SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

FRIBOURG – GENÈVE – JURA – NEUCHÂTEL – VALAIS – VAUD

par courriel à:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Monsieur Guy Parmelin
Président de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
3003 Bern

Lausanne, le 3 août 2015

Procédure de consultation 11.418 Iv. pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Monsieur le Président,

La Société médicale de la Suisse romande, société faîtière des sociétés cantonales de médecine romandes membres de la FMH, a l'avantage de vous faire part ci-après de ses remarques concernant l'initiative parlementaire mentionnée.

Arguments de l'initiant
L'auteur de cette initiative constate une augmentation considérable du besoin en soins due notamment au vieillissement de la population et au retour précoce à domicile après hospitalisation depuis l'introduction des forfaits par cas. Il estime qu'en accordant plus d'autonomie au personnel soignant infirmier, on renforcera l'attrait du métier pour les jeunes qui débutent leur formation en évitant que les personnes qualifiées quittent la profession après quelques années. Il estime ainsi pouvoir réduire la pénurie de personnel soignant sans augmentation des coûts.

Evolution de la formation des soignants
On observe actuellement une diminution des infirmières/infirmiers formés selon la filière ES, encore dominante, en faveur de la formation HES délivrant un diplôme de niveau bachelor. Parallèlement est apparue la possibilité d'accéder à une formation en soins infirmiers de niveau master. On peut s'en réjouir. Cette académisation des soins infirmiers est certes stimulante et permet l'acquisition de compétences supplémentaires pour de futurs cadres ou enseignants, mais elle ne résout pas le manque de professionnels formés en Suisse. Des exigences accrues sont en effet propres à détourner des personnes qui seraient excellentes sur le terrain alors que celles qui sont prêtes à affronter un cursus exigeant se tourneront plutôt vers la filière médicale. Une formation plus avancée n'a d'ailleurs pas pour but de former des personnes destinées à se substituer au médecin en cas de pénurie. D'autre part, elle ne contribue pas à valoriser les formations de niveau secondaire de type CFC comme celles d'assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC) ou d'assistante médicale.

Contexte professionnel
La pression sur les coûts pousse à réduire le personnel en augmentant la charge de travail dans un contexte astreignant, tant physiquement qu'intellectuellement et émotionnellement. Nombre d'infirmières/infirmiers, notamment de jeunes parents, sont ainsi poussés à quitter le milieu hospitalier

après quelques années de pratique. La perspective d'une pratique autonome est évidemment séduisante, mais elle ne permet pas d'échapper aux charges administratives qui ont souvent pris plus d'importance que les tâches en contact direct avec le patient. C'est cette course contre le temps, souvent au détriment du patient, qui explique principalement l'insatisfaction et la perte de motivation professionnelle plutôt que le manque d'autonomie. Aujourd'hui déjà, les soins de base sont laissés à l'appréciation de l'infirmière/er, le rôle du médecin prescripteur étant d'attester leur nécessité. Quant aux soins spécialisés, ils nécessiteront toujours la décision du médecin.

Prescription des soins et responsabilité économique

Pour être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, la nécessité des soins doit être justifiée. Le prestataire prescripteur en assume la responsabilité économique. Dans le cas de soins qui n'ont pas été prescrits par le médecin, la charge administrative sera reportée sur le prestataire autonome. En effet, un suivi distinct du coût des soins fournis sans prescription médicale devra absolument être mis en place.

Il nous paraît irréaliste de penser qu'une autonomie accrue permette d'augmenter le nombre de soignants et de prestations sans augmentation parallèle des coûts. Le rôle du médecin et sa charge de travail changeront par ailleurs peu, qu'il prescrive ou non ces soins. D'autre part, la réponse à une pénurie de médecins doit être l'ouverture des filières de formation médicale car les candidats ne manquent pas. Substituer des infirmières/ers aux médecins n'est pas un scénario raisonnable actuellement.

Enfin, une double prescription des soins, notamment à la sortie de l'hôpital, représenterait une charge administrative accrue et elle doit être rejetée.

Responsabilité professionnelle

Les soignants assument seuls la responsabilité des traitements entrepris de manière autonome. Les implications civiles et pénales doivent être explicitement prévues dans la loi. Il n'est pas acceptable que l'on demande au médecin d'assumer a posteriori la responsabilité d'actes qu'il n'a ni effectués lui-même, ni délégués. Sans disposition légales claires, des conflits seront inévitables et l'interposition des soignants entre médecins et patients sera au détriment de ces derniers.

Liberté de contracter

Nous sommes opposés à la limitation du remboursement aux seuls soignants qui ont passé contrat avec les assureurs. Ceci constituerait un facteur d'insécurité important pour le patient qui pourrait ne pas être remboursé s'il a omis de demander la garantie préalable de l'assureur. D'autre part, le soignant serait en situation conflictuelle avec l'assureur dès que les exigences de celui-ci ne sont pas conformes à l'intérêt du patient et aux règles de bonne pratique. Une restriction du choix du prestataire n'est d'ailleurs pas nécessaire dans la mesure où les tarifs sont fixés.

D'autre part, la responsabilité de veiller à une disponibilité adéquate des soins relève des autorités cantonales et ne doit pas être reportée sur les payeurs que sont les assureurs.

Conclusion

La SMSR prend acte du contexte politique favorable à une autonomisation des soignants. Elle ne partage cependant pas les convictions de l'initiant et estime que les but évoqués ne seront pas atteints par les modifications législative proposées. Elle soutient pleinement la position de la FMH. Afin d'éviter des dérapages dommageable pour les patients et les coûts de la santé, elle insiste sur les points suivants :

1. **Les prestations qui peuvent être fournies de manière autonome** par le personnel soignant, ou respectivement sur prescription du médecin doivent être définies avec précision **dans la loi**. Le Parlement ne doit pas abandonner cette compétence centrale au Conseil fédéral.

2. **Les qualifications professionnelles** des personnes autorisées à fournir ces prestations et **leur responsabilité économique et professionnelle** doivent de même être détaillées **dans la loi**.

3. **Les doublons doivent être évités.** Ainsi, la double prescription des soins par le médecin et l'infirmière/er doit être rejetée. La coordination actuelle est adéquate. La justification des soins fournis de façon autonome doit être établie par le soignant, sans validation a posteriori par le médecin. Les soins spécialisés doivent en revanche rester subordonnés à la seule prescription du médecin.

4. **Les coûts** des soins pris en charge sans prescription du médecin doivent faire l'objet d'un **suivi distinct** (monitorage).

* * *

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à la présente prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres de la Commission, à l'expression de nos salutations respectueuses.

Pierre-Alain Schneider
président de la SMSR

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Bern, den 27. Mai 2015

Per E-Mail:

lex@fmh.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Per A-Post:

Herrn Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Zur Kenntnisnahme:

Herrn Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege: Vernehmlassung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats

Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung einlässlich mit der Vorlage befasst. Angesichts der überraschenden Tragweite der vorgeschlagenen Lösungen erscheint es legitim, diese FMH-interne Vernehmlassung bereits jetzt bzw. gleichzeitig an die zuständigen eidgenössischen Instanzen weiterzuleiten.

I. Allgemeine Bemerkungen

Eine deutliche Mehrheit der politischen Meinungsträger in der Schweiz sieht heute die Notwendigkeit der Zulassung von Pflegefachpersonen für Tätigkeiten zulasten der sozialen Krankenversicherung OKP. Im Grundsatz können wir uns deshalb wohl nicht (mehr) dagegen stellen.

Wir verweisen aber auf unsere Stellungnahme namens und im Auftrage des Vorstandes des VLSS zum Vorentwurf für ein Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Die Stossrichtung *Gesundheit2020* des Bundesrats sowie der Charta „Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe" der SAMW unterstützen wir nach wie vor nicht oder nur teilweise.

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Anstatt die **Behebung des Ärztemangels** anzupacken und auf Bundesebene endlich die dafür notwendigen Mittel bereitzustellen, sollen mit dem GesBG und mit der jetzt vorgelegten Änderung des KVG Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geschaffen werden.

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet, bringt jetzt mehr Klarheit, was an sich zu begrüssen ist. Trotzdem bringen wir dazu die folgenden Vorbehalte an:

- Gerade der Bereich der Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute **wegen des Pflegemangels** mehrheitlich von Fachangestellten Gesundheit (FaGe) ausgeübt, weshalb Pflegefachpersonen, welche künftig gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder gestützt auf ein Bacherlordiplom FH sowie gestützt auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige Tätigkeit" diese Tätigkeiten lediglich überwachen würden; ob sich damit eine ausreichende Aufwertung der eigenen Tätigkeit erreichen lässt, ist eher fraglich;

- Im Spitalbereich stellen sich **erhöhte Anforderungen an die Behandlungspflege** von Patientinnen und Patienten, welche teilweise multimorbid sind und/oder an invalidisierenden oder zum Tod führenden Krankheiten leiden; die Kaderärzte müssen deshalb eine unentziehbare, uneingeschränkte Kompetenz für das gesamte Manangement und die Koordination der Patientenbehandlung haben, welche im Spitalalltag nicht ständig hinterfragt werden darf und kann; wenn den Pflegefachpersonen im Spitalbereich eine uneingeschränkte Kompetenz, selber über die Grundpflege zu entscheiden, zugestanden werden soll, so handelt es sich dabei um eine in der Praxis nicht umsetzbare Fiktion;

- Dies gilt insbesondere dann, wenn die Definitionshoheit bezüglich Grundpflege dem Bundesrat überlassen bleibt und die Liste der Grundpflege immer länger würde; wir befürchten eine **beabsichtigte Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege**; entgegen der Absicht des Bundesrats, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste" regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege" und „Behandlungspflege" unseres Erachtens wegen deren Wichtigkeit, und um der erwähnten Problematik adäquat vorzubeugen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe verankert werden.

***E*Art. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG** sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

*a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Behandlungspflege**);*

*b. von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Grundpflege**).*

Zudem lehnen wir Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und/oder schwierige Abgrenzungsfragen zur Verantwortlichkeit sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, weiterhin dezidiert ab. Entsprechend ist ***E*Art. 33 Abs. 1bis lit. c KVG** gemäss dem *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* unseres Erachtens ersatzlos **zu streichen**:

~~*c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.*~~

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Gleichzeitig unterstützen wir deshalb auch bei ***E*Art. 25a Abs. 2 erster Satz KVG** den *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* wie folgt:

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet ...

Nachdem wir uns in den letzten Jahren aus ordnungspolitischen und sozialversicherungsrechtlichen Gründen immer konsequent gegen eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs gegenüber der Ärzteschaft und vor allem gegen die Aufhebung der freien Arztwahl ausgesprochen haben, sind wir auch gegen die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG.

***E*Art. 40a KVG** ist demzufolge **zu streichen**, dem *Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten und Parmelin* kann nicht gefolgt werden.

Wir können zur Zeit nicht abschätzen, zu welchen Schwierigkeiten die angestrebte Umsetzung der mit der vorgesehenen Gesetzesänderung vorgesehenen neuen Kompetenzabgrenzung zwischen den verantwortlichen Ärzten und den Pflegefachpersonen im Spitalbereich, hinsichtlich der Akut- und Übergangspflege, bei den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder bei den selbständig auf eigene Rechnung tätigen Pflegefachpersonen führen wird. Konflikte sind indessen vorprogrammiert. Mit neuen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche wird die allseits angestrebte integrierte Versorgung unseres Erachtens eher erschwert.

Ein Funktionieren des neuen Systems setzt deshalb voraus, dass die Hauptverantwortung des Arztes oder der Ärztin für die Behandlung des Patienten im Bereich der Abklärung, Beurteilung und Beratung erhalten bleibt, was eine adäquate Mitsprache der Pflegefachpersonen gerade nicht ausschliesst. Wir setzen uns also für ein verstärktes Mitsprache- und Vorschlagsrecht der Pflegefachpesonen ein, während die **Schlüsselrolle und Koordinationsfunktion des verantwortlichen Kaderarztes im Spital oder des verantwortlichen Hausarztes gewährt** bleiben muss.

Nur so kann erreicht werden, dass die Neuregelung zu keinen oder zumindest **zu keinen (leider zu befürchtenden) erheblichen Mehrkosten** zulasten des KVG führen wird. Entsprechend erachten wir auch ein stringentes Kostenmonitoring gemäss der vorgesehenen Übergangsbestimmung als unbedingt notwendig.

II. Weitere Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

*E*Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG

Keine Bemerkungen.

*E*Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
Postgasse 19 | Postfach | 3000 Bern 8
T 031 330 90 01
F 031 330 90 03
info@vlss.ch

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I. zu *E*Art. 25a Abs. 2 erster Satz sowie zu *E*Art. 33 Abs. 1bis KVG.

_E_Art. 33 Abs. 1bis KVG

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I.

_E_Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG

Keine Bemerkungen.

_E_Art. 40a KVG (Minderheitsantrag)

Siehe oben Bemerkungen unter Ziff. I.

_E_Art. 55a Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2 und 4 KVG

Es ist richtig, die Kompetenz der Kantone zur bedarfsgerechten Zulassung auf die Pflegefachpersonen auszudehnen. Die Zulassungsbeschränkung muss zudem auch für den ambulanten Bereich der Spitäler gelten.

