zu prüfen, ob der Leistungserbringer dem entsprechenden nationalen Qualitätsvertrag beigetreten ist</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass hier keine Doppelspurigkeiten entstehen.</p>	
	58g		c	<p>Wir begrüssen die Orientierung an einer Lern- und Vertrauenskultur, wie sie im Bericht umschrieben sind.</p>	<p>Sie streben eine Sicherheitskultur an und legen insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem fest</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Wir begrüssen, dass die Leistungserbringer ein internes Berichts- und Lernsystem festlegen sollen; allerdings können sie eine Sicherheitskultur noch nicht entwickelt haben, wenn sie erst zur OKP zugelassen werden sollen: Art. 58g legt die Kriterien fest, die bei der Zulassung erfüllt werden müssen – dies steht jedoch im Widerspruch mit der Tatsache, dass eine Kultur erst im Laufe der Zeit und der Zusammenarbeit entwickelt werden kann.</p> <p>Aus unserer Sicht ist in den nationalen Qualitätsverträgen festzulegen, ob und wie die Leistungserbringer die Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken vollziehen (ob dies einen Beitritt zu einem «gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk» bedeutet); der Aufwand und Nutzen dieses Beitritts muss für kleine und Einzelpraxen zweck- und verhältnismässig sein.</p>	
	58g		d	<p>Da die Konzepte zur Qualitätssicherung und -messung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen ausgehandelt werden und in nationalen Qualitätsverträgen festgehalten werden sollen, liegt auch die Umsetzung der Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe bei den Versicherern und den Leistungserbringern. Umfang und Aufwand müssen zweck- und verhältnismässig sein. Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Die notwendige «Ausstattung» kann also je nach Berufsgruppe und ausgehandelte Indikatoren unterschiedlich sein.</p> <p>Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in die Berechnung der Tarife einfließen, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.</p>	<p>Sie nehmen an den in den Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgelegten Massnahmen teil.</p> <p>Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen wird tariflich abgegolten.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	58g			<p>Es bleibt im gesamten Abschnitt unklar, in welcher Form diese Anforderungen durch die Kantone überprüft werden sollen. Da die Kantone die Zulassungen prüfen werden ist zu befürchten, dass erneut kantonal unterschiedliche Verfahren geschaffen werden (diese Erfahrung haben wir gerade bei der Umsetzung des GesBG wieder gemacht) oder dass der Nachweis dieser Kriterien mit enormem Aufwand verbunden ist.</p> <p>Wir plädieren daher noch einmal dafür, dass die Konzepte und Massnahmen in den nationalen Qualitätsverträgen definiert werden und durch die Kantone für die Zulassung ausschliesslich überprüft werden muss, ob der Leistungserbringer diesem Vertrag beigetreten ist.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
svbg	<p>Aus unserer Sicht ist zentrales Ziel, dass keine weitere Multiplikation von Registern und Schnittstellen stattfindet: Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, NAREG, Gesundheitsberuferegister und jetzt noch das Leistungserbringerregister. Um Redundanzen und Fehleranfälligkeit zu reduzieren, und aus Gründen der Datensicherheit und -qualität, der Effizienz und der Kosten muss es das Ziel sein, für alle betroffenen Berufe EIN Register zu führen, in welchem alle notwendigen Daten betreffend Berufsausübung und -bewilligung und OKP-Leistungserbringung erfasst sind und je nach gesetzlicher Grundlage entsprechende Rechte und Zugänge für kantonale Stellen geschaffen werden.</p> <p>Ein solches Register ist von einer Stelle zu führen, die über entsprechendes Knowhow und die entsprechende Technologie verfügt.</p>
svbg	Ausserdem ist zu prüfen, ob es im Hinblick auf die Zulassungssteuerung und die Zulassungskriterien tatsächlich alle vorgesehenen Informationen braucht und/oder ob diese schon in den vorhandenen Registern enthalten sind.
svbg	Die Einspeisung von Daten und die Nutzung des Registers sind so einfach zu gestalten, dass für die Leistungserbringer kein zusätzlicher administrativer Aufwand entsteht: diese müssen schon eine ZSR-Nummer bei der SASIS beantragen und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung. Die Daten müssen ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können.
svbg	Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringer einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir ablehnen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Die Einführung eines Leistungserbringerregisters darf also auf keinen Fall zu weiteren Gebühren für die Berufsausübenden führen .

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
svbg	8			Es ist sicherzustellen, dass hier nicht noch einmal Daten eingetragen werden müssen, die schon in den anderen existierenden Registern vorhanden sind.	
svbg	14 und 15			Bei den Art. 14 und 15 ist in Variante 1 nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen, sofern Variante 1 zum Zug kommen sollte.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
svbg	Wir verzichten auf eine Stellungnahme zu diesem Teil der Vorlage und verweisen auf die Stellungnahmen der betroffenen Verbände

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVDE ASDD

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Gabi Fontana

Telefon : 031/313 88 70

E-Mail : gabi.fontana@svde-asdd.ch

Datum : 19. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	8
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	12

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung Stellung zu nehmen. Der SVDE vereint die gesetzlich nach GesBG Art. 2 anerkannten Ernährungsberater/innen der Schweiz seit 1942. Mit seinen über 1'450 Mitgliedern bringt er rund 80% der Berufsgruppe zusammen.
	Der SVDE verzichtet auf eine Stellungnahme zum Erlass der Höchstzahlenverordnung und verweist auf die Stellungnahmen der davon direkt betroffenen Verbände
	Die Nummerierung im KVV erscheint uns nicht logisch. Zum Teilen werden nichtärztliche in Abschnitte eingeteilt wie 5. Abschnitt: Hebammen und Organisationen der Hebammen. Dann haben Berufe zum Teil eigene Artikel wie Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen // Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen // Art. 49 Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen // Art. 50 Logopäden und Logopädinnen. Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen (Art. 50a) und Neuropsychologen und Neuropsychologinnen (Art. 50b) erscheine wie untergeordnet den Logopäden und Logopädinnen. Dasselbe gilt bei der Auflistung der Organisationen der jeweiligen Berufe. Wir regen an innerhalb dieser Revision die Nummerierungen zu vereinheitlichen und befürworten eine Gliederung in Abschnitte analog zu den Hebammen.
	<p>Grundsätzlich unterstützen wir die Bemühungen um national einheitliche Qualitätsanforderungen für die Zulassung und die selbstständige Berufsausübung – der SVDE hat grosses Interesse an hoher Qualität und Professionalität der Leistungserbringung. Insbesondere unterstützen wir, dass die Leistungen von entsprechend qualifiziertem Personal durchzuführen sind.</p> <p>Laut Art. 77 KVV, der in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen wurde, sind solche Anforderungen allerdings in Qualitätssverträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auszuhandeln, festzulegen und zu kontrollieren. Im Sinne der Einheit der Materie ist sicherzustellen, dass der neue Artikel 58g die schon bestehenden Qualitätsartikel sinnvoll ergänzt und keine verwirrenden Doppelspurigkeiten entstehen.</p> <p>Wir plädieren dafür, dass in der Umsetzung des Artikels, insbesondere kleinere Praxen, nicht mit einem unverhältnismässig grossen administrativen und technischen Aufwand (der nicht separat entschädigt wird, sondern Bestandteil der vereinbarten Tarife sein soll) konfrontiert sind. Wir begrüssen die im Bericht skizzierte Lern- und Vertrauenskultur. Jedoch gibt es insbesondere bezüglich Bst. c und d noch viele Unklarheiten, die auch im erläuternden Bericht nicht präzisiert werden (siehe Bemerkungen zu einzelnen Artikeln).</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	47-50b		c	In den Artikel 47 bis 50b ist in Buchstabe c jeweils klarzustellen, dass «auf eigene Rechnung» bedeutet, dass die Rechnungsstellung gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen geschieht.	
	52b		c	<p>Hier ist klarzustellen, dass die Leitung der Organisation der Ernährungsberatung die Voraussetzung nach Artikel 50a erfüllen muss.</p> <p>Wenn alle in einer Organisation der Ernährungsberatung tätigen die Voraussetzung nach Artikel 50a erfüllen müssen, widerspricht sich das mit Art. 50a Abs. b Ziff. 3.</p>	<p>Bestehender Text: Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Leitung der Organisation der Ernährungsberatung erfüllt die Voraussetzung nach Artikel 50a</p>
	58g		a	Wir unterstützen, dass die Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden müssen.	
	58g		b	<p>Grundsätzlich begrüssen wir die Anforderung, dass jeder Leistungserbringer über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verfügen muss.</p> <p>Laut Art. 77, wie in der Vernehmlassung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen, sind die konkreten Indikatoren und -systeme durch Versicherer und Berufsverbände gemeinsam in nationalen Qualitätsverträgen festzulegen. Diese Massnahmen müssen zwingend verhältnismässig sein und dürfen zu keiner unnötigen administrativen Belastung führen.</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Für die Zulassung ist aus unserer Sicht durch die Kantone ausschliesslich zu prüfen, ob der Leistungserbringer dem entsprechenden nationalen Qualitätsvertrag beigetreten ist.</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass hier keine Doppelspurigkeiten entstehen.</p>	
	58g		c	<p>Wir begrüssen die Orientierung an einer Lern- und Vertrauenskultur, wie sie im Bericht umschrieben sind.</p> <p>Wir begrüssen, dass die Leistungserbringer ein internes Berichts- und Lernsystem festlegen sollen; allerdings können sie eine Sicherheitskultur noch nicht entwickelt haben, wenn sie erst zur OKP zugelassen werden sollen: Art. 58g legt die Kriterien fest, die bei der Zulassung erfüllt werden müssen – dies steht jedoch im Widerspruch mit der Tatsache, dass eine Kultur erst im Laufe der Zeit und der Zusammenarbeit entwickelt werden kann.</p> <p>Aus unserer Sicht ist in den nationalen Qualitätsverträgen festzulegen, ob und wie die Leistungserbringer die Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken vollziehen (ob dies einen Beitritt zu einem «gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk» bedeutet); der Aufwand und Nutzen dieses Beitritts muss zweck- und verhältnismässig sein.</p>	<p>Sie streben eine Sicherheitskultur an und legen insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem fest</p>
	58g		d	<p>Da die Konzepte zur Qualitätssicherung und -messung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen ausgehandelt werden und in nationalen Qualitätsverträgen festgehalten werden sollen, liegt auch die Umsetzung der Qualitätsmassnahmen pro Berufsgruppe bei den Versicherern und den Leistungserbringern. Umfang und Aufwand müssen zweck- und verhältnismässig sein. Damit Qualitätsmassnahmen erfolgreich umgesetzt und auch befolgt werden, müssen diese einfach und kostengünstig in den</p>	<p>Sie nehmen an den in den Qualitätsverträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern festgelegten Massnahmen teil.</p> <p>Der zusätzliche Aufwand für diese Massnahmen wird tariflich abgegolten.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>täglichen Arbeitsablauf integrierbar sein. Die notwendige «Ausstattung» kann also je nach Berufsgruppe und ausgehandelte Indikatoren unterschiedlich sein.</p> <p>Der zusätzliche administrative Aufwand, der für die Leistungserbringer entsteht, muss in die Berechnung der Tarife einfließen, so dass diese Kosten nicht einseitig vom Leistungserbringer getragen werden müssen.</p>	
	58g			<p>Es bleibt im gesamten Abschnitt unklar, in welcher Form diese Anforderungen durch die Kantone überprüft werden sollen. Da die Kantone die Zulassungen prüfen werden ist zu befürchten, dass erneut kantonal unterschiedliche Verfahren geschaffen werden (diese Erfahrung haben wir gerade bei der Umsetzung des GesBG wieder gemacht) oder dass der Nachweis dieser Kriterien mit enormem Aufwand verbunden ist.</p> <p>Wir plädieren daher noch einmal dafür, dass die Konzepte und Massnahmen in den nationalen Qualitätsverträgen definiert werden und durch die Kantone für die Zulassung ausschliesslich überprüft werden muss, ob der Leistungserbringer diesem Vertrag beigetreten ist.</p>	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Wir sprechen uns für Variante 1: Übertragung der Registerführung an einen Dritten aus. Es existieren bereits einige Anbieter, welche über die nötige Infrastruktur sowie die nötigen Kompetenzen und Personal verfügen.</p> <p>Die Führung des Registers aus Bundesebene würde aus unserer Sicht bedeuten, dass die oben erwähnten vorhandenen Strukturen in externen Organisationen beim Bund zuerst angeschafft und aufgebaut werden müssen. Die dadurch entstehenden Kosten sind für uns nicht absehbar und wir befürchten, dass diese dann mit der Registrierung an die Leistungserbringer verrechnet und somit übertragen werden.</p>
	<p>Wir beobachten eine Multiplikation von Registern und Zunahme von Schnittstellen: Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, NAREG, Gesundheitsberuferegister und jetzt noch das Leistungserbringerregister. Um Redundanzen und Fehleranfälligkeit zu reduzieren, und aus Gründen der Datensicherheit und -qualität, der Effizienz und der Kosten muss es das Ziel sein, für alle betroffenen Berufe ein Register zu führen, in welchem alle notwendigen Daten betreffend Berufsausübung und -bewilligung und OKP-Leistungserbringung erfasst sind und je nach gesetzlicher Grundlage entsprechende Rechte und Zugänge für kantonale Stellen geschaffen werden.</p>
	<p>Die Einspeisung von Daten und die Nutzung des Registers sind möglichst einfach zu gestalten; dies muss mit möglichst geringem zusätzlichem bürokratischem Aufwand für alle daran Beteiligten geschehen. Die Daten müssen ohne teure technische Einrichtungen (IT) übermittelt werden können und kostspielige Anschaffungen müssen vermieden werden.</p>
	<p>Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringer einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir ablehnen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Die Einführung eines Leistungserbringerregisters darf also auf keinen Fall zu weiteren Gebühren für die Berufsausübenden führen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	8			Es ist sicherzustellen, dass hier nicht noch einmal Daten eingetragen werden müssen, die schon in den anderen existierenden Registern vorhanden sind.	
	14 und 15			Bei den Art. 14 und 15 ist nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen.	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir verzichten auf eine Stellungnahme zu diesem Teil der Vorlage und verweisen auf die Stellungnahmen der betroffenen Verbände

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

Par courriel

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Tarifs et bases
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Lausanne, le 19 février 2021

**Procédure de consultation relative à la modification de l'ordonnance
du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) concernant
l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine
ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins (AOS)**

Monsieur le Conseiller fédéral,

La Société Vaudoise de Médecine (SVM) a pris connaissance de la procédure de consultation susmentionnée ainsi que des documents soumis par votre Département.

Nous avons l'avantage de vous transmettre, ci-dessous, ses déterminations dans le cadre de la procédure de consultation écrite.

I. Remarques introductives

La SVM a pris note de l'adoption du projet de révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) en date du 19 juin 2020.

Le Parlement a choisi d'adopter un nouveau modèle d'admission des nouveaux fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire notamment en introduisant une procédure d'admission formelle, la création d'un registre des fournisseurs de prestations admis dans le domaine ambulatoire et a introduit une nouvelle solution non limitée dans le temps consistant à transférer aux cantons la possibilité de limiter le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS, tout en chargeant le Conseil fédéral de définir les critères et les principes méthodologiques applicables à la fixation des nombres maximaux.

Nous soulignons l'importance de placer cette réglementation dans son contexte. Nous entendons par là d'une part une situation complexe dans laquelle sévit une certaine pénurie actuelle et prévisible de médecins qui oblige la Suisse à recruter très largement au-delà des frontières du pays, soit plus de la moitié de ses médecins.

Il convient également d'être conséquent avec le progrès médical et le virage ambulatoire encouragé et même rendu obligatoire par certaines dispositions récentes. Dès lors, il n'est pas possible de réduire les capacités hospitalières en lits de soins aigus sans permettre un développement harmonieux du secteur ambulatoire, sous peine de créer les conditions d'un rationnement. Les récentes expériences

dans le contexte de la pandémie covid 19 ont montré à quel point cet équilibre était nécessaire pour permettre au système sanitaire de s'adapter à son environnement.

La Société Vaudoise de Médecine est favorable de longue date à un modèle de corégulation de la densité médicale au niveau des cantons. Elle y a contribué dès l'entrée en vigueur de la clause du besoin dans le cadre d'un partenariat avec les autorités cantonales. Une telle régulation n'est en effet possible qu'en y associant étroitement les sociétés médicales cantonales. De ce point de vue, on peut regretter que les textes d'application n'aient pas précisé et renforcé le rôle de ce préavis dans la prise de décision qui incombe aux autorités. C'est, de notre point de vue, la seule manière de procéder à une régulation fine de la densité médicale sur la base d'une juste appréhension des besoins sur le terrain. L'article 55a prévoit toutefois bien que le canton entende les fédérations de fournisseurs de prestations avant de fixer les nombres maximaux de médecins, ce que l'ordonnance doit renforcer et expliciter conformément à l'esprit dans lequel le législateur a inscrit cette exigence dans la loi.

L'impression qui domine dans les textes d'application est de vouloir contenir absolument les installations alors que l'enjeu est de garantir une répartition adéquate de l'offre médicale dans les différentes spécialités et régions, sachant que plusieurs domaines de spécialisation souffrent déjà d'une pénurie qui accroît notre dépendance vis-à-vis de l'étranger et introduit une limitation de l'accessibilité à un nombre croissant de prestations d'une partie de nos concitoyens.

Dans ce sens, on ne peut que déplorer que les ordonnances d'application, en particulier celle relative à la fixation des nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires mais aussi celle sur le registre des fournisseurs de prestations AOS, ne tiennent pas compte de cette réalité complexe mais créent sans contrepartie de nombreuses et onéreuses contraintes et obligations nouvelles (fournir **gratuitement** des informations, s'affilier à une communauté de référence DEP dont ils assureront l'essentiel du financement, informatiques, système de qualité, etc.) pour les médecins et leurs organisations. Ces contraintes qui sont de nature à aggraver la pénurie médicale dans certains domaines et régions découlent de la méthodologie prévue. On se demande en outre bien pourquoi les médecins et leurs associations seraient les seuls à devoir **financer eux-mêmes** les informations qu'ils doivent fournir, alors que de nombreux nouveaux émoluments sont prévus pour les organes publics et éventuellement privés en charge de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation.

Faute d'une juste appréciation et prise en compte du préavis de la profession, cette pénurie est susceptible de s'aggraver fortement du fait de la disparition des exceptions à la clause du besoin qui figuraient dans l'ancien droit, notamment en cas de reprise de cabinets ou après 3 ans d'activité dans un hôpital reconnu pour la formation postgraduée.

D'autres aspects de cette réglementation trop tatillonne nous paraissent poser problèmes, notamment lorsqu'il est question de ne tenir compte que de la **spécialité principale** alors que de nombreux médecins, y compris les médecins de famille, sont titulaires de deux ou plusieurs titres de spécialités, ce qui est d'ailleurs un des effets paradoxaux de l'introduction initiale de la clause du besoin. Limiter leur capacité à faire valoir un deuxième, voire un troisième titre ne pourrait que compliquer la prise en charge et aggraver encore la pénurie de médecins de famille alors que de nombreux patients ne parviennent pas à en trouver un.

Nous craignons également qu'une réglementation trop compliquée ne suscite **de nombreux recours** contre les décisions des autorités, notamment sous l'angle de l'égalité de traitement voire d'autres principes fondamentaux.

La méthodologie de détermination des nombres maximaux nous paraît d'ailleurs exagérément technique et compliquée, voire impossible à mettre en œuvre en l'état. Or, il ne sera pas possible pour les cantons de s'en écarter puisqu'elle sera définie d'une manière uniforme au plan suisse.

La question de l'évaluation de l'offre par les taux d'activité reste problématique dès lors qu'il s'agit d'indépendants dont l'activité à 100% ne peut être définie.

La mesure de l'offre par le biais des volumes de prestations nous paraît également poser de nombreux problèmes outre la difficulté technique qu'elle représente. Il en va de même de la délimitation des

régions à l'intérieur d'un canton ou sur un plan intercantonal. Nous relevons par ailleurs que cette méthode revient à instaurer le principe d'un budget global pourtant rejeté par le parlement. Ne pouvant imaginer que vous l'ignorez, nous sommes tentés d'y voir une tentation peu démocratique de vouloir imposer de ce concept à l'insu du législateur.

Comme indiqué plus haut, de nombreux patients n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers l'offre ambulatoire des hôpitaux qui n'a cessé de croître de manière exponentielle ces dernières années, effaçant du même coup tout le bénéfice économique visé par clause du besoin. Ce secteur n'est en effet pas régulé par la concurrence ni par aucune mesure de contrôle de l'économicité à l'instar de ce qui se passe dans l'ambulatoire de ville.

En cherchant à rendre moins attractive l'installation, ce qui semble être le but visé, c'est l'attractivité des hôpitaux pour les médecins qui sera également affectée, puisqu'elle n'offrira plus de débouchés autres que l'hôpital où tout le monde ne peut accéder à une carrière académique.

A la lecture des dispositions proposées, les cantons devront se montrer très attentifs à la manière de les mettre en œuvre afin d'éviter un risque avéré de **fuite des médecins** des hôpitaux puisque ceux-ci perdront leur droit à s'installer et ne pourront plus prétendre automatiquement à un droit de facturer à charge de l'assurance-maladie en dehors de ceux-ci. Une telle situation pourrait conduire à de graves problèmes de gestion des hôpitaux, notamment publics, dont beaucoup souffrent déjà depuis des années d'un certain manque d'attractivité et de difficultés de recrutement.

En conclusion, nous estimons que les textes d'application **s'écarteront par trop de l'esprit de la loi** en préconisant une véritable **planification** de l'ambulatoire et des limites trop rigides qui pourraient s'avérer délétères pour garantir l'offre médicale, ceci sans réduction des coûts correspondante.

Ils exposent les cantons qui devront s'en inspirer à de nombreuses difficultés d'application et surtout à de **nombreux recours** en raison de la difficulté de garantir l'égalité de traitement. Les ordonnances créent un conflit d'intérêt supplémentaire dans la planification des prestations ambulatoires. Alors qu'ils contrôlent directement ou indirectement le secteur ambulatoire des hôpitaux, dans lesquels les taux d'activités ambulatoires des médecins hospitaliers sont pratiquement impossible à déterminer, les cantons également chargés de délivrer les autorisations de pratique sont ainsi juge et partie. Nul doute que cette situation ne génère une avalanche de recours susceptibles de paralyser pour longtemps tout le processus de délivrance des autorisations de pratique. Une planification du secteur ambulatoire va d'ailleurs bien au-delà des intentions du législateur en formalisant le processus d'admission à facturer à charge de l'AOS et n'est certainement pas une garantie de réduction des coûts.

Dans ces conditions nous plaçons pour un allègement du dispositif contraignant en laissant les marges nécessaires à une application pragmatique dans le cadre **d'un partenariat des autorités avec les organisations médicales renforcé par les ordonnances**.

Nous commentons ici les principales propositions de modifications de l'OAMal, de l'ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire des soins (AOS) et de l'ordonnance relative à la fixation des nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires et impactant l'activité médicale :

II. **Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) relative à la mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie**

L'article 36a al.1 nLAMal délègue au Conseil fédéral la réglementation des conditions d'admission des fournisseurs de prestations dans le but de garantir que les prestations soient appropriées et leur qualité de haut niveau.

C'est que qui est fait par le biais des art. 38 (médecins) et 39 (institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins) OAMal. Tout d'abord, nous pensons qu'il est effectivement opportun d'harmoniser et

de faire un lien des dispositions sur l'obtention de l'autorisation relative à la pratique professionnelle qui sont édictées aussi bien dans la LAMal que dans la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd).

S'agissant des connaissances linguistiques, l'art. 37 al. 1 nLAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit disposer des connaissances linguistiques nécessaires dans la région dans laquelle il exerce, compétences sanctionnées par un test de langue. L'art. 38 al. 3 OAMal précise le niveau de langage minimal qu'un fournisseur de prestations devra obtenir. Ce descriptif est très précis et, même si le dialogue est primordial dans la relation patient-médecin, il conviendrait de prévoir un délai raisonnable afin que le candidat puisse acquérir toutes les finesses de la langue parlée. Cette disposition est en effet trop stricte et cela pourrait entraver la **libre circulation du médecin au sein même de son propre pays** (par exemple un suisse allemand désireux de se rapprocher du bassin lémanique).

L'art. 38 al. 1 let. c subordonne à l'admission de la pratique des médecins de prouver qu'ils remplissent les exigences de qualités telles que définies au nouvel art. 58g OAMal. Cette exigence supplémentaire **outrepasse** les pouvoirs d'une ordonnance qui ne doit en tous cas pas aggraver les conditions de la loi. En effet, selon le rapport explicatif (p. 9), ces exigences constituent la base requise pour le développement de la qualité. Or, pour un sujet d'autant d'importance, une ordonnance ne constitue pas une base légale nécessaire.

L'art. 58g impose notamment au fournisseur de prestations de disposer de personnel qualifié, de disposer d'un **système de gestion de la qualité approprié**, d'avoir développé une culture de la sécurité et de disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de qualité. Ce concept essentiellement hospitalier et ses modalités d'application au domaine ambulatoire restent à définir.

La qualité est un concept difficilement mesurable en médecine. Les exigences élevées en matière de formation constituent déjà une base essentielle d'appréciation de la qualité dont il faut tenir compte.

A notre sens, seul un système d'annonce des incidents est défendable mais dans ce cas, l'anonymisation doit être garantie, sous peine de leur judiciaire, qui se traduirait par un effet dissuasif des annonces contraire à l'objectif visé.

En outre, nous relevons qu'avec l'introduction de l'art. 37 al. 1 nLAMal, le fournisseur de prestations devra déposer une demande d'autorisation d'admission **dans chaque domaine de spécialité** avec l'introduction de l'exigence d'avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade **dans le domaine de spécialité** faisant l'objet de la demande d'admission, ce qui constitue une entrave et une chicanerie supplémentaire à l'installation.

III. Ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires

Les cantons devront pouvoir évaluer les conditions sur leur territoire et limiter l'admission là où il existe une offre excédentaire afin de limiter l'augmentation des coûts dans le domaine. Nous prenons note que conformément à la volonté du Parlement, les cantons n'ont pas l'obligation de définir un nombre maximal de médecin pour l'ensemble des domaines de spécialisations ambulatoires mais peuvent faire uniquement pour un ou plusieurs domaines. Les conditions dans lesquelles ils sont autorisés à faire usage de cette possibilité doivent être mieux définies et strictement encadrées.

IV. Ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire de prestations AOS

Afin de mettre en œuvre les art. 36 et 40ss LAMal, le Parlement a jugé nécessaire la création d'un registre des fournisseurs de prestations admis dans le domaine ambulatoire. Le Conseil fédéral propose ainsi deux variantes, à savoir soit que l'OFSP délègue la tenue de ce registre à un tiers, soit que l'OFSP se charge directement de sa tenue. Nous n'avons pas de préférence sur ce point précis.

V. Conclusions

La modification et le contenu des ordonnances nous paraissent outrepasser le cadre de la loi et l'esprit dans lequel le législateur l'a modifiée.

Les ordonnances indiquent qu'il revient exclusivement aux cantons de déterminer l'offre de médecins sur une partie de celui-ci, par région, par territoire, le besoin en prestations médicales par domaine de spécialisation, qu'ils peuvent prévoir un facteur de pondération, qu'ils doivent également calculer le flux de patients, etc... ce qui revient à leur donner un pouvoir excessif qu'ils n'ont pas les moyens d'exercer seuls sans le concours des milieux professionnels concernés. Comme dit en préambule, il n'est pas envisageable que les cantons agissent seuls sans concertation avec les associations professionnelles concernées.

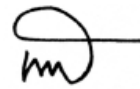
Les associations professionnelles doivent être **parties prenantes** de la corégulation de la densité médicale. En effet, sans cela, les fournisseurs de prestations n'auront d'autres choix que de dénoncer par voie de justice **le conflit d'intérêt de l'autorité** qui est à la fois propriétaire d'hôpitaux publics, employeur (les cantons ayant le contrôle direct ou indirect sur l'essentiel de l'activité ambulatoire des hôpitaux qui augmente deux fois plus vite que les cabinets individuels) et régulateur des admissions. Cette situation est de nature à paralyser durablement la régulation de la délivrance des autorisations de pratique, voulue par le législateur et à laquelle le corps médical est acquis.

En vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre parfaite considération.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE



Philippe Eggimann
Président de la SVM



Pierre-André Repond
Secrétaire général de SVM

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVNP

Adresse : c/o FSP Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Dr. Andrea Plohmann, Vorstandsmitglied SVNP; Prof. Andreas Monsch, Präsident SVNP

Telefon : 076 320 3959; 079 514 3161

E-Mail : Andrea.Plohmann@neuropsych.ch; Andres.Monsch@unibas.ch

Datum : 19.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SVNP	<p>Die SVNP begrüsst es, dass mit der KVG-Änderung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern, die am 19. Juni 2020 durch das Parlament verabschiedet wurde, ein neues Modell für die Neuzulassung im ambulanten Bereich zur Anwendung kommt, welches unter der Aufsicht der Kantone steht. Die SVNP begrüsst dabei vor allem die einheitlichen Vorgaben für alle Leistungserbringer in Bezug auf die Berufsausübungsbewilligung sowie die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV, welche als Zulassungskriterien für die Abrechnung zulasten der OKP gelten sollen.</p> <p>Die SVNP befürwortet demnach, dass Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die zur Abrechnung nach KVG zugelassen sind, über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zu verfügen haben. Da aktuell manche Kantone keine Bewilligungspflicht für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen kennen, fordert die SVNP die Kantone dazu auf, im Zuge dieser Änderung ein einheitliches Verfahren dafür festzulegen.</p> <p>Mit der Verordnungsänderung wird auch die von der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen geforderte Gleichbehandlung der Neuropsychologie mit den anderen Leistungserbringern im ambulanten Bereich hergestellt, indem neu auch Organisationen der Neuropsychologie zur Abrechnung über die OKP zugelassen und die Voraussetzungen dafür festgelegt werden.</p> <p>Grundsätzlich stimmt die SVNP die vorgeschlagenen Änderungen der KVV zu und äussert sich in der Folge im Detail nur zu ausgewählten Bestimmungen.</p>

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen

Name/ Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVNP	30b	1	a und b Ziff. 3	Keine Bemerkungen	
SVNP	38	1 und 2		Keine Bemerkungen	
SVNP	38	3		Die SVNP begrüsst den Beschluss des Parlaments, die Anforderungen bezüglich der Sprachkenntnisse für die Zulassung	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung auf Stufe OKP im Vergleich zu den Mindestanforderungen für die selbständige Berufsausübung auf das Referenzniveau C1 zu erhöhen. Die Sprachkenntnisse sind insbesondere bei Disziplinen wie der Psychotherapie – ärztliche sowie psychologische – und der Neuropsychologie von besonderer Wichtigkeit. Psychotherapie basiert auf der Sprache und ungenügende Sprachkenntnisse gefährden den Therapieerfolg. Speziell in der Neuropsychologie können die Sprachkompetenzen der Patientinnen und Patienten diagnostisch nur dann adäquat beurteilt werden, wenn die Untersuchenden selbst über eine Sprachkompetenz (mind. C1-Niveau) verfügt.	
SVNP	39, 40, 42, 44, 44a und 45			Keine Bemerkungen	
SVNP	46			Die SVNP findet es richtig und übersichtlicher, dass die Erfordernisse bezüglich der kantonalen Berufsausübungsbewilligung und der selbständigen Ausübung des Berufes auf eigene Rechnung unter den einzelnen Leistungserbringern aufgeführt werden und Art 46 in diesem Zuge aufgehoben wird.	
SVNP	47-50a			Keine Bemerkungen	
SVNP	50b	1	a	Die SVNP befürwortet, dass Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die zur Abrechnung nach KVG zugelassen sind, über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung zu verfügen haben. Bestimmte Kantone kennen aktuell keine Bewilligungspflicht für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, werden jedoch durch das Inkrafttreten des neuen Artikels auch für Neuropsychologinnen und	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Neuropsychologen ein Verfahren zur Erteilung der Berufsausübungsbewilligung festlegen müssen. Die SVNP hält die GDK dazu an, sicherzustellen, dass diese Verfahren zur Berufsausübungsbewilligung über alle Kantone hinweg einheitlich ausgestaltet sind/werden. Die SVNP ist gerne bereit, bei der Erarbeitung der Zulassungskriterien für die Neuropsychologie aktiv mitzuarbeiten.	
SVNP	50b	1	b	Die SVNP begrüsst ausdrücklich, dass im Bezug auf die Weiterbildung als Zulassungskriterium sowohl der eidgenössische Weiterbildungstitel (eidgenössisch anerkannte/r Neuropsycholog/in (EAN)) nach PsyG als auch der Fachtitel Neuropsychologie der FSP Anwendung finden sollen.	
SVNP	50b	1	c	Keine Bemerkungen	
SVNP	50b	1	d	Die SVNP begrüsst es, dass die Erfüllung der Qualitätsanforderungen als Zulassungskriterium mit einem Verweis auf Artikel 58g KVV für alle Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, sowie den Organisationen, die solche Personen beschäftigen definiert und somit einheitlich geregelt wird (Bemerkungen zu den Einzelheiten von Art. 58g KVV, insbesondere zur von der SVNP geforderten tariflichen Abgeltung, siehe weiter unten).	
SVNP	51-52c			Keine Bemerkungen	
SVNP	52d			Organisationen der Neuropsychologie entsprechen einem Bedürfnis der modernen Leistungserbringung und wir begrüssen diesen Schritt zur Aufnahme von Organisationen der Neuropsychologie als Leistungserbringer. Dies stellt die bereits in der Vernehmlassung betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie geforderten Gleichbehandlung der	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit anderen Leistungserbringern im ambulanten Bereich her. Mit den Voraussetzungen nach Bst. a, b, c, und d, welche für Organisationen der Neuropsychologie zukünftig gelten sollen, ist die SVNP einverstanden. Bemerkungen zu den Einzelheiten betreffend den Anforderungen zu Art. 58g KVV unten.	
SVNP	54-57			Keine Bemerkungen	
SVNP	58g			Die SVNP ist damit einverstanden, dass die Voraussetzungen, damit Leistungserbringer die im Rahmen der Vorlage «Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit» zukünftig auszuhandelnden Qualitätsverträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern, einhalten können, in Art. 58g KVV festgelegt werden. Es gilt hier jedoch zu betonen, dass sowohl die Leistungen als auch die Organisationen der Leistungserbringer sich stark in Grösse der Institution und Komplexität der Leistungserbringung unterscheiden. Dies muss sich zwingend in der Ausgestaltung dieser Qualitätsanforderungen widerspiegeln. Den Berufs- und Fachverbänden kommt hier die wichtige Rolle zu, sich dafür einzusetzen, dass Qualitätsanforderungen auf den Leistungsbereich und die Art des Leistungserbringers angepasst werden. Auch der Aufwand (zeitlich und finanziell) auf Seiten der Leistungserbringer, diesen Qualitätsanforderungen nachzukommen, muss vertretbar sein resp. in den Festlegungen der Tarife mitberücksichtigt werden.	Ergänzung von Art. 58g Abs. 2 ² Die Umsetzung der Qualitätsanforderungen müssen in den Tarifverträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern abgegolten werden und die entsprechende Abgeltung muss im Vertrag explizit ausgewiesen sein.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SVNP	<p>Die SVNP teilt die Forderung des Parlaments nach mehr Transparenz über die ambulant tätigen Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Wir befürworten die Schaffung eines nationalen Leistungserbringerregisters nach der Variante 1. Wir beziehen unsere Bemerkungen und Kommentare daher einzig auf den Erlassentwurf zur Registerverordnung nach der Variante 1. Variante 2 lehnen wir ab.</p> <p>Fachpsychologinnen und Fachpsychologen für Neuropsychologie FSP, die nicht über den Titel eidgenössisch anerkannte/r Neuropsycholog/in (EAN)) verfügen, sind in <u>keinem</u> Register erfasst. Daher ist im vorliegenden Entwurf der Registerverordnung die Zuständigkeit der Eintragung der Stammdaten dieser Personen ungeklärt. Die SVNP schlägt vor, die administrativen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, dass nicht nur die eidgenössisch anerkannte/r Neuropsycholog/in (EAN)), sondern auch die jetzigen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit Fachtitel FSP in das Psychologieberuferegister (PsyReg) eingetragen werden.</p>

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVNP	1-4			Keine Bemerkungen	
SVNP	4			Keine Bemerkungen	
SVNP	5	1 und 2		<p>Im Sinne der Verhinderung von Mehrfacherhebungen und der Nutzung von Synergien unterstützt die SVNP die Regelung, dass die registerführende Stelle nach Beantragung gemäss Artikel 11 Abs. 3 Registerverordnung PsyG über eine Standardschnittstelle Zugang zu den öffentlich zugänglichen Daten des PsyReg erhält und diese so ins Leistungserbringerregister übernehmen kann.</p> <p>Hier gilt es jedoch zu beachten, dass die Daten der</p>	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, die nach Art. 50b Abs.1 Bst. b Ziffer 2 ausschliesslich einen Fachtitel Neuropsychologie der FSP besitzen, d.h. weder über den eidgenössisch anerkannten Titel in Neuropsychologie (EAN), noch über einen Fachtitel Psychotherapie der FSP verfügen, in <u>keinem</u> Register erfasst sind. Die SVNPs schlägt vor, die administrativen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen , dass auch die jetzigen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit Fachtitel FSP in das Psychologieberuferegister (PsyReg) eingetragen werden.	
SVNP	6 und 7			Keine Bemerkungen	
SVNP	8			Keine Bemerkungen	
SVNP	9-26			Keine Bemerkungen	
SVNP	Anhang			Sollten Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit ausschliesslichem Fachtitel Neuropsychologie FSP nicht im PsyReg erfasst werden, braucht es im Anhang eine Korrektur einzelner Fussnoten. Wir schlagen jedoch vor, diese ebenfalls ins PsyReg mit aufzunehmen und entsprechende Verwaltungsschritte zu etablieren.	Korrektur Fussnoten Nr. 13, 17 und 20 Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b Bst. b Ziffer 1 und 52d KVV.

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SVNP	Die SVNPs begrüsst es, dass der Gesetzgeber mit Artikel 55a KVG endlich eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte geschaffen hat und so die Kantone ein Instrument erhalten, die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte für bestimmte Fachgebiete und Regionen zu beschränken. Die in der Verordnung vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätzen für die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich erachten wir als sinnvoll, da sie eine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung ermöglichen und

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>die Patientenströme sowie die Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte mitberücksichtigen. Zudem wird den Kantonen ein gewisser Spielraum überlassen, um innerkantonale oder regionale Besonderheiten bei der Festlegung der Höchstzahlen zu berücksichtigen.</p> <p>Mit der Motion 20.3914 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats, die am 23.09.2020 im Nationalrat angenommen wurde, wird der Bundesrat aufgefordert, den Kantonen die Möglichkeit zu geben, im Rahmen des Wechsels der delegierten Psychotherapie zum Anordnungsmodell, das Leistungsangebot von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu steuern. In seiner Stellungnahme vom 26.08.2020 äussert sich der Bundesrat positiv zum Vorschlag und sieht die Umsetzung der Motion in der Erweiterung der Steuerungsmöglichkeiten der Kantone nach Artikel 55a KVG auf nichtärztliche Leistungserbringer.</p> <p>Bereits in der Vernehmlassung zu Neuregelung der psychologischen Psychotherapie hat die SVNP bekundet, dass sie grundsätzlich Massnahmen, welche ungerechtfertigter Mengenausweitung im Gesundheitswesen entgegenwirken, unterstützt. Sollte über die Annahme der Motion 20.3914 die Steuerungsmöglichkeiten nach Art. 55a KVG auf psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen resp. nichtärztliche Leistungserbringer generell ausgeweitet werden, gälte es die in der Verordnung vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätze bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf die Leistungserbringung der psychologischen Psychotherapie, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen resp., auf andere nichtärztliche Leistungserbringer in Konsultation mit den jeweiligen Leistungserbringerverbänden zu prüfen und wo nötig alternative Kriterien zu präsentieren.</p>
--	---

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

FMH

Postfach 300, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15
direction@fmh.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Regierungsrat Urs Martin
z.H. RA Nathanael Huwiler
Kantonale Verwaltung, Regierungsgebäude, 8501 Frauenfeld

Frauenfeld, 15. Februar 2021

Vernehmlassung Zulassungsstopp

Sehr geehrter Herr Regierungsrat Martin,
Sehr geehrter Herr Generalsekretär Huwiler,

Wie anlässlich des letzten Treffens vereinbart, senden wir Ihnen im Folgenden die aus Sicht der Ärztesgesellschaft Thurgau zentralen Punkte zu den geplanten Änderungen an der KVV und KLV (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage):

A. Hoheit über das Gesundheitswesen kantonal

- 1 Da die **lokale Situation** im Gesundheitswesen in den einzelnen **Kantonen grosse Unterschiede** aufweist, ist sehr wichtig, dass der **Kanton Thurgau möglichst viel Entscheidungsspielraum** hat. Als grossflächiger Kanton präsentiert sich die Versorgungssituation im Kanton Thurgau anders als beispielsweise in den Kantonen St. Gallen oder Zürich. Auch bestehen insbesondere in den Grenzregionen Patientenströme zwischen den Kantonen. Allein aufgrund von statistischen Methoden kann eine Einschätzung deshalb nicht abschliessend und mit unter Umständen einschneidenden Konsequenzen auf die Versorgungssituation erfolgen. Auch wird so den **regionalen Unterschieden innerhalb eines Kantons** nicht Rechnung getragen. Die Bevölkerungszusammensetzung ist im ländlichen Kanton Thurgau unterschiedlich, weshalb das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis der Thurgauer Bevölkerung von jenem einer städtischen Bevölkerung abweicht. Dieselben statistischen Zahlen, welche in einem Nachbarkanton auf Überversorgung hinweisen könnten, bedeuten im Kanton Thurgau oft eine normale, gute Versorgungslage.

- 2 **Durch grosse kantonale Kompetenzen kann der effektive Bedarf rasch, niederschwellig und unbürokratisch abgeklärt werden.** Der Bedarf kann nur vor Ort, unter Berücksichtigung des Verhaltens der Patientinnen und Patienten sowie **in enger Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und der Ärzteschaft** ergründet werden, weshalb die nationalen Vorschriften die kantonale Kompetenz nicht übersteuern dürfen. Um den direkten und regelmässigen Austausch innerkantonal sicherzustellen, wäre wertvoll, wenn ein entsprechendes **Austauschgefäss** geschaffen würde, in welchem der **Bedarf in regelmässigen Abständen analysiert** werden kann.

B. Auf ausländische Ärztinnen und Ärzte angewiesen

- 3 Als Grenzkanton ist der Kanton Thurgau stärker als andere Kantone darauf angewiesen, auch Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland engagieren zu können. Werden für die Bewilligung zu hohe Hürden gestellt, spitzt sich der Fachkräftemangel zu, weil fähige Ärztinnen und Ärzte in Kantone mit einfacherer Bewilligungspraxis ausweichen. Diese Entwicklung – die sowohl den Thurgauer Spitälern als auch den niedergelassenen Arztpraxen schadet – ist unbedingt zu vermeiden, wenn der **Kanton Thurgau ein starkes Gesundheitswesen** behalten will.
- 4 In diesem Zusammenhang ist die in Art. 37nKVG beabsichtigte **Hürde für deutschsprachige, ausländische Ärztinnen und Ärzte**, dass sie eine **«mindestens dreijährige Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte»** absolviert haben müssen, sehr problematisch. Durch dieses Kriterium werden gerade Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland oder Österreich erheblich benachteiligt. Oft haben sie im Heimatland nach der Weiterbildungszeit einige Jahre als Kaderärztin oder Kaderarzt in einer Klinik gearbeitet, so dass sie auch ohne entsprechende Tätigkeit in der Schweiz für die Praxistätigkeit qualifiziert sind. Die Hürde ist sehr hoch, weil gar nicht so viele Ausbildungsplätze an Schweizer Weiterbildungsstätten zur Verfügung stehen. **Wird an dieser Hürde ohne Ausnahme festgehalten, verzichtet die Schweiz bewusst auf fähige Ärztinnen und Ärzte aus den Nachbarländern.**

C. Datenanalyse über BFS

- 5 Die Daten sollten **zentral beim Bundesamt für Statistik** und nicht beim Bundesamt für Gesundheit erhoben werden. Die Zusammenarbeit zwischen dem BFS, welches die Daten erhebt, und dem schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan), welches die erhobenen Daten auswertet, hat sich bewährt. In Zukunft sollte das BFS/Obsan den regionalen **Versorgungsbedarf und die Versorgungsgrade** pro medizinisches Fachgebiet **nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesgesellschaft und der medizinischen Fachgruppe** festlegen.

D. Planungssicherheit für bestehende Ärztinnen und Ärzte

- 6 Wird in einem Kanton die Zulassung beschränkt, sollten die **bisher bereits tätigen Ärztinnen und Ärzte mit befristeter Berufsausübungsbewilligung** im Rahmen der entsprechenden Bewilligung **weiterarbeiten können**. Nur so wagen die entsprechenden Fachpersonen auch, Investitionen zu tätigen, weil sie eine gewisse Planungssicherheit haben.

E. Fachkräftemangel im Kanton Thurgau

- 7 Bereits heute ist im Kanton Thurgau **in vielen Bereichen keine Über-, sondern vielmehr eine Unterversorgung der Bevölkerung** zu spüren. Thurgauer Spitäler haben Mühe, von ihnen ausgebildete Ärztinnen und Ärzte im Kanton zu behalten, Spezialisten finden für ihre Praxen keine Nachfolger, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte arbeiten gezwungenermassen über das Pensionsalter hinaus. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Teilzeitpensen, so dass die Bedarfssituation unter **sorgfältiger Prüfung des effektiven Arbeitsumfanges einer Person** mit Berufsausübungsbewilligung vorgenommen werden muss. **Umso wichtiger ist für die Thurgauer Bevölkerung, dass ein Zulassungsstopp nur dann möglich ist, wenn eine Überversorgung in der konkreten Region gründlich überprüft und nachgewiesen werden konnte.**

F. Gleiche Zulassungsbedingungen für niedergelassene und in Spitalambulatorien arbeitende Ärztinnen und Ärzte

- 8 Um die kantonale Versorgung sicherstellen und den Frieden unter den Berufsgruppen wahren zu können, ist darauf zu achten, dass für niedergelassene und in Spitalambulatorien arbeitende Ärztinnen und Ärzte die gleichen Zulassungsbedingungen gelten.

ÄRZTEGESELLSCHAFT THURGAU

Dr. Alex Steinacher, Präsident

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herrn Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 19. Februar 2021	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Stellungnahme zu den Verordnungsänderungen betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 4. November 2020 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme in der oben-erwähnten Vernehmlassung gegeben. Gerne nehmen wir diese Möglichkeit wahr und möchten Ihnen unsere Beurteilung der Vorlage mitteilen.