Wir erachten es insbesondere als dringend notwendig, angemessen und auch **europakompatibel**, die seit längerem diskutierte Ausnahmebestimmung, wonach **Ärztinnen und Ärzte mit mindestens drei Jahren Tätigkeit an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte vom Bedürfnisnachweis ausgenommen** sind, jetzt ausdrücklich auf Gesetzesebene zu verankern.

Mit freundlichen Grüssen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident	**Der Geschäftsleiter**
Dr. med. Hans-Ueli Würsten	Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Weitere Kopien z.K.:
- VSAO
- H+
- cura futura
- santésuisse

VSAO ASMAC
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3000 Bern 15

Per Email
Karin.schatzmann@bag.admin.ch;
dm@bag.admin.ch

Bern, 28. Juli 2015

Vernehmlassungsantwort des VSAO zur parlamentarischen Initiative 11.418 (Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege)

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
Sehr geehrte Nationalrätinnen, sehr geehrte Nationalräte,

Wir danken der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, zur oben genannten Thematik unsere Position darlegen zu dürfen.

Der VSAO lehnt die geplante Gesetzesänderung ab und warnt vor den Folgen für den Spitalalltag. Aus Sicht des VSAO muss bei der Diskussion um die Kompetenzabgrenzung zwischen Ärztin/Arzt und Pflege das Wohl der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Die Drehscheibenfunktion der Ärztin/des Arztes hat sich (gerade im Spital) bewährt. Wir sind überzeugt, dass Patientinnen und Patienten froh sind, wenn die Verantwortung für die Behandlung in ärztlicher Hand liegt. Geteilte Verantwortlichkeiten führen hingegen zu einer Verkomplizierung des Systems, welche nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten wäre: Es entstehen unklare Zuständigkeiten und zusätzliche Schnittstellen, dadurch ergeben sich auch zusätzliche Fehlerquellen und Unsicherheiten für Patientinnen und Patienten.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Spitalberufen läuft aus Sicht des VSAO heute insgesamt gut. Die Teamarbeit in den Spitälern ist vielerorts etabliert und Interdisziplinarität wird gelebt. Die Initiative Joder erweckt unseres Erachtens fälschlicherweise den Anschein, dass heute die Pflegefachleute keine (Eigen-) Verantwortung tragen würden. Dem ist nicht so! Die medizinische Verantwortung liegt richtigerweise in ärztlicher Hand. Gleichzeitig trägt jede an der Behandlung und Pflege einer Patientin/eines Patienten beteiligte Fachperson eine erhebliche Eigenverantwortung dafür, dass er/sie seine/ihre Leistung korrekt erbringt. Dabei verfügt die Pflege zu recht bereits heute über einen erheblichen Gestaltungsspielraum.

Eine Aufwertung des Pflegeberufs wird vom VSAO unterstützt. Der VSAO findet ebenfalls, dass die Pflege (vermehrte) Anerkennung für ihre wertvolle Tätigkeit

verdient. Für den VSAO steht ausser Frage, dass die Pflege wichtige und hochwertige Dienstleistungen für die Patientinnen und Patienten erbringt. Eine repräsentative Befragung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel zeigt, dass 88.3% der Pflegenden mit ihrem Beruf eher bis sehr zufrieden sind[1]. Das Berufsbild muss folglich nicht grundsätzlich geändert werden.

Der VSAO wehrt sich auch nicht gegen eine Kompetenzerweiterung der Pflege, unter Wahrung der Koordinations- und Entscheidfunktion der Ärztin/des Arztes. Auf Grund der zunehmenden Spezialisierung hat das Knowhow der Pflege zweifelsohne zugenommen. **Indessen erachtet der VSAO eine gesetzliche Verankerung als wenig zielführend für die Anerkennung der Pflege**. Vielmehr erfolgt die Anerkennung im konkreten Spitalalltag und nicht auf abstrakter gesetzlicher Ebene.

Der VSAO warnt in diesem Zusammenhang davor zu glauben, dass mit der Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Abrechnung die Wertschätzung der Pflege verbessert werden könne. Die Abrechnung unter DRG erfolgt durch das Spital, weder durch den Arzt/die Ärztin, noch durch Pflegende. Deshalb beantragen wir Ihnen, diese parlamentarische Initiative insbesondere für den Spitalbereich abzulehnen.

Sollte die Kommission entgegen unserem Antrag an der parlamentarische Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege festhalten, so bitten wir Sie, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Bei Artikel 25a Abs. 2 unterstützen wir den Minderheitsantrag, so dass Leistungen der Akut- und Übergangspflege weiterhin ärztlich angeordnet werden.
  Eine gemeinsame Anordnung ist aufwändig, unnötig und führt zu Kompetenzstreitigkeiten zu Lasten der Patienten-Sicherheit. So ist völlig unklar, wie im Streitfall (zwischen Ärztin/Arzt und Pflegefachperson) vorzugehen wäre. Eine saubere Kompetenzabgrenzung ist der gemeinsamen Anordnung klar vorzuziehen.

- Bei Art. 33 Abs. 1^{bis} unterstützen wir konsequenterweise den Minderheitsantrag zur Streichung von lit. c aus oben genannten Gründen.
  Zudem beantragen wir, in Art. 33 Abs. 1^{bis} die Leistungen, welche unter Buchstabe b neu unter eigener Verantwortung der Pflegefachpersonen erbracht werden können, im Gesetz abschliessend aufzulisten. **Deshalb seien hier die Leistungen nach KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a und c in den Gesetzestext aufzunehmen**. Dadurch wäre sichergestellt, dass die Zuständigkeiten langfristig geklärt sind und nicht durch eine blosse Verordnungsänderung bereits nach kurzer Zeit wieder geändert werden könnten. Entsprechend wäre der Art. 33 Abs. 1^{bis} wie folgt zu formulieren:
  „Er bezeichnet die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder an die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25a Absatz 1 einen Beitrag leistet, wenn diese Leistungen:
  a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden

[1] Siehe http://www.odags-thurgau.ch/documents/news/0_uni_basel_shurp_qualitaet-in-alterspflege_11-2013.pdf (insbesondere S. 32f.), aber auch http://www.buerobass.ch/pdf/2004/arbsit-pflege-zf.pdf.

b. von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege)"

- Bei Art. 40a lehnen wir den Minderheitsantrag, die Zulassung der Pflegefachpersonen vom Abschluss eines Vertrags mit Versicherern abhängig zu machen, ab. Es ist absolut nicht sinnvoll, im KVG unterschiedliche Systeme der Vertragsfreiheit einzuführen für unterschiedliche Leistungserbringer. Das Volk hat vor noch nicht langer Zeit klar zum Ausdruck gebracht, dass es die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten der Vertragsfreiheit für die Versicherer vorzieht.

- Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4 lehnen wir ab.
  Indem die Pflegeberufe der Zulassungssteuerung unterworfen würden, könnte sich die Personalsituation zusätzlich verschärfen (anstatt sie zu entschärfen wie von der Parlamentarischen Initiative Joder gewünscht). Sollte die Kommission dennoch an einer Zulassungssteuerung für Pflegeberufe festhalten, so würde sinnvollerweise die gleiche Regelung wie für die Ärzteschaft festgeschrieben (Zulassung nach dreijähriger Tätigkeit an anerkannter Weiterbildungsstätte).

- Das geplante Kostenmonitoring begrüssen wir ausdrücklich.

Wir danken der Kommission für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Wir stehen für Rückfragen selbstverständlich gerne jederzeit zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Dr. med. Daniel Schröpfer
Präsident

Dr. phil. Nico van der Heiden
Stv. Geschäftsführer / Leiter Politik & Kommunikation

ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIETE DES MEDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Bern, den 27. Mai 2015

Per E-Mail:

lex@fmh.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Per A-Post:

Herrn Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Zur Kenntnisnahme:

Herrn Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege: Vernehmlassung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats

Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Ausschuss des Kantonalvorstandes der Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung einlässlich mit der Vorlage befasst. Angesichts der überraschenden Tragweite der vorgeschlagenen Lösungen erscheint es legitim, diese FMH-interne Vernehmlassung bereits jetzt bzw. gleichzeitig an die zuständigen eidgenössischen Instanzen weiterzuleiten.

I. Allgemeine Bemerkungen

Eine deutliche Mehrheit der politischen Meinungsträger in der Schweiz sieht heute die Notwendigkeit der Zulassung von Pflegefachpersonen für Tätigkeiten zulasten der sozialen Krankenversicherung OKP. Im Grundsatz können wir uns deshalb wohl nicht (mehr) dagegen stellen, haben aber weiterhin Bedenken.

Wir verweisen aber auf unsere Stellungnahme namens und im Auftrage des Kantonalvorstandes der BEKAG zum Vorentwurf für ein Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Die Stossrichtung *Gesundheit2020* des Bundesrats sowie der Charta „Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ der SAMW unterstützen wir nach wie vor nicht oder nur teilweise.

Anstatt die **Behebung des Ärztemangels** anzupacken und auf Bundesebene endlich die dafür notwendigen Mittel bereitzustellen, sollen mit dem GesBG und mit der jetzt vorgelegten Änderung des KVG Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geschaffen werden.

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet, bringt jetzt mehr Klarheit, was an sich zu begrüssen ist. Trotzdem bringen wir dazu die folgenden Vorbehalte an:

- Gerade der Bereich der Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute **wegen des Pflegemangels** mehrheitlich von Fachangestellten Gesundheit (FaGe) ausgeübt, weshalb Pflegefachpersonen, welche künftig gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder gestützt auf ein Bacherlordiplom FH sowie gestützt auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige Tätigkeit" diese Tätigkeiten lediglich überwachen würden; ob sich damit eine ausreichende Aufwertung der eigenen Tätigkeit erreichen lässt, ist eher fraglich;

- Wir befürchten deshalb eine beabsichtigte Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege; entgegen der Absicht des Bundesrats, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste" regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege" und „Behandlungspflege" unseres Erachtens wegen deren Wichtigkeit, und um der erwähnten Problematik adäquat vorzubeugen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.

***E*Art. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG** sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden ***(Behandlungspflege);***

b. von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden ***(Grundpflege).***

Zudem lehnen wir Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und/oder schwierige Abgrenzungsfragen zur Verantwortlichkeit sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, weiterhin dezidiert ab. Entsprechend ist ***E*Art. 33 Abs. 1bis lit. c KVG** gemäss dem *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* unseres Erachtens ersatzlos **zu streichen**:

~~*c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.*~~

Gleichzeitig unterstützen wir deshalb auch bei ***E*Art. 25a Abs. 2 erster Satz KVG** den *Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz* wie folgt:

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet ...

Nachdem wir uns in den letzten Jahren aus ordnungspolitischen und sozialversicherungsrechtlichen Gründen immer konsequent gegen eine Aufhebung des Kontrahierungs-

zwangs gegenüber der Ärzteschaft und vor allem gegen die Aufhebung der freien Arztwahl ausgesprochen haben, sind wir auch gegen die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG.

EArt. 40a KVG ist demzufolge **zu streichen** und dem *Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten und Parmelin* kann nicht gefolgt werden.

Wir können zur Zeit nicht abschätzen, zu welchen Schwierigkeiten die angestrebte Umsetzung der mit der vorgesehenen Gesetzesänderung vorgesehenen neuen Kompetenzabgrenzung zwischen den verantwortlichen Ärzten und den Pflegefachpersonen im Spitalbereich, hinsichtlich der Akut- und Übergangspflege, bei den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder bei den selbständig auf eigene Rechnung tätigen Pflegefachpersonen führen wird. Konflikte sind indessen vorprogrammiert. Mit neuen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche wird die allseits angestrebte integrierte Versorgung unseres Erachtens eher erschwert.

Ein Funktionieren des neuen Systems setzt deshalb voraus, dass die Hauptverantwortung des Arztes oder der Ärztin für die Behandlung des Patienten im Bereich der Abklärung, Beurteilung und Beratung erhalten bleibt, was eine adäquate Mitsprache der Pflegefachpersonen nicht ausschliesst. Wir setzen uns also für ein verstärktes Mitsprache- und Vorschlagsrecht der Pflegefachpersonen ein, während die **Schlüsselrolle und Koordinationsfunktion des verantwortlichen Hausarztes oder Kaderarztes am Spital erhalten** bleiben muss.

Nur so kann erreicht werden, dass die Neuregelung zu keinen oder zumindest **zu keinen (leider zu befürchtenden) erheblichen Mehrkosten** zulasten des KVG führen wird. Entsprechend erachten wir auch ein stringentes Kostenmonitoring gemäss der vorgesehenen Übergangsbestimmung als unbedingt notwendig.

II. Weitere Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

EArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG

Keine Bemerkungen.

EArt. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I. zu *E*Art. 25a Abs. 2 erster Satz sowie zu *E*Art. 33 Abs. 1bis KVG.

EArt. 33 Abs. 1bis KVG

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I.

EArt. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG

Keine Bemerkungen.

EArt. 40a KVG (Minderheitsantrag)

Siehe obige Bemerkungen unter Ziff. I.

EArt. 55a Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2 und 4 KVG

Es ist richtig, die Kompetenz der Kantone zur bedarfsgerechten Zulassung auf die Pflegefachpersonen auszudehnen. Die Zulassungsbeschränkung muss zudem auch für den ambulanten Bereich der Spitäler gelten.

Wir erachten es insbesondere als dringend notwendig, angemessen und auch **europakompatibel**, die seit längerem diskutierte Ausnahmebestimmung, wonach **Ärztinnen und Ärzte mit mindestens drei Jahren Tätigkeit an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte vom Bedürfnisnachweis ausgenommen** sind, jetzt ausdrücklich auf Gesetzesebene zu verankern.

Mit freundlichen Grüssen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Der Präsident	**Der Sekretär**
Dr. med. Beat Gafner	Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:
- KKA
- Kantonale Fachgesellschaften
- VSAO Bern
- SBK Bern

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VALAIS
WALLISER ÄRZTE-VERBAND

Herrn Guy Parmelin
Präsident der Kommission
Gesundheit
Nationalrat

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Sion, le 23.6.2015

Concerne : Consultation
11.418 Iv. pa. LAMal. « Initiative Parlementaire Joder modification LAMal pour plus d'autonomie pour le personnel soignant »

Monsieur le Président de la Commission de Santé du Conseil National, Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Nous nous permettons de répondre à la consultation que vous avez lancée le 24 avril 2015, par rapport à un sujet qui nous concerne de près.

Malgré l'opposition massive du corps médical face à cette initiative, le parlement semble vouloir adopter cette modification lourde de conséquences organisationnelles et financières qui aura certainement aussi un effet néfaste sur la pénurie en personnel soignant qualifié exerçant en milieu hospitalier qui souffre déjà à l'heure actuel de nombreux départs, surtout de soignants suisses des hôpitaux vers les structures de soins à domiciles et EMS, dans lesquelles le travail est soumis à moins de contraintes que cela n'est le cas dans le milieu hospitalier.
Nous assistons depuis des années à une « académisation » de la profession de soins qui conduit d'une part à une revalorisation intellectuelle et organisationnelle du métier des soins, mais s'accompagne par la force des choses aussi par des revendications salariales plus élevées alors que la prestation des soins de base nécessaire et fondamentale n'évolue pas dans la même mesure.
Nous avons déjà assisté à une augmentation impressionnante des frais liée aux soins à domicile ces dernières années, alors que le médecin de famille avait encore un rôle de « gate-keeper » à jouer. Nous avons aussi vu se généraliser l'utilisation de matériel de soins de plaies p. ex. nettement plus coûteux suite à des formations poussées dans le domaine des soins de plaies données aux soignants sous une forte pression des firmes pharmaceutiques, alors que leur supériorité face à leur prix n'a pas été clairement établie. Alors que le médecin avait encore une certaine possibilité d'interférer sur certains coûts induits par les soins jusqu'ici, cette régulation tombera avec l'adaptation prévue de la LAMal en faveur de plus

d'autonomie – en mettant le personnel soignant dans le rôle de fournisseur de soins indépendant qui verra encore plus de son temps attribué à des tâches administratives et des négociations avec les assurances, et aura encore moins de temps à disposition pour le soin proprement dit. D'autre part, les mesures de monitorage, tenue à jour des registres, des procédures d'évaluation de l'économicité conduiront de leur côté à une augmentation des frais administratifs supplémentaires.

Vu que la fonction du « gate-keeper médical » tombera, il serait tout à fait illusoire de ne pas s'attendre à une augmentation de l'offre infirmière travaillant à son propre compte. Il est difficile de comprendre le raisonnement au niveau du parlement, qui part du principe que l'accès aux médecins-spécialistes doit être restreint par un « gate-keeper » pour limiter les frais induis, mais par contre pense que cela ne serait pas le cas pour d'autres professionnels de la santé tels que les soignants.

La SMV est persuadée qu'il faut renforcer la collaboration entre les partenaires du système sanitaire y compris avec le personnel soignant et utiliser de mieux en mieux la délégation de certaines activités selon les compétences des personnes impliqués et du cadre donné. Par contre, elle est très **préoccupée par la problématique de la délimitation des responsabilités et de cohérence de la prise en charge médicale dans un système où la délégation n'est plus assumée sur prescription médicale mais automatisée**, alors qu'au niveau des soignants l'hétérogénéité des formations – surtout aussi du personnel formé à l'étranger sera un problème encore plus important que celui que nous rencontrons déjà avec certaines reconnaissances d'équivalence de formations médicales au niveau de la MEBEKO.

Une **augmentation des coûts liée aux soins sans amener de véritable plus-value au système sanitaire** hormis une « revalorisation » théorique pour le personnel soignant (qui se heurtera bientôt aux négociations tarifaires qui risquent d'être nettement moins revalorisantes) nous semble préprogrammée.

Par équité, il faut s'attendre que ce changement de loi éveille la revendication de droits similaires d'autres acteurs du système de santé, et il deviendra de plus en plus difficile de coordonner le système sanitaire autour de l'intérêt primaire que devrait rester malgré tout la santé du patient.

En ce qui concerne la discussion actuelle au niveau du conseil national, la SMV soutient fortement les critiques et propositions émises par la FMH.

Alors que l'initiative stipulait que ces prestations devaient être définies, la modification proposée dans la LAMal ne les précise pas davantage. De même, il est indispensable de préciser les différents niveaux de formation exigés pour permettre la délégation de tâches précises. Pour des raisons de sécurité et de qualité de la prise en charge médicale, il est indispensable de restreindre les activités pouvant être effectuées de façon autonome par les soignants à des domaines des soins de base somatiques purs qui ne nécessitent pas de diagnostic médical ni de plan de traitement médical.

Nous suggérons donc :

de préciser à l'article *25, al. 2, let. a* **:** Ces prestations comprennent :
a. les examens etc. traitements etc…. effectués par:
2bis. Les infirmiers remplissant les prérequis selon l'**art. X (article à créer, réglant le niveau de formation requis** !), pour autant qu'il s'agisse de mesures visant soit à déterminer le degré de besoin en soins, soit à proférer des conseils de soins et la coordination et l'exécution de soins somatiques de base.

Art. 25a, al. 1 et 2, 1re phrase
1 L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux :
a. sur prescription ou sur mandat d'un médecin rajouter : en ce qui concerne les soins faisant partie intégrante d'un traitement ou d'un suivi médical ainsi que les soins psychiatriques de base.

b. par un infirmier sans prescription ni mandat médicaux pour autant qu'il s'agisse de mesures visant soit à déterminer le degré de besoin en soins, soit à proférer des conseils de soins et la coordination et l'exécution de soins somatiques de base.

2 Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier biffer : et sont prescrits conjointement par un médecin et un infirmier de l'hôpital) sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément.

Une telle exigence alourdirait encore les procédures administratives et ne fait pas de sens.

<u>En résumé, nous insistons donc sur les points suivants :</u>

- **fort risque d'augmentation des coûts de l'enveloppe santé sans amélioration** sanitaire s'il y a indépendance des soignants sans définition précise des prestations autorisées, sans exigence de formation adéquate et sans contrôle médical pour le diagnostic et l'intégration des prestations dans l'ensemble de la situation santé du patient ;

- **fort risque d'appauvrissement de la collaboration interprofessionnelle** au détriment des patients s'il n'y a pas un référent médical pour le patient ;

- **fort risque d'accroissement de charges administratives coûteuses** et donc de coûts sans amélioration de l'efficacité des soins.

Il nous semble indispensable de limiter les risques de dérives découlant de cette modification de la LAMal qui nous semble prématurée, alors que de nombreuses démarches d'intensification de collaboration partenariale entre les acteurs du système sanitaire sont en cours actuellement.

Nous espérons que vous pourrez tenir compte de nos préoccupations sincères à ce sujet dans le processus d'adaptation LAMal en cours.

Avec nos salutations les meilleures,

Dr Monique Lehky Hagen
Présidente SMV

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU CANTON DE GENÈVE

A l'attention de la
Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique du Conseil national

Genève le 16 juillet 2015

Concerne : 11.418 Iv.pa. LAMal Accorder plus d'autonomie au personnel soignant
Réponse de la procédure de consultation

Monsieur le Président de la Commission,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Nous vous remercions beaucoup de nous avoir donné la possibilité de répondre à cette consultation.

Mentionnons d'abord que nous partageons complètement et soutenons les points que la Fédération des Médecins suisses (FMH) a soulevés dans sa prise de position.

Nous souhaitons ajouter ici des considérations qui nous paraissent essentielles, relatives à l'autonomie et à la maîtrise des coûts (1), ainsi qu'à l'attrait du métier et à la pénurie des soignants (2). De plus, nous évoquerons également ci-dessous la question fondamentale de la responsabilité (3), qui est totalement négligée dans le projet de loi.

1. Accorder plus d'autonomie et maîtrise des coûts :

L'AMG partage la volonté d'améliorer l'efficience de la collaboration entre professionnels de la santé dans le but d'accroître la qualité des soins et de mieux maîtriser les coûts.

L'interprofessionnalité – l'optimalisation du travail ensemble – implique une meilleure reconnaissance des compétences respectives des prestataires : chaque profession de la santé possède une spécificité qui doit être reconnue et valorisée. Mais cela impose aussi des limites à l'autonomie qui sont dictées par les compétences médicales globales.

Or, tel qu'il est prévu, le projet de loi mènera rapidement à un morcellement incontrôlé dans la pratique des soins au point que ceux-ci seront décidés et effectués par des professionnels sans formation médicale complète. Ceci qui conduira à une sous-, ou à une sur-pratique des prestations, avec toutes les conséquences évidentes, néfastes et certainement coûteuses.

La prescription autonome des soins par le personnel infirmier n'améliorera ni la qualité de prescription de ces soins, ni leur efficacité, ni leur économicité. En revanche, cette revendication conduira d'évidence à négliger, voire de fait abolir, la supervision médicale. Le médecin prescripteur des examens et des soins a pourtant la vision globale, donc nécessaire, des besoins que la santé du patient requiert.

12, RUE MICHELI-DU-CREST • 1205 GENÈVE • TÉL. 022 320 84 20 • FAX 022 781 35 71 • E-MAIL: info@amge.ch
Site internet: http://www.amge.ch

Le rôle central du médecin de famille, en tant que prescripteur et coordinateur, permet de limiter les interventions lacunaires ou redondantes. Il est le meilleur garant de la coordination optimale des soins et de leurs coûts : de la pose précise du diagnostic, en passant par les examens adéquats et non superflus, jusqu'aux thérapeutiques adaptées. Faute de quoi nous assisterons à une augmentation du volume global des prestations, donc des coûts ; l'ensemble du système y sera piégé.

Il faut bien distinguer la multidisciplinarité, qui appelle à un renforcement de la collaboration entre divers types de professionnels, de l'autonomie, qui pousse à s'en passer !

Il est clair que la répartition des tâches entre professionnels doit être basée sur les compétences respectives des soignants, ainsi que sur les besoins réels du patient et de ses proches. Mais là où chaque profession appliquera souverainement ses propres règles, chacun étant prescripteur dans son domaine, le rôle essentiel de chef d'orchestre du médecin de premier recours (MPR) s'en trouvera considérablement affaibli. La maîtrise des coûts n'y trouvera aucun bénéfice ; prétendre le contraire n'est que porteur d'illusions. **Réduire le rôle du MPR pour faire place à une gestion autonome par des acteurs multiples est ainsi une erreur.**

2. Pénurie des soignants :

C'est en amputant du métier de médecin de famille toute une partie de ses activités qu'une nouvelle dévalorisation lui est infligée. Ce signal très négatif s'ajoute aux multiples déficits de reconnaissance que subissent les médecins de premier recours (MPR) et atteint lourdement la motivation des jeunes à s'engager dans cette voie lors de leurs études de médecine. Le travail des MPR doit absolument et d'abord être reconnu, valorisé et mieux rémunéré, plutôt que transféré et confié à d'autres acteurs. Dévaloriser cette profession pour revaloriser celle d'infirmière, n'est sans doute pas la bonne stratégie sanitaire et économique à moyen ou long terme. Ce n'est certainement pas non plus le désir de la population suisse ; celle-ci a par ailleurs plusieurs fois clairement exprimé dans les urnes sa volonté de pouvoir librement choisir son médecin ; suite à la modification prévue de la loi, les assurés pourront-ils alors choisir leur « infirmière autonome » ?

Lorsque la couverture médicale est insuffisante, un recours accru au personnel infirmier peut décharger les médecins, mais l'objectif doit être de maintenir une disponibilité suffisante à la fois des soins médicaux et des soins infirmiers, avec le recours raisonné, planifié et équilibré à l'un et à l'autre. Le nombre annuel de MPR doit être nettement augmenté. Nous refusons l'argument que la pénurie de médecins est une fatalité qui ne connaît aucune solution et que par conséquent le médecin doit être remplacé.

Tout ce qui précède s'applique d'autant plus lors des sorties « difficiles » de l'hôpital.
Quant au métier d'infirmière, dont l'évolution des charges administratives, souvent liées à l'informatique, l'accapare de plus en plus en l'éloignant de son métier de base, cette modification de loi viendra aggraver sa pénibilité et n'est que de la « poudre aux yeux » pour motiver les jeunes.

3. Reste un problème crucial, celui de la responsabilité :

Quelles seront concrètement les implications, civiles ou pénales, pour quel prestataire, en quelles circonstances ? Ces questions imposent obligatoirement des réponses dans la loi, car il serait totalement intolérable qu'un médecin assume une quelconque responsabilité pour des prises de décision ou des actes qu'il n'aurait pas lui-même délégués. Sans précisions inscrites dans la loi, le risque de soins exécutés sous une responsabilité inappropriée et les conflits entre professionnels seront inévitables ; ces litiges feront s'interposer les différents acteurs entre le médecin et son patient. Ce n'est pas acceptable et c'est la santé du patient qui en souffrira.