Generelle Bemerkungen

unimedsuisse anerkennt die Notwendigkeit der Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern in der ambulanten Versorgung, namentlich in den niedergelassenen Praxen. Schon 2016 hat unser Verband im Rahmen der Diskussion über die Erhöhung der Studienabschlüsse in der Humanmedizin darauf hingewiesen, dass neben der Anzahl der Studienabschlüsse in der Medizin vor allem die Verteilung der Ärzteschaft auf die Regionen und eine auf den Bedarf ausgerichtete Anzahl Fachleute in den Fachgebieten wichtig ist, um einer Unter- und Überversorgung und einer Fehlverteilung zwischen Stadt und Landregionen vorzubeugen. Zu dieser Problematik trägt unter anderem bei, dass es einen konstanten Abfluss der erfahrenen Spezialisten aus den Spitälern in die niedergelassenen Praxen gibt, die dann in den Spitälern wieder ersetzt werden müssen.

Nach der jahrelangen Steuerung der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer durch befristete Beschlüsse erachtet unimedsuisse es als wichtig, nun rechtliche Grundlagen zu schaffen, um die Ausrichtung der Versorgung auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung auf eine verlässliche Basis zu stellen. Nachdem die KVG-Revision dazu die allgemeinen Rahmenbedingungen gesetzt hat, werden in den verschiedenen Verordnungen der Vorlage die konkrete Ausgestaltung des Zulassungsregimes sichtbar.

Im Folgenden möchten wir auf die in der Vernehmlassung vorgelegten Verordnungen einzeln eingehen.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

unimedsuisse erachtet die Qualitätsauflagen in Art. 58g KVV (inkl. sämtlichen Verweise auf Art. 58g in anderen Artikeln) nach wie vor als unnötig. Im KVG und in anderen Gesetzen existieren bereits sehr viele Qualitätsauflagen an medizinische Leistungserbringer. Zudem fehlt in der Vorlage eine Abstimmung zur KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen. Die Massnahmen zur Qualität/Qualitätsmessung der Leistungserbringung gehören in die KVG-Teilrevision zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit.

unimedsuisse weist die vorgelegten Qualitätsanforderungen in Art. 58g KVV zurück und wünscht eine **bessere Abstimmung mit den Regelungen gemäss der KVG-Teilrevision zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit**.

Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

unimedsuisse hat keine spezifischen Anmerkungen zu den Änderungen dieser Verordnung.

Neue Registerverordnung Leistungserbringer OKP

unimedsuisse erwartet, dass durch das vorgesehene Zulassungsverfahren ein Mehraufwand und Mehrkosten zulasten der sozialen Krankenversicherung entstehen, auch durch die Dokumentationspflichten. Deshalb ist die aktuelle Vielzahl von Registern zwingend zu reduzieren und sind Synergien besser zu nutzen.

Das gemäss dem revidierten KVG vorgesehene Leistungserbringerregister soll in enger Verbindung mit bereits bestehenden Registern geschaffen werden, namentlich dem Medizinalberuferegister (MedReg), dem Gesundheitsberuferegister (GesReg), Psychologieberuferegister (PsyReg), dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG und dem Zahlstellenregister (ZSR). Das bisherige ZSR-Register kann nach Schaffung des neuen Registers aufgelöst werden.

unimedsuisse fordert eine **unbürokratische Umsetzung** des vorgesehenen Registers ohne Doppelspurigkeiten. Ein **enger Anschluss an das MedReg** wird als notwendig erachtet.

unimedsuisse befürwortet **folglich Variante 2 der Verordnung mit einer Führung des Registers durch den Bund**. Im Zuge der Umsetzung dieses Registers soll das **ZSR abgeschafft** werden.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Die Verordnung sieht eine Planung des ambulanten Versorgungssektors vor. Unser Verband anerkennt die Notwendigkeit entsprechender staatlicher Steuerungsmechanismen für niedergelassene ambulante Leistungserbringer. Dennoch erachten wir die Vorlage als nicht ausgereift.

Die grundsätzliche Methodik der Bedarfsprognose und Bestimmung der Höchstzahlen der Leistungserbringer basiert auf dem vom BAG in Auftrag gegebenen Bericht «Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten».

Der Bericht zeigt folgende Schwachstellen deutlich auf:

- Aktuell sind keine verlässlichen Bedarfsanalysen und -prognosen möglich, denn es fehlen die dazu notwendigen Daten in der benötigten Differenzierung.
- Die bisher vorhandenen Analyse- und Prognosemodelle sowie die Kriterien zur Festlegung von Höchstzahlen sind noch äusserst ungenau. In der Folge wird empfohlen, im gesetzgeberischen Rahmen auf methodische Vorgaben zur Form der Prognose und Festlegung der Höchstzahlen zu verzichten und auf der Ebene der rechtlichen Grundlagen nur die absoluten Grundsätze festzulegen. Den Kantonen sei es dann überlassen, in der Umsetzung Methoden zu entwickeln.
- Der gesamtwirtschaftlich angemessene Versorgungsgrad ist wissenschaftlich nicht gut belegt und dazu müssen zuerst weitere Grundlagen erarbeitet werden. Schlussfolgerungen zu einer Unter- oder Überversorgung seien deshalb nur mit Zurückhaltung möglich.

Entsprechend der Empfehlungen des Berichtes sind die in der Vorlage enthaltenen Planungskriterien äusserst rudimentär. Zum Ausgleich der methodischen Schwierigkeiten wird in die Verordnung vorsorglich die Möglichkeit eines Gewichtungsfaktors vorgesehen. Damit erhalten die Kantone die Möglichkeit, die Bedarfsplanung und Höchstzahlen nach Belieben nach ihren regionalpolitischen Zielen auszurichten. Folge wird ein Wildwuchs an kantonalen Planungsmethoden ohne ausreichende fachliche Grundlagen sein. Nach der Erfahrung mit den kantonalen Spitalplanungen für die stationäre Versorgung, der damit verbundenen jahrelangen Unsicherheit über angemessene Planungsmethoden sowie der aus dieser resultierenden Rechtsunsicherheit für zahlreiche Leistungserbringer und Kantone, ist dieses Vorgehen nicht verständlich.

Wichtig scheint unimed Suisse, dass die Grundlagen für die Vorgabe von Höchstzahlen verbreitert und unter den Kantonen zwingend gemeinsame Grundsätze und Methoden erarbeitet werden. Inhaltlich möchten wir vor allem auf mehrere methodischen Mängel der Grundlagen hinweisen. So erachtet unimed Suisse die fehlende Differenzierung der niedergelassenen und der spitalambulant Angebote als problematisch. Die Versorgung in den niedergelassenen Praxen und die spitalambulante Versorgung sind inhaltlich nicht deckungsgleich. Die Annahme der Substituierbarkeit, die im obengenannten Bericht enthalten ist, ist nicht fachlich begründet, sondern basiert allein auf der politischen Vorgabe, dass beide Bereiche geplant werden sollen. Mit der Realität der Versorgung hat dies nichts zu tun, denn nur ein Teil der ambulanten Angebote zwischen Spitalambulatorien und niedergelassenen Praxen kann substituiert werden. Dies gilt besonders für universitäre ambulante Angebote. Eine weitere Schwäche des Modells besteht darin, dass in der Vorlage keinerlei Unterscheidung der Versorgungsniveaus vorgesehen wird. Zwischen Grundversorgung, spezialisierter Versorgung und hochspezialisierter Versorgung wird nicht unterschieden, obschon die Differenzierung auch in der ambulanten Medizin relevant ist und mit der Ambulantisierung der Leistungsangebote an Bedeutung gewinnt. Der Übergang der Versorgungsebenen verläuft oft an den Grenzen zwischen niedergelassenen Praxen und spitalambulant Angeboten, indem die Spitäler Abklärungen und Therapien durchführen, die in den Praxen selbst nicht abgedeckt werden können. Ambulante Angebote in den Spitälern gewinnen auch in der Vor- und Nachsorge zu einem stationären Aufenthalt an Bedeutung und ambulante Spezialprechstunden an Universitätsspitalen haben insbesondere bei ambulanter Zweitmeinung oder der Einschätzung von komplexen unklaren Erkrankungen (z.B. *Rare diseases*) eine besondere Bedeutung. In der Kinder- und Jugendmedizin fehlt die pädiatrische ambulante Notfallversorgung vollends, gleiches gilt für andere spezialisierte Disziplinen der Erwachsenenmedizin. Ferner hat die Covid-19-Pandemie sehr stark gezeigt, dass die Spitalambulatorien in Krisensituationen bereitstehen müssen, insbesondere auch an Wochenenden und während Festtagen, als Covid-Verdachtspatienten vom niedergelassenen Bereich oft nicht einmal angeschaut wurden, sondern direkt (mit Ambulanz oder individual Anreise) den immer wieder überlasteten Notfallstationen der grossen

Kliniken überlassen wurden. Diese unterschiedliche Beschaffenheit der Angebote zwischen niedergelassenen Spezialisten und den Spitalambulatorien muss innerhalb einer Planung zwingend einbezogen werden, fehlt in der Vorlage aber vollkommen.

Aufgrund dieser Fehlkonzption ist eine Bedarfsprognose einzig auf der Ebene der eidgenössischen Weiterbildungstitel nach MedBV vorgesehen. Während diese Differenzierung für niedergelassene Praxen angemessen ist, kann damit die ambulante Versorgung in den Spitälern nicht abgebildet werden. Die spitalambulante Versorgung ist stark ausdifferenziert und umfasst einen bedeutend höheren Grad an Spezialisierung bzw. Subspezialisierung. Mit der vorgesehenen Form der Festlegung von Höchstzahlen kann demnach der Bedarf in den Spitälern kaum angemessen erfasst und für die Zukunft geplant werden.

Die universitäre Medizin ist von dieser Problematik besonders betroffen, denn die Universitätsspitäler weisen viele Subspezialisierungen auf, die zwingend besetzt werden müssen, damit die spezialisierten ambulanten Leistungen gewährleistet werden können. Bei Zulassungsbeschränkungen besteht das Risiko, dass Fachexperten und -expertinnen in einem Fachgebiet nicht ersetzt werden können, auch wenn bei der entsprechenden Subspezialisierungen ein Mangel besteht.

Ausserdem kann im Spital die ambulante und stationäre Leistungserbringung nicht klar getrennt werden. Mit starren Beschränkungen zum Einsatz von Ärztinnen und Ärzten in den spitalambulantem Angeboten werden die heute vorhandenen Synergien zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in Frage gestellt. Gleichzeitig wird die politisch gewünschte Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung und die dazu notwendige Flexibilität zur Anpassung von Prozessen innerhalb der Spitälern erschwert. Die Vorlage behindert deshalb sowohl eine effiziente Leistungserbringung an den Spitälern wie auch die Innovation in den Behandlungsabläufen. Können die Spitälern ihre ambulanten Angebote nicht bereitstellen, müssen sie die Leistungen weiterhin stationär erbringen.

Ausserdem besteht einen zusätzlichen Bedarf, der sich aus der Lehre und Forschung sowie aus den Weiterbildungsleistung ableitet. Da die Weiterbildung auch im ambulanten Bereich weitgehend von den Spitälern, und dabei überproportional von den Universitätskliniken, getragen wird, muss ein genügend grosser ambulanter Sektor in den Spitälern vorhanden sein.

Besonders zu erwähnen ist ausserdem, dass die universitäre Medizin stark vom internationalen Austausch und den Leistungen der Weiterbildung geprägt ist. Beim ärztlichen Personal führt dies zu einer hohen Personalfuktuation, die nicht negativ zu bewerten ist, sondern integral zur universitären Medizin gehört und zu deren Innovationsfähigkeit beiträgt. Die undifferenzierte Anwendung von Höchstzahlen und Kontingenten behindert dieses wichtige Element der universitären Medizin und kann dazu führen, dass diese ihre Dynamik verliert. Dieser Aspekt bildet ein grundsätzliches Problem der Vorlage: Indem die vorgesehenen Regelungen die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte erschwert und die Rechte der bestehenden Praxen und Stelleninhaber garantiert, wird zwar die Rechtssicherheit gewahrt, gleichzeitig jedoch ein Mechanismus eingeführt, welche dynamische Strukturen und Anbieter behindert und dafür wenig innovativen Anbietern eine Besitzstandswahrung gewährt.

unimedsuisse erwartet deshalb, dass das vorgeschlagene Modell der Bedarfsanalyse, Bedarfsprognose und Berechnung von Höchstzahlen zu gravierenden Einschränkungen für die universitäre Medizin führt. Die Besetzung von Stellen in den diversen Subspezialisierungen, die bereits heute keine einfache Aufgabe darstellt, wird weiter erschwert und vermutlich mit einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand noch ressourcenintensiver. Die universitäre Medizin wird so in der Ausübung ihrer für das gesamte Gesundheitssystem elementaren Funktionen in der Versorgung, Lehre und Weiterbildung sowie in der Forschung und Innovation behindert.

unimedsuisse **anerkennt die Notwendigkeit der Planung der Leistungserbringer in niedergelassenen Praxen und befürwortet die Diskussion darüber, wie diese Planung vorgenommen werden kann.**

Die Vorlage zur Umsetzung einer solchen Planung im Rahmen der neu vorgesehenen «Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich» erachtet unimedsuisse allerdings als gänzlich ungeeignet, um diese Aufgabe zu bewältigen. Die vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen orientieren sich einseitig an der ambulanten Versorgung in niedergelassenen Praxen und berücksichtigen die unterschiedlichen Angebote der Spitäler nicht. Die konzeptuellen Grundlagen müssen entsprechend zwingend geklärt und an die Versorgungsrealität angepasst werden.

unimedsuisse lehnt den Verordnungsentwurf deshalb ab und fordert, dass eine neue Vorlage erstellt und erneut in Vernehmlassung gegeben wird.

Für eine erneute Diskussion sind folgende Aspekte zu berücksichtigen und in den rechtlichen Vorgaben festzuhalten.

- Basierung der Bedarfsprognose auf wissenschaftlichen Grundlagen;
- Grundzüge einer einheitlichen Methodik und einheitlicher Referenzgrössen für alle Kantone;
- Pflicht der Verwendung einer gemeinsamen Methodik zwischen den Kantonen;
- Der Gesamtbedarf an ambulanten Leistungen muss eine Differenzierung bzw. getrenntes Ausweisen des Bedarfs in den niedergelassenen Praxen und im spitalambulanten Bereich enthalten;
- Vorgabe der Differenzierung der Versorgungsebenen (Grundversorgung, spezialisierte Versorgung, hochspezialisierte/universitäre Versorgung) und Berücksichtigung der in den Spitälern notwendigen Subspezialisierungen;
- Einbezug des Bedarfs an Fachpersonal für die Lehre, Weiterbildung, sowie der Forschung;
- Schaffung von Mechanismen zur Gewährleistung der Flexibilität in der Personalanstellung von universitären Strukturen zum Erhalt der Innovationsfähigkeit;
- Einbezug von regulatorischen Eingriffen (z.B. im Bereich der Verlagerung von stationärer zur ambulanten Versorgung).

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Bertrand Levrat
Präsident Universitäre Medizin Schweiz

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

Par e-mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch et
gever@bag.admin.ch

Lieu, date:	Berne, le 19 février 2021	Ligne directe:	031 306 93 85
Interlocutrice:	Agnes Nienhaus	E-mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Prise de position sur les modifications d'ordonnance relatives à l'admission des fournisseurs de prestations

Monsieur le conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Dans votre courrier en date du 4 novembre 2020, vous nous avez invités à vous faire part de notre prise de position dans le cadre de la procédure de consultation citée plus haut. C'est avec plaisir que nous vous faisons part de notre évaluation du projet.

Remarques générales

unimedsuisse reconnaît la nécessité de contrôler l'admission des fournisseurs de prestations dans les soins ambulatoires, et notamment dans les cabinets établis. Dès l'année 2016, dans le cadre du débat autour de l'augmentation des diplômes universitaires en médecine humaine, notre association avait souligné qu'il était important d'assurer, outre le nombre de diplômes de médecine, une bonne répartition des médecins dans les régions et de diriger les professionnels vers les spécialités de sorte à répondre aux besoins, et ce afin d'éviter des pénuries ou des surabondances de soins, ainsi qu'une mauvaise répartition entre les villes et les régions rurales. Cette problématique est notamment alimentée par le flux constant de spécialistes qualifiés qui quittent les hôpitaux pour s'installer dans des cabinets établis, et doivent alors être remplacés en permanence.

Après des années de contrôle de l'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires par des décisions temporaires, unimedsuisse considère qu'il est désormais important d'établir un cadre juridique permettant de poser des bases solides pour une orientation des soins vers les besoins de la population. Une fois que la révision de la LAMal aura posé les conditions générales, les différentes ordonnances du projet dessineront l'organisation concrète du régime d'admission.

Dans ce qui suit, nous souhaitons aborder une à une les ordonnances présentées dans la procédure de consultation.

Modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal)

unimedsuisse considère toujours les exigences de qualité définies à l'art. 58g de l'OAMal (y compris toutes les références à l'art. 58g dans d'autres articles) comme inutiles. La LAMal et d'autres lois imposent déjà de très nombreuses exigences de qualité aux fournisseurs de prestations médicales. Par ailleurs, le projet manque de cohérence sur la révision de la LAMal visant à renforcer la qualité et la rentabilité qui contraindrait les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs à conclure des contrats applicables dans toute la Suisse sur le développement de la qualité (contrats de qualité). La révision partielle de la LAMal visant à renforcer la qualité et la rentabilité doit inclure ces mesures de qualité/mesure de qualité de la fourniture de prestations.

unimedsuisse rejette les exigences de qualité présentées à l'art. 58g de l'OAMal et souhaite un **renforcement de la cohérence avec les dispositions de la révision partielle de la LAMal visant à renforcer la qualité et la rentabilité.**

Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

unimedsuisse n'a aucune remarque spécifique quant aux modifications de cette ordonnance.

Nouvelle ordonnance concernant le registre des fournisseurs de prestations de l'AOS

unimedsuisse s'attend à ce que l'assurance maladie se retrouve confrontée à une augmentation de la charge de travail et des coûts à supporter, engendrée par la procédure d'admission prévue, notamment les obligations de documentation. Il est donc impératif de réduire le nombre de registres, actuellement élevé, et de mieux exploiter les synergies.

Le nouveau registre des fournisseurs de prestations prévu par la nouvelle OAMal doit être établi en liaison étroite avec les registres existants, à savoir le registre des professions médicales (MedReg), le registre des professions de la santé (GesReg), le registre des professions de la psychologie (PsyReg), le registre national des professions de la santé NAREG et le registre des codes-créanciers (RCC). Le registre RCC existant peut être supprimé après la création du nouveau registre.

unimedsuisse demande une **mise en place non bureaucratique** du registre prévu, en évitant les doubles procédures. Un **rattachement étroit au MedReg** est considéré comme indispensable.

unimedsuisse approuve **par conséquent la variante 2 de l'ordonnance, avec un registre tenu par la Confédération**. Dans le cadre de la mise en place de ce registre, le **RCC doit être supprimé**.

Ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins dans le secteur ambulatoire

L'ordonnance prévoit une planification du secteur des soins ambulatoires. Notre association reconnaît la nécessité de mécanismes de gestion gouvernementale adaptés pour les fournisseurs de prestations ambulatoires établis. Toutefois, nous considérons que le projet n'a pas été suffisamment réfléchi.

Nous souhaitons aborder la méthodologie fondamentale de l'estimation des besoins et de la fixation des nombres maximaux des fournisseurs de prestations. Le projet se base sur le rapport mandaté par l'OFSP « Critères et principes méthodologiques pour la fixation des nombres maximaux de médecins ».

Le rapport identifie clairement les faiblesses suivantes :

- Il est actuellement impossible d'établir une analyse ou une estimation fiable des besoins en l'absence des données nécessaires à cet effet pour la différenciation requise.
- Référence sur l'imprécision encore très grande des modèles d'analyse et d'estimation actuellement disponibles ainsi que des critères de fixation des nombres maximaux. Par conséquent, il est recommandé, dans le cadre législatif, de renoncer aux consignes méthodologiques sous la forme d'estimation et de fixation de nombres maximaux, et de ne définir que les principes absolus au niveau des bases légales. Il reviendrait alors aux cantons d'établir des méthodes lors de la mise en œuvre.
- Le principe fondamental consistant à affirmer que le degré actuel global d'approvisionnement en soins est adapté, ne possède pas de bons fondements scientifiques et nécessite donc l'élaboration d'autres bases. Les conclusions sur une éventuelle pénurie ou surabondance de soins ne doivent donc être tirées qu'avec réserve.

Selon les recommandations du rapport, les critères de planification contenus dans le projet sont extrêmement rudimentaires. Pour compenser les difficultés méthodologiques, l'ordonnance prévoit, à titre de précaution, la possibilité d'un facteur de pondération. Les cantons auraient alors la possibilité d'orienter la planification des besoins et les nombres maximaux en fonction de leurs objectifs politiques régionaux. On assisterait alors à une prolifération de méthodes de planification cantonales, sans bases scientifiques suffisantes. Selon l'expérience des planifications hospitalières cantonales pour les soins stationnaires ayant engendré des années d'incertitude sur les méthodes de planification appropriées, ainsi que le flou juridique en résultant pour de nombreux fournisseurs de prestations et cantons, cette procédure n'est pas compréhensible.

Par conséquent, unimedsuisse considère qu'il est important d'élargir les bases pour la fixation de nombres maximaux et de discuter impérativement entre cantons pour établir des principes et méthodes communs. Au niveau du contenu, nous souhaitons souligner plusieurs défauts méthodologiques dans les bases. unimedsuisse considère que l'absence de différenciation entre les offres établies et les services hospitaliers ambulatoires est problématique. En termes de contenu, les soins en cabinets établis et les soins hospitaliers ambulatoires ne couvrent pas les mêmes aspects. La théorie d'une substitution présentée par le rapport susnommé n'a aucune justification professionnelle, elle se base uniquement sur la consigne politique visant à établir une planification dans ces deux secteurs. Cette théorie n'a rien à voir avec la réalité des soins : seule une partie des offres ambulatoires est interchangeable entre les services hospitaliers ambulatoires et les cabinets établis. Ce principe s'applique notamment aux offres ambulatoires universitaires. La principale faiblesse de ce modèle réside dans l'absence totale de différenciation du niveau de soins dans le modèle. C'est-à-dire l'absence de différenciation entre les soins de base, les soins spécialisés et les soins hautement spécialisés qui existent également en médecine ambulatoire et gagne en importance avec l'externalisation des offres de services. La transition entre les niveaux de soins correspond souvent aux limites entre les cabinets établis et les offres hospitalières ambulatoires ; en effet, les hôpitaux effectuent des examens et des traitements qui ne peuvent pas être couverts par les cabinets eux-mêmes. Les services ambulatoires dans les hôpitaux gagnent également en importance dans les soins avant et après le séjour, et les consultations externes spéciales dans les hôpitaux universitaires sont particulièrement importantes pour les contre-expertises ambulatoires ou l'évaluation de maladies complexes et peu claires (par exemple, les maladies rares et autres). En pédiatrie et en médecine des adolescents, les soins d'urgence pédiatriques ambulatoires font totalement défaut, et il en va de même pour les autres disciplines spécialisées de la médecine des adultes.

En outre, la pandémie de covid 19 a montré très clairement que les services ambulatoires des hôpitaux doivent être prêts à intervenir dans les situations de crise, en particulier le week-end et pendant les fêtes, lorsque les patients suspects de covid n'étaient souvent même pas vus par le secteur des médecins généralistes, mais étaient laissés directement (en ambulance ou par voyage individuel) aux services d'urgence des grands hôpitaux, qui étaient constamment surchargés. Ces différences entre les offres des spécialistes en pratique privée et des services ambulatoires des hôpitaux doivent impérativement être intégrées à une planification mais sont totalement absentes du projet.

Sur la base de cette conception erronée, l'estimation des besoins est uniquement prévue au niveau des titres postgrades fédéraux selon la LPMéd. Tandis que cette différenciation est appropriée pour les cabinets établis, elle ne permet pas de représenter les soins ambulatoires dans les hôpitaux. Les soins hospitaliers ambulatoires sont très différenciés et regroupent un niveau nettement plus élevé de spécialisation ou de sous-spécialisation. La forme prévue pour la fixation des nombres maximaux ne permet donc pas une comptabilisation appropriée des besoins des hôpitaux, et encore moins leur planification pour l'avenir.

La médecine universitaire est particulièrement touchée par cette problématique : en effet, les hôpitaux universitaires ont impérativement besoin de professionnels pour de nombreuses sous-spécialisations, afin de pouvoir garantir leurs prestations ambulatoires spécialisées. Les restrictions des admissions présentent le risque que des experts qualifiés ne puissent pas être remplacés dans un domaine spécialisé, même si les sous-spécialisations concernées sont en manque de médecins.

En outre, les prestations ambulatoires et stationnaires ne peuvent pas être clairement distinguées à l'hôpital. Des restrictions strictes sur l'emploi de médecins dans les offres hospitalières ambulatoires remettraient en question les synergies actuelles entre les soins stationnaires et ambulatoires. Par ailleurs les transferts souhaités par le gouvernement entre les soins stationnaires et ambulatoires, ainsi que la flexibilité nécessaire à l'ajustement des procédures au sein des hôpitaux. Ce projet empêche donc de fournir des soins efficaces dans les hôpitaux et d'innover dans les procédures de traitement. Si les hôpitaux ne peuvent pas fournir leurs services ambulatoires, ils doivent continuer à les fournir en tant que patients stationnaires.

Par ailleurs, la médecine universitaire présente un besoin supplémentaire, issu de l'enseignement et de la recherche, ainsi que des strictes exigences posées par les hôpitaux universitaires en termes de formation continue. Étant donné que la formation continue dans le secteur ambulatoire est également prise en charge en grande partie par les hôpitaux, et de manière disproportionnée par les hôpitaux universitaires, le secteur ambulatoire des hôpitaux doit être suffisamment important.

Il convient par ailleurs de mentionner notamment le fait que la médecine universitaire est fortement marquée par les échanges internationaux et les prestations de la formation continue. Au niveau du personnel médical, on assiste donc à d'importants flux ; cette situation n'est pas négative, elle fait partie intégrante de la médecine universitaire et contribue à sa capacité d'innovation. L'application sans nuance de nombres maximaux et de contingents mettrait des obstacles à cet élément central de la médecine universitaire et risque de faire perdre son dynamisme à cette dernière. Cet aspect constitue un problème fondamental du projet : vu que la réglementation prévue complique l'admission de nouveaux médecins et garantit les droits des cabinets et médecins titulaires, elle assure une sécurité juridique, mais tout en mettant en place un mécanisme qui restreint les structures et les fournisseurs dynamiques, laissant ainsi la place à des fournisseurs moins innovants.

unimedsuisse craint donc que le modèle proposé d'analyse et d'estimation des besoins et de calcul de nombres maximaux ne mène à d'importantes restrictions pour la médecine universitaire. Il n'est déjà pas

simple aujourd'hui de trouver des professionnels pour combler les postes vacants dans les différentes sous-spécialisations, et cela va devenir encore plus compliqué et probablement consommer encore plus de ressources, étant donné la charge administrative supplémentaire. La médecine universitaire sera donc restreinte dans l'exercice de ses fonctions élémentaires pour l'ensemble du système de santé, dans les soins, la formation, la formation continue, la recherche et l'innovation.

unimedsuisse reconnaît la nécessité de la planification des fournisseurs de prestations dans les cabinets établis et approuve le débat au sujet de la manière de réaliser cette planification.

Toutefois, unimedsuisse considère que le modèle de mise en œuvre de cette planification dans le cadre de la nouvelle «Ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins dans le domaine ambulatoire» est totalement inapproprié pour s'acquitter de cette tâche. Les critères et principes méthodologiques proposés pour la fixation des nombres maximaux se basent uniquement sur les soins ambulatoires en cabinets privés et ne tiennent pas compte des offres diverses dans les hôpitaux. Les bases conceptuelles doivent donc être impérativement clarifiées et adaptées à la situation réelle des soins.

unimedsuisse rejette par conséquent le projet d'ordonnance et requiert la rédaction d'un nouveau projet qui fera l'objet d'une nouvelle procédure de consultation.

Les aspects suivants doivent être pris en compte dans le nouveau débat et intégrés aux consignes légales.

- Estimation des besoins basée sur des fondements scientifiques;
- Principes fondamentaux d'une méthodologie uniforme et valeurs de référence uniformes également pour tous les cantons;
- Obligation d'utiliser la même méthodologie entre les cantons;
- Les besoins globaux dans les prestations ambulatoires doivent être déterminés après différenciation (ou comptabilisation séparée) des besoins dans les cabinets établis et le secteur hospitalier ambulatoire ;
- Différenciation obligatoire entre les niveaux de soins (soins de base, soins spécialisés, soins hautement spécialisés/universitaires) et prise en compte des sous-spécialisations nécessaires dans les hôpitaux;
- Intégration des besoins en personnel spécialisé pour la formation, la formation continue et la recherche;
- Création de mécanismes visant à garantir la flexibilité du recrutement dans les structures universitaires afin de conserver la capacité d'innovation;
- Intégration des interventions de réglementation (par ex. dans le domaine des transferts entre les soins stationnaires et ambulatoires).

Nous vous remercions de prendre en compte les points soulevés ici pour la modification ultérieure du projet. Nous restons à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Meilleures salutations,



Bertrand Levrat
Président de Médecine Universitaire Suisse

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VKZS/AMDCS

Adresse : Schuelgass 9 6215 Beromünster

Kontaktperson : Dr. med. dent. Peter Suter, Präsident VKZS

Telefon : 041 932 10 30

E-Mail : info@kantonszahnaerzte.ch

Datum : 10.01.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	7
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	8
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	10
Weitere Vorschläge _____	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Das neu statuierte Zulassungsverfahren (Prüfung, ob Zahnärzte und Zahnärztinnen für Leistungen nach Artikel 31 KVG zugelassen werden können), verursacht für die Kantone, die neu zur Überprüfung verpflichtet sind, einen enormen Aufwand, insbesondere im Bereich Zahnmedizin, wo nur ca. 5% aller zahnärztlichen Leistungen überhaupt über OKP abgerechnet werden können. Der Aufwand steht daher in keinem Verhältnis zum Nutzen. Entsprechend ist ganz grundsätzlich zu überdenken, ob Zahnärzte und Zahnärztinnen überhaupt ein solches Zulassungsverfahren durchlaufen müssen oder ob sie – angesichts des kleinen Behandlungsvolumens – automatisch zugelassen werden sollen.</p>
	<p>Falls dennoch an einem Zulassungsverfahren für Zahnärzte und Zahnärztinnen festgehalten werden soll, so müsste von den neu statuierten Qualitätsanforderungen Abstand genommen werden. Diese sind in Zahnarztpraxen schlicht nicht praktikabel. Zum einen sollen Todesfälle und Gefährdungssituationen (hauptsächlich schwere Körperverschletzungen) erfasst werden, welche in Zahnarztpraxen selten bis gar nicht vorkommen. Zum anderen existieren keine spezifischen Meldesysteme zur Qualitätssicherung in Zahnarztpraxen. Des Weiteren ist auch nicht klar wer die Kriterien für die Qualitätsanforderungen aufstellen soll.</p>
	<p>Die Vorgaben zur Qualitätssicherung werden im zahnmedizinischen Bereich dazu führen, dass Zahnärzte und Zahnärztinnen vermehrt keine Fälle mehr übernehmen werden, die über OKP abgerechnet werden, und so Patienten und Patientinnen abweisen werden, da ja keine Verpflichtung besteht, solche Fälle zu übernehmen. Letzten Endes wird dies zu einer Diskriminierung von Patienten und Patientinnen führen, deren Fälle über OKP abgerechnet werden müssten, die aber keinen Zahnarzt oder keine Zahnärztin mehr für die Behandlung finden. Die geplanten Neuerungen halten wir daher für kontraproduktiv und diskriminierend da insbesondere wenig verdienende Schichten von den Leistungen im Sozialversicherungsbereich abhängig sind.</p>
	<p>Gemäss Artikel 36 Abs. 2 nKVG sind die Kantone für die Anordnung von Massnahmen bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzung zuständig. Normalerweise führen Kantone bei fachlich eigenverantwortlichen Medizinalpersonen aufsichtsrechtliche Verfahren nach MedBG. Neu sollen sie parallel dazu auch noch Massnahmen anordnen, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht eingehalten sind. Dies führt zu einem zusätzlichen Aufwand für die Kantone.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42		c	<p>Wie bereits einleitend erwähnt, ist fraglich, ob ein Zulassungsverfahren für Zahnärzte und Zahnärztinnen sinnvoll ist, wenn lediglich ca. 5% der zahnärztlichen Leistungen über OKP abgerechnet werden können. Die Folge wäre ein hoher Aufwand für die Kantone mit geringem Nutzen für die Qualitätssicherung.</p> <p>Wenn dennoch an einem Zulassungsverfahren für Zahnärzte und Zahnärzte festgehalten werden soll, so können Bst. a (Vorliegen einer Berufsausübungsbewilligung) und b (dreijährige praktische Weiterbildung) ohne grössere Probleme von den Zahnärzten und Zahnärztinnen umgesetzt und von den Kantonen überprüft werden.</p> <p>Anders sieht es mit Bst. c (Qualitätsanforderungen nach Art. 58g) aus. Diese sind in Zahnarztpraxen schlicht nicht praktikabel (siehe Ausführungen unten).</p> <p>Zusätzlich zu den Bst. a und b wäre es – wenn überhaupt an einem Zulassungsverfahren für Zahnärzte und Zahnärztinnen festgehalten wird – wünschenswert, dass als weitere Voraussetzung die Sprachkenntnisse auf einem Niveau C1 vorgesehen werden.</p>	Bst. c ist zu streichen. Als neuer Bst. c wäre allenfalls als weitere Voraussetzung das Erfordernis von Sprachkenntnissen auf Niveau C1 wünschenswert.
	58g			Vorauszuschicken ist, dass Qualitätssicherungssysteme im Bereich Zahnmedizin in vielen Kantonen jeweils stichprobeweise anlässlich von Inspektionen überprüft werden, nicht aber vorgängig bei Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung. So wird bei Praxen überprüft, ob diese über das erforderliche	Art. 58g ist zu streichen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

			<p>qualifizierte Personal verfügen (Bst. a). Weiter wird auch geprüft, ob eine Praxis über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem im Bereich Hygiene und Wiederaufbereitung von Instrumenten sowie derzeit auch im Bereich Covid-Schutzkonzept verfügt (Bst. b).</p> <p>Diese Anforderungen werden aber wie gesagt nicht flächendeckend vorgängig überprüft, sondern im Einzelfall nachträglich. Dies auch aus Ressourcengründen.</p> <p>An Inspektionen wird allerdings nicht überprüft, ob eine Praxis eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen ist (Bst. c). Dies deshalb, weil es solche Meldesysteme im Bereich Zahnmedizin gar nicht gibt. Auch wird nicht überprüft, ob eine Zahnarztpraxis über die Ausstattung verfügt, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen (Bst. d). Unklar ist, um welche Ausstattung es im Bereich Zahnmedizin überhaupt geht und ob eine solche für Zahnarztpraxen überhaupt existiert. In den Erläuterungen ist lediglich nachzulesen, dass der Leistungserbringer beispielsweise den Zugang zur Nutzung der notwendigen elektronischen Ausstattung vorweisen soll.</p> <p>Im Hinblick auf ein Zulassungsverfahren nun von Zahnarztpraxen zu verlangen, dass sie die vorerwähnten Punkte erfüllen, geht zu weit und ist für Zahnarztpraxen (die meisten von ihnen nach wie vor KMUs) nicht praktikabel und zudem auch nicht umsetzbar, weil die fraglichen Systeme gar nicht vorhanden sind.</p> <p>Es ist daher insgesamt von den neu statuierten Qualitätsanforderungen Abstand zu nehmen.</p> <p>Auch für die Kantone bedeuten diese neuen Qualitätsanforderungen einen enormen Überprüfungsaufwand,</p>	
--	--	--	---	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				obwohl im Bereich Zahnmedizin nur gerade mal ca. 5% der zahnärztlichen Leistungen über OKP abgerechnet werden können. Das steht in keinem Verhältnis.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	KEINE

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				KEINE	KEINE

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	KEINE

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				KEINE	KEINE

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Weitere Vorschläge				
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung		Textvorschlag
		KEINE		KEINE



Per E-Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 157
3097 Liebefeld

Bern, 27. Januar 2021

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer): Vernehmlassung Verordnungsänderungen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf das im Betreff erwähnte Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zu den geplanten Verordnungsänderungen Stellung.

Zum Verständnis unserer nachfolgenden Erwägungen einige Vorbemerkungen. Von der vom Parlament in der Sommersession 2020 beschlossenen Neuregelung der Zulassung sind unsere Mitglieder, die Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte in der Schweiz, wie kaum eine andere Gruppe innerhalb der Ärzteschaft betroffen. Wir haben uns deshalb seit der Lancierung der Botschaft des Bundesrats intensiv damit befasst und vom Beginn bis zum Schluss in den politischen Diskurs eingebracht. Dies geschah stets in konstruktiver Weise, das heisst in Anerkennung des parteiübergreifenden Regulierungswillens, obschon wir Bedenken hegten und nach wie vor hegen, wie weit es gelingen kann, der komplexen und einem schnellen Wandel unterworfenen Realität des Gesundheitswesens in einem föderalistischen Staatsgebilde wie der Schweiz mit einer vorausgreifenden, einheitlichen Steuerung gerecht zu werden. Oder anders formuliert: ob es möglich ist, dem sich stets wandelnden Bedarf von Menschen vorausschauend und in allen Bereichen und Beziehungen mit arithmetischen Mitteln gerecht zu werden.

Davon gleich mehr. Wir möchten einleitend auch unterstreichen, dass wir es zu schätzen wissen, dass die Eidgenössischen Räte verschiedene unserer Anliegen in die Vorlage aufgenommen haben, namentlich bezüglich der drei Jahre Weiterbildung an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin, der hohen Sprachkompetenz sowie des Bekenntnisses zur freien Arztwahl. Diese Offenheit für den Dialog erwarten wir bei der Umsetzung auch von den Kantonen, mit denen wir über unsere Sektionen frühzeitig Kontakt aufnehmen werden, um sie mit unserer Sicht auf die regional sehr unterschiedlichen Ausgangslagen zu unterstützen und bestmögliche Lösungen zu finden. Und damit zu den uns wichtigen Punkten auf Verordnungsstufe. Diese entsprechen grundsätzlich jenen in der Vernehmlassungsantwort der FMH, wobei darin noch weitere von uns nicht vertiefte Aspekte aufgegriffen werden. Wir unterstützen diesbezüglich die Haltung und die Forderungen der FMH.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Nach unserer Beurteilung handelt es sich hierbei um das wichtigste Regelwerk. Wir äussern allerdings klare Zweifel, ob die Kantone in ihrer Unterschiedlichkeit betreffend Grösse und Struktur nicht zuletzt der Verwaltungen alle in der Lage sein werden, den an sie gerichteten Anforderungen zu entsprechen. Und zwar so, dass auf die gesamte Schweiz gesehen ein Ergebnis resultiert, welches den Ansprüchen an eine

professionelle und gerechte Behandlung aller eine Zulassung beantragenden Ärztinnen und Ärzte genügt. Es geht uns hierbei einerseits um den zusätzlichen bürokratischen Aufwand in den Kantonsverwaltungen, der vielfach personelle und finanzielle Ressourcenaufstockungen erfordern dürfte, die zu erheblichen Mehrkosten im Gesundheitsbereich führen – zum Gegenteil von dem also, was man mit der Zulassungssteuerung erreichen möchte.

Andererseits blicken wir mit Sorge auf die bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Gesundheitswesen absehbare Mehrbelastung durch neue administrative Aufgaben. Auch diese Zeit kostet, vor allem jedoch wird sie am Ende in der einen oder anderen Form für die unmittelbare Patientenbetreuung fehlen – ein Trend, den wir seit Jahren beobachten und dem wir unter anderem mit unserer Kampagne [«Medizin statt Bürokratie!»](#) Gegensteuer geben und politisches Gehör verschaffen wollen.

Zweitens sehen wir als zentrale Prämisse für den Umgang mit dieser Verordnung, dass ein Maximum an Koordination der Kantone in Bezug auf Beurteilungskriterien sichergestellt wird. Wir verweisen auf den ersten Absatz auf dieser Seite: je präziser und einheitlicher die Kriterien, desto gerechter die praktische Handhabung in Sinn und Geist des Gleichbehandlungsgrundsatzes.

Drittens gilt es die angesichts des medizinischen Fortschritts politisch geförderte Entwicklung zur zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen beim Umgang mit Höchstzahlen im Auge zu behalten. Der Bedarf an ambulanten Kapazitäten wird weiterwachsen, was es für unsere jungen Verbandsmitglieder mit sich bringt, dass sie im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung zum Facharztstitel vieles nur noch in Spitalambulatorien lernen können – weshalb eine Stärkung der entsprechenden Kapazitäten nottut. Der Verordnungsentwurf erkennt indes in einigen Punkten die Realität in den ambulanten Bereichen der Spitäler. In der vorgeschlagenen Form wird sich die beabsichtigte Regulierung sehr negativ auf die ärztliche Weiterbildung auswirken und damit letztlich auch die Versorgung tangieren. Wir fordern deshalb, dies zu überdenken und zu korrigieren.

Art. 1 Grundsatz

Die Rede ist vom Leistungsvolumen. In diesem Kontext mahnen wir eine differenzierte Berücksichtigung der Leistungen der Weiterzubildenden, der Weiterbilderinnen und -bildner sowie von Fachärztinnen und -ärzten mit eigenverantwortlicher Leistungserbringung ohne Weiterbildungsauftrag an. Das hohe Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung lässt sich nur durch eine ebenbürtige Qualität und den steten Einbezug der ärztlichen Weiterbildung gewährleisten. Davon abgesehen müssen bei der Messung auch Leistungen Eingang finden, die nicht für die obligatorische Krankenpflege, sondern für die Unfall- und Militärversicherung erbracht werden.

Auf das Stichwort Bedarf hinuntergebrochen bedeutet dies, dass sämtliche vorstehend speziell erwähnten Leistungen ihr spezifisches Gewicht bei der Definition haben müssen – und an die dafür erforderlichen Kapazitäten zu denken ist. Allerdings weist der erläuternde Bericht auf Seite 7 ehrlicherweise darauf hin, dass der objektive Bedarf der Bevölkerung ein latentes Konstrukt sei, das sich nicht beobachten lässt. *«Bei diesem Schritt besteht das Ziel somit darin, durch Anwendung geeigneter statistischer Methoden die regionale Abweichung der Nachfrage zu schätzen.»* Ferner darf bei einer Gesamtbetrachtung die vor- und nachgelagerte Patientenversorgung etwa in Heimen, der Reha oder durch die Spitex nicht fehlen.

Und schliesslich verlangen wir die Ergänzung eines zusätzlichen, vierten Abschnitts. Dieser hält fest, dass bei allen Entscheidungen im Zusammenhang mit der Ermittlung des regionalen Versorgungsgrades sowie der Festlegung der Höchstzahlen und der Festlegung des Gewichtungsfaktors vorgängig zwingend die kantonalen Ärztegesellschaften und die kantonalen vsao-Sektionen einbezogen werden müssen.

Art. 2 Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone

Für uns als Verband, dessen Mitglieder grossmehrheitlich in Spitälern arbeiten, stellt sich die zentrale Frage, wie mit dem spitalambulanten Bereich umgegangen werden soll. Zwar ist dieser im erläuternden Bericht auf den Seiten 3 und 10 angesprochen, doch die Aussagen dazu sind für uns kein Anlass zur Beruhigung. Wir lesen, dass für Ärztinnen

und Ärzte, die im spitalambulanten Bereich tätig sind, zurzeit keine nationale Datenbank mit der Anzahl Vollzeitäquivalente besteht. Folglich müssten Schätzungen vorgenommen werden: *«Der Beschäftigungsgrad der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte lässt sich beispielsweise ausgehend vom Beschäftigungsgrad der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im untersuchten Fachgebiet abschätzen.»*

Eine solche Aussage wird der Komplexität des Spitalalltags nicht gerecht und blendet die Probleme bei der praktischen Handhabung aus. Denn eine Arztpraxis und ein Universitätsspital trennen Welten. Selbst bei vergleichbaren ambulanten Leistungen muss das völlig unterschiedliche Umfeld berücksichtigt werden, in dem diese erbracht werden, gerade im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung, die schergewichtig in Spitälern erfolgt. Wie genau lässt sich das spitalambulante Angebot bestimmen, wenn gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zum Facharztstitel zwischen verschiedenen Abteilungen sowie dem ambulanten und dem stationären Sektor in den Spitälern wechseln? Wer liefert entsprechende Daten und – siehe oben – welcher zusätzliche administrative Aufwand erwächst daraus, wenn für jede Leistung eine zuständige Ärztin/ein zuständiger Arzt zu erfassen ist? Und welches sind die praktischen Implikationen: Muss ein Chefarzt zum Beispiel vor der Neu- oder Wiederbesetzung einer Assistentenstelle künftig immer zuerst beim Kanton eine Bewilligung einholen? Mehr noch: Wie sollen die Assistenzärztinnen und -ärzte ihre Weiterbildung planen, wenn sie nicht wissen, ob sie die für ihr Curricula benötigten Weiterbildungsstellen bekommen bzw. ob es diese in zwei oder drei Jahren überhaupt noch gibt? In den Spitälern sind viele Ärztinnen und Ärzte befristet angestellt. Wenn sie mindestens teilweise auch ambulant arbeiten, nimmt die sowieso schon belastende Unsicherheit für die Betroffenen durch weitere einschränkende respektive unklare oder sich laufend ändernde Vorgaben noch einmal erheblich zu.

Wir finden in den uns zur Stellungnahme zur Verfügung gestellten Unterlagen keine Antworten. Es braucht sie jedoch unbedingt, und zwar grundsätzlich und an die Realität angepasst, um den Kantonen klare Leitplanken für die Umsetzung der Zulassungssteuerung zur Verfügung zu stellen. Es darf dabei allerdings keinesfalls sein, dass die durch die Corona-Pandemie finanziell geschwächten Spitäler, denen fortan möglicherweise noch mehr Spardruck droht, vor weitere Probleme gestellt werden, welche den Betrieb – sprich: die Patientenversorgung und -sicherheit – gefährden könnten und ihnen neue Lasten aufbürden. Ausserdem darf es auch zu keiner Benachteiligung des spitalambulanten Bereichs gegenüber dem praxisambulanten kommen.

Die Berechnung der Vollzeitäquivalente erachten wir dabei als Herausforderung, weil Vollzeitarbeit in Spitälern und Praxen oft nicht dasselbe ist. So gilt in Praxen oft eine deutlich tiefere Sollarbeitszeit von 42 Stunden pro Woche, verbunden mit mehr Ferien. Daher ist bei der Definition und der Angabe von Pensen Vorsicht geboten; die im erläuternden Bericht auf Seite 10 erwähnten zehn Halbtage pro Woche lassen viel Interpretationsspielraum, und bei der Ärzteschaft ist die Wochenarbeitszeit oder die Anzahl Dienste die relevante Messgrösse.