En conclusion, nous rejetons la « fausse bonne idée » de l'initiative parlementaire Joder et sa mise en œuvre telle que prévue dans ce projet de loi qui ne règle aucun des problèmes générés par cette initiative. Nous ne pouvons ainsi souscrire :

- **ni à cette autonomisation accrue du personnel soignant, dont les conséquences seront une péjoration évidente de la coordination des soins à cause de la multitude de décisions incontrôlées ;**

- **ni à une dilution dangereuse des responsabilités médicales au détriment de la santé des patients que sa mise en œuvre provoquera ;**

- **ni à l'augmentation globale des coûts de la santé à charge de l'assurance-maladie de base qu'elle engendrera.**

L'application de cette loi se fera tant au détriment des assurés, qui supporteront un poids économique supplémentaire, que des patients, qui subiront une baisse de la qualité et de la sécurité de leurs soins.

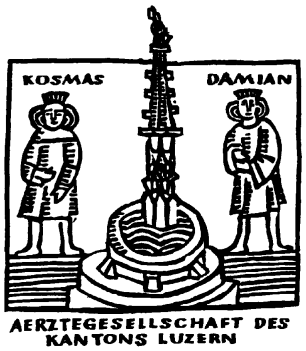
Bref, ce projet de loi – issu d'une initiative parlementaire qui peut avoir l'apparence du bon sens mais est au-delà fortement contestable – est inadéquat, car il manquera toutes ses cibles.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos observations, nous vous adressons, Monsieur le Président de la Commission, Mesdames et Messieurs les Parlementaires, nos respectueux messages.

D. [signature]

p.o. Michel Matter
Président

Didier Châtelain
Vice-président



Herrn Bundesrat
Alain Berset
Vorsteher EDI

per Mail
karin.schatzmann@bag.admin.ch
und dm@bag.admin.ch

Luzern, 14. August 2015

Vernehmlassung zur Anerkennung der Verantwortung in der Pflege

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Es gilt zu betonen, dass hier die Anliegen der Pflege im Stationären Bereich resp. in der Pflege von betagten Personen in Heimen vorwiegend angesprochen wird. Es handelt sich somit NICHT um den grossen Anteil der ambulanten Dienste, wo viele verschiedene Berufsgruppen vertreten sind.

2. Es ist klar zu begrüssen, dass durch FH , universitäre Ausbildungen von Pflegeberufen mehr Kompetenz und Wissen resp. Forschung vorhanden sind, die auch entsprechend kompetent und für die pat. gewinnbringend eingesetzt werden. Jedoch handelt es sich oft um eine spezialisierte Pflege resp. Pflegewissenschaft , die für ein ausgewähltes Pat. kollektiv gilt.

3. Eigenverantwortliches Handeln bedingt auch Nachweis der fachlichen Kompetenz, Qualitätsnachweis und Haftungsverantwortung. Das bisherige System mit der Delegation von Leistungen durch den triagierenden Arzt mit ensprechender Anordnung hat sich bewährt . Die Ausführung, die fachliche Kompetenz und die Ueberwachung obliegt der ausführenden Pflegestelle – der Arzt überwacht und kontrolliert den Verlauf. Es gilt klar die menschlichen Ressourcen optimal einzusetzen, damit die Pat. die beste Behandlung, von der kompetentesten Person, am richtigen Ort mit der nachgewiesenen Qualität

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS LUZERN, TEL 041 410 88 85 FAX 041 410 80 60
SCHWANENPLATZ 7, 6004 LUZERN
E-MAIL: SEKRETARIAT@AERZTE-LU.CH

erhält.

4. Sollen Leistungen in eigener Verantwortung erbracht werden , so sind diese klar zu definieren, damit diese auch vom behandelnden Arzt entsprechend überwiesen werden kann. Unsere Bedenken sind eher fachlicher, ausbildungstechnischer und qualitativer Art. Wie können wir Aerzte abschätzen, dass das Behandlungsziel erreicht wird? – Die Ausbildung erfolgt oft im Spital oder FH-Bereich, der uns ambulanten Aerzte unbekannt ist resp. es sich oft um ein selektives Patientengut handelt. Wir in der Praxis kämpfen um Anerkennung von Leistungen von Medizinischen Praxisassistentinnen, aber diesbezüglich ist nicht einmal die gesetzliche Anerkennung dieser Berufsgruppe vorhanden. Diese MPA sind aber in unseren Praxen an einem unselektierten Patientenkollektiv ausgebildet und werden den spezifischen Anforderungen unserer ambulanten Patienten eher gerecht. Zudem gilt es zu bedenken, dass im Rahmen der Freizügigkeit ausländische Diplome anerkannt werden müssen, obwohl wir die dort geltenden Qualitätsstandards, Ausbildungscurriculae, Weiterbildungsanerkennungen nicht kennen. Werden neue Pflegeleistungen eigenständig mit unbekannter Qualität (von evt. ausländischen Pflegekräften oder Organisationen) erbracht, können die Aerzte auf den Verlauf keinen Einfluss nehmen und die Gefahr ungünstige Verläufe zu spät zu erkennen ist gross.
   Das System mit der Verordnung wie bei Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Kontrolle nach einigen Sitzungen hat sich sehr bewährt. Es sind auch Berufsgruppen die spezifisch in der ambulanten Tätigkeit ausgebildet sind, deren Qualität ich als praktizierender Arzt abschätzen kann und auch ein guter Austausch über Therapieerfolg und Therapieverlauf besteht.

5. NEUE Leistungserbringer führen auch zu einer Zunahme von Kosten im ambulanten Bereich. Um die Folgen für die Kosten im KVG-Bereich unter dem Kostenneutralitätsprinzip gilt es ein strenges Kostenmonitoring miteinzubeziehen.

6. Ansonsten schliessen wir uns der Argumentation der FMH an mit den entsprechenden Einschränkungen und möchten nochmals betonen, dass die Pflege vorallem auf stationären Einrichtungen, Heimen und Spitalambulatorien, zT sehr spez. wie onkologische Gemeinschaftspraxen beruhen und die ambulanttätige Aerzteschaft resp. die hausärztliche Versorgung in Zusammenarbeit mit medizinischen Praxisassistentinnen ausgeführt wird. Genau diese MPA-Gruppe wird an unserem unselektionierten Patientenstamm ausgebildet und kann die häufigen, einfachen, unkomplizierten Therapien ausführen, überwachen und immer in Zusammenarbeit mit den Aerzten erbringen. Bei komplizierten und komplexen Fällen gibt es immer die Möglichkeit der Ueberweisung an ein Zentrum oder unter Einbezug einer spez. Pflege wie Palliativcare, Psychospitex etc.
   In der Praxis zeigt sich, dass oft zu früh oder sehr rasch die spezialisierte Pflege eingeschaltet wird, obwohl die Pflegeleistung auch von einer weniger gut ausgebildeten MPA

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS LUZERN, TEL 041 410 88 85 FAX 041 410 80 60
SCHWANENPLATZ 7, 6004 LUZERN
E-MAIL: SEKRETARIAT@AERZTE-LU.CH

oder Fachkraft ausgeführt werden kann mit den selbstverständlich nachfolgend massiv höheren Kosten.

Mit freundlichen Grüssen

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Dr. med. Aldo Kramis
Präsident

Ueli Zihlmann
Geschäftsführer

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS LUZERN, TEL 041 410 88 85 FAX 041 410 80 60
SCHWANENPLATZ 7, 6004 LUZERN
E-MAIL: SEKRETARIAT@AERZTE-LU.CH

ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Lodevole
Consiglio nazionale
Commissione della sicurezza sociale e della sanità
CH-3003 Berna

Mezzovico, 14 agosto 2015

Via e-mail : karin.schatzmann@bag.admin.ch e dm@bag.admin.ch

Progetto preliminare di modifica della LAMal: maggiore autonomia del personale sanitario (Iniziativa parlamentare Joder no. 11.418) – Osservazioni dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT)

Gentili Signore Commissarie, Egregi Signori Commissari,

con riferimento al progetto preliminare di modifica della LAMal menzionato in oggetto, messo in consultazione dalla vostra Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) dal 24.4.2015 al 14.8.2015, con la presente l'OMCT si pregia formulare le seguenti osservazioni.

I. In generale

La modifica legislativa fa seguito all'iniziativa parlamentare del 16.3.2011 "Maggiore autonomia al personale sanitario" (no. 11.418) mediante cui il deputato Joder ha chiesto di definire nella LAMal una serie di prestazioni medico-sanitarie che possano essere dispensate sotto la diretta ed esclusiva responsabilità del personale sanitario; fornite quindi a titolo dipendente o indipendente senza prescrizione medica.

La CSSS-N ha quindi approvato il progetto preliminare in discussione mettendolo in consultazione.

La riforma concerne sia il personale sanitario che lavora negli ospedali, sia le persone esercitanti in nome e per conto proprio, sia per i dipendenti di case di cura o di organizzazioni per le cure medico-sanitarie e l'assistenza al domicilio (Spitex).

L'OMCT condivide gli obiettivi generali di questa modifica legislativa, che mira a valorizzare e rendere più attrattiva la professione dell'infermiere, anche in vista delle sfide future della sanità.

ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

In un contesto socio-sanitario che deve far fonte all'aumento delle malattie croniche, dovute anche al progressivo innalzamento dell'età della popolazione, una riorganizzazione dei ruoli e delle competenze del personale sanitario per aumentane l'efficacia appare opportuna.

Il fatto di rinunciare, per determinate prestazioni sanitarie, alla prescrizione medica, dando agli infermieri un accesso diretto al paziente, significa da una parte responsabilizzarli e dall'altra sgravare i medici da un onere spesso (soltanto) burocratico non indifferente.

Ne deriva una migliore suddivisione delle competenze e una gestione più snella dei dossier.

Occorre tuttavia essere coscienti che questa riforma mette in campo grosse problematiche, che non sono da sottovalutare.

Si tratta in particolare :

- Del rischio concreto di aumento dei costi sanitari se non si implementa un sistema di controllo efficace sull'adeguatezza delle cure fornite dal personale infermieristico. A questo proposito il progetto è lacunoso e rappresenta un pericoloso salto nel vuoto.
- Del rischio di peggioramento del flusso di informazioni infermiere-medico (già oggi spesso problematico), se non si definiscono sistemi gerarchici di collaborazione; occorre assolutamente evitare, nell'interesse dei pazienti, che le due categorie lavorino a compartimenti stagni. A questo proposito si potrebbero sollecitare regolari incontri fra gli ordini e le categorie professionali coinvolte per definire il miglior sistema di coordinamento delle cure.
- Del rischio che non vi sia chiarezza sulle responsabilità (chi è responsabile di cosa) se non si provvede a definirlo chiaramente nella legge.

Non bisogno inoltre dimenticare che la nuova figura professionale sarà sicuramente attrattiva anche per i professionisti dell'UE che aumenteranno ulteriormente.

Vi saranno pertanto nuove difficoltà dal profilo della vigilanza e della sicurezza dei pazienti che andranno ad aggiungersi, per quanto concerne il nostro Cantone, a una situazione già problematica. Dall'introduzione della libera circolazione nel 2002 l'Ufficio di sanità ha dovuto far fronte a un aumento esponenziale delle richieste di autorizzazione degli operatori sanitari attivi sul territorio, che ha messo a dura prova le risorse cantonali determinando una situazione non sempre di facile gestione.

Prima di procedere ai commenti articolo per articolo ci permettiamo di esprimere una critica sulla tempistica della proposta in esame, che a nostro avviso non doveva essere trattata prima della conclusione dell'iter della (nuova) Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan).

II. Commento ai singoli articoli

Ad art. 25 cpv. 2 lett. a (prestazioni generali in caso di malattia)

- Questo articolo descrive le prestazioni i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- Si tratta degli esami e delle terapie ambulatoriali, in ospedali o in una casa di cura, nonché delle cure ospedaliere.
- Con la modifica proposta queste prestazioni possono venir dispensate d'ora in poi, oltre che dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico, anche da infermieri (senza prescrizione).
- Dal rapporto esplicativo risulta che le prestazioni dispensabili dagli infermieri senza prescrizione medica riguardano **la valutazione, i consigli e il coordinamento** di cui agli art. 7 cpv. 2 lett. a Opre, **nonché le cure di base** di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b Opre, mentre le cure di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (esami e cure) continueranno a dipendere da una prescrizione medica.
- Siamo d'accordo sul principio dell'inserimento della categoria degli infermieri nella lista dei fornitori di prestazioni autorizzati a dispensare prestazioni sanitarie a carico della LAMal.
- Riteniamo tuttavia che debbano essere definite **a livello di legge** le prestazioni che possono essere effettuate e/o dispensate dagli infermieri senza prescrizione medica, questo per garantire la necessaria sicurezza giuridica in un ambito tanto delicato e importante come il passaggio di competenze dai medici agli infermieri.
- Non è pertanto a nostro avviso sufficiente la delega prevista dal nuovo art. 33 cpv. 1 bis LAMal al Consiglio federale di stabilire per via di ordinanza quali prestazioni gli infermieri potranno dispensare autonomamente e quali invece continueranno a dipendere da prescrizione medica.
- Analogo discorso vale per le qualifiche professionali. A nostro avviso per poter dispensare direttamente a carico della LAMal bisogna essere in possesso di un titolo universitario (SUP), o un titolo equivalente. Questa condizione deve essere prevista espressamente nella LAMal e non successivamente in un'ordinanza. È un presupposto che riteniamo fondamentale per la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure in Svizzera.
- Aggiungiamo infine l'obbligo legale di una copertura assicurativa adeguata per il personale infermieristico che esercita a titolo indipendente.

Ad art. 25a cpv. 1 e (cure in caso di malattia)

- Questo articolo descrive le prestazioni per le quali l'assicurazione obbligatoria presta un contributo.
- Si tratta delle cure dispensate ambulatorialmente (anche) in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura in base a una prescrizione medica e d'ora in avanti anche da un infermiere senza prescrizione medica.

- In riferimento a questo articolo valgono le osservazioni formulate all'articolo precedente, ossia che aderiamo al principio che determinate prestazioni possano venir fornite da un infermiere senza prescrizione medica, purché esse siano delimitate e precisate nella legge e purché l'infermiere abbia un'adeguata formazione e copertura assicurativa.

Ad art. 25 a cpv. 2 primo periodo (cure acute e transitorie)

- Il cpv. 2 fa riferimento alle cure acute e transitorie (CAT) che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e che sono rimunerate con un forfait dall'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per 14 giorni al massimo.
- Secondo il progetto di modifica di legge queste cure non dovrebbero più essere prescritte soltanto dal medico, ma **congiuntamente** da parte di medico e infermiere.
- L'OMCT **non condivide il concetto della prescrizione congiunta**, che, se d'acchito, appare politicamente corretto, dal profilo pratico si rivela essere macchinoso, lungo e di difficile gestione
- Se è vero che già oggi queste decisioni vengono prese di concerto fra medici e infermieri è altrettanto vero che non sempre vi è unanimità di intenti; se il medico e l'infermiere non dovessero trovarsi d'accordo, cosa succederebbe? Che segnale daremmo al paziente? E chi assumerebbe i costi della prestazione avvenuta sulla base di opinioni divergenti?
- L'OMCT preferisce una separazione chiara delle responsabilità con l'identificazione di un solo responsabile che, in questo caso, alla luce delle valutazioni che occorre operare per decidere un ricovero nei reparti CAT, **deve restare il medico.**

Ad art. 33 cpv. 1bis

- Nell'attuale regime spetta al Consiglio federale in un elenco positivo definire le prestazioni che un infermiere può dispensare previa prescrizione medica, mentre per le prestazioni dispensate da un medico vale il principio della fiducia per cui tutte le prestazioni sono remunerate salvo quelle espressamente escluse.
- Allo stesso modo la modifica di legge in esame prevede che sia il Consiglio federale a stabilire e designare le prestazioni che sono dispensante da infermieri senza prescrizione medica e quelle prescritte congiuntamente da medici e infermieri.
- Il rapporto esplicativo precisa per quanto concerne le prestazioni che sono dispensate da infermieri senza prescrizione medica, che si tratta della valutazione, dei consigli e coordinamento nonché le cure di base, mentre per quanto concerne quelle prescritte congiuntamente, che si tratta delle cure acute e transitorie (CAT).
- Ribadiamo l'esigenza, a nostro parere, che queste precisazioni vengano definite a livello di legge, mentre per la prescrizione congiunta sottoscriviamo la proposta di stralcio della minoranza per i motivi sopraelencati.

Ad art. 35 cpv. 2 lett. d bis (fornitori di prestazioni – Principio)

- Questo articolo elenca i fornitori di prestazioni che sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- D'ora in poi in questa lista figureranno anche gli infermieri e le organizzazioni che li occupano (nuova lett. d bis) per le prestazioni che possono dispensare autonomamente.
- Per le altre prestazioni che continuano a sottostare a prescrizione medica si applica l'art. 35 cpv. 2 lett. e LAMal che riguarda "le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica e le organizzazioni che le occupano".
- La legge non definisce quali diplomi costituiscono il requisito per poter dispensare direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria. Analogamente al regime previsto per i medici (per i quali è precisato nella LAMal che devono essere "titolari del diploma federale" e disporre "di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale", cfr. art. 36 LAMal), crediamo che sia fondamentale fare chiarezza su questo aspetto direttamente nella legge, anche per quanto concerne il riconoscimento dei diplomi esteri e ciò in corrispondenza dell'aumento degli infermieri dall'UE che si registrerà dopo l'entrata in vigore di questa modifica legislativa.

Proposte della minoranza

Ad art. 40a

- Una minoranza (Botoluzzi, de Courten, Parmelin) vorrebbe inserire **la libertà di contrarre** per gli infermieri esercitanti in nome e per conto proprio senza prescrizione medica.
- Questo sistema sottopone all'esistenza di un contratto con uno o più assicurazioni il diritto di fatturare a carico della LAMal.
- Secondo l'OMCT, come per i medici, anche per gli infermieri **deve prevalere la libera scelta da parte dei pazienti**, i soli a dover stabilire se dare fiducia a un determinato professionista.
- Questa facoltà non deve essere appannaggio delle assicurazioni malattie. Ragione per cui **l'OMCT respinge** la proposta della minoranza invitando a preferire un regime basato sull'obbligo di contrarre.

Ad art. 55 a cpv. 1 lett c e d nonché cpv. 2 e 4 (limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie)

- Come per i medici anche per il personale infermieristico potrebbe instaurarsi su iniziativa del Consiglio federale un regime di moratoria, che limita l'accesso alla fatturazione a carico della LAMal
- L'OMCT **condivide** l'impostazione come misura atta a equilibrare e controllare la quantità (e la qualità) dell'offerta, che, secondo le statistiche, nel settore sanitario, determina la domanda.

ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

III. Conclusione

L'OMCT sposa il principio secondo il quale l'infermiere possa trovare la propria dimensione professionale liberandosi dal ruolo di assistente che da sempre lo caratterizza. Questa evoluzione deve tuttavia avvenire in un contesto chiaro di suddivisione di compiti e competenze per evitare confusione e sovrapposizione di ruoli, che sono pericolose per i pazienti. I limiti fra una professione (quella infermieristica) e l'altra (quella del medico) devono essere ben tracciati e chiari sia ai fornitori di prestazioni, sia ai pazienti e fra le due categorie occorre garantire la più ampia collaborazione e comunicazione.

L'OMCT chiede quindi, com'era peraltro previsto dall'iniziativa parlamentare su cui si basa la presente modifica di legge, che **vengano precisate nella LAMal le prestazioni che un infermiere può dispensare direttamente: accertamenti, consulenza, coordinamento e cure di base.**

Chiediamo inoltre che la **legge definisca precisamente le qualifiche che l'infermiere deve presentare per poter esercitare (direttamente) a carico della LAMal**. A nostro avviso questa prerogativa deve essere accordata soltanto agli infermieri con una **formazione universitaria.**

Nella legge deve essere inserito finanche **l'obbligo** per gli infermieri indipendenti **di un'adeguata copertura assicurativa.**

L'OMCT è infine preoccupato per l'impatto – dichiaratamente non quantificabile - che questa evoluzione determinerà sulla spesa sanitaria già sotto pressione. Occorrerà mettere a punto e affinare **strategie e sistemi di controllo dei costi** per garantire una dispensazione adeguata e economica delle cure e evitare gli abusi.

Nella speranza di aver date un contributo concreto alla crescita del nostro settore socio-sanitario, restando a disposizione per ulteriori chiarimenti, cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti.

ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti
Presidente

Ordine dei Medici del Canton Ticino – Stabile Qi, Via Cantonale – 6805 Mezzovico
Tel. 091 930 63 00 – Fax 091 930 63 01 – E-mail: info@omct.ch
IBAN CH02 0900 0000 6900 2503 3
CHE-103.135.861 IVA

Le Président

Fribourg, le 14 août 2015
PF

Par e-mail :
karin.schatzman@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

11.418 Iv. pa. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant – réponse à la consultation

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de prendre position dans le cadre de la consultation relative à l'avant-projet de modification de la LAMal visant à mettre en œuvre l'initiative parlementaire mentionnée en objet.

D'une manière générale, nous rejoignons les points soulevés par la Fédération des médecins suisses (FMH), la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) et par la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) dans leurs prises de positions respectives.

Tenant compte de l'évolution démographique et de la pénurie de médecins de premier recours ainsi que de personnel soignant qualifié, nous reconnaissons la nécessité de trouver des modalités de collaborations différentes entre médecins et personnel soignant, offrant d'avantage de souplesse, mais à la condition que le médecin reste le pivot du système afin d'assurer l'économicité des traitements, d'éviter les prises en charges parallèles et de permettre une communication optimale entre les différents acteurs autour du patient. Les médecins doivent dès lors conserver la responsabilité de la délégation de mandats de soins aux infirmiers spécialistes qui, alors, décident et organisent les traitements ou les prises en charge des patients.

Le projet de loi manque par ailleurs de clarté quant à certains éléments fondamentaux. Ces éléments ne sauraient à notre sens être précisés uniquement au niveau de l'ordonnance mais devraient faire l'objet de dispositions introduites dans la loi :
- le catalogue des prestations qui peuvent être fournies de manière autonome par le personnel infirmier ;
- l'instance est chargée de surveiller l'application des dispositions visant à accorder plus d'autonomie au personnel soignant ?
- la qualification et la formation continue requises pour le personnel soignant ainsi que les équivalences de formation des infirmiers d'origine non-helvétique.

En outre, la question de la responsabilité des intervenants indépendants nécessite également d'être précisée.

Société de médecine du canton de Fribourg
Rue de l'Hôpital 15
Case postale 1552
1701 Fribourg

Tél. 026 350 33 00
Fax 026 350 33 03
secretariat@smcf.ch
www.smcf.ch

Un dernier aspect est à considérer : la possible démotivation des futurs généralistes qui pourraient trouver leur profession moins attractive, devant se contenter d'une plus grande proportion de délégation d'actes médicaux.

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente prise de position, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Jean-Daniel Schumacher
Président SMCF

Eidgenössisches Departement
des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Gesundheitspolitik
3003 Bern

Gümligen, 14. August 2015

Vernehmlassungsantwort von medswiss.net zur
11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (Änderung des KVG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Zunächst danken wir Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur geplanten den vorgeschlagenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) der parlamentarischen Initiative betreffend die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege zu nehmen. Gerne nutzen wir die uns gebotene Möglichkeit und sind Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Überlegungen sehr verbunden.

medswiss.net gliedert die Stellungnahme in einen allgemeinen Teil, Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln und schliesst die Stellungnahme mit einer kurzen Zusammenfassung ab.

I. Allgemeine Bemerkungen

medswiss.net setzt sich als Dachverband der Schweizer Ärztenetze im Rahmen der Integrierten Versorgung für die politischen Interessen seiner Netzwerke und deren angegliederten Netzwerkärzte ein. Medswiss.net ist bestrebt, national optimale politische & wirtschaftliche Rahmenbedingungen, welche den Ärztenetzen eine qualitativ hochstehende integrierte Medizin ermöglichen, zu schaffen.

Die Grundversorgung der schweizerischen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen steht bereits seit Längerem vor folgenden Herausforderungen:

- Die demographische Entwicklung lässt darauf schliessen, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen weiter steigen wird.
- Auch der medizinische Fortschritt wird zu einem Mehrbedarf führen.
- Einer steigenden Zahl von Personen welche auf medizinische Leistungen angewiesen sind, steht ein eher rückläufiges medizinisches Kollektiv gegenüber. Dies mitunter auch wegen der sog. Feminisierung der Medizin, der Ausweitung von Teilzeitmodellen, der Überalterung der Hausärzte wie auch der Beschränkung durch Numerus Clausus.

medswiss.net
Moosstrasse 2
CH-3073 Gümligen
Tel: +41 (0)31 951 07 87
Fax: +41 (0)31 952 76 83
E-Mail: medswiss.net@hin.ch
http://medswiss.net

Diese Entwicklungen sind längst bekannt und die Leistungsbringer haben auch immer wieder auf die Umstände hingewiesen. Die vor kurzem durch den Bundesrat beschlossene Aufstockung der Studienplätze in Humanmedizin ist ein wichtiger und richtiger Schritt, welcher jedoch die sich akzentuierende Problematik der Versorgungssicherheit auch nicht lösen kann.

Pflegefachpersonen leisten seit jeher einen wichtigen und substantiellen Beitrag in der Pflege von Patientinnen und Patienten. Jedoch möchten wir festhalten, dass die angesprochenen Probleme bei der Versorgungssicherheit nicht durch Pflegekräfte gelöst werden können und wir skeptisch sind, ob Pflegefachpersonen als eigenständige Leistungserbringer gegenüber den Versicherern abrechnen sollen. Des Weiteren müsste das entsprechende Gesetz genaue Anforderungen, insbesondere bezüglich der Qualifikationen für abrechnungsberechtigtes Pflegefachpersonal definieren.

Wir verweisen an dieser Stelle auf die Vernehmlassung der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Sachen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Dabei haben sich verschiedene Organisationen kritisch dazu geäussert und klar festgehalten, dass auch die Frage nach der Verantwortung geklärt werden muss.