Davon abgesehen bestätigen uns Informationen aus kantonalen Ärztesgesellschaften, dass es bis anhin keine verlässlichen statistischen Daten zum jeweiligen Beschäftigungsgrad gibt, da sich dieser gerade bei Selbständigen schwer definieren lässt und bei Angestellten/Teilzeitmitarbeitenden Schwankungen unterliegt. Für uns als Verband, der sich für gute, zeitgemässe Arbeitsbedingungen unter Wahrung der Vorgaben des Arbeitsgesetzes und Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie engagiert, steht daher im Vordergrund, dass Ärztinnen und Ärzte in Teilzeitanstellungen durch die Zulassungssteuerung keine Benachteiligungen erfahren: Erhöhungen oder Reduktionen von Pensen müssen jederzeit gewährleistet bleiben, da sie sich nicht nur am Bedarf der Betroffenen orientieren, sondern auch an jenem der Patientinnen und Patienten. Im selben Sinne sind Ausfälle durch Mutterschaft, Vaterschaftsurlaub, unbezahlte Urlaube und Ähnliches und somit zusätzliche Kapazitäten/ Vorhalteleistungen zwingend mit einzuberechnen. Was geschieht, wenn Letzterem nicht mehr die nötige Beachtung geschenkt wird oder werden kann, zeigt sich leider gerade in der aktuellen Corona-Pandemie.

Art. 3 Festlegung der medizinischen Fachgebiete

Die in den Absätzen 2 und 3 skizzierten Vorgehensweisen bergen Ermessensspielraum und ergo ein Potenzial für Unsicherheiten, können sich als kompliziert erweisen und bilden

die Realität eventuell mit Verzerrungen ab. Es braucht klare, schweizweit verbindliche Vorgaben, welche sich nicht zum Nachteil von Ärztinnen und Ärzten auswirken, die sich nicht in ein einfaches Schema bzw. Modell pressen lassen, weil sie an diversen Orten verschiedenen medizinischen Tätigkeiten mit divergierenden und schwankenden Beschäftigungsgraden nachgehen.

Art. 4 Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen

Uns erschliesst sich nicht, wie genau die politischen Entscheide gefällt werden, für welche Gebietseinheiten Höchstzahlen gelten sollen. Im erläuternden Bericht werden die Begriffe Kanton und Region – Letzter vor allem im Kontext des Regressionsmodells – gleichermassen und ohne nähere Spezifikation verwendet, wobei aber Region in Art. 4 dieser Verordnung höchst unterschiedliche Gebietseinheiten meinen kann. Was wiederum zur Frage führt, wie differenziert das Berechnungsmodell ist, das heisst: bis auf welche Ebene es seine Zahlen herunterbricht, die anschliessend als Entscheidungsgrundlagen gedacht sind.

Der Hinweis auf kantonsübergreifende oder mehrere Kantone umfassende Regionen ist wichtig, vgl. unten unsere Bemerkung zu Art. 6. Aber was passiert, wenn Kantone ihre Versorgungsregionen für bestimmte Fachgebiete im interkantonalen Kontext unterschiedlich definieren und sich nicht einigen können? Oder wenn hinsichtlich einer Versorgungsregion eine überkantonale Zusammenarbeit die einzig sinnvolle Lösung wäre, diese indes von einem oder mehreren betroffenen Kantonen verweigert wird? Zudem gilt es beim Begriff Region unter Umständen nach Fachgebieten zu unterscheiden: Je spezialisierter zum Beispiel ein medizinischer Bereich ist, umso grösser dürfte das Einzugsgebiet sein. Und wie erwähnt darf bei der Abwägung die vor- und nachgelagerte Patientenversorgung etwa in Heimen, der Reha oder durch die Spitex nicht fehlen.

Art. 5 Methode zur Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen

Für einen medizinischen Berufsverband ist es schwierig, die Validität und praktische Tauglichkeit der erläuterten Methodik zu beurteilen. Der erläuternde Bericht stellt diese zwar näher vor, aber ein Vergleich mit potenziellen Alternativen findet nicht statt. Angesichts unserer Erfahrungen mit dem OBSAN-Modell müssen wir davon ausgehen, dass in einem komplexen Modell mit vielen Unbekannten und Variablen eine vermeintlich genaue Zahl errechnet wird, welche dann als Basis für die Steuerung dienen soll. Das ist gefährlich. Gerade im Gesundheitswesen können falsche Regulierungen und Vorgaben fatale Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben, und sie lassen sich – wenn dann einmal erkannt – nicht so rasch wieder korrigieren. Sofern Weiterbildungsangebote oder Weiterbildungsstellen gestrichen werden, ist der Schaden nämlich bereits angerichtet. Leider fanden unsere wiederholten Warnungen hierzu bisher kein Gehör. Zu beachten ist ausserdem, dass es Fachgebiete gibt, in denen bereits heute eine Unterversorgung herrscht (etwa Hausarzt-, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie).

Art. 6 Berücksichtigung der Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Wir begrüssen alle Bestrebungen in gesundheitspolitischen Regelungen, welche sich nicht nur mit der kantonsinternen Versorgung befassen, sondern die Koordination über Kantonsgrenzen hinweg und das Denken in grösseren regionalen Gebietseinheiten fördern. Denn dies entspricht der heutigen Mobilität der Bevölkerung, siehe die weitgehende Trennung von Wohn- und Arbeitsort.

Die Frage ist indes, aus welcher (schweizweit) einheitlichen Quelle die Daten für die Ermittlung der Patientenströme stammen. Gerade Patientenströmen ist es darüber hinaus eigen, dass sie sich aufgrund des Angebots oder wirtschaftlicher Entwicklungen wandeln können. Ein Denkansatz im Sinne der Förderung einer sinnvollen interkantonalen Kooperation könnte oder müsste sogar auch sein, dass nicht aktuelle Patientenströme ein Angebot für die Zukunft festlegen, sondern das Angebot solche Ströme gezielt mitlenkt, indem geprüft wird, was für die Patientinnen und Patienten die sinnvollste Lösung sein könnte (zum Beispiel im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung).

Art. 7 Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

Offenbar würden nur die den Krankenkassen eingereichten Leistungen erfasst. Was passiert mit allen zum Beispiel wegen einer zu hohen bzw. nicht ausgeschöpften Franchise nicht so deklarierten Rechnungen?

Art. 8 Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Dass die Versorgung nicht nur aufgrund von Rechenmodellen festgestellt werden soll, ist auf der einen Seite zu begrüssen. Die Kantone müssen unbedingt Spielraum haben, um weiche Faktoren, die sich nicht oder nicht in der erforderlichen Bedeutung abbilden lassen, in die Festlegung einfliessen zu lassen. Auf der anderen Seite sind die Umschreibungen dazu sehr schwammig; der an sich wichtige Spielraum kann zu willkürlichen und nicht objektiv nachvollzieh- oder zwischen den Kantonen vergleichbaren Ergebnissen führen. Insbesondere die «Befragung von Fachpersonen» führt uns dazu, nochmals auf den zwingenden Einbezug der kantonalen Ärztesgesellschaften und kantonalen Vsao-Sektionen zu verweisen. Es braucht konsolidierte Einschätzungen von Leistungserbringerinnen und -erbringern mit lokalen Kenntnissen und keine Einzelexpertisen aus der Ferne. Noch einmal halten wir hier in aller Deutlichkeit fest, dass die geplante Zulassungssteuerung das Potential hat, die Gesundheitsversorgung in der Schweiz nachhaltig zu schwächen. Deshalb ist es zwingend notwendig, dass sowohl bei der weiteren Ausarbeitung der vorliegenden Verordnungen als auch bei der Umsetzung auf kantonaler Ebene unbedingt mit den direkt betroffenen Leistungserbringern zusammengearbeitet werden muss.

Art. 10 Festlegung von Höchstzahlen

Es fehlt eine Regelung zum Vorgehen, wenn ein Kanton beispielsweise zehn Zulassungsanträge pendent hat, aber aufgrund der Höchstzahlen nur noch zwei bewilligen kann. Nach welchen Kriterien wird in solchen Fällen aussortiert und beschlossen? Geht es um das Datum des Gesuchseingangs, die Qualifikation und Erfahrung der Antragstellerin/des Antragstellers – oder um ganz andere Faktoren? Wir verlangen diesbezüglich klare, schweizweit vergleichbare und dadurch gegebenenfalls anfechtbare Massstäbe.

Die periodische Überprüfung der Höchstzahlen ist zwingend, jedoch unbedingt mit einem verbindlichen Zeithorizont zu kombinieren, ohne die Kantone zu überfordern. Damit sprechen wir einen weiteren entscheidenden Punkt an, welcher die Schwierigkeit aufzeigt, mit Berechnungsmodellen der Wirklichkeit gerecht zu werden bzw. mit ihr Schritt zu halten. Kantone passen die Leistungsverträge für ihre Spitäler an, Arztpraxen werden geschlossen, grosse Quartiere werden neu gebaut: Es gibt viele gewichtige Faktoren, die laufend und überall erhebliche und direkte Auswirkungen auf Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen haben. In diesem Zusammenhang unterstreichen wir auch unser Anliegen, dass Zulassungen in jedem Fall eine hohe Rechtssicherheit geniessen müssen, da sich die berufliche Selbständigkeit für die Betroffenen oft mit Investitionen und jahrelangen Rückzahlungsverpflichtungen verbindet. Befristete Zulassungen würden diesem Anspruch sicher nicht gerecht.

Nicht zu vergessen bleibt, dass die Kantone die Vergabe von Berufsausübungsbewilligungen unterschiedlich handhaben. Bei manchen werden diese immer unbefristet, bei anderen nur befristet erteilt. Bisherigen Inhaberinnen und Inhabern einer Bewilligung darf die Erneuerung nicht plötzlich aufgrund von Höchstzahlen verweigert werden.

Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Wir unterstützen die Haltung und die Argumentation der FMH, wonach die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) zu erfolgen hat. Betrieb – das heisst namentlich die Datenspeisung – und Nutzung dieses Registers sind möglichst einfach zu gestalten, Ersteres vor allem mit möglichst geringem zusätzlichen bürokratischen Aufwand für alle daran Beteiligten.

Es ist abzuwägen, ob es im Hinblick auf die Zulassungssteuerung und die damit verfolgten Ziele tatsächlich alle postulierten Informationen braucht und ob deren vorgeschlagene Nutzung wie im erläuternden Bericht suggeriert sämtlichen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen genügt. Wir gehen davon aus bzw. setzen voraus, dass alle hierfür notwendigen Vorabklärungen in der nötigen Tiefe und Schärfe vorgenommen worden sind.

Bei den Art. 14 und 15 ist in Variante 1 nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom

mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen, sofern Variante 1 zum Zug kommen sollte.

Art. 21 und 22: Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringer einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir hinterfragen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Und mit welchen Kosten respektive Erträgen ist überhaupt in globo zu rechnen?


Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für Rückfragen oder weitere Erläuterungen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte



Angelo Barrile
Präsident



Marcel Marti
Leiter Politik und Kommunikation/
stv. Geschäftsführer

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

per E-Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Bern, 19. Februar 2021

Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung ambulanter Leistungserbringer – Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 4. November 2020 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zu verschiedenen Verordnungen teilzunehmen, welche aufgrund der erwähnten KVG-Änderung angepasst oder neu eingeführt werden müssen. Wir danken Ihnen und nehmen wie folgt dazu Stellung.

Position curafutura

- Die Versicherer benötigen einen **uneingeschränkten Zugang zu den Informationen des Registers**, damit sie ihre vom KVG übertragenen Aufgaben weiterhin effizient durchführen können. Die Registerverordnung muss deshalb nachgebessert werden.
- Die Höchstzahlen müssen so festgelegt werden, dass regionale Überangebote abgebaut werden. curafutura verweist diesbezüglich auf zwei mögliche **methodische Probleme in der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen** für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (Art. 5 Abs. 1 und Art. 8) und fordert, dass Massnahmen gegen eine allfällige unerwünschte Entwicklung ergriffen werden.

Begründung

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Die KVV muss aufgrund der neuen Zulassungsvoraussetzungen angepasst werden. Neu gehören auch strukturelle Qualitätskriterien zu den Voraussetzungen. Diese sind in Artikel 58g KVV aufgeführt.

curafutura begrüsst, dass die Qualitätskriterien auf Stufe der Zulassung lediglich benannt und nicht näher spezifiziert werden. Damit wird der nötige Freiraum gewährt. Am Beispiel des Qualitätsmanagementsystems bedeutet dies Folgendes: Ein Leistungserbringer soll eine Zulassung erhalten, wenn er über ein Qualitätsmanagementsystem verfügt (Art. 58g Bst. b KVV). Welches System er dafür braucht, soll aber nicht

auf dieser Stufe, sondern in den Qualitätsverträgen gemäss Artikel 58a nKVG festgelegt werden: Die Heterogenität unter den ambulanten Leistungserbringern ist zu gross, als dass bereits auf Stufe der Zulassung ein einheitliches System festgelegt werden könnte. In den Qualitätsverträgen können die spezifischen Qualitätskriterien der unterschiedlichen Leistungserbringerbereiche besser abgebildet werden.

In diesem Zusammenhang weist curafutura darauf hin, dass bei der Umsetzung auf eine klare Abgrenzung zwischen Zulassung und Qualitätsverträgen zu achten ist. Doppelspurigkeiten und unklare Kompetenzzuteilungen sollen vermieden werden.

Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Damit die Versicherer das Krankenversicherungsgeschäft effizient durchführen können, brauchen sie einen uneingeschränkten Zugang zu den Informationen des Registers. Dieser Zugang ist in Artikel 14 Absatz 3 der Registerverordnung geregelt. Im Anhang steht sodann, welche Institutionen zu welchen Informationen Zugang erhalten. Zu gewissen Informationen, wie zum Beispiel die Honorarrückerstattung einer nicht angemessenen Leistung, sollen die Versicherer jedoch keinen Zugang erhalten. Ohne diese Information fehlt den Versicherern die Basis für eine Rückforderung nach Artikel 56 Absatz 2 KVG.

curafutura hat den Anhang der Registerverordnung überprüft und kommt zum Schluss, dass die Versicherer für die Durchführung des operativen Geschäfts – mit ein paar wenigen Ausnahmen – alle Registerinformationen benötigen. Um weiterhin automatisierte Leistungsprüfungen durchführen zu können, benötigen sie ausserdem Zugang zu den Registerdaten mittels einer geeigneten Standardschnittstelle. curafutura schlägt zu diesem Zweck eine Ergänzung in der Registerverordnung vor:

Artikel 14 Absatz 4 (neu)

Die Versicherer erhalten mittels einer Standardschnittstelle sämtliche für die Leistungsprüfung erforderlichen Daten.

Im Anhang der Registerverordnung muss diese Bestimmung sodann entsprechend abgebildet werden. Ausgenommen davon sind Informationen zu den Ziffern 1.8, 4.5, 4.6, 4.9 und 4.11.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

curafutura begrüsst die vom Parlament beschlossene Gleichstellung zwischen Spitalambulatorien und Arztpraxen bei der Zulassungsbeschränkung. Die Kantone sind für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zuständig und damit verpflichtet, dieses Prinzip bei ihren Zulassungsentscheiden und der Festlegung der Höchstzahlen zu berücksichtigen.

Die vorliegende Verordnung beruht auf Artikel 55a Absatz 2 nKVG. Mit dieser Bestimmung beauftragt der Gesetzgeber den Bundesrat, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen zu definieren. Zwei Bestimmungen der Verordnung können dabei aus Sicht von curafutura den Willen des Gesetzgebers übersteuern:

Als Erstes ist die Methode zur Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen zu erwähnen. Gemäss Artikel 5 Absatz 1 der Verordnung legt das EDI für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest. Die Koeffizienten werden anhand eines gesamtschweizerisch einheitlichen Regressionsmodells des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen ermittelt. Die Koeffizienten bilden die Basis für die Bestimmung der Höchstzahlen.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Weil das Regressionsmodell bei den Koeffizienten schweizweite Mittelwerte berechnet, besteht die Gefahr, dass ein zu hohes Leistungsniveau festgesetzt wird. Dies ist dann der Fall, wenn in einer Mehrheit der Kantone bereits ein Überangebot an ambulanten ärztlichen Leistungen zu verzeichnen ist. Anzeichen dafür gibt es: Im erläuternden Bericht der Verordnung steht, dass die Schweiz nach Österreich und Norwegen die höchste Ärztedichte unter den OECD-Ländern aufweist. Die Fixierung eines zu hohen Leistungsniveaus, an dem sich die Kantone bei der Festlegung des Leistungsangebots richten, wäre nicht im Sinne von Artikel 55a nKVG.

Ein zweites methodisches Problem ist in Artikel 8 der Verordnung zu finden. Gemäss dieser Bestimmung kann ein Kanton den regionalen Versorgungsgrad mit einem Gewichtungsfaktor übersteuern. Dieser enthält Faktoren, welche in den vorgelagerten Berechnungsschritten nicht berücksichtigt sind. curafutura versteht, dass regionale Faktoren (z. B. touristische Gebiete) eine Rolle bei der Festlegung des Leistungsangebots spielen und deshalb berücksichtigt werden müssen. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr einer Umgehung der schweizweit vorgegebenen Methode zur Berechnung der Höchstzahlen. Eine solche Entwicklung wäre ebenfalls nicht im Sinne des Gesetzes.

Diese beiden methodischen Aspekte müssen gut beobachtet werden. Falls sich eine Entwicklung abzeichnet, welche nicht mit dem vom Gesetzgeber geäusserten Willen übereinstimmt, muss gehandelt werden: curafutura fordert in einem solchen Fall entsprechende Massnahmen. In der vorliegenden Verordnung könnte deshalb eine Bestimmung aufgenommen werden, die eine Wirkungsanalyse vorsieht. Damit könnten einige Jahre nach Einführung der Verordnung die vom Gesetz vorgegebenen Ziele überprüft werden.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse
Curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Sandra Laubscher
Leiterin Gesundheitspolitik
Stv. Direktorin

Office fédéral de la santé publique OFSP
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Martigny, le 12 février 2021

Consultation « Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations »

Madame, Monsieur,

La lettre du 4 novembre de Monsieur Alain Berset, Conseiller fédéral, a retenu toute notre attention et nous avons l'honneur de vous communiquer la prise de position du Groupe Mutuel sur les projets d'ordonnances suivantes :

- ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) ;
- ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires ;
- ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations AOS (ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations AOS) ;

Le projet d'ordonnance de l'OPAS n'appelle aucun commentaire de notre part.

A. Généralités

En date du 19 juin 2020, le Parlement a adopté le projet de révision de la LAMal portant sur l'admission des fournisseurs de prestations (18.047).

Les nouveautés de la loi sont les suivantes :

- les fournisseurs de prestations doivent être autorisés par le(s) canton(s) à pratiquer à charge de l'AOS (une autorisation par canton où ils exercent) ;
- ils doivent respecter des exigences définies par le Conseil fédéral qui portent sur : a) la formation de base et la formation postgrade ; b) la qualité des prestations. Des règles spécifiques supplémentaires pour les médecins sont prévues : a) tenue d'un dossier électronique du patient ; b) obligations pour les praticiens étrangers (pratique de 3 ans dans un hôpital suisse, niveau linguistique suffisant) ;

- les cantons sont responsables que les conditions soient respectées. Ils désignent une autorité de surveillance ad hoc qui sanctionne les manquements (de l'avertissement au retrait définitif de l'autorisation de pratiquer). Les assureurs peuvent demander à l'autorité de surveillance le retrait de l'autorisation dans les cas dûment justifiés. L'autorité prend les mesures nécessaires ;
- un registre des fournisseurs de prestations admis dans le domaine ambulatoire est créé ;
- une règle de restriction du nombre d'admission de nouveaux médecins est définitivement ancrée.

Le 4 novembre 2020, le Conseil fédéral a mis en consultation les quatre ordonnances de mise en application de ces mesures.

B. Evaluation globale

Le Groupe Mutuel prend acte des changements importants apportés par la nouvelle réglementation qui supprime la faculté pour les assureurs de décider de l'admission des prestataires à facturer à charge de l'AOS, au profit des cantons. Un nouveau registre d'enregistrement des fournisseurs de prestations (tenu soit par l'OFSP ou un tiers) est créé et le registre tenu par SASIS SA n'est plus la référence.

Une déconstruction du mécanisme en place s'opère, pour faire place à un nouvel ordre. Quels sont les réels avantages des nouvelles règles par rapport aux coûts engendrés ? Les nouvelles dispositions favorisent-elles la maîtrise des coûts ?

Si certaines des dispositions vont dans le bon sens, le potentiel d'amélioration reste important. Le Groupe Mutuel propose diverses adaptations aptes à améliorer le pilotage des fournisseurs de prestations.

Propositions et remarques concernant l'admission des fournisseurs de prestations AOS (OAMa) (récapitulatif)

- Des règles de coordination et d'uniformisation des pratiques cantonales en matière d'admission doivent être fixées, afin de favoriser une surveillance uniforme des fournisseurs de prestations.
- Des précisions concernant le respect des exigences de qualité et de leur surveillance doivent être apportées, au regard de l'empilement réglementaire occasionné par la mise en œuvre de la modification du 21 juin 2019 de la LAMa concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité.
- Un système d'autorisation à pratiquer à charge de l'AOS renouvelable permettrait de vérifier régulièrement le respect des exigences de qualité.
- Les exigences qualitatives doivent être complétées avec le critère d'économicité, l'affiliation au dossier électronique du patient, des exigences linguistiques minimales, l'obligation de participer à des programmes de qualité et la qualité de l'indication, afin d'assurer une cohérence et une égalité de traitement entre les différents fournisseurs de prestations.
- Le droit acquis à pratiquer accordé au praticien déjà admis au moment de l'entrée en vigueur de la législation doit être limité aux cantons dans lesquels le praticien exerce.
- Le droit acquis à pratiqué accordé aux praticiens déjà admis au moment de l'entrée en vigueur de la législation ne doit pas signifier une exonération des conditions exigées des nouveaux prestataires. Les fournisseurs de prestations AOS doivent toutefois bénéficier d'un délai raisonnable pour s'adapter aux nouvelles conditions d'admission.

Propositions et remarques concernant l'ordonnance sur les nombres maximaux (récapitulatif)

- L'usage du volume de prestations, utilisé lorsqu'il n'est pas possible de calculer des équivalents plein temps (cf. art. 2 al. 4 du projet d'ordonnance), nécessite le respect des critères EAE.
- L'affectation des médecins dans les domaines de spécialisations médicales devraient s'effectuer en fonction de l'activité médicale effective.
- Les régions auxquelles s'appliquent les nombres maximaux ne devraient pas être définies en « parties de canton ». Il convient plutôt de former des régions supra-cantoniales, chaque fois que cela est pertinent.
- Des valeurs indicatives (limites inférieures/supérieures) doivent être spécifiées par la Confédération, dans le cadre desquelles les cantons peuvent fixer leurs nombres maximaux.
- Le facteur de pondération ne doit être utilisé que dans des situations exceptionnelles. Une liste des facteurs de pondération autorisés doit figurer dans l'ordonnance.
- Un mécanisme de réduction de l'offre médicale ambulatoire doit être mis en place lorsque celle-ci dépasse les nombres maximaux fixés.
- L'admission de nouveaux médecins doit être gelée jusqu'à la mise en application du système des nombres maximaux (1^{er} juillet 2025) ; il n'est en effet pas certain que le régime transitoire permette de maîtriser une augmentation du nombre de demande de création de nouveaux cabinets médicaux.
- Un système de pilotage au moyen de nombres maximaux devrait être introduit pour les autres prestataires, afin d'assurer une égalité de traitement et assurer une maîtrise des coûts plus globale.

Propositions et remarques concernant le registre des fournisseurs de prestations AOS (récapitulatif)

- La gestion du registre des fournisseurs de prestations AOS doit être attribuée à SASIS SA pour des raisons d'économicité et de praticité.
- Les cantons doivent avoir l'obligation de communiquer activement les changements pour garantir l'actualité et la justesse des données du registre.
- La portée de l'inscription au registre doit être précisée. L'inscription au registre ne doit pas permettre au prestataire de facturer à charge de l'AOS si les conditions ne sont, après vérification, pas ou plus remplies. Dans le cas contraire, une surveillance stricte et exemplaire de la part des cantons serait nécessaire.

Les cantons assumeront désormais une tâche supplémentaire primordiale, celle d'admettre ou refuser les fournisseurs de prestations à facturer à charge de l'AOS. **Il est donc plus que jamais nécessaire que le financement uniforme soit introduit et que les cantons participent à la prise en charge des coûts des prestations ambulatoires. En effet, il s'agit d'inciter les cantons à améliorer l'efficacité des politiques sanitaires en matière de rapport qualité/coût des prestations et de garantir une surveillance exemplaire de la part des cantons.**

c. Evaluation détaillée

Projet de modification de l'OAMal

❖ Transfert des données de l'OFS aux cantons

Le Groupe Mutuel soutient le transfert aux cantons par l'OFSP des données nécessaires pour fixer les nombres maximaux.

❖ Autorisation à facturer à charge de l'AOS - compétence des cantons

L'article 36 nLAMal stipule que les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité. Le projet d'ordonnance pour sa part fixe les conditions que doivent remplir les personnes physiques ou morales, selon leur domaine d'activité, pour pouvoir être admises à facture à charge de l'AOS.

L'attribution aux cantons de la compétence d'admettre les prestataires à facturer à charge de l'AOS impose d'introduire une coordination inter-cantonale en matière de pratique d'admission. En effet, il serait difficilement compréhensible que certains prestataires qui n'auraient pas été admis dans certains cantons, soient admis à pratiquer dans d'autres cantons. L'ordonnance ne dit rien sur cet important aspect. **Le Groupe Mutuel demande donc que l'ordonnance complète la réglementation par des règles de coordination entre les cantons en matière d'admission à pratiquer à charge de l'AOS. Il s'agit au final d'instaurer une pratique uniforme en matière de surveillance des fournisseurs de prestations.**

❖ Les exigences en matière de qualité

Le Groupe Mutuel salue l'introduction de règles de qualité pour être admis à facturer à charge de l'AOS, parce qu'elles peuvent permettre de freiner la surmédicalisation et les soins inappropriés et donc, au final, avoir un effet bénéfique sur les coûts et la qualité des soins fournis.

Toutefois quelques questions se posent.

- Comment les exigences de qualité sont-elles mises en œuvre (et respectées) une fois l'autorisation cantonale accordée ?

Les exigences de qualité, à l'instar des autres conditions d'admission, ont pour but de garantir des prestations appropriées et d'une qualité de haut niveau (cf. art. 36a, al. 1 P-OAMal). Dès lors, elles doivent être respectées en tout temps et l'on peut en déduire qu'il incombe aux cantons d'en vérifier la réalisation. Or, selon les débats parlementaires, il incomberait aux cantons de veiller à ce que les conditions d'admission soient remplies, et aux assureurs de maintenir les exigences de qualité une fois l'admission obtenue.

- Comment lier les exigences de qualité exigées dans l'exercice de la profession aux exigences de développement de la qualité imposées par les accords de qualité des associations faitières ?

Au 1^{er} avril 2021 entrera en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LAMal concernant le renforcement de la qualité et de l'économicité, qui impose aux partenaires tarifaires de conclure des

contrats de qualité, avec un délai de mise en œuvre d'un an accordé pour la mise sur pied desdites conventions.

Avec le projet de réglementation proposé, on constate un empilement réglementaire qui ne permet pas de définir clairement à la fin qui contrôle le respect des exigences de qualité et à quel moment.

Le Groupe Mutuel constate donc que la situation est floue et demande qu'une clarification soit faite sur la question du respect des exigences qualitative et de la surveillance, en tenant compte des différentes législations. Un système de renouvellement périodique de l'autorisation à pratiquer à charge de l'AOS serait le plus à même d'instaurer un contrôle régulier du respect des exigences de qualité.

Par ailleurs, **certaines exigences qualitatives devraient être exigées de tous les prestataires admis à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, ainsi : le niveau linguistique, l'affiliation au dossier électronique du patient, l'obligation de participer à des programmes de qualité et la qualité de l'indication, afin d'assurer cohérence et une égalité de traitement entre les différents fournisseurs de prestations.**

❖ Garantie des droits acquis

La disposition transitoire de nLAMal prévoit que les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, qui étaient admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'ancien droit sont réputés admis au sens de l'art. 36 du nouveau droit par le canton sur le territoire duquel ils pratiquaient à l'entrée en vigueur dudit article.

Le Groupe Mutuel estime que la garantie des droits acquis ne devrait être valable que dans le(s) canton(s) dans le(s)quel(s), le praticien exerce au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Ceci devrait être précisé au niveau de l'ordonnance.

D'autre part, la garantie des droits acquis ne doit pas être un moyen pour exonérer définitivement les prestataires déjà installés des conditions à remplir pour exercer, imposées aux nouveaux fournisseurs de prestations, faute de quoi une distorsion de concurrence serait introduite entre les prestataires. Plus grave, les effets attendus de la nouvelle réglementation ne pourraient pas se déployer pleinement avant des décennies, en raison du nombre important de prestataires exemptés.

L'ordonnance doit prévoir, pour les fournisseurs de prestations installés, un délai raisonnable d'adaptation aux nouvelles conditions.

Projet d'ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires

Le Groupe Mutuel se déclare favorable au modèle proposé et soutient le calcul d'un ratio de couverture régionale comme élément central dans le calcul des nombres maximaux.

❖ Calcul de l'offre des médecins par cantons

L'article 2 al. 4 du projet d'ordonnance prévoit : « Si, pour certains fournisseurs de prestations, les données disponibles ne sont pas de qualité suffisante pour calculer le nombre d'équivalents plein temps, il est possible de partir de l'hypothèse que, pour ces fournisseurs de prestations, ce nombre est proportionnel au volume de prestations de fournisseurs de prestations similaires. »

Pour le Groupe Mutuel, l'application de cette disposition impose que les prestations fournies par le groupe considéré respectent les critères EAE, faute de quoi, le calcul sera effectué sur un volume trop important de prestations.

❖ Définition des domaines de spécialisations médicales

L'affectation des médecins à des spécialités peut être difficile, surtout s'ils détiennent plusieurs titres de spécialisation. Le facteur décisif pour l'attribution est l'activité médicale effective. C'est pourquoi les médecins à « multiples spécialités » doivent être répartis entre les différentes spécialités au prorata des services médicaux qu'ils fournissent et non, comme cela est proposé, en fonction de la spécialité dans laquelle ils sont principalement actifs.

❖ Définition des régions auxquelles s'appliquent les nombres maximaux

Le Groupe Mutuel soutient la détermination de régions supra-cantonales, car de nombreux cantons représentent des unités géographiques trop petites, avec trop peu d'habitants. Compte tenu de la mobilité des personnes, le flux des patients devrait ainsi également être analysé au niveau supra-cantonale, avec pour but de former des régions supra-cantonales, chaque fois que cela est pertinent. Les régions ne devraient pas être définies en « parties de canton ».

❖ Coordination inter-cantonale pour la détermination des nombres maximaux

Le Groupe Mutuel est favorable à ce que la Confédération spécifie des valeurs indicatives ou des largeurs de bande (limites supérieures et inférieures) par région, à mettre en œuvre par les cantons. Les cantons pourraient ensuite fixer les nombres maximaux dans la largeur de bande définie, en tenant compte des caractéristiques régionales.

❖ Prise en compte d'un facteur de pondération dans le calcul du taux d'approvisionnement régional

Le Groupe Mutuel soutient la possibilité pour les cantons d'utiliser un facteur de pondération dans des situations exceptionnelles justifiées (par exemple, l'analyse des flux de patients ne prend pas en compte les touristes étrangers). Le facteur de pondération doit être utilisé avec retenue. Il doit donc au minimum être déterminé de manière transparente et pouvoir être justifié par des données objectives. Le Groupe Mutuel, pour sa part, est d'avis que la liste des facteurs de pondération autorisés doit figurer dans l'ordonnance.

❖ Détermination des nombres maximaux

La détermination des nombres maximaux nécessite la prise en compte de l'ensemble des structures sanitaires, mais aussi de l'évolution des différents modèles de prise en charge ambulatoire (télémédecine, applications, etc.).

Concernant l'actualisation des nombres maximaux, l'article 10 al. 2 du projet d'ordonnance prévoit que les nombres maximaux soient périodiquement revus. S'il est important de réévaluer régulièrement les nombres maximaux, la question de la périodicité se pose. **Le Groupe Mutuel estime qu'elle devrait être précisée au niveau de l'ordonnance.**

En dernier, l'ordonnance est muette sur les mesures à prendre, lorsque l'offre des médecins disponibles dépasse les nombres maximaux. **Il est donc nécessaire de prévoir un mécanisme de réduction de l'offre, en cas de dépassement des limites fixées.**

❖ Mise en application du système des nombres maximaux

L'entrée en vigueur de l'ordonnance est prévue au 1^{er} juillet 2021, toutefois la disposition transitoire prévoit que, jusqu'au 30 juin 2025, les cantons peuvent considérer que l'offre en médecins disponibles calculée conformément à l'art. 2 corresponde, par domaine de spécialisation médicale et par région, à un approvisionnement en soins économique et répondant aux besoins. Par conséquent, jusqu'à cette date, aucun pilotage ne sera effectué. Dès lors les questions suivantes se posent :

- Qu'en est-il des nouvelles admissions qui seront sollicitées jusqu'à cette date ?
- Quelles seront les pratiques cantonales en vigueur ?

Le projet d'OAMal ne répond pas à ces questions. La disposition transitoire se borne à fixer le délai maximum dans lequel les législations cantonales doivent être mises en œuvre (2 ans) et renvoie à l'application de l'ancien droit dans l'intervalle.

Le risque que le nombre de cabinets médicaux augmente donc pendant cette période transitoire en l'absence d'une réglementation spécifique est important. Par conséquent, **le Groupe Mutuel demande que l'ordonnance sur les nombres minimaux prévoie le gel d'admission des nouveaux cabinets médicaux en général, jusqu'à la mise en application du système des nombres maximaux.**

En dernier, le Groupe Mutuel relève qu'un système de pilotage au moyen de nombres maximaux devrait être introduit pour les autres prestataires, afin d'assurer une égalité de traitement et assurer une maîtrise des coûts plus globale.

Projet(s) d'ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins

Actuellement, la LAMal ne connaît pas de procédure formelle d'admission pour les fournisseurs de prestations. SASIS SA gère un registre de code-crancier qui décharge les assureurs-maladie de l'examen étendu des conditions d'admission dans le cas particulier - un propre contrôle n'est exercé en pratique qu'en cas d'indices d'une irrégularité - et leur permet une gestion efficace du trafic de paiements en identifiant immédiatement le fournisseur de prestations et ses coordonnées de paiement.

L'article 36n LAMal attribue à l'avenir aux cantons la compétence d'admettre les fournisseurs de prestations à facturer à charge de l'AOS. Un registre des fournisseurs spécifiques est créé.

Le Groupe Mutuel est d'avis que ce registre revêt une grande importance pour la gestion des admissions et la coordination inter-cantonale qui devrait exister. Il est donc nécessaire que ce registre soit rapidement opérationnel, à moindre coût. **La tenue du registre des fournisseurs de prestations AOS devrait par conséquent être attribuée à SASIS SA pour des raisons d'économie de mise en œuvre,** puisque SASIS dispose déjà des données nécessaires, mais aussi du savoir-faire et des outils.

La tenue du registre nécessite par l'OFSP en revanche un effort considérable et des coûts supplémentaires (en personnel, en informatique et technologie, savoir-faire).

❖ Qualité des données

La qualité d'un registre vaut par la qualité de ses données. Les adaptations aux données d'autres registres sont nécessaires afin d'assurer l'actualité et la justesse des données du registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins.


Toutefois, attendu que le gérant du registre n'a pas la possibilité de vérifier l'actualité des données, **il est important que les cantons aient une obligation de communiquer activement les changements pour garantir l'actualité et la qualité des données.** L'exactitude des données incombe à celui qui les fournit.

❖ Portée juridique de l'inscription dans le registre

La portée de l'inscription au registre devrait être précisée. En effet, en cas de contestation, l'inscription au registre ne devrait pas pouvoir justifier le maintien d'une facturation induite par le prestataire. Si l'inscription au registre donnait un droit à facturer à charge de l'AOS, aussi longtemps qu'elle subsiste et nonobstant que les conditions d'admission soient respectées, la question de la responsabilité des cantons pour la défaillance de la surveillance se poserait. **Pour le Groupe Mutuel, l'inscription signifie qu'une simple présomption du droit à facturer à la charge de l'AOS.**

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel Services SA



Dr Thomas J. Grichting
Directeur



Geneviève Aguirre
Experte Senior

Annexe : tableau synoptique des dispositions amendées de l'ordonnance relative à la fixation des nombres maximaux pour les médecins qui fournissent les prestations ambulatoire

Tableau synoptique : Ordonnance sur le nombre max. (amendements)

Consultation « Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations (04.11.2020 – 16.02.2021)

Projet	Proposition	Commentaires
Ordonnance sur le nombre max. (nouveau)		
<p>Art. 3 Définition des domaines de spécialisation médicale</p> <p>1 Sont déterminants, pour la définition des domaines de spécialisation médicale, les titres postgrades fédéraux spécifiés à l'art. 2, al. 1, let. a et b, de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales (OPMéd)2.</p> <p>2 Les cantons peuvent regrouper plusieurs titres postgrades fédéraux en un même domaine de spécialisation médicale.</p> <p>3 Les médecins ayant plusieurs titres postgrades fédéraux sont attribués au domaine de spécialisation dans lequel ils sont principalement actifs. S'il n'est pas possible de déterminer le domaine en question, ils sont attribués au domaine pour lequel ils ont obtenu en dernier le titre de médecin spécialiste.</p>	<p>3 Les médecins ayant plusieurs titres postgrades fédéraux sont attribués aux spécialités respectives au prorata des services médicaux fournis.</p>	<p>L'affectation des médecins à des spécialités peut être difficile, surtout s'ils détiennent plusieurs titres de spécialisation. Le facteur décisif pour l'attribution est l'activité médicale effective. C'est pourquoi ils devraient être répartis entre les différentes spécialités au prorata des services médicaux qu'ils fournissent et non, comme cela est proposé, en fonction de la spécialité dans laquelle ils se spécialisent.</p>
<p>Art. 4 Définition des régions auxquelles s'appliquent les chiffres maximaux</p> <p>1 Les cantons définissent les régions auxquelles s'appliquent les chiffres maximaux.</p> <p>2 Ces régions peuvent être:</p> <p>a. une partie d'un canton;</p> <p>b. un canton;</p> <p>c. un territoire intercantonal;</p> <p>d. un ensemble de cantons.</p>	<p>a. une partie d'un canton;</p> <p>a. un canton;</p> <p>b. un territoire intercantonal;</p> <p>c. un ensemble de cantons.</p>	<p>Le Groupe Mutuel soutient la détermination de régions supra-cantoniales, car de nombreux cantons représentent des unités géographiques trop petites avec trop peu d'habitants et les frontières cantonales ne jouent aucun rôle dans la consultation d'un fournisseur de prestations. Le flux des patients devrait également</p>

Tableau synoptique : Ordonnance sur le nombre max. (amendements)

Consultation « Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations (04.11.2020 – 16.02.2021) »

Projet	Proposition	Commentaires
		être analysé au niveau supra-cantonal, avec pour but de former des régions supra-cantoniales, chaque fois que cela est pertinent. Les régions ne devraient pas être définies en « parties de canton ».

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medizinaltarif-Kommission UVG

Abkürzung der Firma / Organisation : MTK

Adresse : Postfach 4358, 6002 Luzern

Kontaktperson : Luigi Frisullo, MTK-Sekretär

Telefon : +41 41 419 57 39

E-Mail : office@mtk-ctm.ch

Datum : 15. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail-Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	5
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	7
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	8
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	9
Weitere Vorschläge _____	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
MTK	<p>Allgemeine Anmerkungen der MTK</p> <p>Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) hat die erläuternden Berichte zur Änderung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern, namentlich der «<i>Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und zur Änderung der Verordnung</i>» des EDI vom 29. September 1995 über «<i>Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)</i>» sowie zu den geplanten Verordnungen über das «<i>Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i>» und der «<i>Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich</i>» mit Interesse zur Kenntnis genommen und auf die Bedürfnisse im Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UV/MV/IV) geprüft und kommt in den Teilbereichen der geplanten Anpassungen zu folgenden Schlüssen:</p>
MTK	<p>Anmerkungen zur Zulassung von Leistungserbringern in der KVV und KLV</p> <p>Die MTK begrüsst die Anpassungen in den oben genannten Verordnungen betreffend die materielle Eigenständigkeit von Personen die im Bereich der Chiropraktik sowie der Neuropsychologie tätig sind. In diesem Bereich verweist die «Verordnung über die Unfallversicherung» unter Art. 69 UVV für Chiropraktoren, medizinische Hilfspersonen und Laboratorien explizit auf die Art. 44 und 46–55 der KVV. Eine analoge Bestimmung bezüglich die Anerkennung von Leistungserbringern ist unter Art. 12 der Verordnung über die Militärversicherung (MVV) geregelt.</p> <p>Die vorgeschlagenen Anpassungen der KVV dienen als Referenz für Anerkennung von Leistungserbringern im UVG-Bereich. Die konkrete Zusammenarbeit mit der verschiedenen Leistungserbringern wird über Tarifverträge im Sinne von Art. 56 UVG geregelt. Aspekte der Qualitätssicherung werden dabei in den Tarifverträgen festgehalten.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MTK	–	–	–	Keine Bemerkungen	–

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
MTK	<p>Die MTK begrüsst die Einführung einer Verordnung im KVG zur Schaffung eines zentralen, personenbasierten Registers, welches sowohl Daten zu natürlichen als auch juristischen Personen beinhaltet. Zurzeit erfüllen lediglich das Medizinalberuferegister (MedReg) und das Psychologieberuferegister (PsyReg) diese Bedingungen. Beide Register sind ein gutes Beispiel dafür, dass das BAG in der Lage ist, Leistungserbringerinformationen benutzerfreundlich und in guter Qualität zu pflegen und zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Aus diesem Grund favorisiert die MTK Variante 2, sprich die Führung des künftigen Leistungserbringerregisters durch das BAG. Zum einen wird damit sichergestellt, dass keine Partikularinteressen Dritter die Datenlieferung einschränken oder bepreisen. Zum anderen wird das Risiko vermieden, dass die registerführende Stelle ihre Dienstleistung aus marktwirtschaftlichen Überlegungen einstellt und ein neuer Anbieter gesucht werden müsste.</p> <p>Anmerkungen zu Art. 14 der Verordnung über das Register der Leistungserbringer (Zugang über Standardschnittstelle)</p> <p>Unter Artikel 14, Abs. 1, lit. b sowie Abs. 3 sieht die Verordnung vor, dass den öffentlichen und privaten Stellen, die mit der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben betraut sind, der Zugang zum Register gewährt werden soll.</p> <p>Aus Sicht der MTK ist nicht klar, ob auch die eidgenössischen Sozialversicherer gemäss UVG, MVG und IVG inkludiert sind. Letztere benötigen für die Schaden- und Leistungsabwicklung dieselben Daten, wie die Krankenversicherer. Als wichtige, eigenständige Kostenträger sollte in der Verordnung explizit auf diese Sozialversicherungsbereiche verwiesen oder hingewiesen werden, ähnlich wie es die UVV auf die KVV in Bezug auf die Anerkennung und Zulassung der Leistungserbringer tut.</p> <p>Die MTK schlägt deswegen folgende Ergänzung von Art. 14 vor:</p> <p>Art. 14 Zugang über eine Standardschnittstelle</p> <p>¹ Den folgenden Nutzerinnen und Nutzern wird ein Zugang zu den öffentlich zugänglichen Daten über eine Standardschnittstelle gewährt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. den Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8–11; b. den öffentlichen und privaten Stellen, die mit der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben betraut sind; c. den Trägern der eidgenössischen Sozialversicherern nach UVG, MVG und IVG.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Sollte die Vernehmlassung dazu führen, dass sich die Variante 1, sprich die Vergabe der Führung eines nationalen Leistungserbringerregisters an eine externe Unternehmung, durchsetzt, empfiehlt die MTK den Auftrag an die Stiftung Refdata zu vergeben.</p> <p>Die Stiftung Refdata setzt sich seit Jahrzehnten dafür ein, dass die Grundlagen der Digitalisierung, d.h. unter anderem, die eindeutige Identifizierung von Personen, Organisationen, sowie Produkte des Gesundheitswesens, mit global gültigen Standards erfolgt und die Referenzierung in öffentlich zugänglichen und lizenzfreien Datenbanken sichergestellt wird.</p> <p>Zudem arbeitet Refdata mit den bedeutendsten Fachverbänden des schweizerischen Gesundheitswesens, sowie mit den zuständigen Behörden zusammen und widerspiegelt damit die Wertschöpfung von Produkten und Dienstleistungen von deren Entstehung und Nutzung bis zur Finanzierung.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MTK	14	1	lit. b	Es ist nicht klar, ob im Art. 14, Abs. 1, lit. b der Verordnung über die Führung eines Leistungserbringerregisters die eidgenössischen Sozialversicherer gemäss UVG, MVG und IVG im Passus «öffentlichen und privaten Stellen, die mit der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben betraut sind» inkludiert sind.	Ergänzung von Art. 14, Abs. 1 mit einer lit. c: c. den Trägern der eidgenössischen Sozialversicherern nach UVG, MVG und IVG.

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
MTK	<p>Da im Unfallversicherungsbereich die versicherte Person – gemäss Art. 10 UVG, Abs. 2 – den Arzt, Zahnarzt, Chiropraktor, die Apotheke sowie Spital und Kuranstalten frei wählen kann, ist nicht damit zu rechnen, dass aufgrund der Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte, Versorgungslücken im Bereich des UVG entstehen.</p> <p>Im KVG-Bereich ist bei einer Festlegung von Höchstzahlen zu berücksichtigen, dass eine Steuerung von Fachgebieten dazu führen könnte, dass Patienten und Patientinnen mit spezifischen Pathologien unter Umständen einen Spezialisten in einem anderen Kanton aufsuchen müssten. Aufgrund der kantonal unterschiedlichen Taxpunktwerte im ambulanten Bereich müsste sichergestellt werden, dass die OKP-Versicherten keine Schlechterstellung gegenüber Versicherten im anderen Kanton erfahren.</p> <p>Insofern müsste über eine interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen sichergestellt werden, dass keine Versorgungslücken oder Ungleichbehandlungen im KVG-Bereich entstehen.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MTK	–	–	–	Keine Bemerkungen	–

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
MTK	–	Keine weiteren Vorschläge	–

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 19. Februar 2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen zur Vernehmlassung über die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern zur Änderung der KVV Stellung nehmen zu können.

Die vorgeschlagenen Änderungen stehen im Zusammenhang zur Änderung der Praxis zur Zulassung von Leistungserbringern und sind grundsätzlich zu unterstützen.

Mit der Neuregelung auf drei Interventionsebenen sollen zum einen die Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt werden, welche die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Leistungserbringer erfüllen müssen. Zum andern wird den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitgestellt.

Die Vorgaben zu den Zulassungsvoraussetzungen sind aus Sicht von santésuisse praktikabel. Allerdings ist die jeweilige Forderung des Nachweises der Erfüllung der Qualitätsanforderungen oftmals erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar. Hier stellt sich die Frage, wie diese Bringschuld nach erteilter OKP-Zulassung durch die Kantone eingefordert wird. Zudem wäre zu klären, wie sich die Qualitätsanforderungen der Kantone verhalten, welche erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar sind, zu den Forderungen nach Qualitätsentwicklung aus den Qualitätsverträgen der Verbände. Da besteht eine gewisse Überschneidung der Kompetenzen.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Unklare Verantwortlichkeiten zwischen Versicherern und Kantonen

Nach Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 gelten heute zugelassene Leistungserbringer von jenem Kanton als zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten der Revision ausgeübt haben. Besagte Übergangsbestimmung hat Gesetzesrang und steht einer Verordnung gegenüber. Wenn der Besitzstand greifen sollte, dürfte Art. 58g KVV auf längere Zeit keine besondere Wirkung entfalten.

Nach Art. 36a nKVG (Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer) bleibt aber unklar,

- ob die Zulassungsvoraussetzungen bezüglich Qualitätsanforderungen auch nach erlangter Zulassung eingehalten werden müssen, und
- wer für die Überprüfung dieser Einhaltung verantwortlich ist.

Gemäss Parlamentsdebatte¹ sind die Kantone für die Sicherstellung der Zulassungsvoraussetzungen zuständig, und die Versicherer für die Aufrechterhaltung der Qualitätsanforderungen nach erlangter Zulassung.

Allerdings steht in Art. 36 Abs. 1 KVG: «Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.» Dies weist darauf hin, dass die Zulassungsvoraussetzungen auch nach erhaltener OKP-Zulassung aufrechterhalten werden müssen. Damit wäre die Sicherstellung - auch der Qualität - Aufgabe der Kantone.

Die Gesetzeslage ist in diesem Punkt somit unklar und muss präzisiert werden.

Fehlende Übersicht im Qualitätsbereich bezüglich der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung des Bundesrates, der Kantone, der Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer

Insgesamt fehlt eine Übersicht bezüglich der den Qualitätsbereich betreffenden Gesetzes- und Ordnungsrevisionen. Diese Gesamtsicht sollte darlegen, welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung auf den Bundesrat, die Kantone, die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer anfallen. Der Grundsatz des Kongruenzprinzips besagt, dass Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung deckungsgleich an Stellen übertragen sein muss. Die Einhaltung dieses Grundsatzes in den Gesetzes- und Ordnungstexten, auch aus den Erläuterungen dazu, ist nicht immer ersichtlich.

¹ BR A. Berset AB 2020 N 59 / BO 2020 N 59: D'un côté, les cantons ont la responsabilité de contrôler les admissions et le respect des critères définis par la loi. De l'autre côté, les assureurs ont le devoir de surveiller non seulement la qualité des prestations fournis, mais aussi leur économicité. Cela nous paraît effectivement entrer en relation et en résonance avec le projet de renforcement de la qualité et de l'économicité qui est en train d'être mis en œuvre.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Es scheint derzeit noch gewisse Überschneidungen und Widersprüche zu geben zwischen den folgenden drei Gesetzesanpassungen samt deren Verordnungstexten:

1. *Einheitliche Planungskriterien auf Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit* (**Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG i.V.m. Art. 58d Abs.3-5 nKVV**);
2. *Zulassung von Leistungserbringern* (**Art. 36a nKVG i.V.m. Art. 58g nKVV**); und
3. *Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit* (**Art. 58a Abs. 1-2 nKVG i.V.m. Art. 77a nKVV**).

Es ist vordringlich, dass die Ausführungsbestimmungen hier zur Klärung der jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten beitragen.

Bezüglich den technischen Ausführungen verweisen wir schliesslich auf die ebenfalls eingereichte Vernehmlassungsantwort der SASIS AG zur vorgesehenen KVV-Änderung, welche wir vollumfänglich unterstützen.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<i>I</i>		
	<i>Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:</i>		
<p>Art. 30b Weitergabe der Daten der Leistungserbringer</p> <p>¹ Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter:</p> <p>a. dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) und für die Veröffentlichung der Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG) erforderlich sind;</p> <p>b. den zuständigen Behörden der Kantone:</p> <p>1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,</p>	<p>Art. 30b Weitergabe der Daten der Leistungserbringer</p> <p>¹ Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:</p> <p>a. <u>BAG: die in Artikel 30 genannten Daten soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG), für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);</u></p> <p>b. <u>zuständige kantonale Behörden:</u></p> <p>1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,</p>		<p>Im Zusammenhang mit Prüfungen der Tarife, Kontrolle der Qualität, der Planung sowie der Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sind die Ergänzung in Art. 30b zu unterstützen.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind;</p> <p>c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;</p> <p>d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 erforderlich sind.</p> <p>² Es stellt die Anonymität des Personals nach Artikel 30 Buchstabe b und der Patientinnen und Patienten nach Artikel 30 Buchstabe c bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sicher.</p> <p>³ Die Daten nach Artikel 30 werden grundsätzlich auf Betriebsebene aggregiert weitergegeben. Daten nach</p>	<p>2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind;</p> <p>3. <u>die in Artikel 30 genannten Daten soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVGKVG);</u></p> <p>c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;</p> <p>d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 erforderlich sind.</p> <p>² Es stellt die Anonymität des Personals nach Artikel 30 Buchstabe b und der Patientinnen und Patienten nach Artikel 30 Buchstabe c bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sicher.</p> <p>³ Die Daten nach Artikel 30 werden grundsätzlich auf Betriebsebene aggregiert weitergegeben. Daten nach</p>	<p>3. die in Artikel 30 genannten Daten soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVGKVG);</p>	<p>orthographische Korrektur</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Artikel 30 Buchstaben b–e und g werden folgenden Empfängern als Einzeldaten weitergegeben:</p> <p>a. dem BAG;</p> <p>b. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.</p>	<p>Artikel 30 Buchstaben b–e und g werden folgenden Empfängern als Einzeldaten weitergegeben:</p> <p>c. dem BAG;</p> <p>d. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.</p>		
	<p>1. Abschnitt: Ärzte und Ärztinnen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen</p>		<p>Nach Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 gelten heute zugelassene Leistungserbringer von jenem Kanton als zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten der Revision ausgeübt haben.</p> <p>Besagte Übergangsbestimmung hat Gesetzesrang und steht einer Verordnung gegenüber. Wenn der Besitzstand greifen sollte, dürfte Art. 58g KVV auf längere Zeit keine besondere Wirkung entfalten.</p> <p>Nach Art. 36a nKVG (Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer) bleibt unklar,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ob die Zulassungsvoraussetzungen bezüglich Qualitätsanforderungen auch nach erlangter Zulassung eingehalten werden müssen, und • wer für die Überprüfung dieser Einhaltung verantwortlich ist.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			<p>Gemäss Parlamentsdebatte sind die Kantone für die Sicherstellung der Zulassungsvoraussetzungen zuständig, und die Versicherer für die Aufrechterhaltung der Qualitätsanforderungen nach erlangter Zulassung.</p> <p>Allerdings steht in Art. 36 Abs. 1 KVG: «Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.» Dies weist darauf hin, dass die Zulassungsvoraussetzungen auch nach erhaltener OKP-Zulassung aufrechterhalten werden müssen. Damit wäre die Sicherstellung Aufgabe der Kantone.</p> <p>Weiter hat der Gesetzgeber innert kurzer Zeit drei KVG-Revisionen verabschiedet, zur Qualität und Wirtschaftlichkeit, zur Zulassung von Leistungserbringern und betreffend einheitliche Planungskriterien auf Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Alle drei Revisionen beauftragen Versicherer, Kantone und den Bund mit bestimmten neuen Aufgaben. Es ist vorzuziehen, dass die Ausführungsbestimmungen hier zur Klärung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten beitragen.</p>
<p>Art. 38 Weiterbildung</p> <p>Ärztinnen und Ärzte haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel</p>	<p>Art. 38 Ärzte und Ärztinnen</p> <p><u>¹ Ärzte und Ärztinnen werden zugelassen, wenn sie neben den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 1</u></p>		<p>Diese Voraussetzungen kommen zu den bereits bestehenden gesetzlichen Anforderungen hinzu.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
20 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG) auszuweisen.	<p>und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Artikel 36 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG).</u></p> <p>b. <u>Sie verfügen über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 MedBG im beantragten Fachgebiet.</u></p> <p>c. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p> <p><u>² Die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) bleiben vorbehalten.</u></p> <p><u>³ Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendigen Sprachkenntnisse im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn Sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion:</u></p>	<p>^{1bis} Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. c nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Das notwendige Sprachniveau ist das Referenzniveau C1. Das Sprachniveau muss nachgewiesen werden (gegebenenfalls mittels eines Sprachtests).</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<ul style="list-style-type: none"> a. <u>die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutungen zu erfassen;</u> b. <u>sich spontan und fliessend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen;</u> c. <u>die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern.</u> 		
<p>Art. 39 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise</p> <p>¹ Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.</p> <p>² Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über einen nach Artikel 21 des MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.</p>	<p><u>Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen</u></p> <p>¹ <u>Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, werden zugelassen, wenn sie neben den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 2 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Ärzte und Ärztinnen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 38 Absatz 1 Buchstaben a und b erfüllen.</u> b. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> 	<p>^{1bis} Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. b nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden. Für Ärzte und Ärztinnen, die aufgrund eines vertraglichen Angestelltenverhältnisses in einer HMO oder in einem Zentrum der ambulanten Versorgung tätig sind, muss die Selbständigkeit nicht mehr zwingend vorausgesetzt werden. Es ist deshalb auch in diesem Bereich eine explizite gesetzliche Grundlage für deren Zulassung zu schaffen, die sie bei der Zulassung den selbstständigen Ärzte und Ärztinnen gleichstellt.</p> <p>Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p><u>² Die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) bleiben vorbehalten.</u></p>		<p>Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>
<p>Art. 40 Weiterbildung</p> <p>Apothekerinnen und Apotheker haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 MedBG auszuweisen.</p>	<p>Art. 40</p> <p><u>¹ Apotheker und Apothekerinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 MedBG;</u></p> <p>b. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>^{1bis} Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. b nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<u>² Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.</u>		Einverstanden. Keine Bemerkungen zur Selbstdispensation.
Art. 41 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise ¹ Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über ein nach Artikel 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom verfügen. ² Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über einen nach Artikel 21 MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.	Art. 41 <i>Aufgehoben</i>		Einverstanden. Keine Bemerkungen.
Art. 42 Zulassung Zugelassen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein eidgenössisches Diplom verfügen und sich über	Art. 42 <u>Zahnärzte und Zahnärztinnen werden für Leistungen nach Artikel 31 KVG zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u>	¹ Zahnärzte und Zahnärztinnen werden für Leistungen nach Artikel 31 KVG zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:	Einverstanden mit lit a und b.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
eine zweijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen.	<p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnarzt oder Zahnärztin nach Artikel 36 MedBG.</u></p> <p>b. <u>Sie weisen sich über eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut aus.</u></p> <p>c. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. c nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
<p>Art. 43 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise</p> <p>Zahnärztinnen und Zahnärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein nach Artikel 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.</p>	<p>Art. 43</p> <p><i>Aufgehoben</i></p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie Organisationen der Chiropraktik		
<p>Art. 44</p> <p>¹ Chiropraktorinnen und Chiropraktoren haben nachzuweisen, dass:</p> <p>a. sie eine Ausbildung nach den Artikeln 14 und 33 des MedBG¹ erfolgreich abgeschlossen haben;</p> <p>b. sie eine Weiterbildung nach den Artikeln 17–19 des MedBG erfolgreich abgeschlossen haben.</p> <p>² ...</p> <p>³ Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 182 Absatz 1 Buchstabe d der Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017</p>	<p>Art. 44 Chiropraktoren und Chiropraktorinnen</p> <p><u>¹ Chiropraktoren und Chiropraktorinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Chiropraktor oder Chiropraktorin nach Artikel 36 MedBG.</u></p> <p>b. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>^{1bis} Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. b nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen des Eidgenössischen Departements für Inneres.			
	<p>Art. 44a Organisationen der Chiropraktik</p> <p><u>Organisationen der Chiropraktik werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u></p> <p>b. <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u></p> <p>c. <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 44 erfüllen.</u></p> <p>d. <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u></p> <p>e. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>¹ Organisationen der Chiropraktik werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. e nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

[illegible]

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 45a Organisationen der Hebammen</p> <p>Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 erfüllen; d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Leistungen bei Mutterschaft erbracht werden. 	<p>Art. 45a Organisationen der Hebammen</p> <p><u>Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u> b. <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u> c. <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 erfüllen.</u> d. <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u> e. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> 	<p>¹ Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. e nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbe- willigung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 46 Im Allgemeinen</p> <p>¹ Als Personen, die auf ärztliche An- ordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die ei- nen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Physiotherapeut oder Physiothe- rapeutin; b. Ergotherapeut oder Ergotherapeu- tin; c. Pflegefachfrau oder Pflegefach- mann; d. Logopäde oder Logopädin; e. Ernährungsberater oder Ernäh- rungsberaterin; f. Neuropsychologe oder Neuropsy- chologin. <p>² Diese Personen müssen nach kanto- nalem Recht zugelassen sein und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind.</p>	<p>Art. 46</p> <p><i>Aufgehoben</i></p>		Einverstanden. Keine Bemerkungen.
<p>Art. 47 Physiotherapeuten und Phy- siotherapeutinnen</p> <p>¹ Die Physiotherapeuten und Physio- therapeutinnen haben nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. das Diplom einer Schule für Physi- otherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichne- ten Stelle anerkannt oder als 	<p>Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen</p> <p><u>Physiotherapeuten und Physiothera- peutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung</u> 	<p>¹ Physiotherapeuten und Physiothera- peutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p>	Einverstanden mit lit a bis c.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>	<p><u>als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</u></p> <p>b. <u>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. bei einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind.</u> <u>2. in einer physiotherapeutischen Spezialabteilung eines Spitals, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder</u> <u>3. in einer Organisation der Physiotherapie, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</u> <p>c. <u>Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</u></p> <p>d. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p></p> <p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. d nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p></p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen aufsichtsrechtliche Sanktionen,</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen</p> <p>¹ Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:</p> <p>a. das Diplom einer Schule für Ergotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einer Arztpraxis, einem Spital oder einer Organisation der Ergotherapie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>	<p>Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen</p> <p><u>¹ Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Ergotherapeut oder Ergotherapeutin nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</u></p> <p>b. <u>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind,</u> 2. <u>in einem Spital, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder</u> 3. <u>in einer Organisation der Ergotherapie, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraus-</u> 		<p>Einverstanden mit lit a bis c.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p><u>setzungen dieser Verordnung erfüllen.</u></p> <p>c. <u>Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</u></p> <p>d. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. d nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
<p>Art. 49 Pflegefachfrau und Pflegefachmann</p> <p>Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nachzuweisen:</p> <p>a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder</p>	<p>Art. 49 Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen</p> <p><u>¹ Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</u></p> <p>b. <u>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</u></p> <p>1. <u>bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, die</u></p>		<p>Einverstanden mit lit a bis c.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.</p>	<p><u>nach dieser Verordnung zugelassen sind.</u></p> <p>2. <u>in einem Spital, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder</u></p> <p>3. <u>in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</u></p> <p>c. <u>Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</u></p> <p>d. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. d nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder gar den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
<p>Art. 50 Logopäden und Logopädinnen</p> <p>Die Logopäden und Logopädinnen haben nachzuweisen:</p>	<p>Art. 50 Logopäden und Logopädinnen</p> <p><u>Die Logopäden und Logopädinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p>	<p>¹ Die Logopäden und Logopädinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis c.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>a. eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik), 2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie), 3. Medizin (Neurologie, Otorhinolaryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie), 4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik/Heilpädagogik), 5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie), 6. Recht (Sozialgesetzgebung); <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser 	<p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Logopäde oder Logopädin.</u></p> <p>b. <u>Sie verfügen über eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung als Logopäde oder Logopädin mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik).</u> 2. <u>Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie).</u> 3. <u>Medizin (Neurologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie).</u> 4. <u>Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik, Heilpädagogik).</u> 5. <u>Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie).</u> 6. <u>Recht (Sozialgesetzgebung).</u> <p>b. <u>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie, überwiegend im Erwachsenenbereich, ausgeübt, davon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und im Beisein eines Logopäden oder einer Logopädin.</u></p>		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Verordnung erfüllt, absolviert werden,</p> <p>2. kann ein Jahr unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.</p>	<p><u>welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.</u></p> <p>c. <u>Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</u></p> <p>d. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. d nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
<p>Art. 50a Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen</p> <p>¹ Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen haben nachzuweisen:</p> <p>a. das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, das von einer</p>	<p>Art. 50a Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen</p> <p><u>Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p>	<p>¹ Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis c.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist, in einer Organisation der Ernährungsberatung, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>	<p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</u></p> <p>b. <u>Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind.</u> <u>in einem Spital, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder</u> <u>in einer Organisation der Ernährungsberatung, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</u> <p>c. <u>Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</u></p> <p>d. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. d nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbe- willigung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 50b Neuropsychologen und Neuropsychologinnen</p> <p>Die Neuropsychologen und Neuopsy- chologinnen haben nachzuweisen:</p> <p>a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenös- sischen oder als gleichwertig aner- kannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psy- chologieberufegesetz vom 18. März 2011 (PsyG); oder</p> <p>b. einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psy- chologinnen und Psychologen.</p>	<p>Art. 50b Neuropsychologen und Neuropsychologinnen</p> <p><u>Neuropsychologen und Neuopsy- chologinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Vorausset- zungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Neuropsychologe oder Neu- ropsychologin.</u></p> <p>b. <u>Sie verfügen über:</u></p> <p>1. <u>einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eid- genössischen oder als gleich- wertig anerkannten Weiterbil- dungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufefe- setz vom 18. März 2011 (PsyG), oder</u></p> <p>2. <u>einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuopsy- chologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.</u></p> <p>c. <u>Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</u></p> <p>d. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Arti- kel 58g erfüllen.</u></p>	<p>¹ Neuropsychologen und Neuopsy- chologinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Vorausset- zungen erfüllen:</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis c.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung er- füllbar.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. d nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.	Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause</p> <p>Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c. über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat; d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird. 	<p>Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause</p> <p><u>Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u> b. <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u> c. <u>Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat.</u> d. <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u> e. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> 	<p>¹ Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

[illegible]

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.	Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 52a Organisationen der Physiotherapie</p> <p>Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen; d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird. 	<p>Art. 52a Organisationen der Physiotherapie</p> <p><u>Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u> b. <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u> c. <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen.</u> d. <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u> e. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> 	<p>¹ Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. e nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 52b Organisationen der Ernährungsberatung</p> <p>Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen; über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ernährungsberatung erbracht wird. 	<p>Art. 52b Organisationen der Ernährungsberatung</p> <p><u>Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u> <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u> <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen.</u> <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u> <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> 	<p>¹ Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. e nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			den Entzug der Berufsausübungsbe- willigung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).
<p>Art. 52c Organisationen der Logopädie</p> <p>Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 erfüllen; über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Logopädie erbracht wird. 	<p>Art. 52c Organisationen der Logopädie</p> <p><u>Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u> <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u> <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 erfüllen.</u> <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u> <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u> 	<p>¹ Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. e nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbe- willigung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>Art. 52d Organisationen der Neuropsychologie</p> <p><u>¹ Organisationen der Neuropsychologie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u></p> <p>b. <u>Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</u></p> <p>c. <u>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50b erfüllen.</u></p> <p>d. <u>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</u></p> <p>e. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. e nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Einverstanden mit lit a bis d.</p> <p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbewilligung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
Art. 54	Art. 54		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>¹ Als Laboratorium ist ohne weitere Bedingungen zugelassen:</p> <p>a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden, 2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik), 3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist, 4. die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden; <p>b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;</p> <p>c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.</p>	<p><u>¹ Als Laboratorien sind zugelassen:</u></p> <p>a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden, 2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik), 3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist, 4. die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden; <p>b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;</p> <p>c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.</p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>² Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.</p> <p>³ Laboratorien, die im Auftrage eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn:</p> <p>a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;</p> <p>b. die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde.</p> <p>⁴ Das EDI kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende</p>	<p>² Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.</p> <p>³ Laboratorien, die im Auftrage eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der Grundversorgung weitere Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn:</p> <p>a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen;</p> <p>b. die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde.</p> <p>⁴ Das EDI kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende</p>		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im Weiteren für die Durchführung bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.</p> <p>⁵ Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.</p>	<p>Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im Weiteren für die Durchführung bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.</p> <p><u>^{4bis} Um nach den Absätzen 1–3 zugelassen zu werden, müssen die Laborenachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p> <p>⁵ Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.</p>	<p>^{4ter} Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. ^{4bis} nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
<p>Art. 55</p> <p>Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behand-</p>	<p>Art. 55</p> <p><u>Abgabestellen für Mittel und Gegenstände werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p>	<p>¹ Abgabestellen für Mittel und Gegenstände werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p>	<p>Einverstanden mit lit a und b.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>lung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.</p>	<p>a. <u>Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</u></p> <p>b. <u>Sie haben mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abgeschlossen.</u></p> <p>c. <u>Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</u></p>	<p>² Wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 lit. c nicht mehr erfüllt sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>Die Art. 58g lit b und c nKVV sind erst im Rahmen der Berufsausübung erfüllbar.</p> <p>Zu regeln ist daher, wie die Verletzung der Vorgaben aus Qualitätsverträgen zu ahnden ist. santésuisse schlägt vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
<p>Art. 55a</p> <p>Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie:</p> <p>a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e des Gesetzes entsprechen;</p> <p>b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben;</p> <p>c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen;</p>	<p>Art. 55a</p> <p><u>Geburtshäuser werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie erfüllen die Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e KVG.</u></p> <p>b. <u>Sie haben ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 KVG festgelegt.</u></p> <p>c. <u>Sie stellen eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicher.</u></p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

[illegible]

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>² Das EDI kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.</p>	<p>² Das EDI kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.</p>	<p>sind, können die Versicherer beim zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen beantragen.</p>	<p>vor, dass die Versicherer hier nach Feststellung fehlender Voraussetzungen beim jeweils zuständigen Kanton aufsichtsrechtliche Sanktionen, wie zum Beispiel eine Verwarnung oder den Entzug der Berufsausübungsbeurteilung, beantragen können (Art. 38 Abs. 3 nKVG).</p>
	<p>12. Abschnitt: Qualitätsanforderungen</p>		
	<p>Art. 58g</p> <p><u>Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:</u></p> <p>a. <u>Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.</u></p> <p>b. <u>Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.</u></p>		<p>Dies betrifft primär die Strukturqualität und liegt jetzt schon im Zuständigkeitsbereich der Kantone.</p> <p>Die Unterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems ist eine Daueraufgabe und muss laufend und repetitiv erfüllt werden. Somit müssten die Kantone nach erteilter OKP-Zulassung die Unterhaltung des entsprechenden Qualitätsmanagementsystems stest überprüfen.</p> <p>Die Regelung der Qualitätsentwicklung ist demgegenüber Angelegen-</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>c. <u>Sie haben eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen.</u></p> <p>d. <u>Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.</u></p>		<p>heit der Verbände der Leistungserbringer und Versicherer im Rahmen der Qualitätsverträge.</p> <p>Wie bereits ausgeführt, bedarf es in diesem Zusammenhang einer klaren Kompetenzenregelung.</p>
	<p><i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> Die Versicherer müssen den Kantonen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Änderung vom ... die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 auf ihrem Gebiet zugelassenen Leistungserbringern zukommen lassen.</p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen. Die Angaben sind im ZSR enthalten. Allenfalls ist es einfacher und effizienter, wenn nicht jeder Versicherer die Angaben sendet, sondern diese vom ZSR an die Kantone geliefert werden.</p>
	II		
	Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 19. Februar 2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen zur Vernehmlassung über die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern zur Änderung der KLV Stellung nehmen zu können.

Die Anpassungen der KLV ergeben sich aus den geplanten Anpassungen in der KVV zu den Höchstzahlen und den Zulassungsvoraussetzungen. In diesem Kontext sind diese technischen Anpassungen zu unterstützen.

In Artikel 16 ist eine orthographische Korrektur vorzunehmen (vgl. nachfolgend S. 6). Ansonsten haben wir keine Bemerkungen.

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<i>I</i>		
	Die Krankenpflege-Leistungsordnung vom 29. September 1995 wird wie folgt geändert:		
Art. 4 Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen: a. Analysen: die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in der Analysenliste separat bezeichnet; b. Arzneimittel: pharmazeutische Spezialitäten der folgenden therapeutischen Gruppen der Spezialitätenliste: 1. 01.01.10 (antipyretische Analgetica), 01.12 (Myotonolytica: nur per os verabreichte), 2. 04.99 (Gastroenterologica, Varia: nur Mittel zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut), 3. 07.02.10 (Mineralia), 07.02.20 (kombinierte Mineralien), 07.02.30 (einfache Vitamine),	Art. 4 Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden <u>von nach Artikel 44 KVV zugelassenen Chiropraktoren und Chiropraktorinnen oder von nach Artikel 44a KVV zugelassenen Organisationen der Chiropraktik verordneten Leistungen</u> : a. Analysen: die Analysen sind gestützt auf Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe b KVV in der Analysenliste separat bezeichnet; b. Arzneimittel: pharmazeutische Spezialitäten der folgenden therapeutischen Gruppen der Spezialitätenliste: 1. 01.01.10 (antipyretische Analgetica), 01.12 (Myotonolytica: nur per os verabreichte), 2. 04.99 (Gastroenterologica, Varia: nur Mittel zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut), 3. 07.02.10 (Mineralia), 07.02.20 (kombinierte Mineralien), 07.02.30 (einfache Vitamine),		Einverstanden. Keine Bemerkungen.

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>7.07.02.40 (kombinierte Vitamine), 07.02.50 (andere Kombinationen),</p> <p>4. 07.10.10 (einfache entzündungshemmende Mittel), 07.10.20 (kombinierte entzündungshemmende Mittel ohne Corticosteroide: nur Kombinationen von entzündungshemmenden Mitteln und Mitteln zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut), 07.10.40 (kutane Mittel: nur solche mit entzündungshemmenden Wirkstoffen),</p> <p>5. 57.10.10 (Komplementärmedizin: einfache entzündungshemmende Mittel);</p> <p>c. Mittel und Gegenstände:</p> <p>1. Produkte der Gruppe 05. Bandagen,</p> <p>2. Produkte der Gruppe 09.02.01 Transkutane elektrische Nervenstimulationsgeräte (TENS),</p> <p>3. Produkte der Gruppe 16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel,</p> <p>4. Produkte der Gruppe 23. Orthesen,</p> <p>5. Produkte der Gruppe 35. Verbandmaterial;</p> <p>d. Bildgebende Verfahren:</p> <p>1. Röntgen des Skelettes,</p>	<p>7.07.02.40 (kombinierte Vitamine), 07.02.50 (andere Kombinationen),</p> <p>4. 07.10.10 (einfache entzündungshemmende Mittel), 07.10.20 (kombinierte entzündungshemmende Mittel ohne Corticosteroide: nur Kombinationen von entzündungshemmenden Mitteln und Mitteln zur Hemmung der Magensäuresekretion oder zum Schutz der Magenschleimhaut), 07.10.40 (kutane Mittel: nur solche mit entzündungshemmenden Wirkstoffen),</p> <p>5. 57.10.10 (Komplementärmedizin: einfache entzündungshemmende Mittel);</p> <p>c. <u>der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände:</u></p> <p>1. Produkte der Gruppe 05. Bandagen,</p> <p>2. Produkte der Gruppe 09.02.01 Transkutane elektrische Nervenstimulationsgeräte (TENS),</p> <p>3. Produkte der Gruppe 16. Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel,</p> <p>4. Produkte der Gruppe 23. Orthesen,</p> <p>5. Produkte der Gruppe 35. Verbandmaterial;</p> <p>d. Bildgebende Verfahren:</p> <p>1. Röntgen des Skelettes,</p>		

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
2. Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und Extremitäten, 3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes und der peripheren Gelenke, 4. Diagnostischer Ultraschall, 5. Drei-Phasen-Skelettszintigraphie; e. physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.	2. Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und Extremitäten, 3. Magnetische Kernresonanz (MRI) des Achsenskelettes und der peripheren Gelenke, 4. Diagnostischer Ultraschall, 5. Drei-Phasen-Skelettszintigraphie; e. physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.		
Art. 10 Grundsatz Der Logopäde, die Logopädin oder die Organisation der Logopädie führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses und des Schluckens durch, die zurückzuführen sind auf: a. neurologische Leiden mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoröser, vaskulärer, hypoxischer oder degenerativer Ursache; b. phoniatische Leiden, insbesondere partielle oder totale Missbildung der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kiefers oder des Kehlkopfes sowie Störungen der orofazialen Muskulatur oder der Larynxfunktion mit infektiöser,	Art. 10 Grundsatz <u>Die nach Artikel 50 KVV zugelassenen Logopäden und Logopädinnen und die nach Artikel 52c KVV zugelassenen Organisationen der Logopädie führen auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses und des Schluckens durch, die zurückzuführen sind auf:</u> a. neurologische Leiden mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoröser, vaskulärer, hypoxischer oder degenerativer Ursache; b. phoniatische Leiden, insbesondere partielle oder totale Missbildung der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kiefers oder des Kehlkopfes sowie Störungen der orofazialen Muskulatur oder der Larynxfunktion mit infektiöser,		Einverstanden. Keine Bemerkungen.

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
traumatischer, chirurgisch-postoperativer, tumoröser oder funktioneller Ursache.	traumatischer, chirurgisch-postoperativer, tumoröser oder funktioneller Ursache.		
Art. 11a ¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der diagnostischen Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Neuropsychologen und Neuropsychologinnen nach Artikel 50b KVV durchgeführt werden. ² Sie übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens sechs Sitzungen. Pro Jahr und Patient oder Patientin sind höchstens zwei ärztliche Anordnungen möglich.	Art. 11a ¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der diagnostischen Leistungen, <u>die auf ärztliche Anordnung hin von nach Artikel 50b KVV zugelassenen Neuropsychologen und Neuropsychologinnen oder von nach Artikel 52d KVV zugelassenen Organisationen der Neuropsychologie durchgeführt werden.</u> ² Sie übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens sechs Sitzungen. Pro Jahr und Patient oder Patientin sind höchstens zwei ärztliche Anordnungen möglich.		Einverstanden. Keine Bemerkungen.
Art. 16 Leistungen der Hebammen ¹ Die Hebammen und die Organisationen der Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen: a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a: 1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen sieben Kontrolluntersuchungen durchführen; sie weist die Versicherte darauf hin,	Art. 16 ¹ <u>Die nach Artikel 45 KVV zugelassenen Hebammen und die nach Artikel 45a KVV zugelassenen Organisationen der Hebammen können zu Lasten der Versicherung die folgenden Leistungen erbringen:</u> a. die Leistungen nach Artikel 13 Buchstabe a: 1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen sieben Kontrolluntersuchungen durchführen; sie weist die Versicherte darauf	1. In der normalen Schwangerschaft kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen sieben Kontrolluntersuchungen durchführen; sie weist die Versicherte da-rauf	Einverstanden. Keine Bemerkungen.

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>dass ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.</p> <p>2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme oder die Organisation der Hebammen mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen; bei einer Risikoschwangerschaft mit manifeste Pathologie erbringt sie ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung.</p> <p>a^{bis} Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustands der Versicherten nach einer Fehlgeburt oder einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche, wie folgt:</p> <p>1. Nach der Fehlgeburt oder dem Schwangerschaftsabbruch kann die Hebamme oder die Organisation höchstens 10 Hausbesuche durchführen.</p> <p>2. Für zusätzliche Hausbesuche ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.</p> <p>b. die Leistungen nach den Artikeln 13 Buchstaben c und e, 14 und 15;</p> <p>c. Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind sowie zur Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter</p>	<p>hin, dass ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.</p> <p>2. Bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie arbeitet die Hebamme oder die Organisation der Hebammen mit dem Arzt oder mit der Ärztin zusammen; bei einer Risikoschwangerschaft mit manifeste Pathologie erbringt sie ihre Leistungen auf ärztliche Anordnung.</p> <p>a^{bis} Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustands der Versicherten nach einer Fehlgeburt oder einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche, wie folgt:</p> <p>1. Nach der Fehlgeburt oder dem Schwangerschaftsabbruch kann die Hebamme oder die Organisation höchstens 10 Hausbesuche durchführen.</p> <p>2. Für zusätzliche Hausbesuche ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.</p> <p>b. die Leistungen nach den Artikeln 13 Buchstaben c und e, 14 und 15;</p> <p>c. Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind sowie zur Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter</p>	<p>hin, dass <u>im</u> ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.</p>	<p>orthographische Korrektur</p>

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>in der Pflege und Ernährung des Kindes wie folgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In den 56 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einer Sectio höchstens 16 Hausbesuche durchführen; in allen übrigen Fällen kann die Hebamme höchstens 10 Hausbesuche durchführen. 2. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen zusätzlich zu den Hausbesuchen nach Ziffer 1 höchstens 5 weitere Zweitbesuche am gleichen Tag durchführen. 3. Für Hausbesuche, die in den 56 Tagen nach der Geburt zusätzlich zu den Hausbesuchen nach den Ziffern 1 und 2 oder die nach den 56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden sollen, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. <p>² Die Hebammen oder die Organisationen der Hebammen können gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste für die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben a und e die notwendigen Laboranalysen veranlassen.</p>	<p>in der Pflege und Ernährung des Kindes wie folgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In den 56 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einer Sectio höchstens 16 Hausbesuche durchführen; in allen übrigen Fällen kann die Hebamme höchstens 10 Hausbesuche durchführen. 2. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen zusätzlich zu den Hausbesuchen nach Ziffer 1 höchstens 5 weitere Zweitbesuche am gleichen Tag durchführen. 3. Für Hausbesuche, die in den 56 Tagen nach der Geburt zusätzlich zu den Hausbesuchen nach den Ziffern 1 und 2 oder die nach den 56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden sollen, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. <p>² Die Hebammen oder die Organisationen der Hebammen können gemäss separater Bezeichnung in der Analysenliste für die Leistungen nach Artikel 13 Buchstaben a und e die notwendigen Laboranalysen veranlassen.</p>		

Änderung der KLV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
³ Sie können bei den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.	³ Sie können bei den Kontrolluntersuchungen Ultraschallkontrollen nach Artikel 13 Buchstabe b anordnen.		
	II		
	<i>Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.</i>		

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 19. Februar 2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen zur Vernehmlassung über die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) Stellung nehmen zu können.

Zu bevorzugen ist eine Lösung durch einen Dritten, bei dem schon viele der im Register verlangten Daten vorhanden sind. Dies würde den Aufbau und die Verwaltung des Registers stark vereinfachen. Insbesondere würde sich so der benötigte Aufwand bezüglich Personal, Wissen und Erfahrung sowie Technik/Infrastruktur positiv auf die Kosten auswirken.

Problematisch erscheint uns in diesem Zusammenhang der technische und organisatorische Aufbau eines neuen Registers beim BAG, welcher mit sehr hohem Aufwand und somit Kosten verbunden ist. Das BAG müsste in den Bereichen Personal, Wissen/Know-how, Erfahrung sowie IT und Technik investieren bis das Register aufgebaut ist und operativ genutzt werden kann. Eine Umsetzung des Registers durch das BAG wird somit viel mehr Zeit in Anspruch nehmen bis das neue Register operativ genutzt werden kann, als wenn beispielsweise die SASIS AG diese Aufgabe basierend auf dem heutigen Zahlstellenregister (ZSR) im Auftrag des Bundes wahrnimmt, das bestehende Register erweitert und fortführt. SASIS ist als relevanter Datenlieferant im Gesundheitswesen etabliert und verankert und könnte an der öffentlichen Ausschreibung teilnehmen.

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Das neue Leistungserbringerregister sollte für die Krankenversicherung einen Mehrwert bieten und auf bestehende Strukturen aufbauen. Mehrkosten und Aufwände durch zusätzliche Schnittstellen können vermieden werden, wenn das Leistungserbringerregister auf dem bestehenden ZSR der SASIS AG aufgebaut wird.

Viele in der Registerverordnung beschriebene Bedingungen werden bereits im Rahmen des ZSR erfüllt. Technisch müssen die bereits vorhandenen Lösungen lediglich an die entsprechenden Auflagen gemäss der neuen Registerverordnung angepasst werden.

Da im Register auch besonders schützenswerte Daten erfasst werden, spielt der Datenschutz eine wichtige Rolle. Es ist darauf zu achten, dass die registerführende Stelle diese Vorgaben einhält, beispielsweise mit einer entsprechenden Zertifizierung.

Die Qualität des Registers ist nur so gut, wie die Qualität der erfassten Daten. Der Abgleich mit anderen Daten und Register (Daten der AHV und der ZAS), um die Aktualität und Richtigkeit der Daten im Leistungserbringerregister sicherzustellen, ist deshalb zwingend vorzusehen, ebenfalls der regelmässige Abgleich mit dem UID.

Es ist richtig, dass die Datenlieferanten verantwortlich für die Qualität der Daten sind. Die registerführende Stelle hat keine Möglichkeit, diese Daten auf ihre Qualität zu überprüfen.

Bezüglich den technischen Ausführungen verweisen wir schliesslich auf die ebenfalls eingereichte Vernehmlassungsantwort der SASIS AG zur Registerverordnung Variante 1, welche wir vollumfänglich unterstützen.

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Vorentwurf Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Variante 1: Registerführung durch einen Dritten)	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<i>Der Schweizerische Bundesrat, gestützt auf die Artikel 40a, 40c Absatz 2, 40e Absatz 2 und 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), verordnet:</i>		
1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen		
Art. 1 Gegenstand ¹ Diese Verordnung regelt den Betrieb, den Inhalt und die Nutzung des Registers über die nach Artikel 36 KVG zugelassenen Leistungserbringer (Leistungserbringerregister). ² Das Leistungserbringerregister enthält Daten zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG.		Keine Bemerkung.
Art. 2 Übertragung der Registerführung an die registerführende Stelle Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überträgt die Führung des Leistungserbringerregisters an einen Dritten (registerführende Stelle).		Dieser Artikel ist zu befürworten. Wir unterstützen die Führung des Registers durch einen Dritten, bei dem schon viele der im Register verlangten Daten vorhanden sind. Dies würde den Aufbau und die Verwaltung des Registers stark vereinfachen. Insbesondere würde sich so der benötigte Aufwand bezüglich Personal, Wissen und Erfahrung sowie Technik/Infrastruktur positiv auf die Kosten auswirken. Aus wettbewerbsrechtlicher Sicht ist eine Ausschreibung zu begrüssen. Eine vertragliche Regelung der Registerführung und der dazugehörigen

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

		der Rechten und Pflichten ist ebenfalls zu unterstützen.
Art. 3 Aufsicht über die registerführende Stelle ¹ Das BAG ist im Bereich der Registerführung für die Aufsicht über die registerführende Stelle zuständig. ² Es überprüft insbesondere die Einhaltung der Datenschutzvorgaben des Bundes. ³ Die registerführende Stelle ist verpflichtet, dem BAG zur Wahrnehmung seiner Aufsichtsaufgabe alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, alle erforderlichen Unterlagen herauszugeben und Zutritt zu den Räumlichkeiten zu gewähren.		<p>Da die Führung des Registers ausserhalb der Bundesverwaltung stattfindet, ist eine gewisse Aufsicht und Kontrolle des Registerbetreibers durch das BAG zu befürworten.</p>
2. Abschnitt: Daten, Datenlieferung und –eintragung		<p>Durch die Einführung des neuen Leistungserbringerregisters sollen für die Branche keine unnötigen Mehrkosten und Aufwände entstehen. Unnötige Mehrkosten und Aufwände könnten vermieden werden, wenn das Leistungserbringerregister auf dem bestehenden ZSR der SASIS AG aufgebaut wird.</p> <p>Es müsste – je nach dem wer den Auftrag als registerführende Stelle bekommt – somit keine technische Lösung von Grund auf neu gebaut werden. Technisch müssen die bereits vorhandenen Lösungen lediglich an die entsprechenden Auflagen gemäss der neuen Registerverordnung angepasst werden.</p> <p>Da im Register auch besonders schützenswerte Daten erfasst werden, spielt der Datenschutz eine wichtige Rolle. Es ist darauf zu achten, dass die registerführende Stelle diese Vorgaben einhält, beispielsweise mit einer entsprechenden Zertifizierung.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 4 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Medizinalberuferegister</p> <p>¹ Öffentlich zugängliche Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) werden aus dem Medizinalberuferegister nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG) automatisch an das Leistungserbringerregister geliefert:</p> <p>² Die registerführende Stelle stellt die Schnittstellen zwischen dem Medizinalberuferegister und dem Leistungserbringerregister für die Datenlieferung in Absprache mit dem BAG sicher.</p> <p>³ Sie stellt sicher, dass die nach Absatz 1 gelieferten Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>⁴ Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 KVV gekennzeichnet.</p>		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>
<p>Art. 5 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Psychologieberuferegister</p> <p>¹ Die registerführende Stelle stellt sicher, dass über eine Standardschnittstelle nach Artikel 11 der Registerverordnung PsyG vom 6. Juli 2016 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50b KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>² Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach Artikel 50b KVV gekennzeichnet.</p>		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 6 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Gesundheitsberuferegister</p> <p>¹ Die registerführende Stelle stellt sicher, dass über eine Standardschnittstelle nach Artikel 12 der Registerverordnung GesBG vom 13. Dezember 2019 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>² Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV gekennzeichnet.</p>		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>
<p>Art. 7 Aufgaben der registerführenden Stelle</p> <p>¹ Die registerführende Stelle trägt folgende Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d, f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–50b und 51–52d KVV ein:</p> <p>a. die Angabe, ob besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 vorhanden sind;</p> <p>b. den Vermerk «gelöscht» nach Artikel 40f Absatz 2 KVG sowie das Datum des Vermerks;</p> <p>² Sie trägt das Todesdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>³ Sie trägt das Auflösungsdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g, m und n KVG und nach den Artikeln</p>		<p>Die Qualität und Aktualität der Daten tragen entscheidend zum Nutzen des Leistungserbringerregisters bei. Die beschriebenen Aufgaben sind zu befürworten.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p> <p>Der Abgleich mit anderen Daten und Registern (Daten der AHV und der ZAS), um die Aktualität und Richtigkeit der Daten im Leistungserbringerregister sicherzustellen, ist zu unterstützen.</p> <p>Der vorgesehene regelmässige Abgleich mit dem UID ist zu unterstützen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>44a, 45a, 51–55 und 56 KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>⁴ Sie legt die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 in einem vom restlichen Leistungserbringerregister getrennten sicheren Bereich ab.</p> <p>⁵ Sie entfernt und löscht Registereinträge nach den Bestimmungen von Artikel 40f KVG.</p>		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>
<p>Art. 8 Aufgaben der Kantone</p> <p>¹ Die zuständigen kantonalen Behörden tragen ins Leistungserbringerregister ein:</p> <p>a. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50 KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name, Vorname, 2. Geburtsdatum, Jahrgang und Geschlecht, 3. Korrespondenzsprache, 4. Nationalitäten, 5. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 6. Personen-Identifikationsnummer (GLN); <p>b. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 42 und 47–50b KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sprachkenntnisse, 2. Versichertennummer nach Artikel 50d Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, 3. Art des Leistungserbringers, 		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen,</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>4. die Angaben zur Rechtsform des Leistungserbringers.</p> <p>c. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name des Leistungserbringers und, sofern vorhanden, Firmenname gemäss Handelsregister, 2. Korrespondenzsprache, 3. Art des Leistungserbringers, 4. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 5. die Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers (keine Einzelunternehmen). <p>d. in Bezug auf die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–52d, 55 und 56 KVV zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Daten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kanton, der die Zulassung erteilt hat, 2. einer der folgenden Zulassungsstatus mit dem Datum des entsprechenden Entscheids: <ul style="list-style-type: none"> - erteilt - keine Zulassung, 3. die Angabe, ob der Leistungserbringer seine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aktiv ausübt oder nicht, mit Datum der Aktivitätsänderung, 4. Standortkanton der Praxis oder des Betriebs, 5. bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a und n KVG die Angabe zum Fachgebiet oder zu den Fachgebieten, in dem oder in denen die Zulassung erteilt wurde. 		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>
---	--	--

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>² Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.</p> <p>³ Sie melden der registerführenden Stelle ohne Verzug folgende besonders schützenswerte Personendaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verwarnungen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe a KVG mit Grund und Datum des Entscheids; b. die Erteilung von Bussen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie die Höhe der Busse; c. befristete Entzüge der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe c KVG mit Grund und Datum des Entscheids, Angabe des entzogenen Tätigkeitsspektrums sowie Beginn und Ende des Entzugs; d. definitive Entzüge der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids und Angabe des entzogenen Tätigkeitsspektrums. <p>⁴ Sie melden der registerführende Stelle ohne Verzug das Todesdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV.</p> <p>⁵ Sie melden der registerführenden Stelle das Auflösungsdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV.</p>	<p>² Sie tragen können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister <u>eintragen, sofern diese Daten bekannt sind.</u></p>	<p>Der Eintrag dieser Informationen ins Register müsste zwingend erfolgen, sofern die Daten bekannt sind.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>
<p>Art. 9 Schiedsgericht</p>		<p>Einverstanden. Keine zusätzlichen Bemerkungen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Das Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG meldet der registerführenden Stelle ohne Verzug folgende besonders schützenswerte Personendaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verwarnungen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe a KVG mit Grund und Datum des Entscheids; b. Rückerstattung der Honorare für nicht angemessene Leistungen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Angabe zur gänzlichen oder teilweise Rückerstattung; c. die Erteilung von Bussen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie die Höhe der Busse; d. vorübergehende Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Beginn und Ende des Ausschlusses; e. definitive Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids; f. in Qualitätsverträgen vorgesehene Sanktionen, die bei Verletzung des Qualitätsvertrags ergriffen werden (Art. 58a Abs. 2 Bst f7 i.V.m Art. 59 Abs. 1 KVG) mit Grund und Datum des Entscheids sowie der Sanktion. 		
<p>Art. 10 Bundesamt für Statistik</p> <p>Das Bundesamt für Statistik (BFS) trägt die Unternehmensidentifikations-Nummer (UID) in das Leistungserbringerregister ein.</p>		<p>Die eindeutige Identifikation der Unternehmen über die UID und deren Eintrag ins Leistungserbringerregister ist zu unterstützen.</p>
<p>Art. 11 Stiftung Refdata</p> <p>Die Stiftung Refdata trägt zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und</p>		<p>Die eindeutige Identifikation von natürlichen und juristischen Personen über die GLN und deren Eintrag ins Leistungserbringerregister ist zu unterstützen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

56 KVV die Personen-Identifikationsnummer (GLN) in das Leistungserbringerregister ein.		
3. Abschnitt: Qualität, Bekanntgabe, Nutzung und Änderung der Daten		
Art. 12 Datenqualität ¹ Die Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8-11 stellen sicher, dass die Daten im eigenen Zuständigkeitsbereich vorschriftsgemäss bearbeitet werden. ² Sie stellen insbesondere sicher, dass nur richtige und vollständige Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen oder der registerführenden Stelle geliefert oder gemeldet werden.		Es ist richtig, dass die Datenlieferanten verantwortlich für die Qualität der Daten sind. Die registerführende Stelle hat keine Möglichkeit diese Daten auf ihre Qualität zu überprüfen.
Art. 13 Bekanntgabe der öffentlich zugänglichen Daten ¹ Die öffentlich zugänglichen Daten sind über das Internet oder auf Anfrage hin zugänglich. ² Die Daten, die nur auf Anfrage hin öffentlich zugänglich sind, sind im Anhang als solche gekennzeichnet.		Einverstanden. Für die Krankenversicherer ist es wichtig, dass sie überprüfen können, mit welchen Leistungserbringern sie abrechnen dürfen.
Art. 14 Zugang über eine Standardschnittstelle ¹ Den folgenden Nutzerinnen und Nutzern wird ein Zugang zu den öffentlich zugänglichen Daten über eine Standardschnittstelle gewährt: a. den Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8–11; b. den öffentlichen und privaten Stellen, die mit der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben betraut sind.		