Aus Sicht der integrierten Versorgung ist eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen unabdingbar. Dabei ist zu beachten, dass innerhalb dieser Teams nicht neue Hierarchien eingeführt werden und bisher bereits im Bereich der integrierten Versorgung tätige Mitarbeiter wie MPA und Spitexangestellte abgewertet werden. Grundversorger in der integrierten Versorgung, die gerade bei der älteren und chronisch kranken Bevölkerung die Hauptarbeit der medizinischen Versorgung erledigen, sind eher auf gut ausgebildete MPA angewiesen. Schon heute übernehmen viele MPA Aufgaben der Koordination und Beratung. Zahlreiche Ärztenetze zeigen mit Projekten zu Chronic Care auf, wie eine solche Versorgung praxisintern und schlank aufgestellt zu bewerkstelligen ist. Für die Aufrechterhaltung der Grundversorgung auch in Zukunft und die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung scheint uns die Förderung und angemessene Honorierung der Leistungen der MPA ein viel gewichtigeres Thema als die selbständige Tätigkeit von Pflegefachpersonen.

Kostenfolgen

Im Allgemeinen führt jede Anerkennung einer neuen Leistung bzw. ein neuer Tarif zu einem Kostenschub. Mehr Leistungserbringer können zu einer Mengenausweitung führen. Diese kann nötig sein, wenn eine Versorgung bis anhin ungenügend oder in mangelnder Qualität erbracht wurde, die Mengenausweitung kann aber auch unnötig sein, weil Bedürfnisse geweckt wurden, deren Befriedigung nicht zur Steigerung der medizinischen Qualität führen.
Es ist möglich, dass die Pflegenden der Tertiärpflege nicht nur Aufgaben der Koordination und Beratung und der Abklärung erbringen werden, sondern um ausreichend mit Arbeit ausgelastet zu sein auch solche der Grundpflege, Für diese Tätigkeiten müssten sie ausbildungsgerecht entlohnt werden, was zu Kostenfolgen für Versicherer und Kantone führen wird. Aus diesen Gründen erwartet medswiss.net eher einen Kostenschub.

II. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 25 Abs. 2 Bst a:

Darin sollen neu Pflegefachpersonen aufgeführt werden. Dies impliziert, dass diese Berufsgruppe selbstständig und ohne ärztliche An- oder Verordnung tätig werden darf. Da Gesundheitsleistungen insbesondere beispielsweise die Medikation nur nach Aufnahme einer ausführlichen Anamnese und Kontrolle etwaiger Kontraindikation mit bereits verschriebenen Medikamenten respektive Massnahmen erfolgen sollte, sehen wir die selbstständige Tätigkeit ohne ärztliche An- oder Verordnung als fahrlässige Massnahme, welche nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung sein kann.

Art. 25 Abs. 1 und 2 erster Satz

Aus Sicht von medswiss.net führt die in Art. 25 Abs. 1 und 2 vorgesehene Selbstzuweisung zu einer unkontrollierten Mengenausweitung von Pflegeleistungen. Gerade auch bei Pflegeleistungen ist die Gefahr gross, dass eher zu viele, denn medizinisch notwendige Leistungen erbracht werden. Insofern ist gerade hier die Selbstzuweisung als besonders kritisch zu beurteilen.

Neu sollen Pflegeleistungen, welche im Anschluss an eine stationäre Behandlung stattfinden, nur noch gemeinsam von Ärzten und Pflegefachpersonen verordnet werden dürfen. Dies führt unweigerlich zu Verantwortlichkeitsproblemen, denn wer ist haftbar für eine falsche Verordnung?

Art. 33 Abs. 1bis

Die Bestimmung unter lit. c kann ersatzlos gestrichen werden.

Die Leistungen, welche nebst den Ärztinnen und Ärzten durch Pflegefachpersonen angeordnet werden dürfen, sind abschliessend zu benennen. Leistungen, welche nicht in diese Kategorie fallen, dürfen nur von ärztlichem Personal verordnet werden.

Art. 35 Abs. 2 Bst d^{bis}

Da wir die Nennung als Leistungserbringer in Art. 25 Abs. 2 Bst a ablehnen, lehnen wir auch diesen Artikel ab und schlagen vor, ihn ersatzlos zu streichen. Durch lit. e sind Personen und Organisationen, welche auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin resp. eines Arztes tätig sind, genannt, worunter auch Pflegefachpersonen fallen sollten.

Art. 40a Abs. 2

Uns erscheint, dass diese Kontrollfunktion der Zulassung bei einer staatlichen Institution liegen muss. Analog dem Zulassungsstopp wäre es aus Sicht von medswiss.net sinnvoll, wenn die Instanz, welche für die Umsetzung des KVG und für die Versorgungssicherheit besorgt ist, auch die Zulassung regelt. Somit wären hier die Kantone anzuführen.

III. Fazit

medswiss.net – wie bereits eingangs erwähnt – sieht der Absicht des Bundesrates im Grundsatz positiv gegenüber, verlangt aber, dass den obenerwähnten Bedenken in der Umsetzung Rechnung getragen wird. Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Ausführungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. Alexander v. Weymarn
Präsident medswiss.net

Christoph Lüssi
Geschäftsführer medswiss.net

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Gesundheitsberufe
3003 Bern

Per Email:
karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Bern, 25. Juni 2015

Stellungnahme der FMH zu 11.418 Pa. Iv. Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Die FMH bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Der FMH-Zentralvorstand nimmt wie folgt Stellung:

1. Vorbemerkungen

Die FMH begrüsst grundsätzlich mehr Kompetenzen der Pflege. Die Parl. Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» will, dass das **KVG** dahingehend anzupassen ist, dass Pflegefachpersonen künftig **«zu definierende» Pflegeleistungen «in eigener Verantwortung»,** d.h. ohne ärztliche Anordnung und zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen können. Nicht zuletzt diese – sinnvolle und wichtige – Forderung nach einer **inhaltlichen Spezifizierung auf Gesetzesebene** dürfte der Initiative auch Zustimmung eingetragen haben. Denn wenn ein grosser und wachsender Bereich der Gesundheitsversorgung vom bisherigen Standard der ärztlichen Behandlungsführung gelöst wird, müssen dessen Grenzen auf Gesetzesebene klar festgelegt sein.

Die FMH fordert deshalb eine klare Definition der folgenden 2 Punkte auf **Ebene des formellen Gesetzes**:

1. Definition der **Leistungen**, welche von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden können.

2. Definition des **Bildungsabschlusses**, welche Pflegefachpersonen nachweisen müssen, damit sie (ob selbständig oder angestellt) Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbringen können.

2. Zu den einzelnen Gesetzesartikeln

*Erläuterungen FMH zu E*Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG

Die Pflegefachpersonen werden in einer neuen Ziff. 2bis unter Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG explizit als Erbringer von Pflegeleistungen genannt, die in einem Spital durchgeführt werden. Diese Pflegefachpersonen sollen im Gegensatz zu jenen, die unter Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 fallen, Pflegeleistungen ohne ärztlichen Auftrag oder Anordnung erbringen können. Es wird im Gesetzesartikel aber nicht genannt, welche Leistungen dies sein sollen. Gemäss der Parlamentarischen Initiative sollen **diese Leistungen jedoch im Gesetz** definiert werden.

Gemäss dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 15. April 2015 sollen die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege (inkl. psychiatrische Grundpflege) nicht mehr auf Anweisung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können. Bei der **psychiatrischen Grundpflege** sind jedoch diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen stark vermengt. Die FMH ist deshalb klar dagegen, dass die gesamte psychiatrische Grundpflege ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können soll. Wäre hingegen auf Gesetzesebene klar definiert, welche Leistungen der psychiatrischen Grundpflege von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung (nämlich Leistungen der Grundpflege) und welche mit ärztlicher Anordnung (nämlich Leistungen der Behandlungs- und Therapiepflege) erbracht werden könnten, könnte sich die FMH damit einverstanden erklären.

Da die vorgenannte Unterscheidung in Bereich der psychiatrischen Grundpflege im Gesetz nicht vorgenommen wird, sollen nach Ansicht der FMH Pflegefachpersonen zwar Leistungen der Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie Massnahmen der somatischen – **jedoch nicht der psychiatrischen** - Grundpflege ohne ärztlichen Auftrag oder Anordnung erbringen können. Die pflegerischen Leistungen, welche in Art. 7 KLV beschrieben sind, decken ein breites Spektrum ab. Bei einer Etablierung pflegerischer Tätigkeiten ohne ärztliche Anordnung schlägt die FMH eine Abgrenzung nach dem folgenden Grundgedanken vor:

- Pflegeleistungen in Bezug auf Gesundheitsprobleme, die eine **ärztliche Diagnose** und einen **ärztlichen Behandlungsplan** erfordern, verlangen eine **ärztliche Anordnung**. Hierdurch werden nicht zuletzt auch Doppelspurigkeiten vermieden. Dies beträfe

  - *Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b KLV) sowie
  - *Massnahmen der psychiatrischen Grundpflege* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 2 KLV) Beispiel: Ein müder, trauriger und apathischer Patient kann ohne ärztliche Diagnose als depressiv fehlversorgt werden, kann aber tatsächlich an einer Schilddrüsenunterfunktion leiden.

- **Reine Pflegedienstleistungen**, die keiner ärztlichen Diagnose bedürfen und keinen ärztlichen Behandlungsplan erfordern, können Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung durchführen. Dies beträfe

  - *Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe a KLV)

sowie

  - *Massnahmen der somatischen Grundpflege* (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 1 KLV)

Zudem wird nicht genannt, welchen Bildungsabschluss Pflegefachpersonen haben müssen, damit sie Pflegleistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. **Der geforderte Bildungsabschluss muss auf Gesetzesstufe verankert werden**. Es genügt nicht, diesen auf Verordnungsebene zu regeln (siehe dazu die Ausführungen unter neu Art. 38a KVG).

_E_Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG soll deshalb wie folgt ergänzt werden:

[2] Diese Leistungen umfassen:

a. die Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von:

2[bis]. Pflegefachpersonen, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 38a des Gesetzes erfüllen, sofern es sich um Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie um Massnahmen der somatischen Grundpflege handelt.

***Erläuterungen zu E*Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG**

Die Unterscheidung der Leistungen in lit. a und b von Absatz 1 in Leistungen, welche auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden und solchen, welche von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können, ist sinnvoll. Aber auch hier werden die Leistungen im Gesetz nicht näher definiert. **Der Initiativtext verlangt jedoch klar eine Definition der beiden Leistungstypen (auf ärztliche Anordnung bzw. eigene Verantwortung) im KVG. Der Gesetzesentwurf ist deshalb dahingehend zu ergänzen.** Aus dem erläuternden Bericht der SGK-NR vom 15. April 2015 geht hervor (S.2), dass Leistungen der Grundpflege (inkl. psychiatrische Grundpflege) von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können sollen. Bei der **psychiatrischen Grundpflege** sind jedoch diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen stark vermengt. Die FMH ist deshalb klar dagegen, dass die gesamte psychiatrische Grundpflege ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können soll. Wäre hingegen auf Gesetzesebene klar definiert, welche Leistungen der psychiatrischen Grundpflege von Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung (nämlich Leistungen der Grundpflege) und welche mit ärztlicher Anordnung (nämlich Leistungen der Behandlungs- und Therapiepflege) erbracht werden könnten, könnte sich die FMH damit einverstanden erklären.

Die FMH lehnt die Forderung in Absatz 2 von *E*Art. 25a KVG ab, die bislang ärztliche Anordnung für die **Akut- und Übergangspflege** durch eine gemeinsame Anordnung von Arzt und Pflegefachperson zu ersetzen. Eine solche Regelung hiesse praktisch neu zwei Unterschriften zu fordern, wo bislang eine reichte. Die gemeinsame Anordnung würde im Alltag nicht funktionieren und Unklarheiten würden zu Lasten der Sicherheit der Patientinnen und Patienten gehen. Es müssten zudem Vorgehensweisen für allfällige Konflikte etabliert und neue Haftungsfragen juristisch geklärt werden.

_E_Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG soll wie folgt geändert bzw. ergänzt werden:

[1] Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:

a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. Dabei handelt es sich um Massnahmen der Untersuchung und Behandlungspflege sowie der psychiatrischen Grundpflege;

b. von einer Pflegefachperson, welche die Voraussetzungen nach Art. 38a des Gesetzes erfüllt, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden, sofern es sich um Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie um Massnahmen der somatischen Grundpflege handelt.

[2] Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ~~gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson~~ angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet. …

***Erläuterungen zu E*Art. 33 Abs. 1bis KVG**

Was lit. a und b von Art. 33 Abs. 1bis KVG angeht, so müssen auch hier die Leistungen, welche mit und ohne ärztliche Anordnung von Pflegefachpersonen erbracht werden können sollen, auf Gesetzesstufe definiert werden. So verlangt es der Initiativtext.