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>² Datenlieferantinnen und -lieferanten nach Absatz 1 Buchstabe a haben über die Standardschnittstelle nur Zugang zu Daten, die zugelassene Leistungserbringer in ihrem Aufgabengebiet betreffen und die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des KVG erforderlich sind.</p> <p>³ Öffentliche und private Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b erhalten über die Standardschnittstelle nur Zugang zu Daten, die zugelassene Leistungserbringer in ihrem Aufgabengebiet betreffen und die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Das BAG entscheidet auf schriftlichen Antrag hin über den Zugang. Die registerführende Stelle veröffentlicht im Internet eine Liste der Stellen denen der Zugang gewährt wurde.</p>	<p><u>^{1bis} Versicherer, die die soziale Krankenversicherung durchführen, sowie von ihnen beauftragte Dritte erhalten alle für die Prüfung der Leistungen erforderlichen Daten mittels Schnittstelle zur Verfügung gestellt.</u></p>	<p>Es ist sicherzustellen, dass den Versicherern der Datenzugang für die Leistungsprüfung gewährt bleibt.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>
<p>Art. 15 Verwendung der Daten zu statistischen Zwecken und zu Forschungszwecken</p> <p>¹ Die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister werden folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dem BFS: jährlich und kostenlos für statistische Zwecke; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist. 		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>² Das BAG stellt den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten auf schriftlichen Antrag hin zur Verfügung.</p>		
<p>Art. 16 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die zuständigen Behörden</p> <p>¹ Den Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 müssen die für die Erteilung der Zulassung zuständigen Behörden elektronisch innerhalb des Leistungserbringerregisters stellen.</p> <p>² Die registerführende Stelle gibt den zuständigen Behörden die besonders schützenswerten Personendaten nach Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>		Einverstanden. Keine Bemerkungen.
<p>Art. 17 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an das kantonale Schiedsgericht</p> <p>¹ Den Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 muss das kantonale Schiedsgericht elektronisch innerhalb des Leistungserbringerregisters stellen.</p> <p>² Die registerführende Stelle gibt dem kantonalen Schiedsgericht die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>		Einverstanden. Keine Bemerkungen.
<p>Art. 18 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die betroffenen Leistungserbringer</p>		Einverstanden. Wie wird sichergestellt, dass die anfragende Person auch tatsächlich die Person ist, über die sie Auskünfte einholen möchte?

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>¹ Jeder im Register eingetragene Leistungserbringer kann bei der registerführenden Stelle schriftlich Auskunft über Einträge von besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 zu seiner Person beantragen.</p> <p>² Die registerführende Stelle gibt dem betroffenen Leistungserbringer die beantragten besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>		
<p>Art. 19 Änderung von Daten</p> <p>¹ Die Datenlieferantinnen und -lieferanten sind verantwortlich für die Änderung der Daten, die sie nach den Artikeln 4–11 geliefert, in das Leistungserbringerregister eingetragen oder gemeldet haben.</p> <p>² Änderungsanträge von Dritten müssen von den Datenlieferantinnen und -lieferanten auf ihre Richtigkeit überprüft werden.</p> <p>³ Sämtliche Änderungen werden protokolliert.</p>		Einverstanden. Keine Bemerkungen. Wie wird sichergestellt, dass die eine Änderung beantragende Person auch tatsächlich die Person ist, deren Daten sie anpassen möchte?
<p>Art. 20 Berichtigungsantrag durch betroffene Leistungserbringer</p> <p>Jeder im Register eingetragene Leistungserbringer kann Antrag auf Berichtigung der ihn betreffenden Daten stellen.</p>		Einverstanden. Bei wem können betroffene Leistungserbringer ihre Anträge einreichen?
<p>4. Abschnitt: Kosten und Gebühren</p>		
<p>Art. 21 Kostenaufteilung und technische Anforderungen</p>		Einverstanden. Keine Bemerkungen.

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>¹ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die technischen Schnittstellen, die für den Eintrag der Daten zur Verfügung steht, gehen zulasten der nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a berechtigten Datenlieferantinnen und –lieferanten</p> <p>² Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die Standardschnittstelle nach Artikel 14 gehen zulasten der berechtigten Datenlieferantinnen und -lieferanten sowie der Nutzerinnen und Nutzer.</p>	<p>¹ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die technischen Schnittstellen, die für den Eintrag der Daten zur Verfügung steht, gehen zulasten der nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a berechtigten Datenlieferantinnen und –lieferanten.</p>	<p>orthographische Korrektur</p>
<p>Art. 22 Gebühren</p> <p>¹ Die registerführende Stelle erhebt bei jedem zu registrierenden Leistungserbringer eine Gebühr von 230 Franken.</p> <p>² Sie stellt den Stellen nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b nach Aufwand folgende Gebühren in Rechnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine einmalige Gebühr von maximal 2000 Franken für den Beratungsaufwand, für die Programmierung der Standardschnittstelle sowie für die Schulung der Nutzerinnen und Nutzer; b. eine jährliche Gebühr von maximal 5000 Franken für den Support, für die erweiterte Serverkapazität sowie für die Sicherung der Datenqualität. <p>³ Von der Gebührenpflicht befreit sind Nutzerinnen und Nutzer der Standardschnittstelle nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a.</p> <p>⁴ Für die Bearbeitung des Antrags und die Erstellung von Verfügungen nach den Artikeln 14 Absatz 3 und 15 Absatz 2 sowie für die Erstellung des Zer-</p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>tifikats für Nutzerinnen und Nutzer der Standard-schnittstelle nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b erhebt das BAG eine Gebühr nach Aufwand.</p> <p>⁵ Wo sich die Gebühr nach Aufwand bemisst, beträgt der Stundenansatz je nach Funktionsstufe der ausführenden Person 90–200 Franken.</p> <p>⁶ Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004.</p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>
5. Abschnitt: Datensicherheit		
<p>Art. 23 Datensicherheit</p> <p>Alle am Leistungserbringerregister beteiligten Stellen treffen die organisatorischen und technischen Massnahmen, die nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen erforderlich sind, damit ihre Daten vor Verlusten gegen jegliche unbefugte Bearbeitung, Kenntnisnahme oder Entwendung geschützt sind.</p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>
6. Abschnitt: Schlussbestimmungen		
<p>Art. 24 Änderung anderer Erlasse</p> <p>Die Verordnung vom 26. Januar 2011 über die Unternehmens-Identifikationsnummer (UIDV) wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Art. 3 Abs. 1 Bst. b</i></p> <p>¹ Für die Meldung von UID-Einheiten und deren UID-Daten an das BFS sind die Register der UID-Stellen nach den Artikeln 5 Absatz 1 und 9 Absatz 1 UIDG in folgender Reihenfolge massgebend:</p>		<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>b. Branchenregister: kantonale Landwirtschaftsregister, Datensammlungen von kantonalen Veterinärämtern, Datensammlungen von Katonschemikern oder kantonalen Labors, Register des Bundesamtes für Landwirtschaft, Medizinalberuferegister (MedReg), Gesundheitsberuferegister (GesReg), Nationales Register der Gesundheitsberufe (NAREG), Leistungserbringerregister (LeReg), kantonale Anwaltsregister, kantonale Notariatsregister;</p>		
<p>Art. 25 Übergangsbestimmungen</p> <p>¹ Die Öffentlichkeit erhält spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung Zugang zum Leistungserbringerregister.</p> <p>² Das BAG regelt mit der SASIS AG vertraglich die Lieferung von Daten zu den nach Ziffer II Absatz 2 der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern.</p>	<p>² Das BAG regelt mit der SASIS AG vertraglich die <u>einmalige</u> Lieferung von Daten <u>über deren Gesamtwert</u> zu den nach Ziffer II Absatz 2 der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern.</p>	<p>Einverstanden. Keine Bemerkungen.</p> <p>Hier bedarf es noch einer Präzisierung. Zu regeln ist insbesondere, wie und in welchem Umfang die Datenlieferung zu erfolgen hat.</p>
<p>Art. 26 Inkrafttreten</p> <p>Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.</p>		<p>--</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 19. Februar 2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen zur Vernehmlassung über die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern zur Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) Stellung nehmen zu können.

Aus Sicht der Krankenversicherer ist die Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) zu bevorzugen. Variante 2 (Registerführung durch das BAG) lehnen wir ab.

Folgende Überlegungen haben uns zu dieser Beurteilung bewogen:

Zu bevorzugen ist eine Lösung durch einen Dritten, bei dem schon viele der im Register verlangten Daten vorhanden sind. Dies würde den Aufbau und die Verwaltung des Registers stark vereinfachen. Insbesondere würde sich so der benötigte Aufwand bezüglich Personal, Wissen und Erfahrung sowie Technik/Infrastruktur positiv auf die Kosten auswirken. Der Aufbau eines zusätzlichen Registers beim Bundesamt für Gesundheit würde nicht nur neue Schnittstellen verursachen, sie steht auch im Widerspruch zur Rolle des BAG, die in der Aufsicht über Versicherer, Genehmigung von Verträgen und Festlegung des Leistungsumfangs der sozialen Krankenversicherung besteht. Aufgaben im Bereich der Durchführung und technischen Umsetzung sollten nicht in der Bundesverwaltung angesiedelt sein.

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Problematisch erscheint uns der technische und organisatorische Aufbau eines neuen Registers beim BAG, welcher mit sehr hohem Aufwand und somit Kosten verbunden ist. Das BAG müsste in den Bereichen Personal, Wissen/Know-how, Erfahrung sowie IT und Technik investieren bis das Register aufgebaut ist und operativ genutzt werden kann. Eine Umsetzung des Registers durch das BAG wird somit viel mehr Zeit in Anspruch nehmen bis das neue Register operativ genutzt werden kann, als wenn beispielsweise die SASIS AG dies basierend auf dem heutigen ZSR direkt angeht und dieses Register erweitert und fortführt. Es gibt keine ökonomischen Gründe, dies zu ändern.

Die detaillierten Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen beziehen sich lediglich auf falsche Nummerierungen und orthographische Korrekturen:

Vorentwurf Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Variante 2: Registerführung durch das BAG)	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<i>Der Schweizerische Bundesrat, gestützt auf die Artikel 40a, 40c Absatz 2, 40e Absatz 2 und 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), verordnet:</i>		
1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen		
Art. 1 Gegenstand ¹ Diese Verordnung regelt den Betrieb, den Inhalt und die Nutzung des Registers über die nach Artikel 36 KVG zugelassenen Leistungserbringer (Leistungserbringerregister). ² Das Leistungserbringerregister enthält Daten zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG.		
Art. 2 Verantwortliche Behörde		

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>¹ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreibt das Leistungserbringerregister.</p> <p>² Es koordiniert seine Tätigkeit mit den Datenlieferantinnen und -lieferanten des Leistungserbringerregisters sowie mit den Nutzerinnen und Nutzern der Standardschnittstelle.</p> <p>³ Es erteilt die individuellen Bearbeitungs- und Zugriffsrechte für das Leistungserbringerregister.</p>		
2. Abschnitt: Daten, Datenlieferung und -eintragung		
<p>Art. 4 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Medizinalberuferegister</p> <p>¹ Öffentlich zugängliche Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) werden aus dem Medizinalberuferegister nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG) automatisch an das Leistungserbringerregister geliefert.</p> <p>² Das BAG stellt die Schnittstellen zwischen dem Medizinalberuferegister und dem Leistungserbringerregister für die Datenlieferung sicher.</p> <p>³ Es stellt sicher, dass die nach Absatz 1 gelieferten Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>⁴ Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 KVV gekennzeichnet.</p>	<p>Art. 3 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Medizinalberuferegister</p>	falsche Nummerierung

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 5 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Psychologieberuferegister</p> <p>¹ Das BAG stellt sicher, dass über eine Standard-schnittstelle nach Artikel 11 der Registerverordnung PsyG vom 6. Juli 2016 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50b KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>² Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach Artikel 50b KVV gekennzeichnet.</p>	<p><u>Art. 4</u> Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Psychologieberuferegister</p>	<p>falsche Nummerierung</p>
<p>Art. 6 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Gesundheitsberuferegister</p> <p>¹ Das BAG stellt sicher, dass über eine Standard-schnittstelle nach Artikel 12 der Registerverordnung GesBG vom 13. Dezember 2019 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>² Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV gekennzeichnet.</p>	<p><u>Art. 5</u> Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Gesundheitsberuferegister</p>	<p>falsche Nummerierung</p>
<p>Art. 7 Aufgaben des BAG</p> <p>¹ Das BAG trägt folgende Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d, f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–50b und 51–52d KVV ein:</p> <p>a. die Angabe, ob besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 vorhanden sind;</p>	<p><u>Art. 6</u> Aufgaben des BAG</p>	<p>falsche Nummerierung</p>

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>b. den Vermerk «gelöscht» nach Artikel 40f Absatz 2 KVG sowie das Datum des Vermerks;</p> <p>² Es trägt das Todesdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>³ Es trägt das Auflösungsdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>⁴ Es legt die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 in einem vom restlichen Leistungserbringerregister getrennten sicheren Bereich ab.</p> <p>⁵ Es entfernt und löscht Registereinträge nach den Bestimmungen von Artikel 40f KVG.</p>		
<p>Art. 8 Aufgaben der Kantone</p> <p>¹ Die zuständigen kantonalen Behörden tragen ins Leistungserbringerregister ein:</p> <p>a. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50 KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name, Vorname, 2. Geburtsdatum, Jahrgang und Geschlecht, 3. Korrespondenzsprache, 4. Nationalitäten, 5. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 6. Personen-Identifikationsnummer (GLN); <p>b. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 42 und 47–50b KVV folgende Stammdaten:</p>	<p><u>Art. 7</u> Aufgaben der Kantone</p>	<p>falsche Nummerierung</p>

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sprachkenntnisse, 2. Versichertennummer nach Artikel 50d Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, 3. Art des Leistungserbringers, 4. die Angaben zur Rechtsform des Leistungserbringers. <p>c. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name des Leistungserbringers und, sofern vorhanden, Firmenname gemäss Handelsregister, 2. Korrespondenzsprache, 3. Art des Leistungserbringers, 4. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 5. die Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers (keine Einzelunternehmen). <p>d. in Bezug auf die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–52d, 55 und 56 KVV zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Daten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kanton, der die Zulassung erteilt hat, 2. einer der folgenden Zulassungsstatus mit dem Datum des entsprechenden Entscheids: <ol style="list-style-type: none"> - erteilt - keine Zulassung, 3. die Angabe, ob der Leistungserbringer seine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aktiv ausübt oder nicht, mit Datum der Aktivitätsänderung, 4. Standortkanton der Praxis oder des Betriebs, 		
--	--	--

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>5. bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a und n KVG die Angabe zum Fachgebiet oder zu den Fachgebieten, in dem oder in denen die Zulassung erteilt wurde.</p> <p>² Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.</p> <p>³ Sie melden dem BAG ohne Verzug folgende besonders schützenswerte Personendaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verwarnungen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe a KVG mit Grund und Datum des Entscheids; b. die Erteilung von Bussen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie die Höhe der Busse; c. befristete Entzüge der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe c KVG mit Grund und Datum des Entscheids, Angabe des entzogenen Tätigkeitsspektrums sowie Beginn und Ende des Entzugs; d. definitive Entzüge der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids und Angabe des entzogenen Tätigkeitsspektrums. <p>⁴ Sie melden dem BAG ohne Verzug das Todesdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV.</p> <p>⁵ Sie melden dem BAG das Auflösungsdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel</p>		
--	--	--

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV.		
Art. 9 Schiedsgericht Das Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG meldet dem BAG ohne Verzug folgende besonders schützenswerte Personendaten: a. Verwarnungen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe a KVG mit Grund und Datum des Entscheids; b. Rückerstattung der Honorare für nicht angemessene Leistungen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Angabe zur gänzlichen oder teilweise Rückerstattung; c. die Erteilung von Bussen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie die Höhe der Busse; d. vorübergehende Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Beginn und Ende des Ausschlusses; e. definitive Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids; f. in Qualitätsverträgen vorgesehene Sanktionen, die bei Verletzung des Qualitätsvertrags ergriffen werden (Art. 58a Abs. 2 Bst f7 i.V.m Art. 59 Abs. 1 KVG) mit Grund und Datum des Entscheids sowie der Sanktion.	<u>Art. 8</u> Schiedsgericht	falsche Nummerierung
Art. 10 Bundesamt für Statistik Das Bundesamt für Statistik (BFS) trägt die Unternehmensidentifikations-Nummer (UID) in das Leistungserbringerregister ein.	<u>Art. 9</u> Bundesamt für Statistik	falsche Nummerierung
Art. 11 Stiftung Refdata	<u>Art. 10</u> Stiftung Refdata	falsche Nummerierung

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Die Stiftung Refdata trägt zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV die Personen-Identifikationsnummer (GLN) in das Leistungserbringerregister ein.		
3. Abschnitt: Qualität, Bekanntgabe, Nutzung und Änderung der Daten		
Art. 12 Datenqualität ¹ Die Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8-11 stellen sicher, dass die Daten im eigenen Zuständigkeitsbereich vorschriftsgemäss bearbeitet werden. ² Sie stellen insbesondere sicher, dass nur richtige und vollständige Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen oder dem BAG geliefert oder gemeldet werden.	Art. 11 Datenqualität	falsche Nummerierung
Art. 13 Bekanntgabe der öffentlich zugänglichen Daten ¹ Die öffentlich zugänglichen Daten sind über das Internet oder auf Anfrage hin zugänglich. ² Die Daten, die nur auf Anfrage hin öffentlich zugänglich sind, sind im Anhang als solche gekennzeichnet.	Art. 12 Bekanntgabe der öffentlich zugänglichen Daten	falsche Nummerierung
Art. 14 Zugang über eine Standardschnittstelle ¹ Das BAG ermöglicht den folgenden Nutzerinnen und Nutzern den Zugang zu den öffentlich zugänglichen Daten über eine Standardschnittstelle: a. den Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8–11;	Art. 13 Zugang über eine Standardschnittstelle	falsche Nummerierung

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>b. den öffentlichen und privaten Stellen, die mit der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben betraut sind.</p> <p>²Datenlieferantinnen und -lieferanten nach Absatz 1 Buchstabe a haben über die Standardschnittstelle nur Zugang zu Daten, die zugelassene Leistungserbringer in ihrem Aufgabengebiet betreffen und die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des KVG erforderlich sind.</p> <p>³Öffentliche und private Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b erhalten über die Standardschnittstelle nur Zugang zu Daten, die zugelassene Leistungserbringer in ihrem Aufgabengebiet betreffen und die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Das BAG gewährt den Zugang auf schriftlichen Antrag hin. Es veröffentlicht im Internet eine Liste der Stellen, denen der Zugang gewährt wurde.</p>	<p>^{1bis} Versicherer, die die soziale Krankenversicherung durchführen, sowie von ihnen beauftragte Dritte erhalten alle für die Prüfung der Leistungen erforderlichen Daten mittels Schnittstelle zur Verfügung gestellt.</p>	<p>Es ist sicherzustellen, dass den Versicherern der Datenzugang für die Leistungsprüfung gewährt bleibt.</p>
<p>Art. 15 Verwendung der Daten zu statistischen Zwecken und zu Forschungszwecken</p> <p>¹Das BAG stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dem BFS: für statistische Zwecke; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist. 	<p>Art. 14 Verwendung der Daten zu statistischen Zwecken und zu Forschungszwecken</p>	<p>falsche Nummerierung</p>

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>² Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.</p>		
<p>Art. 16 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die zuständigen Behörden</p> <p>¹ Den Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 müssen die für die Erteilung der Zulassung zuständigen Behörden elektronisch innerhalb des Leistungserbringerregisters stellen.</p> <p>² Das BAG gibt den zuständigen Behörden die besonders schützenswerten Personendaten nach Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>	<p>Art. 15 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die zuständigen Behörden</p>	<p>falsche Nummerierung</p>
<p>Art. 17 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an das kantonale Schiedsgericht</p> <p>¹ Den Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 muss das kantonale Schiedsgericht elektronisch innerhalb des Leistungserbringerregisters stellen.</p> <p>² Das BAG gibt dem kantonalen Schiedsgericht die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>	<p>Art. 16 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an das kantonale Schiedsgericht</p>	<p>falsche Nummerierung</p>
<p>Art. 18 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die betroffenen Leistungserbringer</p>	<p>Art. 17 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die betroffenen Leistungserbringer</p>	<p>falsche Nummerierung</p>

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>¹ Jeder im Register eingetragene Leistungserbringer kann beim BAG schriftlich Auskunft über Einträge von besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 zu seiner Person beantragen.</p> <p>² Das BAG gibt dem betroffenen Leistungserbringer die beantragten besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>		
<p>Art. 19 Änderung von Daten</p> <p>¹ Die Datenlieferantinnen und -lieferanten sind verantwortlich für die Änderung der Daten, die sie nach den Artikeln 4–11 geliefert, in das Leistungserbringerregister eingetragen oder gemeldet haben.</p> <p>² Änderungsanträge von Dritten müssen von den Datenlieferantinnen und -lieferanten auf ihre Richtigkeit überprüft werden.</p> <p>³ Sämtliche Änderungen werden protokolliert.</p>	<p><u>Art. 18</u> Änderung von Daten</p>	falsche Nummerierung
<p>Art. 20 Berichtigungsantrag durch betroffene Leistungserbringer</p> <p>Jeder im Register eingetragene Leistungserbringer kann Antrag auf Berichtigung der ihn betreffenden Daten stellen.</p>	<p><u>Art. 19</u> Berichtigungsantrag durch betroffene Leistungserbringer</p>	falsche Nummerierung
<p>4. Abschnitt: Kosten und Gebühren</p>		
<p>Art. 21 Kostenaufteilung und technische Anforderungen</p>	<p><u>Art. 20</u> Kostenaufteilung und technische Anforderungen</p>	falsche Nummerierung

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>¹ Das BAG stellt die Programmierung, den Betrieb sowie die Weiterentwicklung des Leistungserbringerregisters sicher.</p> <p>² Es trägt die nicht durch Gebühren gedeckten Kosten.</p> <p>³ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die technischen Schnittstellen, die für den Eintrag der Daten zur Verfügung steht, gehen zulasten der nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a berechtigten Datenlieferantinnen und –lieferanten</p> <p>⁴ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die Standardschnittstelle nach Artikel 14 gehen zulasten der berechtigten Datenlieferantinnen und -lieferanten sowie der Nutzerinnen und Nutzer.</p>	<p>³ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die technischen Schnittstellen, die für den Eintrag der Daten zur Verfügung steht, gehen zulasten der nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a berechtigten Datenlieferantinnen und –lieferanten.</p>	<p>orthographische Korrektur</p>
<p>Art. 22 Gebühren</p> <p>¹ Die registerführende Stelle erhebt bei jedem zu registrierenden Leistungserbringer eine Gebühr von 230 Franken.</p> <p>² Sie stellt den Stellen nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b nach Aufwand folgende Gebühren in Rechnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine einmalige Gebühr von maximal 2000 Franken für den Beratungsaufwand, für die Programmierung der Standardschnittstelle sowie für die Schulung der Nutzerinnen und Nutzer; b. eine jährliche Gebühr von maximal 5000 Franken für den Support, für die erweiterte Serverkapazität sowie für die Sicherung der Datenqualität. 	<p><u>Art. 21</u> Gebühren</p>	<p>falsche Nummerierung</p>

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>³ Von der Gebührenpflicht befreit sind Nutzerinnen und Nutzer der Standardschnitt-stelle nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a.</p> <p>⁴ Für die Bearbeitung des Antrags und die Erstellung von Verfügungen nach den Artikeln 14 Absatz 3 und 15 Absatz 2 sowie für die Erstellung des Zertifikats für Nutzerinnen und Nutzer der Standardschnittstelle nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b erhebt das BAG eine Gebühr nach Aufwand.</p> <p>⁵ Wo sich die Gebühr nach Aufwand bemisst, beträgt der Stundenansatz je nach Funktionsstufe der ausführenden Person 90–200 Franken.</p> <p>⁶ Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004.</p>		
5. Abschnitt: Datensicherheit		
<p>Art. 23</p> <p>Alle am Leistungserbringerregister beteiligten Stellen treffen die organisatorischen und technischen Massnahmen, die nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen erforderlich sind, damit ihre Daten vor Verlusten gegen jegliche unbefugte Bearbeitung, Kenntnisnahme oder Entwendung geschützt sind.</p>	<u>Art. 22</u>	falsche Nummerierung
6. Abschnitt: Schlussbestimmungen		
<p>Art. 24 Änderung anderer Erlasse</p> <p>Die Verordnung vom 26. Januar 2011 über die Unternehmens-Identifikationsnummer (UIDV) wird wie folgt geändert:</p>	<u>Art. 23</u> Änderung anderer Erlasse	falsche Nummerierung

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p><i>Art. 3 Abs. 1 Bst. b</i></p> <p>¹ Für die Meldung von UID-Einheiten und deren UID-Daten an das BFS sind die Register der UID-Stellen nach den Artikeln 5 Absatz 1 und 9 Absatz 1 UIDG in folgender Reihenfolge massgebend:</p> <p>b. Branchenregister: kantonale Landwirtschaftsregister, Datensammlungen von kantonalen Veterinärämtern, Datensammlungen von Katonschemikern oder kantonalen Labors, Register des Bundesamtes für Landwirtschaft, Medizinalberuferegister (MedReg), Gesundheitsberuferegister (GesReg), Nationales Register der Gesundheitsberufe (NAREG), Leistungserbringerregister (LeReg), kantonale Anwaltsregister, kantonale Notariatsregister;</p>		
<p>Art. 25 Übergangsbestimmungen</p> <p>¹ Die Öffentlichkeit erhält spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung Zugang zum Leistungserbringerregister.</p> <p>² Das BAG regelt mit der SASIS AG vertraglich die Lieferung von Daten zu den nach Ziffer II Absatz 2 der Änderung vom 19. Juni 2020¹ des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern.</p>	<p><u>Art. 24</u> Übergangsbestimmungen</p> <p>² Das BAG regelt mit der SASIS AG vertraglich die <u>einmalige</u> Lieferung von Daten <u>über deren Gesamtwert</u> zu den nach Ziffer II Absatz 2 der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern.</p>	<p>falsche Nummerierung</p> <p>Hier bedarf es noch einer Präzisierung. Zu regeln ist insbesondere, wie die Datenlieferung zu erfolgen hat.</p>
<p>Art. 26 Inkrafttreten</p> <p>Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.</p>	<p><u>Art. 25</u> Inkrafttreten</p>	<p>falsche Nummerierung</p>

Registerverordnung Variante 2 (Registerführung durch das BAG) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse

Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 4252
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Solothurn, 19. Februar 2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen zur Vernehmlassung über die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Zulassung von Leistungserbringern zur Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich Stellung nehmen zu können.

Artikel 55a Absatz 1 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern) gibt den Kantonen die Möglichkeit, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, die ambulante Leistungen oder spital-ambulante Leistungen zulasten der OKP erbringen. Die Kantone sollten in der Lage sein, die Bedingungen auf ihrem Gebiet zu kennen und die Zulassung dort zu beschränken, wo tatsächlich eine Überversorgung besteht, um den Kostenanstieg einzudämmen.

santésuisse unterstützt den Vorschlag zu den Höchstzahlen grundsätzlich. Das Modell zur Bestimmung von Höchstzahlen wurde von „BSS Volkswirtschaftliche Beratung“ entwickelt, die bereits santésuisse bei der Studie zur Versorgungsstruktur unterstützt hatten. Das vorgeschlagene Modell zur Berechnung der Höchstzahlen scheint grundsätzlich sinnvoll. Wir befürworten daher die Berechnung eines regionalen Versorgungsgrades als zentrales Element zur Berechnung von Höchstzahlen. Er setzt die angebotsseitigen und die nachfrageseitigen Elemente in Relation.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Wir möchten aber noch auf diverse offene und kritische Punkte hinweisen:

Festlegung der medizinischen Fachgebiete

Die Zuteilung von Ärztinnen und Ärzten zu Fachgebieten kann mit Herausforderungen verbunden sein, insbesondere dann, wenn diese mehrere Facharzttitel haben. Massgebend für die Zuteilung ist die effektive medizinische Tätigkeit. Deshalb sollen sie den gemäss den ärztlichen Leistungen anteilmässig den jeweiligen Fachgebieten zugeteilt werden und nicht wie vorgeschlagen zu dem Fachgebiet in dem sie schwerpunktmässig tätig sind.

Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen

Es ist leider auch keine Analyse der Patientenströme auf der übergeordneten Ebene Schweiz vorgesehen, mit dem Ziel, überkantonale Regionen zu bilden. Wir unterstützen das Festlegen von überkantonalen Regionen (insbesondere bei «kleinen» Kantonen). Viele Kantone stellen zu kleine geografische Einheiten mit zu wenigen Bewohnern dar. Kantonsgrenzen spielen keine Rolle bei der Konsultation eines Leistungserbringers.

Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Wir unterstützen, dass Kantone in begründeten Ausnahmesituationen, die Möglichkeit haben, einen Gewichtungsfaktor zu verwenden. Dieser sollte zurückhaltend eingesetzt werden. Wichtig ist, dass der Gewichtungsfaktor transparent festgelegt und durch objektive Angaben begründet werden kann. Eine solche Ausnahmesituation besteht beispielsweise, da die Analyse der Patientenströme ausländische Touristen nicht berücksichtigt.

Interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen:

Wir würden befürworten, dass der Bund Richtwerte oder Bandbreiten (Ober- und Untergrenzen) pro Region vorgibt, die es durch die Kantone umzusetzen gilt. Die Kantone können dann innerhalb der Bandbreite die Höchstzahl unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten festlegen.

Festlegung von Höchstzahlen

Ein wichtiger Aspekt bei der Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation und somit der Festlegung von Höchstzahlen ist die geografische Verteilung und die Verteilung nach Facharztgruppen. So ist es möglich, dass Über- und Unterversorgung in der Schweiz gleichzeitig stattfinden, da regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgungsstruktur und regionale Unterschiede im Angebot von Fachärzten bestehen. Mit dem vorgeschlagenen Model werden solche Über- und Unterversorgung auf eben Schweiz nicht erkannt.

Eine periodische Überprüfung ist sehr wichtig. Allerdings bleibt offen, was genau «periodisch» heisst. Welcher Zeitraum ist damit gemeint?

Offen bleiben aber auch der Umgang und das Vorgehen, wenn das vorhandene Angebot an Ärzten die Höchstzahlen übersteigt. Wie soll eine zu hohe Anzahl Ärzte reduziert werden?

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<i>Der Schweizerische Bundesrat, gestützt auf Artikel 55a Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), verordnet:</i>		
Art. 1 Grundsatz ¹ Die Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz KVG beruht auf der Ermittlung eines regionalen Versorgungsgrads. ² Der regionale Versorgungsgrad beschreibt das Verhältnis zwischen: a. dem beobachteten Leistungsvolumen, bestehend aus dem Angebot an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten und den von ihnen erbrachten Leistungen; und b. dem Angebot, das für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung notwendig ist. ³ Er kann mit einem Gewichtungsfaktor angepasst werden.	¹ Die Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz <u>1</u> KVG beruht auf der Ermittlung eines regionalen Versorgungsgrads.	Wie unterstützen grundsätzlich den Vorschlag zu den Höchstzahlen. Das Modell zur Bestimmung von Höchstzahlen wurde von BSS Volkswirtschaftliche Beratung entwickelt, die bereits santésuisse bei der Studie zur Versorgungsstruktur unterstützt hatten. Hier fehlt die Bezeichnung des Absatzes. Wir befürworten die Berechnung eines regionalen Versorgungsgrades als zentrales Element zur Berechnung von Höchstzahlen. Er setzt die angebotsseitigen und die nachfrageseitigen Elemente in Relation. Das Volumen, das der Angebotskapazität der Leistungserbringer entspricht, muss richtigerweise zu demjenigen Volumen in Bezug gesetzt werden, das den Bedarf an ärztlichen Leistungen deckt. Wir unterstützen, dass Kantone in begründeten Ausnahmesituationen, die Möglichkeit haben, einen

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		<p>Gewichtungsfaktor zu verwenden (siehe auch Art. 8).</p> <p>Wichtig ist, dass der Gewichtungsfaktor transparent festgelegt und durch objektive Angaben begründet werden kann. Eine solche Ausnahmesituation besteht beispielsweise dort, wo die Analyse der Patientenströme ausländische Touristen nicht berücksichtigt.</p>
<p>Art. 2 Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone</p> <p>¹ Die Kantone ermitteln das Angebot an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe a aufgrund der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzten in Vollzeitäquivalenten.</p> <p>² Die Identifikation einer Ärztin oder eines Arztes erfolgt anhand der Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN).</p>		<p>Die Messung des Angebots mittels Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ist zu unterstützen. So kann die «Teilzeit-Problematik» umgangen werden.</p> <p>Mit der Verwendung der GLN sind wir einverstanden. Mit Art. 8 und 11 der Registerverordnung bekommt GLN mehr Gewicht und eine zentrale Rolle im Zulassungsverfahren. Auch Aktualisierungen der GLN-Daten werden obligatorisch.</p> <p>Über die GLN kann auf einer Arztrechnung der behandelnde Arzt identifiziert werden. Angaben zu Ärzten in Gruppenpraxen können über die GLN dem einzelnen Arzt zugeordnet werden und nicht nur der Praxis über die ZSR-Nummer. Behandelnde Ärzten in Spitalambulatorien können über die GLN ebenfalls identifiziert werden.</p>

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>³ Zur Berechnung der Vollzeitäquivalente wird die Arbeitszeit einer Ärztin oder eines Arztes ins Verhältnis zu derjenigen Arbeitszeit gesetzt, die eine vollzeittätige Ärztin oder ein vollzeittätiger Arzt im Durchschnitt leistet. Als Vollzeittätigkeit gilt eine Tätigkeit während 10 Halbtagen pro Woche.</p> <p>⁴ Sind für die Berechnung der Vollzeitäquivalente für bestimmte Leistungserbringer die Daten nicht in genügend guter Qualität verfügbar, so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen vergleichbarer Leistungserbringer verhält.</p>		<p>Wir sind einverstanden, für die Angebotskapazitäten die Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu verwenden. Für die Analyse stehen Daten zu Arbeitsstunden und Beschäftigungsgrad auf Ebene Fachgebiet und Kanton für den praxisambulanten Bereich aus der MAS-Erhebung des BFS zur Verfügung.</p> <p>Für den spitalambulanten Bereich existieren keine Daten zu VZÄ. Es wird gemäss dem Bericht von BSS und den Erläuterungen zur Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen die Annahme getroffen, dass sich die VZÄ proportional zum Mass des Leistungsvolumens verhalten und somit Produktivität zwischen Arztpraxen und Spitälern im untersuchten Fachgebiet nicht systematisch variiert. Mit dieser Annahme sind wir einverstanden.</p> <p>Mit dem Vorschlag sind wir einverstanden.</p>
<p>Art. 3 Festlegung der medizinischen Fachgebiete</p> <p>¹ Für die Festlegung der medizinischen Fachgebiete sind die eidgenössischen Weiterbildungstitel nach</p>		<p>Wir sind einverstanden mit der Festlegung der medizinischen Fachgebiete. Sie beruht auf den Facharzttiteln nach der Verordnung vom 27. Juni 2007</p>

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a und b der Medizinalberufeverordnung vom 27. Juni 2007 (MedBV) massgebend.</p> <p>² Die Kantone können einzelne eidgenössische Weiterbildungstitel zu einem medizinischen Fachgebiet zusammenfassen.</p> <p>³ Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Weiterbildungstiteln werden demjenigen medizinischen Fachgebiet zugeteilt, in dem sie schwerpunktmässig tätig sind. Lässt sich nicht ermitteln, in welchem Fachgebiet dies der Fall ist, so werden die Ärztinnen und Ärzte demjenigen medizinischen Fachgebiet zugeteilt, in dem sie den Facharzttitel zuletzt erworben haben.</p>	<p>³ Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Weiterbildungstiteln werden demjenigen medizinischen Fachgebiet zugeteilt, in dem sie schwerpunktmässig tätig sind. Lässt sich nicht ermitteln, in welchem Fachgebiet dies der Fall ist, so werden die Ärztinnen und Ärzte demjenigen medizinischen Fachgebiet zugeteilt, in dem sie den Facharzttitel zuletzt erworben haben.</p> <p><u>³ Personen mit mehreren Facharzttiteln werden gemäss den ärztlichen Leistungen anteilmässig den jeweiligen Fachgebieten zugeteilt.</u></p>	<p>über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (MedBV).</p> <p>Mit diesem Vorschlag sind wir einverstanden. Die Zuteilung gemäss Art. 3 Abs. 1 ist mit gewissen Unschärfen verbunden, weil Ärztinnen und Ärzte innerhalb der Fachgebiete aufgrund von privatrechtlichen Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen unterschiedlich spezialisiert sein können. Mehrere Facharzttitel können zu einem Fachgebiet zusammengefasst werden, wenn deren Leistungen hinreichend miteinander substituierbar sind. Dies trifft insbesondere auf den eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» und den Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin» zu.</p> <p>Die Zuteilung von Ärztinnen und Ärzten zu Fachgebieten kann mit Herausforderungen verbunden sein, insbesondere dann, wenn diese mehrere Facharzttitel haben. Massgebend für die Zuteilung ist die effektive medizinische Tätigkeit. Deshalb sollen sie den gemäss den ärztlichen Leistungen anteilmässig den jeweiligen Fachgebieten zugeteilt werden.</p>
<p>Art. 4 Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen</p>		

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>¹ Die Kantone legen die Regionen fest, für die die Höchstzahlen gelten sollen.</p> <p>² Regionen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Kantonsteil; b. ein Kanton; c. ein kantonsübergreifendes Gebiet; d. mehrere Kantone. 	<p>² Regionen können sein:</p> <p>a. ein Kantonsteil;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Kanton; b. ein kantonsübergreifendes Gebiet; c. mehrere Kantone. 	<p>Wir sind einverstanden, dass die Kantone die Regionen festlegen. Idealerweise werden die Regionen nach der Analyse von Patientenströmen bestimmt und nicht willkürlich festgelegt (siehe auch Art. 6).</p> <p>Wir unterstützen aber das Festlegen von überkantonalen Regionen (insbesondere bei «kleinen» Kantonen). Viele Kantone stellen zu kleine geografische Einheiten mit zu wenigen Bewohnern dar. Kantons-grenzen spielen keine Rolle bei der Konsultation eines Leistungserbringers. Kleinräumigere Festlegungen von Höchstzahlen als Kantone sind zu vermeiden.</p>
<p>Art. 5 Methode zur Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen</p> <p>¹ Das EDI legt für jedes medizinische Fachgebiet Koeffizienten fest. Es leitet diese Koeffizienten aus einem gesamtschweizerisch einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen her.</p> <p>² Die Kantone wenden die Koeffizienten nach Absatz 1 auf die Wohnbevölkerung derjenigen Regionen an, für die die Höchstzahlen gelten sollen, um den Bedarf an ärztlichen Leistungen je medizinisches Fachgebiet zu ermitteln (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen a).</p>		<p>Wir sind einverstanden mit der Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen gestützt auf Regressionskoeffizienten des auf nationaler Ebene erbrachten Volumens der ambulanten medizinischen Leistungen in einem medizinischen Fachgebiet.</p> <p>Für die Festlegung der Höchstzahl ziehen die Kantone nationale Referenzwerte für die einzelnen Fachgebiete heran. Dazu übertragen die Kantone die auf nationaler Ebene publizierten Koeffizienten zum Angebot an ärztlichen Leistungen auf die Bevölkerung der untersuchten Region und berücksichtigen dabei deren Merkmale. Dieses Vorgehen ist zu unterstützen.</p>

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		Es gibt bereits Kantone, die sich bereits heute mit den Höchstzahlen beschäftigen, welche sie durch die Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen berechnen müssten. Diese Kantone werden bisher von der beraten. Für die Berechnungen verwendet die BSS unter anderem Daten aus dem Datenpool.
<p>Art. 6 Berücksichtigung der Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrads</p> <p>¹ Die Kantone passen das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen a aufgrund der Patientenströme an, um ein bedarfsgerechtes Leistungsvolumen je medizinisches Fachgebiet und Region zu ermitteln (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen b).</p> <p>² Die Patientenströme nach Absatz 1 entsprechen der Zu- oder Abnahme des beobachteten Leistungsvolumens in einer Region (Region i), wenn deren Wohnbevölkerung Ärztinnen und Ärzte in einer anderen Region (Region j) konsultiert und wenn die Wohnbevölkerung der Region j Ärztinnen und Ärzte in der Region i konsultiert.</p> <p>³ Die Kantone setzen das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen b in Verhältnis zum beobachteten Leistungsvolumen, um den regionalen Versorgungsgrad zu ermitteln.</p>		<p>Wie sind einverstanden mit der Berücksichtigung der regionalen Patientenströme für die Berechnung des Versorgungsgrades.</p> <p>Wie sind einverstanden mit diesem Absatz. Wichtig für die Zu- oder Abnahme des beobachteten Leistungsvolumens in einer Region sind die Netto-Patientenströme, als der Vergleich der Zuflüsse und Abflüsse von Patienten.</p> <p>Wie sind einverstanden mit diesem Absatz.</p>

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Art. 7 Messung der in Anspruch genommenen Leistungen</p> <p>Die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen, die für die Ermittlung des beobachteten Leistungsvolumens nach Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe a, für die Zuteilung von Ärztinnen und Ärzten zu einem medizinischen Fachgebiet nach Artikel 3 Absatz 3 und für die Berechnung der Patientenströme nach Artikel 6 verwendet werden, werden anhand des Taxpunkt Volumens der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Behandlungen gemessen, subsidiär anhand:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. der Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; oder b. der Anzahl Konsultationen. 		<p>Damit sind wir einverstanden. Es lassen sich somit kantonal unterschiedliche Taxpunktwerte umgehen. Diese Problematik würde bei der Verwendung der Bruttoleistungen als Mass für ärztliche Behandlungen bestehen.</p>
<p>Art. 8 Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads</p> <p>Der Kanton kann einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung des Gewichtungsfaktors stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p>		<p>Wir unterstützen, dass Kantone in begründeten Ausnahmesituationen, die Möglichkeit haben, einen Gewichtungsfaktor zu verwenden. Dieser sollte zurückhaltend eingesetzt werden. Wichtig ist, dass der Gewichtungsfaktor transparent festgelegt und durch objektive Angaben begründet werden kann. Eine solche Ausnahmesituation besteht beispielsweise, da die Analyse der Patientenströme ausländische Touristen nicht berücksichtigt.</p>
<p>Art. 9 Interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen</p>		

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination nach Artikel 55a Absatz 3 KVG müssen die Kantone insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die nötigen Daten zu den Patientenströmen nach Artikel 6 Absatz 2 auswerten und den betroffenen Kantonen mitteilen; b. das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen beurteilen; c. die Festlegung der Höchstzahlen mit den betroffenen Kantonen koordinieren. 		<p>Einverstanden mit der Berücksichtigung der interkantonalen Patientenströme. Auch dass die Kantone das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen beurteilen müssen.</p> <p>Wir würden befürworten, dass der Bund Richtwerte oder Bandbreiten (Ober- und Untergrenzen) pro Region vorgibt, die es durch die Kantone umzusetzen gilt. Die Kantone können dann innerhalb der Bandbreite die Höchstzahl unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten festlegen.</p>
<p>Art. 10 Festlegung von Höchstzahlen</p> <p>¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.</p> <p>² Die Höchstzahlen sind aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.</p>		<p>Einverstanden mit dem Vorschlag, dass die Kantone gestützt auf den regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den Gewichtungsfaktor die Höchstzahlen festlegen.</p> <p>Eine periodische Überprüfung ist wichtig. Allerdings bleibt offen, was genau «periodisch» heisst. Welcher Zeitraum ist damit gemeint?</p> <p>Offen bleiben aber auch der Umgang und das Vorgehen, wenn das vorhandene Angebot an Ärzten nicht den Höchstzahlen entspricht. Wie soll eine zu hohe Anzahl Ärzte reduziert werden?</p>

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
Art. 11 Übergangsbestimmung Die Kantone können bis zum 30. Juni 2025 bestimmen, dass das nach Artikel 2 ermittelte Angebot an verfügbaren Ärzten und Ärztinnen je medizinisches Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht.		Einverstanden. Ab dem 1. Juli 2025 müssen die Kantone die Höchstzahlen der Leistungserbringer gestützt auf die Methodik festlegen, die in dieser Verordnung dargelegt wird.
Art. 12 Inkrafttreten Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.		--

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

SASIS AG
Römerstrasse 20
CH-4502 Solothurn
www.sasis.ch
info@sasis.ch



Für Rückfragen:
Mischa Jordi
Direktwahl: +41 41 227 4045
mischa.jordi@sasis.ch

Solothurn, 19.02.2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir Stellung zu den vorgesehenen Anpassungen betreffend die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern.

Die SASIS AG betreibt im Auftrag der Krankenversicherer das Zahlstellenregister (ZSR), welches de facto heute das Leistungserbringer-Register bereits darstellt. Dies seit vielen Jahr sehr erfolgreich und zur Zufriedenheit aller tangierten Akteure im Gesundheitswesen. Durch die neue Gesetzgebung wird die Verantwortung für das Leistungserbringer-Register an die Kantone delegiert. Es scheint uns deshalb essenziell, dass bereits bestehende Kompetenzen, technologisch moderne IT-Systeme und grosses Know-how sowie Expertise auf diesem Gebiet weiter genutzt werden und auch in die Gesetze und Verordnungen einfließen.

Wir präzisieren die aus unserer Sicht relevanten Punkt in nachfolgender Synopse. Im Vordergrund steht dabei, dass insbesondere die Krankenversicherer in Zukunft über alle relevanten Informationen verfügen müssen, welche für eine tiefgreifende Rechnungs- respektive Leistungsprüfung notwendig sind. Ebenso sind Verbesserungen im Bereich der Definitionen nötig. Wir attestieren uns hier die nötige Erfahrung, weil wir seit vielen Jahren die Zulassung von Leistungserbringern (via der Vergabe von Zahlstellenregister-Nummern) gemäss den Anforderungen von KVG und KVV durchführen.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Der im Gesetz KVG, wie in dessen Verordnung KVV, verwendete Begriff «Leistungserbringer» interpretiert die SASIS AG als Rechtspersönlichkeit, welche die Verantwortung für die erbrachten Leistungen trägt und als Rechnungssteller dieser Leistungen auftritt. Es handelt sich immer um den Arbeitgeber. Die SASIS AG orientiert sich bei dieser Interpretation am Bundesgerichtsurteil 9C_701/2008 und überträgt dessen Aussage auf sämtliche Leistungserbringerkategorien, welche durch das KVG definiert werden. Das Bundesgerichtsurteil besagt unter anderem folgendes:

«Üben die einzelnen Ärzte ihre Tätigkeit als Arbeitnehmer der juristischen Person aus, so sind Leistungserbringer im Sinne des KVG nicht die Ärzte, sondern die juristische Person, welche eine Einrichtung im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. n bzw. Art. 36a KVG ist. »

Die SASIS AG versteht daraus resultierend, dass Medizinalpersonen nicht als Leistungserbringer zählen, wenn diese ihre Leistungen im Anstellungsverhältnis erbringen. Dies unabhängig davon, ob die Medizinalpersonen im Anstellungsverhältnis zu einer natürlichen oder juristischen Person (bzw. Kommandit- oder Kollektivgesellschaft) stehen. Unseres Erachtens bilden angestellte Personen eine Kategorie, welche im Gesetz (KVG), Verordnung (KVV) und Registerverordnung integriert sein müssen. Aktuell werden KVG und KVV folgender Situation nicht gerecht:

Es fehlt die Aufführung jener Medizinalpersonen mit deren Zulassungskriterien, welche im Anstellungsverhältnis natürlicher Personen zu Lasten der OKP tätig sind (z. B. Physiotherapeut angestellt bei Physiotherapeut). Im Bereich der Personen, die auf ärztliche Anordnung tätig sind, wird dies besonders offensichtlich. Die Verordnung definiert ausschliesslich die natürlichen Personen, welche gemäss Verordnung ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben müssen, sowie das Pendant der Organisationen (Art. 52 – 52d), bei welchen es sich um juristische Personen (bzw. Kommandit- und Kollektivgesellschaft) handelt mit deren Angestellten. Angestellte von natürlichen Personen mit deren Zulassungskriterien sind nicht integriert und somit auch nicht definiert.

Nicht klar ist, ob die Kantone auch verantwortlich sind für die Zulassungsprüfung sämtlicher angestellter Personen, welche in einem Spital tätig sind und unter eine im KVG definierte Kategorie (Art. 35 Abs. 2 KVG) fallen.

Wir erlauben uns Anpassungen im KVG anzuregen, welche im direktem Zusammenhang mit den Anpassungen der Verordnung KVV und der neuen Registerverordnung stehen. Sie finden die entsprechende Synopse im Anhang.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Die Spalte «Vorschlag SASIS AG» weist sämtliche Anpassungen in blauer Schrift aus. In der Spalte Bemerkungen finden Sie die entsprechenden Erläuterungen.

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	-	
Art. 30b Weitergabe der Daten der Leistungserbringer ¹ Das BFS gibt folgenden Datenempfängern folgende Daten weiter: a. dem BAG: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) und für die Veröffentlichung der Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG) erforderlich sind; b. den zuständigen Behörden der Kantone: 1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,	Art. 30b Weitergabe der Daten der Leistungserbringer ¹ Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten: a. BAG: die in Artikel 30 genannten Daten soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Betriebsvergleiche zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG), für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG); b. zuständige kantonale Behörden: 1. die Daten nach Artikel 30, sofern diese für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (Art. 39 KVG) erforderlich sind,	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind;</p> <p>c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;</p> <p>d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 erforderlich sind.</p> <p>² Es stellt die Anonymität des Personals nach Artikel 30 Buchstabe b und der Patientinnen und Patienten nach Artikel 30 Buchstabe c bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sicher.</p> <p>³ Die Daten nach Artikel 30 werden grundsätzlich auf Betriebsebene aggregiert weitergegeben. Daten nach</p>	<p>2. die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, d und e, sofern diese für die Beurteilung der Tarife (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG) erforderlich sind;</p> <p>3. die in Artikel 30 genannten Daten soweit sie für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVGKVG);</p> <p>c. den Versicherern: die Daten nach Artikel 30 Buchstaben a, c, d und e, sofern diese für den Vollzug der Bestimmungen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, erforderlich sind;</p> <p>d. dem Preisüberwacher: die Daten nach Artikel 30, sofern diese zur Prüfung von Preisen und Tarifen im Gesundheitswesen im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 erforderlich sind.</p> <p>² Es stellt die Anonymität des Personals nach Artikel 30 Buchstabe b und der Patientinnen und Patienten nach Artikel 30 Buchstabe c bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sicher.</p> <p>³ Die Daten nach Artikel 30 werden grundsätzlich auf Betriebsebene aggregiert weitergegeben. Daten nach</p>		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>Artikel 30 Buchstaben b–e und g werden folgenden Empfängern als Einzeldaten weitergegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dem BAG; b. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime. 	<p>Artikel 30 Buchstaben b–e und g werden folgenden Empfängern als Einzeldaten weitergegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. dem BAG; d. den zuständigen Behörden der Kantone für die Planung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime. 		
	<p>1. Abschnitt: Ärzte und Ärztinnen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen</p>	-	
<p>Art. 38 Weiterbildung</p> <p>Ärztinnen und Ärzte haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG) auszuweisen.</p>	<p>Art. 38 Ärzte und Ärztinnen</p> <p>¹ Ärzte und Ärztinnen werden zugelassen, wenn sie neben den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 1 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Artikel 36 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG). b. Sie verfügen über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 MedBG im beantragten Fachgebiet. c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. <p>² Die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) bleiben vorbehalten.</p>	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p>³ Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendigen Sprachkenntnisse im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn Sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutungen zu erfassen; b. sich spontan und fliessend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen; c. die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern. 		
<p>Art. 39 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise</p> <p>¹ Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über ein nach Artikel 15 des MedBG anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.</p> <p>² Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Ärztinnen und Ärzte, die über einen nach Artikel 21 des MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.</p>	<p>Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen</p> <p>¹ Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, werden zugelassen, wenn sie neben den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 2 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie erbringen ihre Leistungen durch Ärzte und Ärztinnen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 38 Absatz 1 Buchstaben a und b erfüllen. 	<p>Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie erbringen ihre Leistungen durch Ärzte und Ärztinnen, <i>welche die Voraussetzungen nach Artikel 38 erfüllen.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> a. Damit angestellte Ärzte zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein dürfen, müssen diese sämtliche Kriterien gemäss Art. 38 erfüllen. Inkl. Absatz 2 und 3.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p>b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>² Die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärzte und Ärztinnen (Art. 55a KVG) bleiben vorbehalten.</p>	<p>b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>c. <i>Sie sind nach der Gesetzgebung desjenigen Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</i></p> <p>d. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i></p>	<p>c. Bei sämtlichen Leistungserbringerkategorien mit juristischer Rechtsform oder Kommandit- und Kollektivgesellschaften (Organisationen) ist die kantonale Zulassung als Bedingung definiert. Diese sollte analog für die Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 lit n KVG übernommen werden.</p> <p>d. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
<p>Art. 40 Weiterbildung</p> <p>Apothekerinnen und Apotheker haben sich über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 MedBG auszuweisen.</p>	<p>Art. 40</p> <p>¹ Apotheker und Apothekerinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 MedBG;</p>	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p>b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>² Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.</p>		
		<i>Art. 40a Apotheke</i>	Für sämtliche Leistungserbringer, welche natürliche Personen sind, gibt es im Gesetz oder Verordnung als Pendant die Organisationen oder Einrichtungen, falls es sich bei der Rechtsform um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft handelt. Bei den Apothekern fehlt dieses Pendant (die Apotheke), obwohl es sich bei den Leistungserbringern meistens um juristische Personen handelt und diese von den Kantonen eine Betriebsbewilligung erhalten. Die Apotheke sollte im Sinne einer einheitlichen Datenhaltung und stringenter Logik im Gesetz als Leistungserbringer im KVV integriert werden.
Art. 41 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise	<p>Art. 41</p> <p><i>Aufgehoben</i></p>	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>¹ Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über ein nach Artikel 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom verfügen.</p> <p>² Apothekerinnen und Apothekern mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Apothekerinnen und Apotheker, die über einen nach Artikel 21 MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.</p>			
<p>Art. 42 Zulassung</p> <p>Zugelassen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein eidgenössisches Diplom verfügen und sich über eine zweijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut ausweisen.</p>	<p>Art. 42</p> <p>Zahnärzte und Zahnärztinnen werden für Leistungen nach Artikel 31 KVG zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnarzt oder Zahnärztin nach Artikel 36 MedBG. b. Sie weisen sich über eine dreijährige praktische Weiterbildung in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut aus. c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. 	-	
<p>Art. 43 Gleichwertigkeit wissenschaftlicher Befähigungsausweise</p>	<p>Art. 43</p>	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
Zahnärztinnen und Zahnärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über ein nach Artikel 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung nach Artikel 36 Absatz 3 MedBG verfügen.	<i>Aufgehoben</i>		
	4. Abschnitt: Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie Organisationen der Chiropraktik	-	
Art. 44 ¹ Chiropraktorinnen und Chiropraktoren haben nachzuweisen, dass: a. sie eine Ausbildung nach den Artikeln 14 und 33 des MedBG ¹ erfolgreich abgeschlossen haben; b. sie eine Weiterbildung nach den Artikeln 17–19 des MedBG erfolgreich abgeschlossen haben. ² ... ³ Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Anwendung von ionisierenden Strahlen zu chiropraktischen Zwecken, insbesondere Artikel 182 Absatz 1 Buchstabe d der Strahlenschutzverordnung vom 26. April 2017 sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen des Eidgenössischen Departements für Inneres.	Art. 44 Chiropraktoren und Chiropraktorinnen ¹ Chiropraktoren und Chiropraktorinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Chiropraktor oder Chiropraktorin nach Artikel 36 MedBG. b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Geltendes Recht	Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p>Art. 44a Organisationen der Chiropraktik</p> <p>Organisationen der Chiropraktik werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 44 erfüllen. d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. 	<p>Art. 44a Organisationen der Chiropraktik</p> <p>Organisationen der Chiropraktik werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 44 erfüllen. d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

	5. Abschnitt: Hebammen und Organisationen der Hebammen	-	
Art. 45 Zulassung	Art. 45 Hebammen	-	
<p>¹ Die Hebammen haben nachzuweisen:</p> <p>a. das Diplom einer Schule für Hebammen, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002³ über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme, 2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals, 3. in einer fachärztlichen Praxis, oder 4. in einer Organisation der Hebammen unter Leitung einer Hebamme; <p>c. eine Zulassung nach kantonalem Recht.</p> <p>² ...</p>	<p>Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Hebamme nach Artikel 12 des Gesundheitsberufegesetzes vom 30. September 2016 (GesBG) oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</p> <p>b. Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einer nach dieser Verordnung zugelassenen Hebamme, 2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals, unter der Leitung einer Hebamme, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, 3. in einer Organisation der Hebammen, unter der Leitung einer Hebamme, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt. <p>c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 45a Organisationen der Hebammen</p> <p>Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 erfüllen; d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Leistungen bei Mutterschaft erbracht werden. 	<p>Art. 45a Organisationen der Hebammen</p> <p>Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 erfüllen. d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. 	<p>Art. 45a Organisationen der Hebammen</p> <p>Organisationen der Hebammen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 45 erfüllen. d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i> 	<p>f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
<p>Art. 46 Im Allgemeinen</p> <p>¹ Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen,</p>	<p>Art. 46</p> <p><i>Aufgehoben</i></p>	<p>Art. 46 Im Allgemeinen</p>	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin; b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin; c. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann; d. Logopäde oder Logopädin; e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin; f. Neuropsychologe oder Neuropsychologin. <p>² Diese Personen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind.</p>			
<p>Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen</p> <p>¹ Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom; b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten, 	<p>Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen</p> <p>¹ Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Physiotherapeut oder Physiotherapeutin nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung. b. Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt: 		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. bei einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einer physiotherapeutischen Spezialabteilung eines Spitals, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder 3. in einer Organisation der Physiotherapie, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen. <p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</p> <p>d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p><i>c. Sie üben ihren Beruf als wirtschaftlich selbständig Erwerbende auf eigene Rechnung aus.</i></p>	<p>c._Selbständige Berufsausübung kann sowohl als fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit, wie auch im wirtschaftlichen Sinn als selbständige Erwerbstätigkeit verstanden werden. Der Begriff «selbständig» sollte präzisiert werden. In Anlehnung an das Bundesgerichtsurteil 9C-701/2008 verstehen wir den Arbeitnehmer einer juristischen Person nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern dies ist die juristische Person, welche im Gesetz als Organisation oder Einrichtung definiert ist. Im Sinne einer stringenten Logik sollte in diesem Artikel Personen im Anstellungsverhältnis ausgeschlossen werden.</p>
---	--	--	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen</p> <p>¹ Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen haben nachzuweisen:</p> <p>a. das Diplom einer Schule für Ergotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, oder in einer Arztpraxis, einem Spital oder einer Organisation der Ergotherapie unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>	<p>Art. 48 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen</p> <p>¹ Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Ergotherapeut oder Ergotherapeutin nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</p> <p>b. Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder 3. in einer Organisation der Ergotherapie, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen. <p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</p>	<p><i>c. Sie üben ihren Beruf als wirtschaftlich selbständig Erwerbende auf eigene Rechnung aus.</i></p>	<p>c. _Selbständige Berufsausübung kann sowohl als fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit, wie auch im wirtschaftlichen Sinn als selbständige Erwerbstätigkeit verstanden werden.</p>
---	--	--	---

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

			Der Begriff «selbständig» sollte präzisiert werden. In Anlehnung an das Bundesgerichtsurteil 9C-701/2008 verstehen wir den Arbeitnehmer einer juristischen Person nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern dies ist die juristische Person, welche im Gesetz als Organisation oder Einrichtung definiert ist. Im Sinne einer stringenten Logik sollte in diesem Artikel Personen im Anstellungsverhältnis ausgeschlossen werden.
	d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.		
Art. 49 Pflegefachfrau und Pflegefachmann Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nachzuweisen: a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom; b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause un-	Art. 49 Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen ¹ Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung. b. Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt: 1. bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital, unter der Leitung eines Pflegefachmanns o-		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>ter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.</p>	<p>der einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder</p> <p>3. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p> <p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</p> <p>d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p><i>c. Sie üben ihren Beruf als wirtschaftlich selbständig Erwerbende auf eigene Rechnung aus.</i></p>	<p>c._Selbständige Berufsausübung kann sowohl als fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit, wie auch im wirtschaftlichen Sinn als selbständige Erwerbstätigkeit verstanden werden. Der Begriff «selbständig» sollte präzisiert werden. In Anlehnung an das Bundesgerichtsurteil 9C-701/2008 verstehen wir den Arbeitnehmer einer juristischen Person nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern dies ist die juristische Person, welche im Gesetz als Organisation oder Einrichtung definiert ist. Im Sinne einer stringenten Logik sollte in diesem Artikel Personen im Anstellungsverhältnis ausgeschlossen werden.</p>
---	--	--	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 50 Logopäden und Logopädinnen</p> <p>Die Logopäden und Logopädinnen haben nachzuweisen:</p> <p>a. eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik), 2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie), 3. Medizin (Neurologie, Otorhinolaryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie), 4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik/Heilpädagogik), 5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie), 6. Recht (Sozialgesetzgebung); <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich; davon:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. muss mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychi- 	<p>Art. 50 Logopäden und Logopädinnen</p> <p>Die Logopäden und Logopädinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Logopäde oder Logopädin.</p> <p>b. Sie verfügen über eine vom Kanton anerkannte dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung als Logopäde oder Logopädin mit erfolgreich abgelegter Prüfung in folgenden Fächern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linguistik (Linguistik, Phonetik, Psycholinguistik), 2. Logopädie (Logopädische Methodenlehre [Beratung, Abklärung, Behandlung], Sprachbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpsychologie, Sprachpathologie), 3. Medizin (Neurologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Phoniatrie, Psychiatrie, Stomatologie), 4. Pädagogik (Pädagogik, Sonderpädagogik, Heilpädagogik), 5. Psychologie (Entwicklungspsychologie, klinische Psychologie, pädagogische Psychologie einschliesslich Lernpsychologie, Sozialpsychologie), 6. Recht (Sozialgesetzgebung). <p>b. Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie, überwiegend im Erwachse-</p>	<p>-</p>	
--	---	----------	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>atrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, absolviert werden,</p> <p>2. kann ein Jahr unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.</p>	<p>nenbereich, ausgeübt, davon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und im Beisein eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, absolviert werden.</p> <p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</p> <p>d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p><i>c. Sie üben ihren Beruf als wirtschaftlich selbständig Erwerbende auf eigene Rechnung aus.</i></p>	<p>c._Selbständige Berufsausübung kann sowohl als fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit, wie auch im wirtschaftlichen Sinn als selbständige Erwerbstätigkeit verstanden werden. Der Begriff «selbständig» sollte präzisiert werden. In Anlehnung an das Bundesgerichtsurteil 9C-701/2008 verstehen wir den Arbeitnehmer einer juristischen Person nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern dies ist die juristische Person, welche im Gesetz als Organisation oder Einrichtung definiert ist. Im Sinne einer stringenten Logik sollte in diesem Artikel Personen im Anstellungsverhältnis ausgeschlossen werden.</p>
--	---	--	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Art. 50a Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen</p> <p>¹ Die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen haben nachzuweisen:</p> <p>a. das Diplom einer Schule für Ernährungsberatung, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;</p> <p>b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist, in einer Organisation der Ernährungsberatung, die nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen privaten oder öffentlichen Organisation unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.</p>	<p>Art. 50a Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen</p> <p>Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin nach Artikel 12 GesBG oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung.</p> <p>b. Sie haben eine zweijährige praktische Tätigkeit ausgeübt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, 2. in einem Spital, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen, oder 3. in einer Organisation der Ernährungsberatung, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen. <p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</p>	<p><i>c. Sie üben ihren Beruf als wirtschaftlich selbständig Erwerbende auf eigene Rechnung aus.</i></p>	<p>c. _Selbständige Berufsausübung kann sowohl als fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit, wie auch im wirtschaftlichen Sinn als selbständige Erwerbstätigkeit verstanden werden.</p>
--	--	--	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

			Der Begriff «selbständig» sollte präzisiert werden. In Anlehnung an das Bundesgerichtsurteil 9C-701/2008 verstehen wir den Arbeitnehmer einer juristischen Person nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern dies ist die juristische Person, welche im Gesetz als Organisation oder Einrichtung definiert ist. Im Sinne einer stringenten Logik sollte in diesem Artikel Personen im Anstellungsverhältnis ausgeschlossen werden.
	d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.		
Art. 50b Neuropsychologen und Neuropsychologinnen Die Neuropsychologen und Neuropsychologinnen haben nachzuweisen: a. einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011 (PsyG); oder b. einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.	Art. 50b Neuropsychologen und Neuropsychologinnen Neuropsychologen und Neuropsychologinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Neuropsychologe oder Neuropsychologin. b. Sie verfügen über: 1. einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011 (PsyG), oder 2. einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

	<p>und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.</p> <p>c. Sie üben ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung aus.</p> <p>d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p><i>c. Sie üben ihren Beruf als wirtschaftlich selbständig Erwerbende auf eigene Rechnung aus.</i></p>	<p>c._Selbständige Berufsausübung kann sowohl als fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit, wie auch im wirtschaftlichen Sinn als selbständige Erwerbstätigkeit verstanden werden. Der Begriff «selbständig» sollte präzisiert werden. In Anlehnung an das Bundesgerichtsurteil 9C-701/2008 verstehen wir den Arbeitnehmer einer juristischen Person nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern dies ist die juristische Person, welche im Gesetz als Organisation oder Einrichtung definiert ist. Im Sinne einer stringenten Logik sollte in diesem Artikel Personen im Anstellungsverhältnis ausgeschlossen werden.</p>
<p>Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause</p> <p>Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie:</p> <p>a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p>	<p>Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause</p> <p>Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p>		

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<ul style="list-style-type: none"> c. über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat; d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird. 	<ul style="list-style-type: none"> b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat. d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. 		
<p>Art. 52 Organisationen der Ergotherapie</p> <p>Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind; b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; c. über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat; d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen; e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende 	<p>Art. 52 Organisationen der Ergotherapie</p> <p>Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 48 erfüllen. 	<p>Art. 52 Organisationen der Ergotherapie</p> <p>Organisationen der Ergotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt. c. <i>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 48 Abs. 1 lit. a, b und d erfüllen.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> c. Art. 48 Abs. 1 lit. c KVV definiert, dass der Ergotherapeut, die Ergotherapeutin den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübt. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt bei Personen, welche für die Organisation der Ergotherapie tätig sind.

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

und zweckmässige Ergotherapie erbracht wird.	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i></p>	<p>f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
<p>Art. 52a Organisationen der Physiotherapie</p> <p>Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie:</p> <p>a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen;</p> <p>d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine</p>	<p>Art. 52a Organisationen der Physiotherapie</p> <p>Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 erfüllen.</p>	<p>Art. 52a Organisationen der Physiotherapie</p> <p>Organisationen der Physiotherapie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. <i>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 47 Abs. 1 lit. a, b und d erfüllen.</i></p>	<p>c. Art. 47 Abs. 1 lit. c KVV definiert, dass der Physiotherapeut, die Physiotherapeutin den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübt. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt bei Personen, welche für die Organisation der Physiotherapie tätig sind.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Physiotherapie erbracht wird.	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i></p>	<p>f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
<p>Art. 52b Organisationen der Ernährungsberatung</p> <p>Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie:</p> <p>a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen;</p> <p>d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p> <p>e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine</p>	<p>Art. 52b Organisationen der Ernährungsberatung</p> <p>Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen.</p>	<p>Art. 52b Organisationen der Ernährungsberatung</p> <p>Organisationen der Ernährungsberatung werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. <i>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a lit. a, b und d erfüllen.</i></p>	<p>c. Art. 50a Abs. 1 lit. c KVV definiert, dass der Ernährungsberater, die Ernährungsberaterin den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübt. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt bei Personen, welche für die Organisation der Ernährungsberatung tätig sind.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ernährungsberatung erbracht wird.	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i></p>	<p>f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
<p>Art. 52c Organisationen der Logopädie</p> <p>Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie:</p> <p>a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;</p> <p>b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;</p> <p>c. ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 erfüllen;</p> <p>d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;</p>	<p>Art. 52c Organisationen der Logopädie</p> <p>Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 erfüllen.</p>	<p>Art. 52c Organisationen der Logopädie</p> <p>Organisationen der Logopädie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. <i>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50 lit. a, b und d erfüllen.</i></p>	<p>c. Art. 50 Abs. 1 lit. c KVV definiert, dass der Logopäde, die Logopädin den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübt. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt bei Personen, welche für die Organisation der Ernährungsberatung tätig sind.</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Logopädie erbracht wird.</p>	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>	<p>d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen.</p> <p>e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i></p>	<p>f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
	<p>Art. 52d Organisationen der Neuropsychologie</p> <p>¹ Organisationen der Neuropsychologie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50b erfüllen.</p>	<p>Art. 52d Organisationen der Neuropsychologie</p> <p>¹ Organisationen der Neuropsychologie werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen.</p> <p>b. Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt.</p> <p>c. <i>Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50b lit. a, b und d erfüllen.</i></p>	<p>c. Art. 50b Abs. 1 lit. c KVV definiert, dass der Neuropsychologe, die Neuropsychologin den Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausübt. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt</p>

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

	<ul style="list-style-type: none"> d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. 	<ul style="list-style-type: none"> d. Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. f. <i>Es handelt sich um eine juristische Person, Kommandit- oder Kollektivgesellschaft.</i> 	<p>bei Personen, welche für die Organisation der Neuropsychologie tätig sind.</p> <p>f. Der Verordnung fehlt die Abgrenzung, wann es sich bei einem Leistungserbringer um eine Einrichtung der Ärzte, bzw. Organisation handelt. Gründet ein Leistungserbringer eine juristische Person, eine Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft, soll dieser gemäss KVV als Einrichtung, bzw. Organisation gelten mit der entsprechenden, im Anhang der Registerverordnung definierten Datenhaltung.</p>
Art. 54 ¹ Als Laboratorium ist ohne weitere Bedingungen zugelassen: <ul style="list-style-type: none"> a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn: <ul style="list-style-type: none"> 1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden, 2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik), 	Art. 54 ¹ Als Laboratorien sind zugelassen: <ul style="list-style-type: none"> a. das Praxislaboratorium eines Arztes oder einer Ärztin, wenn: <ul style="list-style-type: none"> 1. Analysen im Rahmen der Grundversorgung nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a für den Eigenbedarf des Arztes oder der Ärztin durchgeführt werden, 2. das Ergebnis der Analysen grundsätzlich im Verlauf der Konsultation vorliegt (Präsenzdiagnostik), 	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist,</p> <p>4. die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden;</p> <p>b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;</p> <p>c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.</p> <p>² Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.</p> <p>³ Laboratorien, die im Auftrage eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der</p>	<p>3. das Praxislaboratorium räumlich und rechtlich Teil der Praxis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist,</p> <p>4. die Analysen im Praxislaboratorium oder, für separat bezeichnete Analysen nach Ziffer 1, im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden;</p> <p>b. das Spitallaboratorium für Analysen, die nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden;</p> <p>c. die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin sowie das Spitallaboratorium für Analysen nach Artikel 62 Absatz 1 Buchstabe a im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind.</p> <p>² Spitallaboratorien, die für den Eigenbedarf des Spitals Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung oder einer vom EDI anerkannten, für die Durchführung der Analysen geeigneten höheren Fachausbildung stehen.</p> <p>³ Laboratorien, die im Auftrage eines anderen zugelassenen Leistungserbringers neben den Analysen der</p>		
---	---	--	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

<p>Grundversorgung weitere Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen; b. die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde. <p>⁴ Das EDI kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im Weiteren für die Durchführung bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.</p>	<p>Grundversorgung weitere Analysen durchführen, sind zugelassen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. sie unter der Leitung eines Arztes oder einer Ärztin, eines Apothekers oder einer Apothekerin oder eines Leiters oder einer Leiterin mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung naturwissenschaftlicher Richtung stehen; b. die leitende Person nach Buchstabe a über einen Weiterbildungstitel in Labormedizin verfügt, der durch den Schweizerischen Verband «Die medizinischen Laboratorien der Schweiz» (FAMH) erteilt wurde oder als mit einem solchen Weiterbildungstitel gleichwertig anerkannt wurde. <p>⁴ Das EDI kann für die Vornahme von bestimmten Analysen weitergehende Anforderungen an Einrichtungen sowie Qualifikation und Weiterbildung von Laborleitung und Laborpersonal vorsehen. Es kann im Weiteren für die Durchführung bestimmter Analysen einzelne Zentren bestimmen und sie mit der Führung von Evaluationsregistern beauftragen.</p> <p>^{4bis} Um nach den Absätzen 1–3 zugelassen zu werden, müssen die Laboratorien nachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p>		
--	---	--	--

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

⁵ Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.	⁵ Das EDI kann Ausführungsbestimmungen zu Absatz 1 Buchstabe a erlassen.		
Art. 55 Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.	Art. 55 Abgabestellen für Mittel und Gegenstände werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abgeschlossen. c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.	-	
Art. 55a Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie: a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e des Gesetzes entsprechen; b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben; c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen; d. Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben.	Art. 55a Geburtshäuser werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie erfüllen die Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e KVG. b. Sie haben ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 KVG festgelegt. c. Sie stellen eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicher.	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

	d. Sie haben Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen.		
Art. 56 Wer nach kantonalem Recht zugelassen ist und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen abschliesst, darf zu Lasten dieses Versicherers tätig sein.	Art. 56 Transport- und Rettungsunternehmen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie sind nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen. b. Sie haben mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Durchführung von Transporten und Rettungen abgeschlossen.	-	
Art. 57 ¹ Heilbäder werden zugelassen, wenn sie unter ärztlicher Aufsicht stehen, zu Heilzwecken vor Ort bestehende Heilquellen nutzen, über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen verfügen und nach kantonalem Recht zugelassen sind. ² Das EDI kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt	Art. 57 ¹ Heilbäder werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen: a. Sie sind nach kantonalem Recht zugelassen. b. Sie stehen unter ärztlicher Aufsicht. c. Sie nutzen vor Ort bestehende Heilquellen zu Heilzwecken. d. Sie verfügen über die zweckentsprechenden diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen. e. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen. ² Das EDI kann vom Erfordernis der vor Ort bestehenden Heilquelle Ausnahmen bewilligen. Es berücksichtigt	-	

Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

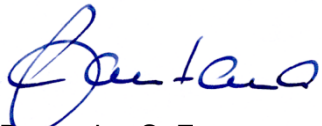
dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.	dabei die bisherige Praxis der Krankenversicherer.		
	12. Abschnitt: Qualitätsanforderungen	-	
	Art. 58g Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen: a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal. b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem. c. Sie haben eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen. d. Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.	-	
	<i>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</i> Die Versicherer müssen den Kantonen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Änderung vom ... die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 auf ihrem Gebiet zugelassenen Leistungserbringern zukommen lassen.		
	II		
	<i>Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.</i>		

**Änderung KVV – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)
betreffend die Zulassung von Leistungserbringern**

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SASIS AG



Domenico S. Fontana
CEO



Mischa Jordi
Leiter Abteilung Register
Mitglied der Geschäftsleitung

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

SASIS AG
Römerstrasse 20
CH-4502 Solothurn
www.sasis.ch
info@sasis.ch

Für Rückfragen:
Mischa Jordi
Direktwahl: +41 41 227 4045
mischa.jordi@sasis.ch

Solothurn, 19.02.2021



Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Anpassungen betreffend die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern Stellung nehmen zu können.

Die SASIS AG betreibt im Auftrag der Krankenversicherer das Zahlstellenregister (ZSR), welches de facto heute das geplante Leistungserbringer-Register (LeReg) bereits darstellt. Dies seit vielen Jahr sehr erfolgreich und zur Zufriedenheit aller tangierten Akteure im Gesundheitswesen. Durch die neue Gesetzgebung wird die Verantwortung für das Leistungserbringer-Register an die Kantone delegiert. Es scheint uns deshalb essenziell, dass bereits bestehende Kompetenzen, technologisch moderne IT-Systeme und grosses Know-how sowie Expertise auf diesem Gebiet weiter genutzt werden und auch in die Gesetze und Verordnungen einfließen.

Gerne präzisieren wir die von uns präferierte Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) mit den relevanten Punkten, sinngemäss gelten diese auch für Variante 2. Im Vordergrund steht ein qualitativ sehr hochwertiges Leistungserbringer-Register, welches die nötigen, bereits existierenden weiteren Register synchronisiert und sich auch darauf anpasst, dass im LeReg die Arbeit mit einer erstmaligen, respektive einmaligen Registrierung in den meisten Fällen nicht abgeschlossen ist.

Mit unserer Stellungnahme möchten wir darlegen, dass die Datenqualität des neuen LeReg bei entsprechender Führung durch uns hoch wird. Wir profitieren von einem Erfahrungsschatz, welchen keine andere Stelle im Gesundheitswesen sonst vorweist. Ebenso prüfen wir die Grundlagen aus

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Sicht sämtlicher Krankenversicherer. Auch wenn die Kantone zuständig sind für die Erteilung der Zulassung KVG, ist es essenziell, dass den Versicherern die notwendigen Daten für eine umfassende und qualitativ sehr hochwertige Rechnungs-, respektive Leistungsprüfung zur Verfügung stehen.

Generell unterstreichen wir die Wichtigkeit der Registrierung sämtlicher angestellter Leistungserbringer (von natürlichen und juristischen Personen, sowie Kommandit- und Kollektivgesellschaft aller Leistungserbringer-Gruppen) im KVG, in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie im LeReg.

Der technische und organisatorische Aufbau eines neuen Registers beim BAG, welcher mit sehr hohem Aufwand und somit Kosten verbunden ist, erscheint uns demgegenüber problematisch. Das BAG müsste in den Bereichen Personal, Wissen/Know-how, Erfahrung sowie IT und Technik investieren bis das Register aufgebaut ist und operativ genutzt werden kann. Eine Umsetzung des Registers durch das BAG wird somit viel mehr Zeit in Anspruch nehmen bis das neue Register operativ genutzt werden kann, als wenn beispielsweise wir diese Aufgabe basierend auf dem heutigen Zahlstellenregister (ZSR) im Auftrag des Bundes wahrnehmen. Überdies sind wir als relevanter Datenlieferant im Gesundheitswesen etabliert und verankert.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Die Spalte «Vorschlag SASIS AG» weist sämtliche Anpassungen in blauer Schrift aus. In der Spalte Bemerkungen finden Sie die entsprechenden Erläuterungen.

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<i>Der Schweizerische Bundesrat, gestützt auf die Artikel 40a, 40c Absatz 2, 40e Absatz 2 und 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), verordnet:</i>	-	
1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen	-	
Artikel 1 Gegenstand ¹ Diese Verordnung regelt den Betrieb, den Inhalt und die Nutzung des Registers über die nach Artikel 36 KVG zugelassenen Leistungserbringer (Leistungserbringerregister).	-	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
² Das Leistungserbringerregister enthält Daten zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG.		
<p>Artikel 2 Übertragung der Registerführung an die registerführende Stelle</p> <p>Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überträgt die Führung des Leistungserbringerregisters an einen Dritten (registerführende Stelle).</p>		<p>SASIS AG unterstützt die Variante 1 (Führung des Leistungserbringerregisters durch einen Dritten), siehe dazu auch den vorhergehenden Einleitungstext auf Seite 1.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass ansonsten die Gefahr besteht, dass der Aufwand und die Kosten, das neue LeReg an das Niveau der heute bestehenden Register-Technologien und -Knowhow unverhältnismässig hoch sind und es schwierig wird, die Qualität und Professionalität bestehender privatrechtlich organisierter Leistungserbringer-Register innert nützlicher Frist erreichen zu erreichen.</p> <p>Zudem wäre es sehr problematisch, wenn es keinen nahtlosen Übergang gäbe von heutigen zu zukünftigen Lösungen.</p>
<p>Artikel 3 Aufsicht über die registerführende Stelle</p> <p>¹ Das BAG ist im Bereich der Registerführung für die Aufsicht über die registerführende Stelle zuständig.</p> <p>² Es überprüft insbesondere die Einhaltung der Datenschutzvorgaben des Bundes.</p> <p>³ Die registerführende Stelle ist verpflichtet, dem BAG zur Wahrnehmung seiner Aufsichtsaufgabe alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, alle erforderlichen Unterlagen herauszugeben und Zutritt zu den Räumlichkeiten zu gewähren.</p>	-	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
2. Abschnitt: Daten, Datenlieferung und –eintragung		<p>Durch die Einführung des neuen Leistungserbringerregisters sollen für die Branche keine unnötigen Mehrkosten und Aufwände entstehen. Unnötige Mehrkosten und Aufwände könnten vermieden werden, wenn das Leistungserbringerregister auf dem bestehenden ZSR der SASIS AG aufgebaut wird.</p> <p>Es müsste in diesem Fall somit keine technische Lösung von Grund auf neu gebaut werden. Technisch müssen die bereits vorhandenen Lösungen lediglich an die entsprechenden Auflagen gemäss der neuen Registerverordnung angepasst werden.</p> <p>Da im Register auch besonders schützenswerte Daten erfasst werden, spielt der Datenschutz eine wichtige Rolle. Es ist darauf zu achten, dass die registerführende Stelle diese Vorgaben einhält, beispielsweise mit einer entsprechenden Zertifizierung.</p>
Artikel 4 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Medizinalberuferegister <p>¹ Öffentlich zugängliche Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) werden aus dem Medizinalberuferegister nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG) automatisch an das Leistungserbringerregister geliefert:</p>	<p>¹ Öffentlich zugängliche Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 35 Absatz 2 Buchstaben a–c und n KVG und nach Artikel 42 und 44a der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) werden aus dem Medizinalberuferegister nach Artikel 51 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG) automatisch an das Leistungserbringerregister geliefert:</p>	<p>¹ Widerspruch zu folgenden Fussnoten im Anhang: ^{12, 16, 19, 22, 26, 29}. In diesen Fussnoten steht definiert, dass zusätzlich zu den Angaben bezüglich den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 KVV auch Angaben zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n und Artikel 44a KVV durch MedReg geliefert werden.</p> <p>Heute werden die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n und Artikel 44a KVV durch MedReg nicht geführt. Diverse Kantone erteilen keine Betriebsbewilligungen im Falle von Organisationen (juristischen Personen, Kommandit- und Kollektivgesellschaften) und führen entsprechend</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p><i>² Besonders schützenswerte Personendaten, welche für die Prüfung der Leistungspflicht notwendig sind, werden LeReg durch MedReg zur Verfügung gestellt.</i></p> <p><i>³ MedReg stellt sicher, dass dem LeReg sämtliche Werte mit historisierten Gültigkeitsdaten zur Verfügung stehen.</i></p>	<p>keine Daten. Andere Kantone erteilen Betriebsbewilligungen erst nach Erreichung einer bestimmten Anzahl Stellenprozente oder Personen.</p> <p>Im Sinne einer einheitlichen Vergabep Praxis von Bewilligungen und Datenhaltung über die verschiedenen Register hinweg, sollten die Kantone für Leistungserbringer, bei welchen es sich um juristische Personen, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften handelt, stets eine Betriebsbewilligung erteilen und die Daten entsprechend z.H. MedReg führen.</p> <p>² Damit LeReg von den Versicherern zum Zwecke der Leistungsprüfung genutzt werden kann, müssen für die Versicherer auch besonders schützenswerte Personendaten zur Verfügung stehen, wenn diese zur einer reduzierten Leistungspflicht führen. Diese sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 37 MedBG (Einschränkung der Bewilligung und Auflagen) - Art. 38 MedBG (Entzug der Bewilligung) - Art. 43 Abs. 1 lit. d MedBG (Disziplinar massnahmen: befristetes Verbot) - Art. 43 Abs. 1 lit. e MedBG (Disziplinar massnahmen: definitives Verbot) - Art. 43 Abs. 4 MedBG (Disziplinar massnahmen: Einschränkungen, Auflagen, Entzug) <p>³ Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgt retrospektiv. Die Versicherer sind in der Leistungsprüfung auf historisierte Daten angewiesen. MedReg muss sicherstellen, dass ihre Daten LeReg historisiert zur Verfügung stehen.</p>
² Die registerführende Stelle stellt die Schnittstellen zwischen dem Medizinalberuferegister und dem	⁴ Die registerführende Stelle stellt die Schnittstellen zwischen dem Medizinalberuferegister und dem	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>Leistungserbringerregister für die Datenlieferung in Absprache mit dem BAG sicher.</p> <p>³ Sie stellt sicher, dass die nach Absatz 1 gelieferten Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>⁴ Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG und nach Artikel 42 KVV gekennzeichnet.</p>	<p>Leistungserbringerregister für die Datenlieferung in Absprache mit dem BAG sicher.</p> <p>⁵ Sie stellt sicher, dass die nach Absatz 1 gelieferten Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>⁶ Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikeln 35 Absatz 2 Buchstaben a–c <i>und n</i> KVG und nach Artikel 42 <i>und 44a</i> KVV.</p>	<p>⁶ Siehe Hinweis unter ¹</p>
<p>Artikel 5 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Psychologieberuferegister</p> <p>¹ Die registerführende Stelle stellt sicher, dass über eine Standardschnittstelle nach Artikel 11 der Registerverordnung PsyG vom 6. Juli 2016 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50b KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p>	<p>¹ Die registerführende Stelle stellt sicher, dass über eine Standardschnittstelle nach Artikel 11 der Registerverordnung PsyG vom 6. Juli 2016 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50b <i>und Artikel 50c</i> KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p> <p>² <i>Besonders schützenswerte Personendaten welche für die Prüfung der Leistungspflicht notwendig sind, werden LeReg durch PsyReg zur Verfügung gestellt.</i></p>	<p>¹ Es sind die Änderungen der KVV und KLV betreffend Neuregelung der psychologischen Psychotherapie und der Zulassungsvoraussetzungen nicht-ärztlicher Leistungserbringer zu beachten. Mit der Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen in die KVV sollten die Daten dieser Leistungserbringer (zukünftiger Artikel 50c) in LeReg integriert werden.</p> <p>² Damit LeReg von den Versicherern zum Zwecke der Leistungsprüfung genutzt werden kann, müssen für die Versicherer auch besonders schützenswerte Personendaten zur Verfügung stehen, wenn diese zur einer reduzierten Leistungspflicht führen. Diese sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 25 PsyG (Einschränkung der Bewilligung und Auflagen) - Art. 26 PsyG (Entzug der Bewilligung) - Art. 30 Abs. 1 lit. d PsyG (Disziplinarmassnahmen: befristetes Verbot) - Art. 30 Abs. 1 lit. e PsyG (Disziplinarmassnahmen: befristetes Verbot)