Die FMH unterstützt zudem den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz, Buchstabe c zu streichen. Die FMH lehnt Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und/oder schwierige Abgrenzungsfragen zur Verantwortlichkeit sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, klar ab. **Entsprechend ist *E*Art. 33 Abs. 1bis lit. c KVG ersatzlos zu streichen.**

***E*Art. 33 Abs. 1bis KVG soll wie folgt geändert bzw. ergänzt werden:**

1bis Er bezeichnet die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder an die die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25a Absatz 1 einen Beitrag leistet, wenn diese Leistungen:

a. von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. Dabei handelt es sich um Massnahmen der Untersuchung und der Behandlungspflege sowie der psychiatrische Grundpflege;

b. von Pflegefachpersonen, welche die Voraussetzungen nach Art. 38a des Gesetzes erfüllen, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. Dabei handelt es sich um Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination sowie um Massnahmen der somatischen Grundpflege.

~~c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.~~

EArt. 35 Abs. 2 lit. dbis KVG

Keine Bemerkungen.

Vorschlag FMH: neue Art. 38a und Art. 38b KVG

Erläuterungen zu neu Art. 38a KVG Pflegefachpersonen

Im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 15. April 2015 (S. 21) steht, dass auf Verordnungsstufe zu klären sein wird, welche Abschlüsse für die direkte Erbringung der Leistungen und welche für die Erbringung der Leistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Voraussetzung bilden müssen, damit die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können.
Nach Ansicht der FMH müssen die Anforderungen an die Zulassung, d.h. der **erforderliche Bildungsabschluss der Pflegefachpersonen** analog der für Ärzte oder Apotheker geltenden Zulassungsbestimmungen (Art. 36 und 37 KVG) **auf Gesetzesstufe verankert** werden. Pflegefachpersonen nach *E*Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG arbeiten eigenverantwortlich, ohne ärztliche Anordnung und ohne ärztliche Aufsicht. Dementsprechend müssen - wie dies auch für die übrigen Kategorien von Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker etc.) zutrifft - die Anforderungen an die ausgewiesene Weiterbildung höher gesteckt werden. Es versteht sich aus Qualitätssicherungsgründen zudem von selbst, dass auch fachlich selbständig tätige Pflegefachpersonen gleich wie die Ärzte sich kontinuierlich fortbilden müssen.

Im erläuternden Bericht (S. 7) steht, dass aufgrund ihrer Ausbildung diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage seien, selbständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.
Die FMH ist der Ansicht, dass für Personen nach *E*Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG entweder ein Bildungsabschluss in Pflege einer Höheren Fachschule (inkl. altrechtliche Abschlüsse) oder einer Fachhochschule sowie je eine zweijährige Berufserfahrung erforderlich sind, da sie dort die für ihre selbständige und eigenverantwortliche Berufsausübung notwendigen Fach- und Führungskompetenzen erwerben können. **Die Anforderungen an die Zulassung von Pflegefachpersonen, welche ohne ärztliche Anordnung Leistungen erbringen können sollen, sind in einem neuen Art. 38a KVG zu verankern.**

Erläuterungen zu neu Art. 38 b KVG Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen
*E*Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG sieht nebst den Pflegefachpersonen auch Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen als Leistungserbringer vor. Analog der Regelung, welche für Einrichtungen nach Art. 36a KVG gelten, soll in einem **neuen Art. 38b KVG** geregelt werden, dass Organisationen gemäss *E*Art. 35 Abs. 2 lit. d^{bis} KVG nur zugelassen sind, wenn die darin beschäftigten Pflegefachpersonen entweder einen Bildungsabschluss in Pflege einer Höheren Fachschule (inkl. altrechtliche Abschlüsse) oder einer Fachhochschule sowie über je eine zweijährige Berufserfahrung verfügen.

Neu Art. 38a KVG Pflegefachpersonen

Als Pflegefachpersonen, die Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen, sind zugelassen:

Pflegefachpersonen HF (inkl. altrechtliche Abschlüsse) oder Pflegefachpersonen FH mit je zweijähriger Berufserfahrung.

Neu Art. 38b KVG Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen

Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen sind zugelassen, wenn die darin tätigen Pflegefachpersonen die Voraussetzungen nach Art. 38a KVG erfüllen.

Erläuterungen zu EArt. 40a Pflegefachpersonen (Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten, Parmelin)
Die FMH ist klar gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gegenüber der Ärzteschaft und die Aufhebung der Arztwahlfreiheit. Dafür setzt sich die FMH seit Jahren ein. Dementsprechend ist

die FMH auch klar gegen die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. ***E*Art. 40a KVG ist somit zu streichen und dem Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten, Parmelin ist <u>nicht</u> Folge zu leisten**.

***E*Art. 55a Abs. 1 BSt. c und d sowie Abs. 2 und 4 KVG**
Es ist richtig, die Kompetenz der Kantone zur bedarfsgerechten Zulassung auf die Pflegefachpersonen auszudehnen. Die Zulassungsbeschränkung muss zudem auch für den ambulanten Bereich der Spitäler gelten.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom….
Ein vorab zu spezifizierendes Kostenmonitoring, das u.a. als Parameter den Pflegebedarf pro Kopf einschliesst und a priori festlegt, welche Kostenzunahme akzeptiert wird, erachtet die FMH als notwendig. Ein Monitoring sollte jedoch nicht ausschliesslich auf die Kosten beschränkt sein, sondern eine umfassende Wirkungsanalyse beinhalten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
FMH

Jürg Schlup
Präsident

Anne-Geneviève Bütikofer
Generalsekretärin

Médecins de famille Suisse
Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
CH-3003 Berne
dm@bag.admin.ch
karin.schatzmann@bag.admin.ch

Berne, le 07 juillet 2015

Réponse à la consultation sur l'initiative parlementaire « LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant »

Mesdames,

Messieurs,

Nous vous remercions tout d'abord de la possibilité offerte de participer à la consultation sur le projet lié à l'initiative parlementaire « LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant ». Les médecins de famille et de l'enfance travaillent en collaboration avec de nombreuses autres professions de la santé au quotidien et les infirmières et infirmiers, concernés directement par l'initiative, sont un partenaire crucial. Médecins de famille Suisse (MFE) salue un projet de modification de la LAMal qui offre un cadre de travail interprofessionnel simple et attractif.

Médecins de famille Suisse s'engage depuis longtemps pour une interprofessionnalité efficace, réfléchie et véritable. C'est avec ces idées en tête, mais aussi car MFE pense que les politiques interprofessionnelles doivent être discutées directement entre professionnels des soins médicaux de base, que nous avons participé très activement à la fondation et au fonctionnement actuel de la « Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires » (http://www.interprofessionnalite.ch/). Au sein de ce projet, ce sont notamment des médecins de famille et des infirmières qui siègent et échangent de manière collégiale et constructive. MFE porte sa préférence sur des projets émanant de la base (*bottom-up*) et se construisant à partir de l'expérience du terrain. L'initiative qui nous intéresse précède en partie la pratique et peut être critiquée de ce fait. De plus, elle intervient avant la version finale de la LPSAN, ce qui n'est pas idéal. Néanmoins, la direction qu'elle prend reste la bonne.

Geschäftsstelle /Secrétariat général
Effingerstrasse 2
3011 Bern BE
Tél. 031 / 508 36 10
Fax 031 / 508 36 01
sg@medecinsdefamille.ch

Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz
Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
Associazium dals medis da chasa e d'uffants Svizra
www.medecinsdefamille.ch

Position de l'association « Médecins de famille Suisse »

MFE accueille positivement le projet soumis à consultation. Ce dernier permet d'importantes avancées, en offrant une simplification pour les infirmières et infirmiers en les inscrivants dans la liste des fournisseurs de prestations visés par l'art. 35, al. 2 de la LAMal. Ce projet permettra à ces professionnels des soins médicaux de base de fournir directement certaines prestations indépendamment de la prescription d'un médecin tout en étant rémunérés dans le cadre de la LAMal. Toutefois, les soins de traitement continuent à être dispensés sous prescription ou mandat d'un médecin. Si cette délimitation est clairement et intelligemment faite, cela est un pas important vers une meilleure répartition des tâches interprofessionnelles et une simplification.

Le domaine des soins infirmiers au sens strict est celui qui est concerné par la modification de la LAMal, ce que MFE soutient. Les médecins de famille et de l'enfance suisses pensent toutefois que certaines conditions doivent être absolument remplies. Ainsi il est vital que la question de la responsabilité soit clairement définie et les soins de traitement délimités avec clarté, notamment au niveau des lois cantonales. Le médecin doit être systématiquement présent en ce qui concerne le diagnostic et les choix thérapeutiques. La situation actuelle n'est pas optimale puisque qu'en vertu du droit cantonal, les soignants peuvent réaliser des soins sous leurs propres responsabilités sans pour autant que ces derniers puissent être remboursés dans le cadre de la LAMal fédérale.

MFE rejette la régulation de l'admission du personnel soignant spécialisé, en particulier à travers une introduction d'une liberté de contracter dans les soins infirmiers comme le désire une minorité. Cela reviendrait en définitive à remplacer le contrôle actuel des prestations effectué aujourd'hui par le médecin par une limitation du nombre de soignants peu souhaitable. Notre association pense par contre qu'une évaluation de l'évolution des prestations fournies serait par contre fort enrichissante.

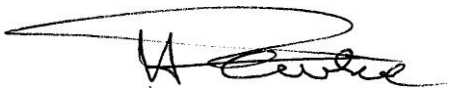
L'interprofessionnalité est l'une des dimensions que les soins médicaux de base devront investir s'ils entendent pouvoir répondre aux défis de demain : inversion de la pyramide des âges par le vieillissement global, augmentation du nombre de personnes touchées par des maladies chroniques et polymorbidité. Il est évident que notre pays va devoir augmenter le nombre de ses professionnels des soins et de la santé, notamment par de plus nombreuses places d'étude. Parallèlement, l'attractivité de la profession infirmière doit être augmentée, ce que permettra notamment l'initiative et, a priori, la LPSan. Mais une réorganisation de l'offre des prestations par une meilleure répartition des rôles interprofessionnels est également une composante importante de soins médicaux de base fonctionnant mieux et avec une plus haute qualité. Le rapport explicatif dresse d'ailleurs un portait représentatif de cela à la section 2.3.

En dehors de ces considérations, MFE soutient le projet tel qu'il est présenté tout en rejetant toutes les propositions des minorités. Nous refusons en particulier le concept de liberté de contracter introduit par la minorité Bortoluzzi. MFE pense finalement que les responsabilités doivent dans tous les cas être convenablement définies.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre ces commentaires en considération et restons très volontiers à votre entière disposition pour tous renseignements supplémentaires.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.

François Héritier,
Vice-Président de Médecins de Famille Suisse, Responsable Politique de santé



Marc Müller,
Président de Médecins de Famille Suisse

Copie à: ASI, FMH, SSP, SSMI, SSMG

Geschäftsstelle /Secrétariat général
Effingerstrasse 2
3011 Bern BE
Tél. 031 / 508 36 10
Fax 031 / 508 36 01
sg@medecinsdefamille.ch

Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz
Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
Associazium dals medis da chasa e d'uffants Svizra
www.medecinsdefamille.ch

K K A
C C M
C M C
Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften
Conférence des Sociétés Cantonales de Médecine
Conferenza delle Società Mediche Cantonali

Per Mail

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-NR
Herr Nationalrat Guy Parmelin, Kommissionspräsident

karin.schatzman@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Zürich, 14. August /BZ

11.418 Parlamentarischen Initiative von NR R. Joder „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“: Vernehmlassung zum Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes KVG
Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Mitglieder der nationalrätlichen Kommission für Soziales und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu Ihrem Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), mit welchem die Parlamentarische Initiative Joder «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» umgesetzt werden soll, Stellung nehmen zu können.

1. Einleitung

Die Initiative hat zum Ziel, weitere Leistungserbringer aus dem Segment der Gesundheitsberufe zu Medizinalpersonen zu machen und diese damit zu eigenverantwortlicher Leistung und Rechnungsstellung zu ermächtigten. Konkret sollen Pflegefachfrauen und -männer künftig „in pflegespezifischen“ Belangen eigenständig und – ohne ärztliche Anordnung – und gemäss Vorstellung des Initianten - kosteneffektiver handeln können.
Mit dem Gesundheitsberufegesetz GesBG und der vorliegenden Änderung des KVG sollen die Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OPK) geschaffen werden.
Ausser Acht gelassen wird aber, dass mit diesen Massnahmen dem stetig wachsenden Mangel an ärztlichem Nachwuchs – vorab in den Fachgebieten AllgemeinInnere Medizin und Pädiatrie - keineswegs begegnet werden kann. Dafür sind auf Bundesebene zwingend und zeitnah die notwendigen Mittel zur Ausbildung von Schweizer Ärztinnen und Ärzten bereit zu stellen.

Die Initiative wird von breiten Kreisen über politische Grenzen hinweg unterstützt und sie versprechen sich von dieser Stossrichtung eine Entlastung der überlasteten Grundversorger, beachten aber die damit verbundenen Konsequenzen zu wenig.

Geschäftsstelle KKA-CCM,
Nordstrase 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15
barbara.zinggeler@kka-ccm.ch
catherine.hool@kka-ccm.ch

2. Verantwortlichkeiten und Kompetenzen

Die Medizin der Zukunft findet insbesondere beim demographischen Wandel zunehmend möglichst basisnahe, d.h. im häuslichen Rahmen unserer Bevölkerung statt. Dabei ist eine gute Zusammenarbeit von allen Beteiligten äusserst wichtig. Damit diese Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und somit eine optimierte Versorgung möglich wird, können die Leistungserbringer vermehrt Versorgungsteams bilden, in deren Zentrum der Patient und die Patientin stehen. Gerade in den etablierten Organisations- und Unternehmensstrukturen innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung der in der freien Praxis tätigen Ärzteschaft wird dieses Credo beispielsweise in Zusammenarbeit von Arzt und Medizinischer Praxisassistentin MPA tagtäglich bereits gelebt.