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>² Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach Artikel 50b KVV gekennzeichnet.</p>	<p>³ <i>PsyReg stellt sicher, dass dem LeReg sämtliche Werte mit historisierten Gültigkeitsdaten zur Verfügung stehen.</i></p> <p>⁴ Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach Artikel 50b und <i>Artikel 50c KVV</i> gekennzeichnet.</p>	<p>- Art. 30 Abs. 4 PsyG (Disziplarmassnahmen: Einschränkungen, Auflagen, Entzug)</p> <p>³ Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgt retrospektiv. Die Versicherer sind in der Leistungsprüfung auf historisierte Daten angewiesen. PsyReg muss sicherstellen, dass ihre Daten LeReg historisiert zur Verfügung stehen.</p> <p>⁴ Siehe Hinweis unter ¹</p>
<p>Artikel 6 Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Gesundheitsberuferegister</p> <p>¹ Die registerführende Stelle stellt sicher, dass über eine Standardschnittstelle nach Artikel 12 der Registerverordnung GesBG vom 13. Dezember 2019 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p>	<p>¹ Die registerführende Stelle stellt sicher, dass über eine Standardschnittstelle nach Artikel 12 der Registerverordnung GesBG vom 13. Dezember 2019 die öffentlich zugänglichen Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach den Artikeln 45, <i>45a</i>, 47–49, 50a und <i>51-52b</i> KVV ins Leistungserbringerregister eingetragen werden.</p>	<p>¹ Widerspruch zu folgenden Fussnoten im Anhang: ^{14, 18, 21, 24, 28, 31}. In diesen Fussnoten steht definiert, dass zusätzlich zu den Angaben bezüglich den Leistungserbringern nach Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV auch Angaben zu folgende Leistungserbringer geliefert werden: Artikel 45a und 51-52b KVV. Heute werden die Leistungserbringer nach Artikel 45a und 51-52b KVV durch kein Register geführt. Diverse Kantone erteilen keine Betriebsbewilligungen im Falle von Organisationen (juristischen Personen, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) und führen entsprechend keine Daten. Andere Kantone erteilen Betriebsbewilligungen erst nach Erreichung einer bestimmten Anzahl Stellenprozente oder Personen.</p> <p>Im Sinne einer einheitlichen Vergabepaxis von Bewilligungen und Datenhaltung über die verschiedenen Register hinweg, sollten die Kantone für Leistungserbringern, bei welchen es sich um juristische Personen, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p><i>² Besonders schützenswerte Personendaten welche für die Prüfung der Leistungspflicht notwendig sind, werden LeReg durch GesReg zur Verfügung gestellt.</i></p> <p><i>³ GesReg stellt sicher, dass dem LeReg sämtliche Werte mit historisierten Gültigkeitsdaten zur Verfügung stehen.</i></p>	<p>handelt, eine Betriebsbewilligung erteilen und die Daten entsprechend z.H. GesReg führen.</p> <p>² Damit LeReg von den Versicherern zum Zwecke der Leistungsprüfung genutzt werden kann, müssen für die Versicherer auch besonders schützenswerte Personendaten zur Verfügung stehen, wenn diese zur einer reduzierten Leistungspflicht führen. Diese sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 13 GesBG (Einschränkung der Bewilligung und Auflagen) - Art. 14 GesBG (Entzug der Bewilligung) - Art. 19 Abs. 1 lit. d GesBG (Disziplinar-massnahmen: befristetes Verbot) - Art. 19 Abs. 1 lit. e GesBG (Disziplinar-massnahmen: definitives Verbot) - Art. 19 Abs. 1 GesBG (Disziplinar-massnahmen: Einschränkungen, Auflagen, Entzug) <p>³ Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgt retrospektiv. Die Versicherer sind in der Leistungsprüfung auf historisierte Daten angewiesen. GesReg muss sicherstellen, dass ihre Daten LeReg historisiert zur Verfügung stehen.</p>
<p>² Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikeln 45, 47–49 und 50a KVV gekennzeichnet.</p>	<p>⁴ Die Daten sind im Anhang als Daten der Leistungserbringer nach den Artikeln 45, 45a, 47–49, 50a und 51-52b KVV gekennzeichnet.</p>	<p>⁴ Siehe Hinweis unter ¹</p>
<p>Artikel 7 Aufgaben der registerführenden Stelle</p> <p>¹ Die registerführende Stelle trägt folgende Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d, f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–50b und 51–52d KVV ein:</p>	<p>¹ Die registerführende Stelle trägt folgende Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d, f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–50b und 51–52d KVV ein:</p>	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>a. die Angabe, ob besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 vorhanden sind;</p> <p>b. den Vermerk «gelöscht» nach Artikel 40f Absatz 2 KVG sowie das Datum des Vermerks;</p> <p>² Sie trägt das Todesdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>³ Sie trägt das Auflösungsdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>⁴ Sie legt die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 in einem vom restlichen Leistungserbringerregister getrennten sicheren Bereich ab.</p> <p>⁵ Sie entfernt und löscht Registereinträge nach den Bestimmungen von Artikel 40f KVG.</p>	<p>a. die Angabe, ob besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 vorhanden sind;</p> <p>b. den Vermerk «gelöscht» nach Artikel 40f Absatz 2 KVG sowie das Datum des Vermerks;</p> <p>² Sie trägt das Todesdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d, <i>f, g, m und n</i> KVG und nach den Artikeln <i>42</i> und 47–50b KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>³ Sie trägt das Auflösungsdatum der zugelassenen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–<i>52d</i> KVV in das Leistungserbringerregister ein.</p> <p>⁴ Sie legt die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 in einem vom restlichen Leistungserbringerregister getrennten sicheren Bereich ab.</p> <p>⁵ Sie entfernt und löscht Registereinträge nach den Bestimmungen von Artikel 40f KVG.</p>	<p>² Das Todesdatum sollte bei sämtlichen natürlichen Personen als Information geführt werden. Als natürliche Personen gelten die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d, und nach den Artikeln 42 und 47–50b KVV. Leistungserbringer gemäss f, g und m KVG können sowohl natürliche wie auch juristische Personen, Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften sein. Handelt es sich um natürliche Personen, wird das Todesdatum geführt. Das Todesdatum sollte mittels Schnittstelle vom UPI-Register übernommen werden.</p> <p>³ Artikel 53-55 und Art. 56 sind bereits mit dem Artikeln 35 Absatz 2 Buchstaben f, g und m KVG erwähnt. In allen anderen Ausführungen wurden die KVV-Artikel nicht redundant zu den KVG-Artikeln geführt. Wir würden die Logik durchgängig gleich halten und nur die KVV-Artikel aufführen, wenn es sich um Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben e KVG handelt und eine Präzisierung auf Ebene Verordnung somit Sinn macht.</p> <p>⁵ Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgt retrospektiv. Die Versicherer sind in der Leistungsprüfung auf historisierte Daten angewiesen. Diese müs-</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<p><i>⁶ Sie stellt sicher, dass sämtliche Attribute, welche zur eindeutigen Identifikation einer Person dienen, anhand des UPI-Registers abgeglichen und korrigiert werden.</i></p> <p><i>⁷ Sie stellt sicher, dass sämtliche gemäss Anhang definierten Attribute, anhand des UID-Registers abgeglichen und korrigiert werden.</i></p> <p><i>⁸ Sie stellt sicher, dass sämtliche durch sie geführten Attribute mit historisierten Gültigkeitsdaten zur Verfügung stehen.</i></p>	<p>sen bis zu 10 Jahre nach deren Ableben, bzw. Auscheiden zur Verfügung stehen. Der Anhang dieser Verordnung ist um eine zusätzliche Spalte «Für Versicherer mittels Schnittstelle zugängliche Daten» zu ergänzen.</p> <p>⁶ Das UPI-Register der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) verfügt über die behördliche Wahrheit jener Attribute, welche eine Person eindeutig identifizieren. Das Register gleicht diese Informationen mit jenen des UPI-Registers ab.</p>
<p>Artikel 8 Aufgaben der Kantone</p> <p>¹ Die zuständigen kantonalen Behörden tragen ins Leistungserbringerregister ein:</p> <p>a. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50 KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name, Vorname, 2. Geburtsdatum, Jahrgang und Geschlecht, 3. Korrespondenzsprache, 4. Nationalitäten, 5. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 6. Personen-Identifikationsnummer (GLN); <p>b. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 42 und 47–50b KVV folgende Stammdaten:</p>	<p>Artikel 8 Aufgaben der Kantone</p> <p>¹ Die zuständigen kantonalen Behörden tragen ins Leistungserbringerregister ein:</p> <p>a. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 50 KVV folgende Stammdaten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name, Vorname, 2. Geburtsdatum, Jahrgang und Geschlecht, 3. Korrespondenzsprache, 4. Nationalitäten, 5. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 6. Personen-Identifikationsnummer (GLN); <p>b. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach Artikeln 42 und 47–50b KVV, <i>sowie nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g und m KVG,</i></p>	<p>b. Die Datenhaltung muss sich unterscheiden, je nachdem ob es sich beim Leistungserbringer um eine juristische (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft) oder natürliche Person handelt. Als</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>1. Sprachkenntnisse, 2. Versichertennummer nach Artikel 50d Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, 3. Art des Leistungserbringers, 4. die Angaben zur Rechtsform des Leistungserbringers.</p> <p>c. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV folgende Stammdaten:</p> <p>1. Name des Leistungserbringers und, sofern vorhanden, Firmenname gemäss Handelsregister,</p>	<p><i>wenn es sich beim Leistungserbringer um eine natürliche Person handelt</i>, folgende Stammdaten:</p> <p>1. Sprachkenntnisse, 2. Versichertennummer nach Artikel 50d Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, 3. Art des Leistungserbringers, 4. die Angaben zur Rechtsform des Leistungserbringers.</p> <p>c. zu den zugelassenen Leistungserbringern nach <i>Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51-52d KVV, sowie nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g und m KVG, wenn es sich beim Leistungserbringer um eine juristische Person handelt</i>, folgende Stammdaten:</p> <p>1. <i>Firmenname gemäss Handelsregister</i>,</p>	<p>natürliche Personen gelten grundsätzlich folgende Leistungserbringer: Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und Artikeln 42, 47–50b KVV. Bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g und m kann es sich sowohl um natürliche wie auch juristische Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) handeln.</p> <p>c. Die Datenhaltung muss sich unterscheiden, je nachdem ob es sich beim Leistungserbringer um eine juristische (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft) oder natürliche Person handelt. Als juristische Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) gelten grundsätzlich folgende Leistungserbringer: Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben n KVG und Artikeln 44a, 45a, 51-52d. Bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f, g und m kann es sich sowohl um natürliche wie auch juristische Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) handeln.</p> <p>1. Unklare Differenzierung zwischen «Namen des Leistungserbringers», «Firmenname gemäss Handelsregister» und «Name des Betriebes». Wenn die</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>2. Korrespondenzsprache, 3. Art des Leistungserbringers, 4. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 5. die Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers (keine Einzelunternehmen).</p> <p>d. in Bezug auf die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–52d, 55 und 56 KVV zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Daten:</p> <p>1. Kanton, der die Zulassung erteilt hat, 2. einer der folgenden Zulassungsstatus mit dem Datum des entsprechenden Entscheids: - erteilt</p>	<p>2. Korrespondenzsprache, 3. Art des Leistungserbringers, 4. Name und Adresse der Praxis oder des Betriebs, 5. die Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers (keine Einzelunternehmen).</p> <p>d. in Bezug auf die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG und nach den Artikeln 42, 44a, 45a, 47–52d, 55 und 56 KVV zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Daten:</p> <p>1. Kanton, der die Zulassung erteilt hat, 2. <i>Gültigkeit der erteilten Bewilligung,</i></p>	<p>Datenhaltung nach juristischen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) und natürlichen Personen gesplittet wird, betrifft dieser Artikel 8 Absatz 1 Buchstaben c immer juristische Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften). Die Datenhaltung der natürlichen Personen wird unter Artikel 8 Absatz 1 Buchstaben b definiert. Juristische Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) verfügen immer über einen Firmennamen gemäss Handelsregister. Zusätzlich soll der Name des Betriebs geführt werden. Der Name des Leistungserbringers entfällt oder sollte klarer definiert werden, wie sich dieser zu den anderen Werten abgrenzt.</p> <p>d. Artikel 55 und Art. 56 sind bereits mit dem Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben g und m KVG erwähnt. In allen anderen Ausführungen wurden die KVV-Artikel nicht redundant zu den KVG-Artikeln geführt. Wir würden die Logik durchgängig gleich halten und nur die KVV-Artikel aufführen, wenn es sich um Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben e KVG handelt und eine Präzisierung auf Ebene Verordnung somit Sinn macht.</p> <p>2. Von Relevanz ist weniger das Erteilungsdatum, sondern viel mehr die Gültigkeitsdaten. Die Zulassung sollte mit einem Von- und einem Bis-Datum ausgewiesen werden.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>- keine Zulassung,</p> <p>3. die Angabe, ob der Leistungserbringer seine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aktiv ausübt oder nicht, mit Datum der Aktivitätsänderung,</p> <p>4. Standortkanton der Praxis oder des Betriebs,</p> <p>5. bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a und n KVG die Angabe zum Fachgebiet oder zu den Fachgebieten, in dem oder in denen die Zulassung erteilt wurde.</p> <p>² Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen.</p> <p>³ Sie melden der registerführenden Stelle ohne Verzug folgende besonders schützenswerte Personendaten:</p> <p>a. Verwarnungen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe a KVG mit Grund und Datum des Entscheids;</p> <p>b. die Erteilung von Bussen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie die Höhe der Busse;</p>	<p>3. die Angabe, ob der Leistungserbringer seine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aktiv ausübt oder nicht, mit Datum der Aktivitätsänderung,</p> <p>4. Standortkanton der Praxis oder des Betriebs,</p> <p>5. bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a und n KVG die Angabe zum Fachgebiet <u>und Region</u> oder zu den Fachgebieten, in dem oder in denen die Zulassung erteilt wurde.</p>	<p>4. Der Standortkanton der Praxis oder des Betriebes entspricht in der Datenhaltung immer dem Kanton, welcher die Zulassung erteilt hat. Der Kanton, welcher die Zulassung erteilt hat, wird unter dem 1. Punkt ausgewiesen. Die Erfassung des Wertes unter dem 4. Punkt ist redundant. Es kann darauf verzichtet werden.</p> <p>5. Art. 55a KVG definiert, dass die Kantone Einschränkungen der Zulassung bei Fachgebieten, wie auch Regionen vornehmen können. In der Registerverordnung wird ausschliesslich die Angabe zum Fachgebiet definiert. Es fehlt die Angabe zur zugelassenen Region.</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>c. befristete Entzüge der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe c KVG mit Grund und Datum des Entscheids, Angabe des entzogenen Tätigkeitsspektrums sowie Beginn und Ende des Entzugs;</p> <p>d. definitive Entzüge der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids und Angabe des entzogenen Tätigkeitsspektrums.</p> <p>⁴ Sie melden der registerführende Stelle ohne Verzug das Todesdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV.</p> <p>⁵ Sie melden der registerführenden Stelle das Auflösungsdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV.</p>	<p>⁴ Sie melden der registerführende Stelle ohne Verzug das Todesdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–d KVG und nach den Artikeln 47–50b KVV.</p> <p>⁵ Sie melden der registerführenden Stelle das Auflösungsdatum eines zugelassenen Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und nach den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV.</p>	<p>⁴ Die Meldung des Todesfalldatums durch die Kantone entfällt, wenn die registerführende Stelle mittels ZAS-Schnittstelle (UPI-Datenbank) das Todesdatum automatisiert übernimmt.</p> <p>⁵ Die Meldung des Auflösungsdatums durch die Kantone entfällt, wenn die registerführende Stelle mittels Schnittstelle zum UID-Register das Auflösungsdatum automatisiert übernimmt.</p>
<p>Artikel 9 Schiedsgericht</p> <p>Das Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG meldet der registerführenden Stelle ohne Verzug folgende besonders schützenswerte Personendaten:</p> <p>a. Verwarnungen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe a KVG mit Grund und Datum des Entscheids;</p> <p>b. Rückerstattung der Honorare für nicht angemessene Leistungen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Angabe zur gänzlichen oder teilweise Rückerstattung;</p>	<p>Artikel 9 Schiedsgericht</p>	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>c. die Erteilung von Bussen nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie die Höhe der Busse;</p> <p>d. vorübergehende Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Beginn und Ende des Ausschlusses;</p> <p>e. definitive Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids;</p> <p>f. in Qualitätsverträgen vorgesehene Sanktionen, die bei Verletzung des Qualitätsvertrags ergriffen werden (Artikel 58a Absatz 2 Bst f7 i.V.m Artikel 59 Absatz 1 KVG) mit Grund und Datum des Entscheids sowie der Sanktion.</p>	<p>e. definitive Ausschlüsse nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d KVG mit Grund und Datum des Entscheids <i>und Beginndatum des geltenden Ausschlusses</i>;</p> <p>f. in Qualitätsverträgen vorgesehene Sanktionen, die bei Verletzung des Qualitätsvertrags ergriffen werden (Artikel 58a Absatz 2 Bst f7 i.V.m Artikel 59 Absatz 1 KVG) mit Grund und Datum des Entscheids, <i>Gültigkeitsdaten</i> sowie der Sanktion.</p>	<p>e. Das Datum des Entscheides ist weniger von Relevanz. Wichtig ist per wann dieser Gültigkeit hat.</p> <p>f. Das Datum des Entscheides ist weniger von Relevanz. Wichtig ist per wann dieser Gültigkeit hat.</p>
<p>Artikel 10 Bundesamt für Statistik</p> <p>Das Bundesamt für Statistik (BFS) trägt die Unternehmensidentifikations-Nummer (UID) in das Leistungserbringerregister ein.</p>		
<p>Artikel 11 Stiftung Refdata</p> <p>Die Stiftung Refdata trägt zu den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben f–g, m und n KVG und den Artikeln 44a, 45a, 51–55 und 56 KVV die Personen-Identifikationsnummer (GLN) in das Leistungserbringerregister ein.</p>	<p>Artikel 11 Stiftung Refdata</p>	<p>Unter «Personen-Identifikationsnummer» versteht man die GLN natürlicher Personen, welche diese für die Leistungsabwicklung im Bereich des Gesundheitswesens eindeutig identifizieren. Bei den juristischen Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) ist aufgrund dieser Formulierung nicht klar, welche GLN im LeReg geführt werden soll. Handelt es sich um die GLN des Rechtsträgers oder die GLN des Standortes, an welchem die Leistung erbracht wird? Es sollte definiert</p>

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
		werden, welche GLN im Falle von juristischen Personen (bzw. Kollektiv- oder Kommanditgesellschaften) geführt werden soll.
3. Abschnitt: Qualität, Bekanntgabe, Nutzung und Änderung der Daten	-	
Artikel 12 Datenqualität ¹ Die Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8-11 stellen sicher, dass die Daten im eigenen Zuständigkeitsbereich vorschriftsgemäss bearbeitet werden. ² Sie stellen insbesondere sicher, dass nur richtige und vollständige Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen oder der registerführenden Stelle geliefert oder gemeldet werden.	- ² Sie stellen insbesondere sicher, dass nur richtige, <i>aktuelle</i> und vollständige Daten ins Leistungserbringerregister eingetragen oder der registerführenden Stelle geliefert oder gemeldet werden.	 ² Die Aktualität sämtlicher Daten muss durch die Datenlieferanten sichergestellt werden.
Artikel 13 Bekanntgabe der öffentlich zugänglichen Daten ¹ Die öffentlich zugänglichen Daten sind über das Internet oder auf Anfrage hin zugänglich. ² Die Daten, die nur auf Anfrage hin öffentlich zugänglich sind, sind im Anhang als solche gekennzeichnet.		 ² Es fehlt eine Definition, wer für welchen Verwendungszweck die auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten beziehen darf. Bestehen keine Einschränkung in dieser Verordnung, gehen wir davon aus, dass die im Anhang mit O gekennzeichneten Daten uneingeschränkt auf Anfrage herausgegeben werden dürfen.
Artikel 14 Zugang über eine Standardschnittstelle ¹ Den folgenden Nutzerinnen und Nutzern wird ein Zugang zu den öffentlich zugänglichen Daten über eine Standardschnittstelle gewährt:	Artikel 14 Zugang über eine Standardschnittstelle	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>a. den Datenlieferantinnen und -lieferanten nach den Artikeln 8–11;</p> <p>b. den öffentlichen und privaten Stellen, die mit der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben betraut sind.</p> <p>² Datenlieferantinnen und -lieferanten nach Absatz 1 Buchstabe a haben über die Standardschnittstelle nur Zugang zu Daten, die zugelassene Leistungserbringer in ihrem Aufgabengebiet betreffen und die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des KVG erforderlich sind.</p> <p>³ Öffentliche und private Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b erhalten über die Standardschnittstelle nur Zugang zu Daten, die zugelassene Leistungserbringer in ihrem Aufgabengebiet betreffen und die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Das BAG entscheidet auf schriftlichen Antrag hin über den Zugang. Die registerführende Stelle veröffentlicht im Internet eine Liste der Stellen denen der Zugang gewährt wurde.</p>	<p><i>^{1bis} Versicherer, die die soziale Krankenversicherung durchführen, sowie von ihnen beauftragte Dritte erhalten alle für die Prüfung der Leistungen erforderlichen Daten mittels Schnittstelle zur Verfügung gestellt.</i></p>	<p>^{1bis} Die im Anhang als öffentliche Daten gekennzeichnete Daten erfüllen den Zweck der Leistungsprüfung seitens Versicherer nicht vollständig. Es muss ein erweitertes Set an Daten den Versicherern mittels Schnittstelle für die automatisierte Leistungsprüfung zur Verfügung gestellt werden. Dieses Datenset ist im Anhang mit einer zusätzlichen Spalte und dem Buchstaben E ausgeführt.</p>
<p>Artikel 15 Verwendung der Daten zu statistischen Zwecken und zu Forschungszwecken</p>	<p>-</p>	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>¹ Die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister werden folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dem BFS: jährlich und kostenlos für statistische Zwecke; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist. <p>² Das BAG stellt den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten auf schriftlichen Antrag hin zur Verfügung.</p>		
<p>Artikel 16 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die zuständigen Behörden</p> <p>¹ Den Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 müssen die für die Erteilung der Zulassung zuständigen Behörden elektronisch innerhalb des Leistungserbringerregisters stellen.</p> <p>² Die registerführende Stelle gibt den zuständigen Behörden die besonders schützenswerten Personendaten nach Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>	-	
<p>Artikel 17 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an das kantonale Schiedsgericht</p> <p>¹ Den Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerte Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 muss das kantonale Schiedsgericht</p>	-	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>elektronisch innerhalb des Leistungserbringerregisters stellen.</p> <p>² Die registerführende Stelle gibt dem kantonalen Schiedsgericht die besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>		
<p>Artikel 18 Bekanntgabe besonders schützenswerter Personendaten an die betroffenen Leistungserbringer</p> <p>¹ Jeder im Register eingetragene Leistungserbringer kann bei der registerführenden Stelle schriftlich Auskunft über Einträge von besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 zu seiner Person beantragen.</p> <p>² Die registerführende Stelle gibt dem betroffenen Leistungserbringer die beantragten besonders schützenswerten Personendaten nach den Artikeln 8 Absatz 3 und 9 über eine sichere Verbindung bekannt.</p>	-	
<p>Artikel 19 Änderung von Daten</p> <p>¹ Die Datenlieferantinnen und -lieferanten sind verantwortlich für die Änderung der Daten, die sie nach den Artikeln 4–11 geliefert, in das Leistungserbringerregister eingetragen oder gemeldet haben.</p> <p>² Änderungsanträge von Dritten müssen von den Datenlieferantinnen und -lieferanten auf ihre Richtigkeit überprüft werden.</p> <p>³ Sämtliche Änderungen werden protokolliert.</p>	-	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
Artikel 20 Berichtigungsantrag durch betroffene Leistungserbringer Jeder im Register eingetragene Leistungserbringer kann Antrag auf Berichtigung der ihn betreffenden Daten stellen.	-	
4. Abschnitt: Kosten und Gebühren	-	
Artikel 21 Kostenaufteilung und technische Anforderungen ¹ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die technischen Schnittstellen, die für den Eintrag der Daten zur Verfügung steht, gehen zulasten der nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a berechtigten Datenlieferantinnen und –lieferanten ² Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die Standardschnittstelle nach Artikel 14 gehen zulasten der berechtigten Datenlieferantinnen und -lieferanten sowie der Nutzerinnen und Nutzer.	¹ Die Kosten für die Anpassungen und die Anbindung der eigenen Informatiklösung an die technischen Schnittstellen, die für den Eintrag der Daten zur Verfügung steht, gehen zulasten der nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a berechtigten Datenlieferantinnen und –lieferanten.	¹ Orthographische Korrektur. Punkt am Schluss.
Artikel 22 Gebühren ¹ Die registerführende Stelle erhebt bei jedem zu registrierenden Leistungserbringer eine Gebühr von 230 Franken. ² Sie stellt den Stellen nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b nach Aufwand folgende Gebühren in Rechnung:		

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>a. eine einmalige Gebühr von maximal 2000 Franken für den Beratungsaufwand, für die Programmierung der Standardschnittstelle sowie für die Schulung der Nutzerinnen und Nutzer;</p> <p>b. eine jährliche Gebühr von maximal 5000 Franken für den Support, für die erweiterte Serverkapazität sowie für die Sicherung der Datenqualität.</p> <p>³ Von der Gebührenpflicht befreit sind Nutzerinnen und Nutzer der Standardschnittstelle nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a.</p> <p>⁴ Für die Bearbeitung des Antrags und die Erstellung von Verfügungen nach den Artikeln 14 Absatz 3 und 15 Absatz 2 sowie für die Erstellung des Zertifikats für Nutzerinnen und Nutzer der Standardschnittstelle nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b erhebt das BAG eine Gebühr nach Aufwand.</p> <p>⁵ Wo sich die Gebühr nach Aufwand bemisst, beträgt der Stundenansatz je nach Funktionsstufe der ausführenden Person 90–200 Franken.</p> <p>⁶ Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004.</p>		
5. Abschnitt: Datensicherheit	-	
<p>Artikel 23</p> <p>Alle am Leistungserbringerregister beteiligten Stellen treffen die organisatorischen und technischen Massnahmen, die nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen erforderlich sind, damit ihre</p>	-	

Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
Daten vor Verlusten gegen jegliche unbefugte Bearbeitung, Kenntnisnahme oder Entwendung geschützt sind.		
6. Abschnitt: Schlussbestimmungen	-	
<p>Artikel 24 Änderung anderer Erlasse</p> <p>Die Verordnung vom 26. Januar 2011 über die Unternehmens-Identifikationsnummer (UIDV) wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Artikel 3 Absatz 1 Bst. b</i></p> <p>¹ Für die Meldung von UID-Einheiten und deren UID-Daten an das BFS sind die Register der UID-Stellen nach den Artikeln 5 Absatz 1 und 9 Absatz 1 UIDG in folgender Reihenfolge massgebend:</p> <p>b. Branchenregister: kantonale Landwirtschaftsregister, Datensammlungen von kantonalen Veterinärämtern, Datensammlungen von Katonschemikern oder kantonalen Labors, Register des Bundesamtes für Landwirtschaft, Medizinalberuferegister (MedReg), Gesundheitsberuferegister (GesReg), Nationales Register der Gesundheitsberufe (NAREG), Leistungserbringerregister (LeReg), kantonale Anwaltsregister, kantonale Notariatsregister;</p>	-	
<p>Artikel 25 Übergangsbestimmungen</p> <p>¹ Die Öffentlichkeit erhält spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung Zugang zum Leistungserbringerregister.</p> <p>² Das BAG regelt mit der SASIS AG vertraglich die Lieferung von Daten zu den nach Ziffer II Absatz 2</p>	<p>² Das BAG regelt mit der SASIS AG vertraglich die <i>einmalige</i> Lieferung von Daten <i>über deren Gesamtwert</i> zu den nach Ziffer II Absatz 2 der Änderung</p>	<p>² Es ist unklar definiert, ob die Lieferung von Daten periodisch oder einmalig vereinbart werden soll.</p>


Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Verordnung	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
der Änderung vom 19. Juni 2020 ¹ des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern.	vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern.	
Artikel 26 Inkrafttreten Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.	-	

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SASIS AG



Domenico S. Fontana
CEO



Mischa Jordi
Leiter Abteilung Register
Mitglied der Geschäftsleitung

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Datenlieferung, -bearbeitung und -nutzung: Rechte und Pflichten

Anhang

(Art.4 Abs. 4, 5 Abs. 2, 6 Abs. 2 und 13 Abs. 2)

1. Inhalt und Zugriff

A	Eintragen, Ändern, Löschen, Lesen
A+	Initiale Erfassung bei Antragsstellung für eine Zulassung zu Lasten OKP
B	Änderungsantrag, Lesen
C	Lesen
S	Melden via eine sichere Verbindung von besonders schützenswerten Personendaten nach Art. 8 Abs. 3 und Art. 9, elektronischer Änderungsantrag, elektronischer Antrag auf Auskunft über besonders schützenswerte Personendaten, die durch einen anderen Kanton oder Schiedsgericht verfügt wurden.
I	Öffentlich zugänglich im Abrufverfahren (diese Informationen sind von Relevanz für die automatisierte Leistungsprüfung durch die Versicherer und müssen für die Versicherer Bestandteil der Schnittstelle sein)
O	Öffentlich zugänglich auf Anfrage (diese Informationen sind von Relevanz für die automatisierte Leistungsprüfung durch die Versicherer und müssen für die Versicherer Bestandteil der Schnittstelle sein)
E	Den Versicherern mittels Schnittstelle zugängliche Daten zum Zwecke der Leistungsprüfung
Leer	Kein Zugriff
X	Obligatorischer Inhalt
Y	Fakultativer Inhalt

2. Datenlieferantinnen und -lieferanten

BAG	Bundesamt für Gesundheit
Dritter	Registerführende Stelle
Kantone	Die für die Erteilung der Zulassung und für die Aufsicht zuständigen Behörden
Schiedsgerichte	Die für die Ergreifung der Sanktionen nach Artikel 59 Absatz 1 KVG zuständigen Schiedsgerichte nach Artikel 89 KVG
BFS	Bundesamt für Statistik
Refdata	Stiftung Refdata
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle
MedReg	Medizinalberuferegister nach Art. 51 MedBG; automatische Datenlieferung von öffentlich zugänglichen Daten über eine Schnittstelle gestützt auf Art. 51 MedBG
PsyReg	Psychologieberuferegister nach Art. 38 PsyG; Datenlieferung von öffentlich zugänglichen Daten über eine Standardschnittstelle nach Art. 11 Registerverordnung PsyG
GesReg	Gesundheitsberuferegister nach Art. 23 GesBG; Datenlieferung von öffentlich zugänglichen Daten über eine Standardschnittstelle nach Art. 12 Registerverordnung GesBG

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Datenfelder Leistungserbringerregister		Inhalt und Zugriff				Verantwortlicher Datenlieferant										Bemerkung
		Inhalt	Öffentlich zugänglich via Abrufverfahren (Internet)	Öffentlich zugängliche Daten (auf Anfrage)	Den Krankenversicherungsmittels Schnittstelle zugängliche Daten	BAG	Dritter	Kantone	Schiedsgerichte	BFS	Refdata	ZAS	MedReg ¹²	PsyReg ¹³	GesReg ¹⁴	
1.	Stammdaten der zugelassenen Leistungserbringer nach den Art. 35 Abs. 2 Buchstabe a-d KVG und den Art. 42 und 47-50b KVV <ul style="list-style-type: none"> Stammdaten der zugelassenen Leistungserbringer nach den Art. 35 Abs. 2 lit. a-d KVG und den Art. 42 und 47-50b KVV, sowie nach denselben Artikeln zugelassenen angestellten Personen Stammdaten der zugelassenen Leistungserbringer nach den Art. f, g, und m KVG, wenn es sich bei diesen um natürliche Personen handelt 															Siehe Ausführungen bezüglich angestellter Personen unter Art. 36 KVG. Leistungserbringer nach Artikel f, g, und m KVG können sowohl natürliche wie auch juristische Personen sein. Die Datenhaltung muss je nachdem differieren.
1.1	Vorname, Name	X	I		E	C	B	A+	B	B	B	A	B	B	B	Abgleich der UPI-Attribute anhand des UPI-Registers
1.2	Geburtsdatum	X		O	E	C	B	A+	B	B	B	A	B	B	B	Abgleich der UPI-Attribute anhand des UPI-Registers
1.3	Jahrgang	X	I			C	B	A+	B	B	B	A	B	B	B	Abgleich der UPI-Attribute anhand des UPI-Registers
1.4	Geschlecht	X	I		E	C	B	A+	B	B	B	A	B	B	B	Abgleich der UPI-Attribute anhand des UPI-Registers
1.5	Korrespondenzsprache	X		O	E	C	B	A	B	B	B		B	B	B	Das Recht auf Mutation sollte einer Stelle vorbehalten sein um widersprüchliche Mutationen zu verhindern. Die Verantwortung für die Datenqualität sollte klar bei einer Stelle definiert sein, um bestmögliche Resultate zu erreichen.
1.6	Sprachkenntnisse ¹⁵	X	I		E	C	B	A		B						
1.7	Nationalitäten	X	I		E	C	B	A+	B	B	B	A	B	B	B	Abgleich der UPI-Attribute anhand des UPI-Registers
1.8	Versichertennummer der AHV	X				C	B	A								
1.9	Personen-Identifikationsnummer (GLN) für natürliche Person	X	I		E	C	B	B		C	A		A	A	A	
1.10	Unternehmensidentifikationsnummer (UID)	X	I		E	C	B	A+		A	B					Initiale Erfassung bei der Antragsstellung, Unterstützt eine anschließende Validierung durch das UID-Register

¹² Das MedReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-c und n KVG und den Art. 42 und 44a KVV.

¹³ Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b, 52d und 50c KVV.

¹⁴ Das GesReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 KVG und 45a, 47-49, 50a und 51-52b KVV. Art. 45, 45a, 47-49, 50a und 51-52b KVV.

¹⁵ Dieses Datenfeld betrifft nur zugelassene Ärztinnen und Ärzte nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a KVG.

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

	Datenfelder Leistungserbringerregister	Inhalt und Zugriff				Verantwortlicher Datenlieferant										Bemerkung
		Inhalt	Öffentlich zugänglich via Abruf-verfahren (Internet)	Öffentlich zugängliche Daten (auf Anfrage)	Den Krankenversicherern mittels Schnittstelle zugängliche Daten	BAG	Dritter	Kantone	Schiedsgerichte	BFS	Refdata	ZAS	MedReg ¹⁶	PsyReg ¹⁷	GesReg ¹⁸	
1.11	Praxis- oder Betriebsname	X	I		E	C	B	A	C	B	C					
1.12	Praxis- oder Betriebsadressen (Strasse, PLZ, Ort)	X	I		E	C	B	A	C	B	C		B	B	B	Das Recht auf Mutation sollte einer Stelle vorbehalten sein um widersprüchliche Mutationen zu verhindern. Die Verantwortung für die Datenqualität sollte klar bei einer Stelle definiert sein um bestmögliche Resultate zu erreichen.
1.13	Praxis- oder Betriebstelefonnummern	Y	I		E	C	B	A		B	C		B	B	B	Siehe Bemerkung Punkt 1.12
1.14	E-Mail-Adressen	Y		O	E	C	B	A		B	C		B	B	B	Siehe Bemerkung Punkt 1.12
1.15	Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers Angabe pro Praxis- oder Betriebsadresse, ob selbstständig erwerbend tätig (Einzelfirma) oder angestellt. Mögliche Wertevarianten «angestellt» oder «selbstständig erwerbend» mit zugehörigen Von-Bis-Daten	X		O	E	C	B	A+	C	A	C					Bei den natürlichen Personen muss die Rechtsform immer Einzelfirma sein, wenn eine selbstständig erwerbende Tätigkeit besteht. Eine angestellte Person hat hingegen keine Rechtsform auszuweisen. Aus diesem Grund sehen wir es als zielführender, die vorgeschlagenen Werte zu führen, mit anschliessender Validierung im UID-Register, ob im Fall der als selbstständig erwerbend gemeldeten Personen, die UID einer Einzelfirma entspricht.
1.16	Angabe zur Art des Leistungserbringers nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a–d KVG und den Artikeln 42 und 47-50b KVV, sowie nach Artikel f, g, und m KVG, wenn es sich um natürlichen Personen handelt	X	I		E	C	B	A	C	C	C					
1.17	Todesdatum	X			E	C	B	B		B	B	A				Die registerführende Stelle übernimmt mittels Schnittstelle die Todesdaten aus dem UPI-Register
2.	Stammdaten der zugelassenen Leistungserbringer nach den Art. 35 Abs. 2 Bst. f, g und m n KVG und den Art. 44a, 45a, 51-55 und 56 KVV Stammdaten der zugelassenen Leistungserbringer nach den Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG und Art. 44a, 45a, 51–52d KVV, sowie Art. f, g, und m KVG, wenn es sich bei diesen um juristische Personen handelt															Leistungserbringer nach Artikel 35 f, g, und m KVG können sowohl natürliche wie auch juristische Personen sein. Die Datenhaltung muss sich deshalb differenzieren.
2.1	Name des Leistungserbringers, sofern vorhanden Firmenname gemäss Handelsregister Firmenname gemäss Handelsregister	X	I		E	C	B	A+	B	A	B					Begründung siehe Bemerkung unter Art. 8 Abs. 1 lit c Ziffer 1 der Registerverordnung
2.2	Praxis- oder Betriebsadressen (Strasse, PLZ, Ort)	X	I		E	C	B	A	C	B	C					
2.3	Praxis- oder Betriebstelefonnummern	Y	I		E	C	B	A		B	C					
2.4	E-Mail-Adressen	Y		O	E	C	B	A		B	C					

¹⁶ Das MedReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-c und n KVG und 42 und 44a KVV.

¹⁷ Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b, 52d und 50c KVV.

¹⁸ Das GesReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach ~~Art. 35 Abs. 2 KVG und 45a, 47–49, 50a und 51–52b KVV~~. Art. 45, 45a, 47–49, 50a und 51-52b KVV.

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

	Datenfelder Leistungserbringerregister	Inhalt und Zugriff				Verantwortlicher Datenlieferant										Bemerkungen
		Inhalt	Öffentlich zugänglich via Abrufverfahren (Internet)	Öffentlich zugängliche Daten (auf Anfrage)	Den Krankenversicherern mittels Schnittstelle zugängliche Daten	BAG	Dritter	Kantone	Schiedsgerichte	BFS	Reifdata	ZAS	MedReg ¹⁹	PsyReg ²⁰	GesReg ²¹	
2.5	Korrespondenzsprache	X		O	E	C	B	A	B	B	B					
2.6	GLN für juristische Person	X	I		E	C	B	B		C	A					Siehe Bemerkung unter Art. 11 der Registerverordnung
2.7	UID für juristische Person (keine Einzelunternehmen)	X	I		E	C	B	A+		A	B					Initiale Erfassung bei der Antragsstellung, Unterstützt eine anschliessende Validierung durch das UID-Register
2.8	Angabe zur Rechtsform des Leistungserbringers (darf kein Einzelunternehmen sein)	X		O	E	C	B	A+	C	A	C					Initiale Erfassung durch Kantone bei der Antragsprüfung für den Entscheid, ob Daten einer juristischen oder natürlichen Person erfasst werden müssen. Anschliessend sollte die Rechtsform ausschliesslich durch das UID-Register mutiert werden.
2.9	Angabe zur Art des Leistungserbringers nach Art. 35 Abs. 2 Bst. f-g und m-n KVG und Art. 44a, 45a, 51-55 und 56 KVV	X	I		E	C	B	A	C	C	C					
2.10	Eröffnungsdatum	X		I	E	C	B	B		A	B					Ist hier das Beginndatum der juristischen Person gemeint? Wenn ja, sollte dieser Wert ebenfalls von der registerführenden Stelle dem UID-Register mittels Schnittstelle entnommen werden.
2.11	Auflösungsdatum	X		I	E	C	B	B		A	B					Die Auflösung einer juristischen Person wird im UID-Register geführt. Die registerführende Stelle übernimmt die Information der Auflösung mittels Schnittstelle vom UID-Register.
3.	Daten zur Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung															
3.1	Zulassungskanton	X	I		E	C	B	A	C	C	C					
3.2	Status der Zulassung (erteilt, keine Zulassung), mit Datum des Entscheides Beginndatum der kantonalen Zulassung	X	I		E	C	B	A	C	C	C					Von Relevanz ist weniger das Erteilungsdatum, sondern viel mehr die Gültigkeitsdaten. Die Zulassung sollte mit einem Von- und einem Bis-Datum ausgewiesen werden.

¹⁹ Das MedReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-c und n KVG und den Art. 42 und 44a KVV.

²⁰ Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b, 52d und 50c KVV.

²¹ Das GesReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach ~~Art. 35 Abs. 2 KVG und 45a, 47–49, 50a und 51–52b KVV~~. Art. 45, 45a, 47–49, 50a und 51-52b KVV.

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Datenfelder Leistungserbringerregister		Inhalt und Zugriff				Verantwortlicher Datenlieferant										Bemerkungen
		Inhalt	Öffentlich zugänglich via Abrufverfahren (Internet)	Öffentlich zugängliche Daten (auf Anfrage)	Den Krankenversicherern mittels Schnittstelle zugängliche Daten	BAG	Dritter	Kantone	Schiedsgerichte	BFS	Refdata	ZAS	MedReg ²²	PsyReg ²³	GesReg ²⁴	
3.3	Angabe, ob der Leistungserbringer seine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aktiv ausübt oder nicht, mit Datum der Aktivitätsänderung	X	I		E	C	B	A	C	C	C					
3.4	Standort-Kanton der Praxis oder des Betriebs	X		O	E	C	B	A	C	C	C					
3.5	Datum der Befristung einer Zulassung <u>Enddatum der kantonalen Zulassung</u>	Y	I		E	C	B	A	C							
3.6	Angabe zu dem/n Fachgebiet/en, in dem/denen die Zulassung erteilt wurde (Eidgenössischen Weiterbildungstitel, anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel nach Abs. 21 Abs. 1 MedBG oder Gleichwertigkeitsbescheinigung für Weiterbildungstitel nach Art. 36 Abs. 3 MedBG) ²⁵	X	I		E	C	B	A	C	C	C					
3.7	Angabe, ob die Zulassung für den ganzen Kanton gilt (Wertevarianten: ja/nein)	X	I		E	C	B	A	C	C	C					Siehe Bemerkung unter Art. 8 Abs. 1 lit. d Ziff. 5 der Registerverordnung
3.8	Angabe, für welche Gemeinden die Zulassung gilt mit folgenden Werten: - Gemeindebezeichnung - BFS-Gemeindenummer (https://www.agvchapp.bfs.admin.ch/de/communes/query) - Zugehörige Von-Bis-Daten	Y	I		E	C	B	A	C	C	C					Siehe Bemerkung unter Art. 8 Abs. 1 lit. d Ziff. 5 der Registerverordnung
4.	Besonders schützenswerte Personendaten															
4.1	Vorhandensein besonders schützenswerter Personendaten nach Art. 8 Abs. 3 (ja/nein)	X			E	C	A	B	C							
4.2	Vorhandensein besonders schützenswerter Personendaten nach Art. 9 (ja/nein)	X			E	C	A	C	B							

²² Das MedReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a–c und n KVG und den Art. 42 und 44a KVV.

²³ Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b, 52d und 50c KVV..

²⁴ Das GesReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach ~~Art. 35 Abs. 2 KVG und 45a, 47–49, 50a und 51–52b KVV.~~ Art. 45, 45a, 47–49, 50a und 51-52b KVV.

²⁵ Dieses Datenfeld betrifft nur zugelassene Ärztinnen und Ärzte nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a KVG.

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Datenfelder Leistungserbringerregister		Inhalt und Zugriff				Verantwortlicher Datenlieferant										Bemerkung
		Inhalt	Öffentlich zugänglich via Ab- rufverfahren (Inteme	Öffentlich zugängliche Daten (auf Anfrage)	Den Krankenversiche- ren mittels Schnittstelle zugängliche Date	BAG	Dritter	Kantone	Schiedsgerichte	BFS	Refdata	ZAS	MedReg ²⁶	PsyReg ²⁷	GesReg ²⁸	
4.3	Vermerk «gelöscht» nach Art. 40f Abs. 2 KVG betr. befristeter Entzug der Zulassung nach Art. 38 Abs. 2 Bst. c KVG sowie das Datum des Vermerks	X			E	C	A	B	C							
4.4	Vermerk «gelöscht» nach Art. 40f Abs. 2 KVG betr. vorübergehender Ausschluss nach Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVG sowie das Datum des Vermerks	X			E	C	A	C	B							
4.5	Verwarnung nach Art. 38 Abs. 2 Bst. a KVG mit Grund und Datum des Entscheids	X				C	A	S	S							
4.6	Busse nach Art. 38 Abs. 2 Bst. b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Höhe der Busse	X				C	A	S	S							
4.7	Befristeter Entzug nach Art. 38 Abs. 2. Bst. c KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Angabe zum entzogenen Tätigkeitsspektrum sowie von Beginn und Ende des Entzugs	X			E	C	A	S	S							
4.8	Definitiver Entzug der Zulassung nach Art. 38 Abs. 2 Bst. d KVG mit Grund und Datum des Entscheids, <u>Beginn und Ende des geltenden Entzuges</u> sowie Tätigkeitsspektrum (ganzes/Teil entzogen)	X			E	C	A	S	S							Das Datum des Entscheides ist weniger von Relevanz. Wichtig ist von wann bis wann dieser Gültigkeit hat.
4.9	Verwarnung nach Art. 59 Abs. 1 Bst. a KVG mit Grund und Datum des Entscheids	X				C	A	S	S							

²⁶ Das MedReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a–c und n KVG und den Art. 42 und 44a KVV.

²⁷ Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b, 52d und 50c KVV..

²⁸ Das GesReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach ~~Art. 35 Abs. 2 KVG und 45a, 47–49, 50a und 51–52b KVV.~~ Art. 45, 45a, 47–49, 50a und 51-52b KVV.

ANHANG zur Registerverordnung Variante 1 (Registerführung durch einen Dritten) – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Datenfelder Leistungserbringerregister		Inhalt und Zugriff				Verantwortlicher Datenlieferant										
		Inhalt	Öffentlich zugänglich via Ab- rufverfahren (Internet)	Öffentlich zugängliche Daten (auf Anfrage)	Den Krankenversiche- rern mittels Schnittstelle zugängliche Date	BAG	Dritter	Kantone	Schiedsgerichte	BFS	Refdata	ZAS	MedReg ²⁹	PsyReg ³⁰	GesReg ³¹	
4.10	Rückerstattung der Honorare für nicht angemessene Leistungen nach Art. 59 Abs. 1 Bst. b KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Angabe zur gänzlichen oder teilweise Rückerstattung	X			E	C	A	S	S							
4.11	Busse nach Art. 59 Abs. 1 Bst. c KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie Höhe der Busse	X				C	A	S	S							
4.12	Vorübergehender Ausschluss nach Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVG mit Grund und Datum des Entscheids sowie von Beginn und Ende des Ausschlusses	X			E	C	A	S	S							
4.13	Definitiver Ausschluss nach Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVG mit Grund, Datum des Entscheids und Beginn und Ende des geltenden Ausschlusses	X			E	C	A	S	S							Das Datum des Entscheides ist weniger von Relevanz. Wichtig ist von wann bis wann dieser Gültigkeit hat.
4.14	In Qualitätsverträgen vorgesehene Sanktionen, die bei Verletzung des Qualitätsvertrags ergriffen werden (Art. 58a Abs. 2 Bst f i.V.m. Art. 59 Abs. 1 KVG) mit Grund, Datum des Entscheids, Beginn und Ende sowie der Sanktion	X			E	C	A	S	S							Das Datum des Entscheides ist weniger von Relevanz. Wichtig ist von wann bis wann dieser Gültigkeit hat.

²⁹ Das MedReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a–c und n KVG und den Art. 42 und 44a KVV.

³⁰ Das PsyReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach den Art. 50b, 52d und 50c KVV..

³¹ Das GesReg liefert nur Daten zu zugelassenen Leistungserbringern nach ~~Art. 35 Abs. 2 KVG und 45a, 47–49, 50a und 51–52b KVV.~~ Art. 45, 45a, 47–49, 50a und 51-52b KVV.

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

SASIS AG
Römerstrasse 20
CH-4502 Solothurn
www.sasis.ch
info@sasis.ch



Für Rückfragen:
Mischa Jordi
Direktwahl: +41 41 227 4045
mischa.jordi@sasis.ch

Solothurn, 19.02.2021

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir Stellung zu den vorgesehenen Anpassungen betreffend die Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern.

Neben unseren Synposen zu den Anpassungen der Verordnung KVV und der neuen Registerverordnung erlauben wir uns Anpassungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) anzuregen, welche im direkten Zusammenhang zu den genannten Verordnungen stehen.

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Die Spalte «Vorschlag SASIS AG» weist sämtliche Anpassungen in blauer Schrift aus. In der Spalte Bemerkungen finden Sie die entsprechenden Erläuterungen.

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	-	
I	-	
<p><i>Ersatz eines Ausdrucks</i> <i>Betrifft nur den französischen Text.</i> Art. 35 Sachüberschrift, Abs. 1 und 2 Einleitungssatz Arten von Leistungserbringern</p> <p>¹ Aufgehoben ² <i>Betrifft nur den französischen Text.</i></p>		Siehe Art. 36 KVG
<p>Art. 36 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Grundsatz</p> <p>Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n dürfen nur zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird.</p>	-	<p>Der Begriff «Leistungserbringer» interpretiert die SASIS AG als Rechtspersönlichkeit, welche die Verantwortung für die erbrachten Leistungen trägt und als Rechnungssteller dieser Leistungen auftritt. Es handelt sich immer um den Arbeitgeber. Die SASIS AG orientiert sich bei dieser Interpretation am Bundesgerichtsurteil 9C_701/2008 und überträgt dessen Aussage auf sämtliche Leistungserbringerkategorien, welche durch das KVG definiert werden. Das Bundesgerichtsurteil besagt unter anderem folgendes:</p> <p>«Üben die einzelnen Ärzte ihre Tätigkeit als Arbeitnehmer der juristischen Person aus, so sind Leistungserbringer im Sinne des KVG nicht die Ärzte, sondern die juristische Person, welche eine Einrichtung im Sinne von Art. 35 Abs. 2 lit. n bzw. Art. 36a KVG ist. »</p> <p>Die SASIS AG versteht grundsätzlich Medizinalpersonen nicht als Leistungserbringer, wenn diese ihre Leistungen im Anstellungsverhältnis erbringen. Dies unabhängig davon, ob die Medizinalpersonen im Anstellungsverhältnis zu einer natürlichen oder juris-</p>

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
		<p>tischen Person (bzw. Kommandit- oder Kollektivgesellschaft) stehen. Unseres Erachtens bilden angestellte Personen eine Kategorie, welche im Gesetz (KVG), Verordnung (KVV) und Registerverordnung integriert sein müssen. Aktuell werden KVG und KVV folgender Situation nicht gerecht:</p> <p>Aufführung der Medizinalpersonen mit deren Zulassungskriterien, welche im Anstellungsverhältnis natürlicher Personen zu Lasten der OKP tätig sind (z.B. Physiotherapeut angestellte bei Physiotherapeut). Im Bereich der Personen, die auf ärztliche Anordnung tätig sind, wird dies besonders offensichtlich. Die Verordnung definiert ausschliesslich die natürlichen Personen, welche gemäss Verordnung ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben müssen, sowie das Pendant der Organisationen (Art. 52 – 52d), bei welchen es sich um juristische Personen (bzw. Kommandit- und Kollektivgesellschaft) handelt mit deren Angestellten. Angestellte von natürlichen Personen sind nicht integriert, die Zulassungskriterien nicht definiert.</p> <p>Nicht klar ist, ob die Kantone auch verantwortlich sind für die Zulassungsprüfung sämtlicher angestellter Personen, welche in einem Spital tätig sind und unter eine im KVG definierte Kategorie (Art. 35 Abs. 2 KVG) fallen.</p>
<p>Art. 36a Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Voraussetzungen</p> <p>¹ Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.</p> <p>² Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen.</p>	-	

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>Art. 37 Ärzte und Ärztinnen: besondere Voraussetzungen</p> <p>¹ Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a müssen mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nach. Die Nachweispflicht entfällt für Ärzte und Ärztinnen, welche über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006³ anerkanntes ausländisches Diplom. <p>² Die Einrichtungen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n werden nur zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen.</p> <p>³ Leistungserbringer nach den Absätzen 1 und 2 müssen sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015⁴ über das elektronische Patientendossier anschliessen.</p>	-	
<p>Art. 38 Ärzte und Ärztinnen sowie weitere Leistungserbringer: Aufsicht</p> <p>¹ Jeder Kanton bezeichnet eine Behörde, die die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n beaufsichtigt.</p> <p>² Die Aufsichtsbehörde trifft die Massnahmen, die für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen nach den Arti-</p>	-	

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>keln 36a und 37 nötig sind. Bei Nichteinhaltung der Zulassungsvoraussetzungen kann sie folgende Massnahmen anordnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Verwarnung; b. eine Busse bis zu 20 000 Franken; c. den Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums für längstens ein Jahr (befristeter Entzug); d. den definitiven Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das ganze oder einen Teil des Tätigkeitsspektrums. <p>³ Die Versicherer können der Aufsichtsbehörde in begründeten Fällen den Entzug der Zulassung beantragen. Die Aufsichtsbehörde trifft die erforderlichen Massnahmen.</p>		
<p><i>Gliederungstitel vor Art. 40a</i> 1a. Abschnitt: Register</p>	-	
<p>Art. 40a Register</p> <p>Das Departement führt ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer. Der Bundesrat kann die Führung des Registers an einen Dritten übertragen. Dieser kann für Leistungen im Rahmen der Registerführung Gebühren erheben; der Bundesrat regelt die Gebühren, namentlich deren Höhe, und beachtet dabei das Äquivalenz- und das Kostendeckungsprinzip.</p>	-	
<p>Art. 40b Zweck</p> <p>Das Register dient:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dem Austausch zwischen den Kantonen von Informationen über die zugelassenen Leistungserbringer; b. dem Austausch zwischen den Kantonen von Informationen über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59; 	<p>Art. 40b Zweck</p> <p>Das Register dient:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dem Austausch zwischen den Kantonen von Informationen über die zugelassenen Leistungserbringer; b. dem Austausch zwischen den Kantonen von Informationen über getroffene Massnahmen nach Artikel 38 und Sanktionen nach Artikel 59; 	

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<ul style="list-style-type: none"> c. der Information der Versicherer und der Versicherten; d. statistischen Zwecken; und e. der Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a. 	<ul style="list-style-type: none"> c. <i>den Versicherten zur Leistungsprüfung;</i> d. <i>der Information der Versicherten;</i> e. statistischen Zwecken; und f. der Festlegung der Höchstzahlen nach Artikel 55a. 	c. Diverse in LeReg geführten Informationen müssen für die automatisierte Leistungsprüfung der Versicherer zur Verfügung stehen.
<p>Art. 40c Inhalt</p> <p>¹ Das Register enthält die Daten, die zur Erreichung des Zwecks nach Artikel 40b erforderlich sind. Dazu gehören auch besonders schützenswerte Personendaten im Sinne von Artikel 3 Buchstabe c Ziffer 4 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992⁵ über den Datenschutz.</p> <p>² Der Bundesrat erlässt nähere Bestimmungen über die im Register enthaltenen Personendaten sowie über deren Bearbeitung.</p>		
<p>Art. 40d Meldepflicht</p> <p>Die für die Erteilung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuständigen kantonalen Behörden melden der oder dem mit der Registerführung betrauten Behörde oder Dritten ohne Verzug jeden Entscheid im Zusammenhang mit der Zulassung und jede Massnahme nach Artikel 38.</p>	-	
<p>Art. 40e Datenbekanntgabe</p> <p>¹ Die im Register enthaltenen Daten sind über das Internet öffentlich zugänglich.</p> <p>² Der Bundesrat kann vorsehen, dass bestimmte Daten nur auf Anfrage zugänglich sind.</p> <p>³ Die Daten zu Massnahmen nach Artikel 38 und zu Sanktionen nach Artikel 59 sowie die Gründe für die Massnahmen und Sanktionen sind nur den für die Erteilung der Zulassung zuständigen kantonalen Behörden und dem kantonalen Schiedsgericht nach Artikel 89 zugänglich.</p>	<p>Art. 40e Datenbekanntgabe</p> <p>¹ Die im Register enthaltenen Daten sind über das Internet öffentlich zugänglich.</p> <p>² Der Bundesrat kann vorsehen, dass bestimmte Daten nur auf Anfrage zugänglich sind.</p> <p>³ Die Daten zu Massnahmen nach Artikel 38 und zu Sanktionen nach Artikel 59 sowie die Gründe für die Massnahmen und Sanktionen sind nur den für die Erteilung der Zulassung zuständigen kantonalen Behörden und dem kantonalen Schiedsgericht nach Artikel 89 zugänglich, <i>mit Ausnahme der Daten nach Art. 38 Abs. 2 lit. c und d, sowie</i></p>	

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
	<i>nach Art. 59 Abs. 1 lit. b und d, welche dem Versicherer zur Prüfung der Leistungspflicht zur Verfügung gestellt werden.</i>	
<p>Art. 40f Löschung und Entfernung von Registereinträgen</p> <p>¹ Der Eintrag von Verwarnungen und Bussen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstaben a und b und von Sanktionen nach Artikel 59 Absatz 1 werden fünf Jahre nach ihrer Anordnung aus dem Register entfernt.</p> <p>² Bei einem befristeten Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstabe c sowie bei einem vorübergehenden Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe d wird zehn Jahre nach Ende des Entzugs oder Ausschlusses im Register der Vermerk «gelöscht» angebracht.</p> <p>³ Alle Einträge zu einer Person werden aus dem Register entfernt, sobald eine Behörde deren Ableben meldet. Die Daten können danach in anonymisierter Form für statistische Zwecke verwendet werden.</p>	<p>Art. 40f Löschung und Entfernung von Registereinträgen</p> <p>³ <i>Alle Einträge zu einer Person, bzw. Organisation sind nach deren Ableben, bzw. Ausscheiden nicht mehr öffentlich zugänglich, sobald eine Behörde deren Ableben, bzw. Ausscheiden meldet. Bedingt der Verwendungszweck den Zugriff auf historisierte Daten, stehen diese bei entsprechender Berechtigung zehn Jahre nach deren Ableben, bzw. Ausscheiden im Register zur Verfügung und werden anschliessend entfernt. Sämtliche Daten sind jederzeit in anonymisierter Form für statistische Zwecke öffentlich zugänglich.</i></p>	<p>³ Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgt retrospektiv. Die Versicherer sind in der Leistungsprüfung auf historisierte Daten angewiesen. Diese müssen bis zu 10 Jahre nach deren Ableben, bzw. Ausscheiden zur Verfügung stehen. Der Anhang der Registerverordnung ist um eine zusätzliche Spalte «Für Versicherer mittels Schnittstelle zugängliche Daten» zu ergänzen. Siehe Anhang.</p>
<p>Art. 53 Abs. 1</p> <p>¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.</p>	-	
<p>Art. 55a Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen</p> <p>¹ Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die</p>	<p>Art. 55a Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen</p> <p>¹ Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die</p>	<p>¹ Die Registerverordnung sieht keine Datenhaltung im Bereich der Einschränkung auf Regionen vor. Ausschliesslich die Zulassung der Fachgebiete wird</p>

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen. Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dass Ärzte und Ärztinnen nur zugelassen werden, solange die entsprechende Höchstzahl nicht erreicht ist; b. dass die Anzahl folgender Ärzte und Ärztinnen auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist: <ul style="list-style-type: none"> 1. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals ausüben, 2. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n ausüben. <p>² Der Bundesrat legt die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen fest. Dabei berücksichtigt er insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen.</p> <p>³ Vor der Festlegung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an. Er koordiniert sich bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.</p> <p>⁴ Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände geben den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos die Daten bekannt, die zusätzlich zu den nach Artikel 59a erhobenen Daten zur Festlegung der Höchstzahlen erforderlich sind.</p> <p>⁵ Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, so können folgende Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden und im ambu- 	<p>Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen. Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor:</p>	<p>ausgewiesen. Siehe Ergänzungen unter Artikel 8 Absatz 1 Buchstaben d Ziffer 5 der Registerverordnung.</p>

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>lanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht haben;</p> <p>b. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals oder in der gleichen Einrichtung weiter ausüben.</p> <p>⁶ Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet an, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.</p>		
<p>Art. 57 Abs. 1 zweiter Satz</p> <p>1 ... Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a und 37 Absatz 1 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitenderspitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.</p>	-	
<p>Art. 59 Abs. 3bis</p> <p>^{3bis} Das Schiedsgericht nach Artikel 89 meldet der oder dem mit der Führung des Registers nach Artikel 40a beauftragten Behörde oder Dritten jede nach Absatz 1 ergriffene Sanktion.</p>	-	
II		
<p><i>Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020</i></p> <p>¹ Die kantonalen Regelungen zur Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung 19. Juni 2020 anzupassen. Bis</p>	-	

Änderung KVG – Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern

Vorentwurf Teilrevision	Vorschlag SASIS AG	Bemerkungen
<p>die kantonale Regelung angepasst ist, längstens aber während zweier Jahre, gilt für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im jeweiligen Kanton das bisherige Recht.</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen</p>		
III		
<p>¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.</p> <p>² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.</p>	-	

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SASIS AG



Domenico S. Fontana
CEO



Mischa Jordi
Leiter Abteilung Register
Mitglied der Geschäftsleitung



Pro Chiropraktik Schweiz · Für die Rechte der Patienten
Pro Chiropratique Suisse · Pour les droits des patients
Pro Chiropratica Svizzera · Per i diritti dei pazienti

Abs: PCS · Buchserstrasse 61 · 5000 Aarau

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

5000 Aarau, 16. Februar 2021

**Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrte Damen und Herren

Herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Verlautbarung zu den oben erwähnten
Verordnungsänderungen.

Als eine der grössten schweizerischen Patientenorganisationen, erlauben wir uns im beiliegenden
Formular Stellung zu nehmen.

Wir sind ein basisdemokratisch organisierter Verein mit 8'500 Mitgliedern. Wir haben uns seit 1957
eingesetzt, dass die Chiropraktik ein in der Schweiz anerkannter Beruf wurde und dieser auch im
Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) als
anerkannte Disziplin verankert wurde und ist.

Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind hochqualifizierte Medizinalpersonen gemäss MedBG,
die sich in erster Linie um Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden am
Bewegungsapparat kümmern. Sie behandeln eine Patientengruppe, die ausgesprochen hohe
Kosten verursacht.

Mit ihrem Fachwissen in diesem Bereich können Chiropraktorinnen und Chiropraktoren einen
wichtigen Beitrag zur Qualitätssteigerung und zur Kostendämpfung im schweizerischen
Gesundheitswesen leisten.

Freundliche Grüsse

Patientenorganisation Pro Chiropraktik Schweiz

Rainer Lüscher, Präsident

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Patientenvereinigung Pro Chiropraktik Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : PCS

Adresse : Buchserstrasse 61, 5000 Aarau

Kontaktperson : Rainer Lüscher

Telefon : 062 825 10 88 oder 079 648 34 84

E-Mail : praesident@pro-chiropraktik.ch

Datum : 16. Februar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	4
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	5
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	5
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	5
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	6
Weitere Vorschläge _____	6

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PCS	<p>Die Patientenvereinigung Pro Chiropraktik dankt an dieser Stelle herzlich für die Möglichkeit, sich zu den vorliegenden Verordnungsrevisionen äussern zu können.</p> <p>Als Vertreter der Patientinnen und Patienten (Patientenverein mit 8500 Mitgliedern) von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sind wir angewiesen auf eine schweizweite flächendeckende Versorgung durch ausreichend Chiropraktorinnen und Chiropraktoren oder Organisationen der Chiropraktik schon für den Erstkontakt bei allen muskuloskelettalen Beschwerden am Bewegungsapparat und auch für die anschliessende Behandlung.</p>
PCS	<p>Da Chiropraktorinnen und Chiropraktoren anerkannte Medizianalpersonen sind in der Schweiz und dies in der Gesetzgebung auch entsprechend verankert ist, erscheint es uns wertvoll und wichtig, dass dieser aus unserer Sicht noch zu kleinen Gruppe dieser Spezialärzte eine besondere Beachtung geschenkt wird.</p>
PCS	<p>Wir unterstützen die vorliegenden Revisionen der Verordnungen über die Krankenversicherung und der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit der chiropraktischen Leistungen soll zukünftig noch besser beleuchtet und hervorgehoben werden. Ausreichend zugelassene Chiropraktorinnen und Chiropraktoren werden aus unserer Sicht einen positiven Einfluss haben auf die Dämpfung des Wachstums der Gesundheitskosten in unserem Land.</p>
PCS	<p>Durch die Übertragung geeigneter Kontrollaufgaben an die Kantone, kann aus unserer Sicht ein wichtiger Beitrag gewährleistet werden für das Erreichen einer ausreichenden regionalen Abdeckung der Versorgung durch Chiropraktorinnen und Chiropraktoren.</p>
PCS	<p>Die Stärkung der Qualitätsanforderungen begrüssen wir ebenfalls.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PCS	KVV Art. 44a		a-e	Wir unterstützen die neue Regelung.	
PCS	KVV Art. 58g		a-d	Die aufgeführten Kriterien zu den Qualitätsanforderungen erachten wir als sinnvoll.	
PCS	KLV Art. 4			Wir unterstützen die neue Regelung. Die Aufnahme der Organisationen der Chiropraktik als Leistungserbringer ist aus unserer Sicht zeitgemäss und richtig. Teilzeitarbeit und interdisziplinäre Gruppenpraxen in integrierten Versorgungsmodellen werden zukünftig vermehrt anzutreffen sein.	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PCS	<p>Pro Chiropraktik Schweiz erachtet die Führung eines Gesamtregisters der Leistungserbringer als sinnvoll.</p> <p>Die zweistufige Zulassung über die formelle Zulassung durch die Kantone sowie durch gesundheitspolizeiliche Erteilung der Berufsausübungsbewilligung sehen wir als eine sichere Lösung im Sinne des Patientenschutzes.</p> <p>Die Organisationen der Chiropraktik im Register erfassen zu können erscheint uns als wichtig.</p>
PCS	Für die Vergabe der Registerführung unterstützen wir die Registerverordnung Variante 1. Eine entsprechende Arbeitsaufteilung zwischen BAG und Privaten unter Aufsicht des BAG erscheint uns als effizient.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PCS				Keine	

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PCS	Keine

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PCS				Keine	

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
PCS		Keine	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Gehörlosenbund

Abkürzung der Firma / Organisation : SGB-FSS

Adresse : Räflestrasse 24, 8045 Zürich

Kontaktperson : Carole Oggier

Telefon : +41 44 315 50 40

E-Mail : rechtsdienst@sgb-fss.ch

Datum : 18.02.2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	6
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 12
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	13
 Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	 15
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	16
 Weitere Vorschläge _____	 18
 Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	 19

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGB-FSS	<p>Der SGB-FSS ist ein nationaler Dachverband, der sich dafür einsetzt, dass Zugangsbarrieren für Menschen mit einer Hör- und Hörsehbehinderung abgebaut, dass sie gleiche Rechte und Chancen erhalten und dass die drei Landes-Gebärdensprachen (Deutschschweizerische Gebärdensprache (DSGS), Französische Gebärdensprache (LSF) und Italienische Gebärdensprache (LIS)) in der Schweiz gesellschaftlich und rechtlich anerkannt werden. Damit verfolgt er die vollständige Gleichstellung und Nichtdiskriminierung von Menschen mit Hör- und Hörsehbehinderung und deren Inklusion. Er sorgt für ein professionelles Angebot von Leistungen für die Zielgruppe von Menschen mit einer Hör- und Hörsehbehinderung und der Kollektivmitglieder. Der SGB-FSS setzt sich als Experte und Interessenvertreter für die konsequente Verbreitung des bilingualen (und multilingualen) Spracherwerbs (Gebärdensprache und gesprochene / geschriebene Sprache) als Voraussetzung für die volle Inklusion aller gehörlosen, hör- und hörsehbehinderten Menschen in der Schweiz ein. Er tritt dafür ein, dass die schweizerischen Gebärdensprachen in allen Lebensbereichen gleichwertig wie die offiziellen Landessprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Rätoromanisch behandelt werden.</p>
	<p>In der Schweiz ist der Zugang zur medizinischen Grundversorgung für Menschen mit Behinderungen, insbesondere für gehörlose und schwerhörige Patient*innen immer noch eingeschränkt. Der erschwerte Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen zeigen auch die statistischen Daten, welche im Bericht Behindertenpolitik des Bundesrates vom 9. Mai 2018 festgehalten sind (Bericht Behindertenpolitik vom 9. Mai 2018, S. 21). Im genannten Bericht hält der Bundesrat entsprechen fest:</p> <p>„Gesundheitliche Chancengleichheit setzt einen diskriminierungsfreien Zugang zu den Gesundheitsleistungen und zur medizinischen Versorgung voraus. Für Menschen mit Behinderungen müssen dieselben Qualitätsstandards der Gesundheitsversorgung gewährleistet sein wie für die übrige Bevölkerung. Eine gute Gesundheitsversorgung durch bedarfsgerecht ausgebildetes Gesundheitspersonal, der barrierefreie Zugang zu Spitälern und anderen öffentlichen Orten sowie eine barrierefreie Kommunikation der Gesundheitsinformationen müssen sichergestellt sein. Menschen mit Behinderungen sind auf Gesundheitsleistungen angewiesen, die ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechen und erschwinglich sind.“ (Bericht Behindertenpolitik vom 9. Mai 2018, S. 31)</p> <p>Auch die Strategie "Gesundheit 2020" des Bundes wird als Handlungsfeld explizit die Verbesserung der Gesundheitschancen der verletzbarsten Bevölkerungsgruppen hervorgehoben. Dabei wird festgehalten, dass "alle Bevölkerungsgruppen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und auf eine optimale Lebenserwartung haben sollen." Insbesondere sollen "die Leistungen des Gesundheitssystems für kranke, behinderte und sozial schwächere Menschen bezahlbar und zugänglich bleiben" (Strategie Gesundheit 2020, S. 9).</p> <p>Menschen mit Hörbehinderungen sehen sich beim Zugang zu medizinischen Dienstleistungen weiterhin mit Zugangsbarrieren konfrontiert. I</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>Insbesondere Kommunikationsbarrieren verunmöglichen gehörlosen und schwerhörigen Patient*innen einen gleichberechtigten Zugang. Die weitverbreitete Annahme, dass gehörlose Personen alles von den Lippen ablesen können, missachtet, dass das Lippenlesen mit grosser Anstrengung verbunden ist und insbesondere in komplexen und stressigen Situationen ungeeignet ist. Zudem besteht die Gefahr, dass wichtige Informationen verloren gehen. Gerade im Kontext von medizinischen Dienstleistungen ist es unumgänglich, dass gehörlose Patient*innen einen direkten Zugang zu Informationen erhalten. Dies kann einzig durch die Gebärdensprache erreicht werden.</p> <p>Die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal erfolgt oft nicht direkt, sondern über Mediatoren wie beispielsweise professionelle Gebärdensprachdolmetschende oder Familienmitglieder. Insbesondere die Unterstützung durch Familienmitglieder ist nicht angemessen. Einerseits ist dies übermässig belastend für alle Parteien, andererseits kann die Neutralität bei der Informationsübermittlung nicht gewährleistet werden. Der Einfluss der Familienangehörigen kann die eigene Entscheidungsfindung erheblich beeinträchtigen. Zudem werden dadurch auch der Informationsfluss und die inhaltliche Richtigkeit der Informationen gefährdet.</p> <p>Der SGB-FSS ist überzeugt, dass für einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen die direkte Kommunikation mit gebärdensprachkompetentem Gesundheitspersonal anzustreben ist. Kann dies nicht gewährleistet werden, ist das Hinzuziehen von professionellen Gebärdensprachdolmetschenden unumgänglich.</p> <p>Immer noch erfährt der Rechtsdienst des SGB-FSS von Leistungserbringern, die sich weigern, Gebärdensprachdolmetscher für gehörlose Patient*innen beizuziehen und zu finanzieren.</p>
	<p>Die Umsetzung der KVG – Revision (Zulassung Leistungserbringer) muss den Verpflichtungen aus der UNO-BRK und dem Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) Rechnung tragen. Gemäss Art. 25 Buchstabe a der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK) muss die Schweiz Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschweringliche Gesundheitsversorgung von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung stellen wie Menschen ohne Behinderungen. Es muss garantiert werden, dass Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen dafür sorgen, dass ihre Dienste hindernisfrei zur Verfügung stehen. Es muss sichergestellt werden, dass Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und ihre Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen hindernisfrei und ohne Kommunikationsbarrieren insbesondere durch die Übersetzung in Gebärdensprache zugänglich sind.</p> <p>Bei staatlichen Grundleistungen (wie z.B. Gesundheitsleistungen) müssen die Leistungen in Gebärdensprache zur Verfügung gestellt werden. Dies ergibt sich aus der UNO-Behindertenrechtskonvention (Art. 5 i.V.m. Art. 2 sowie Art. 25 UNO-BRK) und dem Behindertengleichstellungsgesetz (Art. 2 Abs. 4 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 11 BehiG).</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Diese verfassungsrechtlichen und internationalen Verpflichtungen zur Zugänglichkeit der Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen wurden bei der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und den weiteren Verordnungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der KVG – Revision (Zulassung Leistungserbringer) leider nicht berücksichtigt.</p>
	<p>Leider wurde bei der Ausarbeitung der entsprechenden Bestimmung in der KVV verpasst, auf ein barrierefreies und für alle zugängliches Gesundheitssystem mit entsprechend kompetentem Personal hinzuwirken.</p> <p>Der SGB-FSS fordert, dass als Zulassungsvoraussetzung im Sinne von Art. 36a Abs. 1 und 2 nKVG Grundkenntnisse in einer schweizerischen Gebärdensprache sowie die Teilnahme an Sensibilisierungskursen bezüglich den (Kommunikations)bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen aufgenommen werden.</p>
	<p>Der SGB-FSS fordert, dass in Art. 38 Abs. 3 KVV zu den notwendigen Sprachkenntnissen auch die Gebärdensprache aufgeführt wird.</p>
	<p>Der SGB-FSS ist der Ansicht, dass die erforderliche Qualität, welche zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung berechtigt, nur durch ein barrierefreies Angebot erreicht werden kann.</p> <p>Der SGB-FSS fordert, dass die in Art. 58g KVV festgehaltenen Qualitätsanforderungen mit dem Kriterium der Barrierefreiheit ergänzt wird.</p> <p>Ein barrierefreies Angebot erfordert insbesondere entsprechend geschultes Gesundheitspersonal, welches über Grundkenntnissen in einer schweizerischen Gebärdensprache verfügt sowie an Sensibilisierungskursen bezüglich den (Kommunikations)bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen teilnimmt.</p> <p>Das erforderliche qualifizierte Personal im Sinne von Art. 58g lit. a kann nur durch Schulungsangebote im Bereich der Barrierefreiheit sichergestellt werden. Sensibilisierung- und Gebärdensprachkurse müssen Teil des Aus- und Weiterbildungsangebots werden.</p>

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	38	1		<p>Nach Art. 36a Abs.1 nKVG müssen die durch den Bundesrat zu regelnden Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG gewährleisten, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. 36a Abs. 2 nKVG hält dabei explizit fest, dass die Zulassungsvoraussetzungen die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen umfassen können.</p> <p>Leider wurde bei der Ausarbeitung der entsprechenden Bestimmung in der KVV verpasst, auf ein barrierefreies und für alle zugängliches Gesundheitssystem mit entsprechend kompetentem Personal hinzuwirken.</p> <p>Der SGB-FSS fordert, dass als Zulassungsvoraussetzung im Sinne von Art. 36a Abs. 1 und 2 nKVG Grundkenntnisse in einer schweizerischen Gebärdensprache sowie die Teilnahme an Sensibilisierungskursen bezüglich den (Kommunikations)bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen aufgenommen werden.</p> <p>Die KVV soll bezüglich der Sicherstellung eines auf die Barrierefreiheit sensibilisierten Gesundheitspersonal wie folgt</p>	<p><i>Art. 38 Ärzte und Ärztinnen</i></p> <p>1 Ärzte und Ärztinnen werden zugelassen, wenn sie neben den Voraussetzungen nach Artikel 37 Absätze 1 und 3 KVG die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Artikel 36 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 20062 (MedBG).</p> <p>b. Sie verfügen über einen Weiterbildungstitel nach Artikel 20 MedBG im beantragten Fachgebiet.</p> <p>c. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.</p> <p>d. Sie die Teilnahme an Sensibilisierungskursen bezüglich den (Kommunikations)bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen nachweisen.</p> <p>e. Sie über Grundkenntnisse in einer schweizerischen Gebärdensprache verfügen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>angepasst werden:</p> <p>A. Ergänzung von 58g KVV (Qualitätsanforderungen) (siehe Ausführungen Art. 58g KVV)</p> <p>Die KVV verweist bezüglich der Qualitätsanforderungen bei den verschiedenen Gruppen der Leistungserbringer auf Art. 58g KVV (Art. 38 Abs. 1 lit. c; Art. 39 Abs. 1 lit. b; Art. 40 Abs. 1 lit. b; Art. 42 lit. c; Art. 44 Abs. 1 lit. b; Art. 45 lit. c; etc.).</p> <p>oder</p> <p>B. Bei jedem Leistungserbringer einzeln</p> <p>Analoge Ergänzung bei jedem Leistungserbringer wie Änderungsvorschlag zu Art. 38 Abs. 1 KVV</p>	
	38	3		<p>Artikel 37 nKVG sieht besondere Voraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vor, zu denen die Sprachkenntnisse gehören.</p> <p>Bei der Überführung der bisher teils in den Artikeln 36, 36a und 37 KVG festgelegten Zulassungsvoraussetzungen für Ärzt*innen und Apotheker*innen in die KVV wurde verpasst, die Gebärdensprachkompetenzen als Grundvoraussetzung für einen barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem aufzunehmen.</p> <p>Der SGB-FSS fordert, dass in Art. 38 Abs. 3 KVV zu den notwendigen Sprachkenntnissen auch die Gebärdensprache aufgeführt wird.</p>	<p>Art. 38 Abs. 3 KVV</p> <p>Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendigen Sprachkenntnisse im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn Sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion</p> <p>a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutungen zu erfassen;</p> <p>b. sich spontan und fließend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen;</p> <p>c. die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern.</p> <p>d. Grundkenntnisse einer schweizerischen Gebärdensprache vorweisen können.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	58g			<p>Die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen verbunden. Der Bundesrat legt die Auflagen fest.</p> <p>Die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung wurden für alle zugelassenen Leistungserbringer neu in Art. 58g KVV festgelegt. Sie betreffen insbesondere das Personal, die Einrichtung und das Qualitätsmanagement.</p> <p>Der SGB-FSS ist der Ansicht, dass die erforderliche Qualität, welche zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung berechtigt, nur durch ein barrierefreies Angebot erreicht werden kann.</p> <p>Der SGB-FSS fordert, dass die in Art. 58g KVV festgehaltenen Qualitätsanforderungen mit dem Kriterium der Barrierefreiheit ergänzt wird.</p> <p>Ein barrierefreies Angebot erfordert insbesondere entsprechend geschultes Gesundheitspersonal, welches über Grundkenntnissen in einer schweizerischen Gebärdensprache verfügt sowie an Sensibilisierungskursen bezüglich den (Kommunikations)bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen teilnimmt.</p> <p>Das erforderliche qualifizierte Personal im Sinne von Art. 58g lit. a kann nur durch Schulungsangebote im Bereich der Barrierefreiheit sichergestellt werden. Sensibilisierung- und Gebärdensprachkurse müssen Teil des Aus- und Weiterbildungsangebots werden.</p>	<p>Art. 58g</p> <p>Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal. b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem. c. Sie haben eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen. d. Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen. e. Sie stellen ein barrierefreies Angebot sicher.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Auf Seite 10 des Berichts wird zu Art. 58g lit. a ausgeführt, dass für die Zulassung ersichtlich sein muss, "dass das für die Leistungserbringung notwendige Personal während der ganzen Dauer der Leistungserbringung in ausreichender Anzahl verfügbar und für die Leistungserbringung ausgebildet ist." Dabei wird auf die Notwendigkeit spezifischer Aus- und Weiterbildungen hingewiesen, z.B. im Bereich Hygiene oder im Bereich der Telefonberatungen.</p> <p>Auch betreffend den (Kommunikations)bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen bedarf es spezieller Schulungsangebote für das Gesundheitspersonal.</p>	
	55		c		<p><i>Art. 55a</i></p> <p>Geburtshäuser werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>a. Sie erfüllen die Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben b–e KVG.</p> <p>b. Sie haben ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 KVG festgelegt.</p> <p>c. Sie stellen eine ausreichende und barrierefreie medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicher.</p> <p>d. Sie haben Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen.</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

[illegible]

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerisches Rotes Kreuz

Abkürzung der Firma / Organisation : SRK

Adresse : Werkstrasse 18, 3084 Wabern

Kontaktperson : Marc Bieri

Telefon : 058 400 45 56

E-Mail : marc.bieri@redcross.ch

Datum : 18.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen	6
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen	11

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SRK	<p>Das SRK nimmt die Gelegenheit wahr, zur Umsetzung der KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer) - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und weiterer Verordnungen – wie folgt Stellung zu nehmen und bedankt sich beim Bundesamt für Gesundheit BAG für deren Kenntnisnahme.</p> <p>Als langjährige registerführende Stelle des Nationalen Registers der Gesundheitsberufe NAREG sowie als die vom BAG für den Aufbau und die Führung des zukünftigen Gesundheitsberuferegisters GesReg beauftragte Organisation bezieht das SRK seine Anmerkungen grösstenteils auf die für die Kantone ressourcenintensiven Elemente der geplanten Neuerungen und auf das Leistungserbringerregister LeReg.</p> <p>Mit der Gesetzesrevision sind die Kantone zukünftig für die formelle Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur OKP und für die Aufsicht über letztere zuständig. Weiter haben die Kantone die Daten der ambulanten Leistungserbringer in das neue LeReg einzutragen. Damit kommt eine beachtliche Vollzugsaufgabe auf die Kantone zu, welche bei diesen zu erheblichen Mehrkosten führen und entsprechende personelle, technische und finanzielle Ressourcen binden wird. Um eine optimale Umsetzung der angestrebten Gesetzesänderungen zu ermöglichen, ist es unumgänglich, die ressourcenrelevanten Auswirkungen für die Kantone klar darzulegen. Es ist ausserdem in der Verordnung ausdrücklich zu regeln, dass und wie die Kantone ihre Kosten für den Zulassungsprozess mit Gebühren für die zuzulassenden Leistungserbringer decken dürfen.</p> <p>Mit dem Leistungserbringerregister LeReg wird ein neues Register geschaffen, dessen Bewirtschaftung für die Kantone einen erheblichen Mehraufwand (personell, finanziell, technisch und organisatorisch) generiert. Das SRK ist äusserst erstaunt über diese Massnahme, betreiben doch der Bund sowie die Kantone in Form der Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK bereits etablierte Bewilligungsregister der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen (MedReg, PsyReg, GesReg, NAREG). Mittels dieser Stellungnahme weist das SRK darauf hin, dass die Schaffung eines neuen Registers sowohl für die registerführende Stelle als auch und insbesondere für die Kantone erheblichen finanziellen Mehraufwand, eine Einbusse an Praktikabilität sowie eine Vernachlässigung bestehender Synergien und Ressourcen mit sich bringt.</p> <p>Wie bereits von der GDK im Zuge der Ausarbeitung der Gesetzesrevision gefordert, plädiert auch das SRK dafür, dass mit dem LeReg kein zusätzliches Register geschaffen wird, sondern dass das LeReg in der Form eines technisch und rechtlich getrennten Zulassungsmoduls (Betriebsmodul) in die bestehenden Register integriert wird. Nur so können vorhandene Synergien effizient genutzt und erhebliche Kosten für den Neuaufbau eines Registers gespart werden. Zudem erfordert eine Erweiterung der bestehenden Applikationen «lediglich» eine Anpassung der bereits existierenden Schnittstellen zwischen den Bewilligungsregistern und den kantonalen Systemen (sowie zum Bundesamt für Statistik BFS und zu der Stiftung Refdata) und verhindert die Schaffung von neuen, kostenintensiven Webservices. Letztlich erhöht eine Erweiterung der bestehenden Applikationen die Praktikabilität der Register für die Kantone, indem Kantonsmitarbeitende sowohl ihre Vollzugsaufgaben im Bewilligungswesen als</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

auch die anfallenden Arbeiten bezüglich der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur OKP in derselben Applikation wahrnehmen können.

Gemäss Art. 10 und 11 der Registerverordnung Leistungserbringer OKP tragen das Bundesamt für Statistik und die Stiftung Refdata die Unternehmensidentifikationsnummer UID bzw. die Personen-Identifikationsnummer GLN in das LeReg ein. Beide Nummern sind in den bestehenden Registern bereits vorhanden oder deren Eintragung wird zurzeit geplant. Damit nicht zusätzliche Schnittstellen und damit einhergehende Kosten für alle Parteien entstehen, können diese Nummern direkt aus den bereits existierenden Registern übernommen werden. Dies insbesondere, da es sich bei der UID und der GLN gemäss den bestehenden Registerverordnungen um öffentliche und via Abrufverfahren zugängliche Daten handelt. Dieses Vorgehen reduziert die Anzahl der involvierten Akteure, senkt die Kosten, nutzt bestehende Synergien und verringert die Komplexität der Systeme.

Das SRK ist sich indes bewusst, dass die erwähnten Bewilligungsregister nur eine Teilmenge des künftigen LeReg abdecken und dass das LeReg im Gegensatz zu den anderen Registern nicht nur Daten zu natürlichen, sondern auch zu juristischen Personen beinhalten wird. Eine Erweiterung der bestehenden Applikationen um ein rechtlich getrenntes Zulassungsmodul bietet die Möglichkeit, jene Datensätze neu zu erfassen und rechtlich unabhängig zu verwalten.

Die Delegation der Registerführung an irgendeinen privatrechtlichen Dritten, der aufgrund einer öffentlichen Ausschreibung nach BöB den Zuschlag erhält, lehnt das SRK grundsätzlich ab. Das Zusammenspiel der jetzt schon geführten Register im Gesundheitswesen ist komplex und setzt spezifische Kenntnisse der Zusammenhänge voraus. Ein weiterer Akteur erhöht die Zahl der Schnittstellen, der möglichen Fehlmanipulationen und Verzögerungen und belastet die Beteiligten durch den unvermeidlich notwendigen Lernprozess, birgt das Risiko versteckter Interessenkonflikte in sich und erhöht generell die Kosten. Dazu kommt, dass das LeReg ein wichtiges Instrument für die Wahrnehmung der Aufsicht durch die Kantone ist – die Führung eines solchen Registers sollte nicht an einen privatrechtlichen Anbieter vergeben werden.

Das SRK wäre bereit, das Zulassungsmodul für das GesReg und das NAREG im Rahmen der Registerführung zu betreuen. Das SRK ist zwar ein Verein, also ein Privatrechtssubjekt. Ihm wurde aber im Bereich der Anerkennung ausländischer Diplome und der Registerführung die Erfüllung öffentlich-rechtlicher Aufgaben des Bundes übertragen. Es ist weder gewinnorientiert noch interessengebunden. Zudem arbeitet es jetzt schon intensiv mit den zuständigen kantonalen Gesundheitsdirektionen zusammen.

Sollte der Vorschlag der Integration des LeRegs in Form von Zulassungsmoduls in die bestehenden Register keinen Anklang finden, spricht sich das SRK klar für die Variante 2, also eine Führung des LeRegs durch das BAG, aus.

Das SRK stellt fest, dass für Ärzte eine gesetzliche Grundlage (Art. 37 KVG) geschaffen wurde, wonach Sprachkenntnisse eine Zulassungsvoraussetzung darstellen. Leider fehlt eine solche Grundlage für die Anerkennung von ausländischen Diplomen im Bereich Gesundheitsberufe, gerade auch angesichts der neuen Richtlinie 2013/55/EU, welche innert absehbarer Zeit die momentan noch für die Schweiz geltende Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ablösen soll (Überarbeitung von Anhang III des

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	Freizügigkeitsabkommens). Danach sollen Sprachkenntnisse keine Voraussetzung für die Anerkennung sein. Das SRK hat keine gesetzliche Grundlage, um Sprachkenntnisse bei der Anerkennung vorauszusetzen. Es würde es sehr begrüßen, wenn zumindest im Rahmen der Zulassung für Leistungserbringer eine gesetzliche Grundlage für ausreichende Sprachkenntnisse als Zulassungsvoraussetzung geschaffen würde.
--	---

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SRK	30b KVV	1	a	Hier gibt es einen Tippfehler zu korrigieren	Betriebsvergleiche (statt Vertriebsvergleiche)
SRK	38ff.			Aus Sicht des SRK fehlen Ausführungsbestimmungen zur Zulassung und Aufsicht durch die Kantone.	
SRK	38	3		Anstelle der eher offenen Umschreibung der Sprachanforderungen soll in Bst. a-c ausdrücklich das Referenzniveau C1 in der Verordnung festgehalten werden. Aus Sicht des SRK ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die übrigen Leistungserbringer diese Voraussetzungen bei der Zulassung nicht ebenfalls berücksichtigen müssen.	Verlangt wird ein anerkannter Sprachausweis auf dem Referenzniveau C1.
SRK	45, 47, 48, 49, 50a			Das SRK begrüsst, dass die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer in dieser Kategorie analog ausgestaltet sind, mit den vier Elementen kantonale Berufsausübungsbewilligung, zweijährige praktische Tätigkeit, Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung und Qualitätsanforderungen. Bei der Anforderung der zweijährigen praktischen Tätigkeit wird in Ziffer 2 jeweils als Möglichkeit die entsprechende Tätigkeit in einem Spital genannt. Die Anforderung, dass dies unter der Leitung einer Person erfolgen muss, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt, ist jedoch in Bezug auf Bst. c nichtzutreffend. Gesundheitsfachpersonen in Spitälern üben ihren Beruf nicht auf eigene Rechnung aus und erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen gemäss dieser Verordnung damit nicht. Hier darf höchstens verlangt werden, dass die Tätigkeit	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				unter der Leitung einer Person, welche die Kriterien zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung erfüllt, erfolgen muss.	
SRK	45, 47, 48, 49, 50a		c	Der Ausdruck «selbständig» sollte entsprechend der Formulierung im MedBG, im GesBG sowie im PsyG angepasst werden, in dem er durch die Formulierung «in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird.	Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus.
SRK	45		b	Es fehlt der Buchstabe c, welcher bei allen anderen Gesundheitsberufen aufgeführt ist.	c. Sie üben ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung aus. d. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
SRK	49	1	b	Wie bis anhin müssen Pflegefachpersonen für die Zulassung eine zweijährige Tätigkeit ausgeübt haben bei einer zugelassenen Pflegefachperson oder in einem Spital oder in einer Spitex-Organisation. Wir beantragen, dass hier neu auch eine zweijährige Tätigkeit in einem Pflegeheim anerkannt wird.	4. in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.
SRK	Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...			Die Daten zu den vor Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 zugelassenen Leistungserbringern sollen nicht den Kantonen zugestellt, sondern direkt aus dem ZS-Register in das Leistungserbringer-Register migriert werden. Dies aus folgenden Gründen: Erstens ist der Eintrag der Zulassung per se unbestritten, da gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 (Abs. 2) den bereits unter altem Recht zugelassenen Leistungserbringern betreffend die Zulassung Besitzstandswahrung garantiert wird. Zweitens würde die einzelfallweise Kontrolle und Aufnahme der Leistungserbringer im neuen Register einen enormen Aufwand für die Vollzugsorgane	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

		bedeuten. Hier sollte man in einem ersten Schritt auf die Datenbasis der SASIS AG vertrauen und den Kantonen in einem zweiten Schritte die Überprüfung, Kontrolle und allfällige Anpassung im Rahmen der ordentlichen Vollzugstätigkeit im Zusammenhang mit den Bewilligungen (bzw. deren Mutationen) und der Aufsicht überlassen.	
--	--	--	--

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SRK	<p>Mit dem Leistungserbringerregister LeReg wird ein neues Register geschaffen, dessen Bewirtschaftung für die Kantone einen erheblichen Mehraufwand (personell, finanziell, technisch und organisatorisch) generiert. Das SRK ist äusserst erstaunt über diese Massnahme, betreiben doch der Bund sowie die Kantone in Form der Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK bereits etablierte Bewilligungsregister der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen (MedReg, PsyReg, GesReg, NAREG). Mittels dieser Stellungnahme weist das SRK darauf hin, dass die Schaffung eines neuen Registers sowohl für die registerführende Stelle als auch und insbesondere für die Kantone erheblichen finanziellen Mehraufwand, eine Einbusse an Praktikabilität sowie eine Vernachlässigung bestehender Synergien und Ressourcen mit sich bringt.</p> <p>Wie bereits von der GDK im Zuge der Ausarbeitung der Gesetzesrevision gefordert, plädiert auch das SRK dafür, dass mit dem LeReg kein zusätzliches Register geschaffen wird, sondern dass das LeReg in der Form eines technisch und rechtlich getrennten Zulassungsmoduls (Betriebsmodul) in die bestehenden Register integriert wird. Nur so können vorhandene Synergien effizient genutzt und erhebliche Kosten für den Neuaufbau eines Registers gespart werden. Zudem erfordert eine Erweiterung der bestehenden Applikationen «lediglich» eine Anpassung der bereits existierenden Schnittstellen zwischen den Bewilligungsregistern und den kantonalen Systemen (sowie zum Bundesamt für Statistik BFS und zu der Stiftung Refdata) und verhindert die Schaffung von neuen, kostenintensiven Webservices. Letztlich erhöht eine Erweiterung der bestehenden Applikationen die Praktikabilität der Register für die Kantone, indem Kantonsmitarbeitende sowohl ihre Vollzugsaufgaben im Bewilligungswesen als auch die anfallenden Arbeiten bezüglich der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur OKP in derselben Applikation wahrnehmen können.</p> <p>Gemäss Art. 10 und 11 der Registerverordnung Leistungserbringer OKP tragen das Bundesamt für Statistik und die Stiftung Refdata die Unternehmensidentifikationsnummer UID bzw. die Personen-Identifikationsnummer GLN in das LeReg ein. Beide Nummern sind in den bestehenden Registern bereits vorhanden oder deren Eintragung wird zurzeit geplant. Damit nicht zusätzliche Schnittstellen und damit einhergehende Kosten für alle Parteien entstehen, können diese Nummern direkt aus den bereits existierenden Registern übernommen werden. Dies insbesondere, da es sich bei der UID und der GLN gemäss den bestehenden Registerverordnungen um öffentliche und via Abrufverfahren zugängliche Daten handelt. Dieses Vorgehen reduziert die Anzahl der involvierten Akteure, senkt die Kosten, nutzt bestehende Synergien und verringert die Komplexität der Systeme.</p> <p>Das SRK ist sich indes bewusst, dass die erwähnten Bewilligungsregister nur eine Teilmenge des künftigen LeReg abdecken und dass das LeReg im Gegensatz zu den anderen Registern nicht nur Daten zu natürlichen, sondern auch zu juristischen Personen beinhalten wird. Eine Erweiterung der bestehenden Applikationen um ein rechtlich getrenntes Zulassungsmodul bietet die Möglichkeit, jene Datensätze neu zu erfassen und rechtlich unabhängig zu verwalten.</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Die Delegation der Registerführung an irgendeinen privatrechtlichen Dritten, der aufgrund einer öffentlichen Ausschreibung nach BöB den Zuschlag erhält, lehnt das SRK grundsätzlich ab. Das Zusammenspiel der jetzt schon geführten Register im Gesundheitswesen ist komplex und setzt spezifische Kenntnisse der Zusammenhänge voraus. Ein weiterer Akteur erhöht die Zahl der Schnittstellen, der möglichen Fehlmanipulationen und Verzögerungen und belastet die Beteiligten durch den unvermeidlich notwendigen Lernprozess, birgt das Risiko versteckter Interessenkonflikte in sich und erhöht generell die Kosten. Dazu kommt, dass das LeReg ein wichtiges Instrument für die Wahrnehmung der Aufsicht durch die Kantone ist – die Führung eines solchen Registers sollte nicht an einen privatrechtlichen gewinnorientierten Anbieter vergeben werden.

Das SRK wäre bereit, das Zulassungsmodul für das GesReg und das NAREG im Rahmen der Registerführung zu betreuen. Das SRK ist zwar ein Verein, also ein Privatrechtssubjekt. Ihm wurde aber im Bereich der Anerkennung ausländischer Diplome und der Registerführung die Erfüllung öffentlich-rechtlicher Aufgaben des Bundes übertragen. Es ist weder gewinnorientiert noch interessengebunden. Zudem arbeitet es jetzt schon intensiv mit den zuständigen kantonalen Gesundheitsdirektionen zusammen.

Sollte der Vorschlag der Integration des LeRegs in Form von Zulassungsmoduls in die bestehenden Register keinen Anklang finden, spricht sich das SRK klar für die Variante 2, also eine Führung des LeRegs durch das BAG, aus.

Das SRK stellt fest, dass für Ärzte eine gesetzliche Grundlage (Art. 37 KVG) geschaffen wurde, wonach Sprachkenntnisse eine Zulassungsvoraussetzung darstellen. Leider fehlt eine solche Grundlage für die Anerkennung von ausländischen Diplomen im Bereich Gesundheitsberufe, gerade auch angesichts der neuen Richtlinie 2013/55/EU, welche innert absehbarer Zeit die momentan noch für die Schweiz geltende Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ablösen soll (Überarbeitung von Anhang III des Freizügigkeitsabkommens). Danach sollen Sprachkenntnisse keine Voraussetzung für die Anerkennung sein. Das SRK hat keine gesetzliche Grundlage, um Sprachkenntnisse bei der Anerkennung vorauszusetzen. Es würde es sehr begrüßen, wenn zumindest im Rahmen der Zulassung für Leistungserbringer eine gesetzliche Grundlage für ausreichende Sprachkenntnisse als Zulassungsvoraussetzung geschaffen würde.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SRK	1			Mit dem LeReg soll kein zusätzliches Register geschaffen werden, sondern die bereits bestehenden Applikationen MedReg, PsyReg, GesReg und NAREG werden um ein technisch und rechtlich getrenntes/unabhängiges Zulassungsmodul erweitert.	
SRK	1	3		Es wird festgehalten, dass das Leistungserbringerregister in Form von Zulassungsmodulen in die bestehenden Register integriert wird.	Das Leistungserbringerregister hat die Form eines zusätzlichen, technisch und rechtlich getrennten Moduls (Zulassungsmodul) in den die jeweiligen Berufe betreffenden Registern (Medizinalberuferegister, Psychologieberuferegister, Gesundheitsberuferegister sowie NAREG)
SRK	2			Das SRK lehnt die Delegation der Registerführung an einen privatrechtlichen Dritten ab und befürwortet eine Übertragung an die bestehenden registerführenden Stellen (für das MedReg und PsyReg das BAG, für das NAREG und GesReg das SRK).	Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreibt die Zulassungsmodule im Medizinal- und Psychologieberuferegister. Das SRK betreibt die Zulassungsmodule im Gesundheitsberuferegister und im NAREG.
SRK	Neu einfügen nach Art. 6			Auch das Nationale Register der Gesundheitsberufe NAREG ist als Datenlieferant via Standardschnittstelle in die Verordnung aufzunehmen, nämlich für die Eintragung der Daten zu den Logopädinnen und Logopäden, zu den Podologinnen und Podologen sowie zu den Rettungssanitätern (soweit im Zusammenhang mit Rettungs- und Krankentransporten von	Lieferung und Eintragung von Daten aus dem Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG Abs. 1 und 2 analog den Artikeln 4 bis 6

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Relevanz), die im NAREG erfasst sind. Insbesondere da das NAREG im erläuternden Bericht unter Art. 8 Abs. 1 Bst a explizit als Datenquelle angegeben wird.	
SRK	8	1	a	Die Erfahrung mit dem MedReg zeigt, dass die bewilligten Leistungserbringer den kantonalen Behörden Änderungen der Praxis- oder Betriebsadresse häufig nicht melden. Es muss in der Verordnung klar festgehalten werden, dass die zugelassenen Leistungserbringer eine Meldepflicht der Änderungen ihrer Stammdaten gegenüber dem Kanton haben.	
SRK	8	1	b	Ziff. 1 Sprachkenntnisse: Gemäss dieser Bestimmung sollen nicht nur bei den Ärzten, sondern auch bei den leistungserbringenden Gesundheitsberufen die Sprachkenntnisse im LeReg eingetragen werden (erst im Anhang erfolgt die Einschränkung auf zugelassene Ärztinnen und Ärzte).	
SRK	8	3	d	Im Rahmen des Bewilligungs- und Aufsichtswesens gemäss MedBG, PsyG und GesBG sowie gemäss den kantonalen Gesundheitsgesetzen existieren diverse Meldepflichten und –rechte. Dies betrifft den Austausch von relevanten Daten unter den Kantonen sowie die Koordination und den Austausch von Daten zwischen den kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden einerseits und den Gerichts- und Verwaltungsbehörden andererseits. In der Registerverordnung fehlen analoge Meldepflichten und –rechte betreffend die Zulassung bzw. deren Entzug (bspw. für den Fall, dass eine Person über eine Zulassung in mehreren Kantonen verfügt). Wir gehen davon aus, dass dies eine bewusste Auslassung ist, weil anzunehmen ist, dass bei einem Entzug der Berufsausübungsbewilligung (gem. Art. 38 MedBG) oder bei der	

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				Eröffnung eines Disziplinarverfahrens (gem. Art. 44 MedBG) der andere Kanton, in welchem die Person über eine BAB und Zulassung zur OKP verfügt, gemäss den genannten Artikeln im MedBG bereits informiert wird. Dies ist im erläuternden Bericht zur Verordnung auszuführen.	
SRK	Anhang			Das NAREG muss als verantwortlicher Datenlieferant aufgenommen werden	