Die freipraktizierende Ärzteschaft weiss aus Erfahrung, dass ein zwischen Arzt und Pflegefachkraft koordiniertes Planen von Behandlungen bei komplexen, chronischen oder palliativen Situationen notwendig und eine effiziente Zusammenarbeit anzustreben ist. Stossend ist dabei die Tatsache, dass die Medizinischen Praxisassistentinnen auch unter voller Verantwortung der Ärzteschaft keine verrechenbaren Leistungen ausserhalb der Praxis erbringen können. Dies wäre gerade aus Kostensicht ein wesentliches Element für eine Optimierung der Gesundheitskosten.

Aus Sicht der Ärzteschaft nimmt die Komplexität in der Behandlungsführung gerade unter dem Gesichtspunkt der früheren Spitalentlassungen, aber auch der zunehmenden Multimorbidität und der steigenden Zahl von chronisch Erkrankten einer immer älter werdenden Gesellschaft zu. Eine vermehrt unscharf getrennte Zuständigkeit des betreuenden Arztes und zunehmende Schnittstellen im ambulanten Bereich lassen die Betreuungs- und Patientensicherheit jedoch abnehmen. Deshalb muss die Führung einer Therapie auch im Rahmen eines Behandlungsteams in ärztlicher Hand bleiben.

Es sind auch die rechtlichen Konsequenzen, die uns grosse Sorge bereiten. Die Verantwortlichkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten muss klar definiert sein. Dies ist mit der aktuellen Vorlage nicht der Fall. Es geht dabei nicht nur um die Verantwortlichkeit von Arzt und Pflege, sondern auch um die Verantwortlichkeiten innerhalb der Pflegeberufe.

2.1. Grundpflege und Behandlungspflege

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet ist zu begrüssen, aber es sind auch Vorbehalte anzubringen.
Die Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute gerade infolge des Ressourcenmangels mehrheitlich von Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit FaGe ausgeübt. Pflegefachpersonen würden – gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder auf ein Bachelordiplom FH sowie auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige“ Tätigkeit – diese Tätigkeiten lediglich noch überwachen. Ob dies im Sinne einer Aufwertung der eigenen Tätigkeit und zur Behebung des Ressourcenmangels zielführend sein wird, ist fraglich.

Zu befürchten ist vielmehr eine Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege. Entgegen der Absicht des Bundesrates, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste“ regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege“

Geschäftsstelle KKA-CCM,
Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15
barbara.zinggeler@kka-ccm.ch
catherine.hool@kka-ccm.ch

und „Behandlungspflege“ unserer Meinung nach wegen deren Wichtigkeit und um der erwähnten Problematik präventiv zu begegnen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.

Art. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

a. *Von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden **(Behandlungspflege)***
b. *Von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden **(Grundpflege)***

Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und schwierige Abgrenzungsfragen zu Verantwortlichkeiten sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, lehnen wir dezidiert ab.
Entsprechend ist Art. 33 abs. 1bis lit. c KVG ersatzlos zu streichen, wie es mit dem Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz gefordert wurde: ~~*gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.*~~

Ebenfalls unterstützen wir den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz bei **Art. 25 Abs. 2, erster Satz KVG:** *Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49 a) vergütet..*

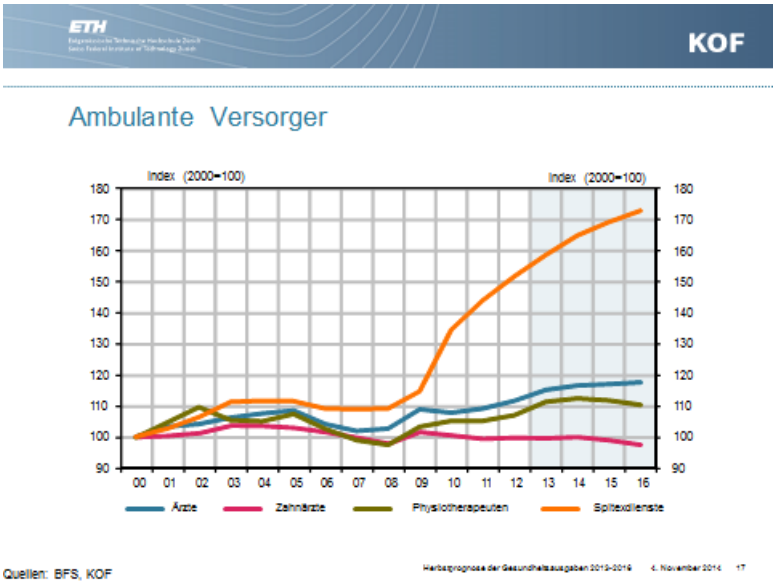
3. Kostensenkung und keine Mengenausweitung: Kostenmonitoring

Die KKA befürwortet Massnahmen, welche bei mindestens gleichbleibender Qualität auch die Wirtschaftlichkeit und die Kostenoptimierung in der Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Im Sinne der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten-Optik ist mit der Definition von klaren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten das Subsidiaritätsprinzip einzuhalten.

In Realität wird mit grosser Wahrscheinlichkeit jedoch eine Mengen- und damit Kostenausweitung stattfinden, da in bestimmten Bereichen zwei Stellen ähnliches machen werden. Bespiele dazu sind Blutverdünnung, Blutdruckmessung als Teil der Herz-Kreislauf-Beurteilung und Wundpflege. „Wundpflegespezialistinnen“ und weitere Pflegefachleute mit Zusatzausbildung sind heute sehr empfänglich für immer neuere und somit oft teurere Materialien und Therapien ohne immer klar nachweisbaren medizinischen Mehrwert. Einerseits tendiert die Gesundheitspolitik dazu, den Zugang zu ärztlichen Spezialisten zunehmend einzuschränken und andererseits sollen mit dieser Initiative vermehrt direkte Zugänge zu Behandlungen durch nicht ärztliches Gesundheitspersonal ohne ärztliche Indikationskontrolle geöffnet werden. Damit könnten vermehrt Fehlanreize geschaffen werden.

Es ist aus unserer Sicht keine Frage, dass die finanziellen Konsequenzen der obigen Vorlage sehr gross sind. Wir erlauben uns in diesem Zusammenhang den Hinweis auf die nachfolgende Grafik aus der KOF-Studie vom Herbst 2014 und den Steigerungsgrad der Spitexkosten.

Geschäftsstelle KKA-CCM,
Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15
barbara.zinggeler@kka-ccm.ch
catherine.hool@kka-ccm.ch



Es ist zu erwarten, dass von Seiten der Politik ein Kostenanstieg mit dem Argument der substituierenden Leistungen begegnet wird, d.h. es ist zu befürchten, dass die Pflegeleistungen das Budget der ärztlichen Leistungen tangieren.

Trotzdem weisen wir den Minderheitsantrag von Bortoluzzi de Courten und Parmelin zu Art. 40a KVG, welcher die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG fordert, dezidiert zurück. Dies kann keine zielführende Lösung zur Sicherstellung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Kostenoptimierung in der Gesundheitsversorgung sein.

4. Fazit

Die Fachkompetenz der Pflegefachleute ist für die Ärzteschaft und die Ausübung unseres Berufes vital und deren Förderung unverzichtbar.
Die KKA stimmt deshalb wie die Delegiertenversammlung der FMH den beiden Grundsätzen zu, dass die Definition der Leistungen, welche ohne ärztliche Anordnung durch Pflegefachpersonen erbracht werden können und der beruflichen Qualifikationen, über welche eine Pflegefachperson verfügen muss, um diese Leistungen erbringen zu dürfen auf Gesetzesstufe erfolgen muss. Die KKA weist hingegen die im Gesetz vorgesehen Regelung zu einer gemeinsamen Anordnung wie in Art. 33 abs. 1bis lit. c KVG vorgesehen dezidiert zurück.

Die Auswirkungen der Vorlage sind sehr schwierig abzuschätzen, werden aber bei der Umsetzung grosse Konsequenzen für alle Akteure und Leitungserbringer zeitigen. Mit den vorgesehen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche sind Konflikte vorprogrammiert und die von der Politik angestrebte Förderung integrierter Versorgungsmodelle doch zweifelhaft. Die vorgesehenen Gesetzesänderungen bergen zudem nach Auffassung der KKA die Gefahr vermehrter staatlicher Steuerung sowie Regulierung, indem

Geschäftsstelle KKA-CCM,
Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15
barbara.zinggeler@kka-ccm.ch
catherine.hool@kka-ccm.ch

politische Gremien in den Ausführungsbedingungen ärztliche und pflegerische Massnahmen definieren.

Wir danken Ihnen für den Einbezug unserer Argumente in Ihrer weiteren Diskussion.

Freundliche Grüsse
Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA Fiorenzo Caranzano, co-président CCM

Kopien an:
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik , Präsident Nationalrat François Steiert
Präsident FMH, Dr. med. J. Schlup
Präsidentinnen und Präsidenten der kantonalen Ärztegesellschaften

Geschäftsstelle KKA-CCM,
Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15
barbara.zinggeler@kka-ccm.ch
catherine.hool@kka-ccm.ch

SBV
ASMI
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux
Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
3003 Bern

karin.schatzmann@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Gümligen, 31.07. 2015 FDW/cg

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung wurde in den Vernehmlassungsverfahren zu 11.418 Pa. Iv. begrüsst. Wir danken Ihnen und nehmen nachfolgend gerne Stellung.

Die rund 3'000 Belegärzte, die in Privatkliniken aber auch in öffentlichen Spitälern tätig sind, leisten einen bedeutsamen Beitrag im schweizerischen Gesundheitswesen. Die SBV als einzige belegärztliche Organisation auf nationaler Ebene sieht sich als deren Interessensvertreterin legitimiert, sich zu diesem Thema zu äussern.

Allgemeines:
Dass die Pflegepersonen einen wichtigen Beitrag zum Funktionieren des Gesundheitswesens beitragen, ist unbestritten. Ebenso wie die Tatsache, dass ihre Leistungen angemessen gewürdigt und entsprechend honoriert werden sollen. In dieser Hinsicht verweisen wir auf die Stellungnahme der SBV vom 07. April 2014 zum Gesundheitsberufegesetz.

Aufgrund der angepassten Ausbildung, scheint es nachvollziehbar, dass gewissen Kompetenzen, die bis anhin den Medizinalpersonen mit universitärer Aus- und Weiterbildung vorbehalten sind, delegiert werden. Diese Kompetenzerweiterung darf aber weder dazu führen, dass der Arztberuf abgewertet oder unattraktiver wird, noch dass damit versucht wird, die drohende Versorgungslücke zu schliessen.

Weiter erachtet es die SBV als problematisch und staatspolitisch heikel, dem Bundesrat derart weitreichende Kompetenzen zuzugestehen, in Eigenregie und praktisch ohne Kontroll- und Korrekturmöglichkeit einen Leistungskatalog festzusetzen oder einzuschränken. Mindestens die Grundsätze sowie die groben Grenzen müssen in einem Gesetz im formellen Sinn festgelegt sein. Auch auf diesen Missstand hat die SBV in der Vernehmlassung vom 07. April 2014 zum GesBG hingewiesen. Eine erneute Blankodelegation ist deshalb abzulehnen.

Moosstrasse 2
3073 Gümligen-Bern
Telefon 031 952 79 05
Telefax 031 952 76 83
Internet: www.belegarzt.ch
E-Mail: info@belegarzt.ch

Zudem erachtet die SBV auch die Zulassungsvoraussetzungen als derzeit ungenügend an. Das GesBG ist gegenwärtig noch nicht in Kraft, weshalb keine Grundlage vorhanden ist.

Bevor sie nicht geschaffen ist, kann eine Frage über die Rechnungsstellung nicht sinnvoll beantwortet werden.

Zu guter Letzt erachtet es die SBV als höchst inkonsequent, wenn einerseits ein Zulassungsstopp mit dem Argument legitimiert wird, eine zunehmende Zahl an Leistungserbringern würde zu einer steigenden Anzahl von Leistungen führen und andererseits genau die gleiche Tatsache wieder zu relativieren, wenn es um Pflegeberufe geht.

Zum Vorschlag Art. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz
Nach Meinung der SBV, gehören sowohl Diagnosestellung wie auch der Entscheid über die Behandlung, zwingend in ärztlicher Hand. Das bedeutet, dass die SBV der Gesetzesnovelle kritisch gegenüber steht. Im Zweifelsfall ist jedoch jener Variante den Vorzug zu geben, in welcher der Arzt das letzte Wort hat.

Zu Art. 33 Abs. 1 bis
Auch hier kann auf oben gesagtes verwiesen werden. Der Buchstabe c erscheint der SBV nicht praktikabel. Wenn sowohl der Arzt als auch die Pflegefachperson autonom Leistungen anordnen, bzw. erbringen können, wird Buchstabe c hinfällig. In Falle einer Meinungsverschiedenheit wäre das Vetorecht wirkungslos.

Zu Art. 40a Pflegefachpersonen
Art. 40a erscheint der SBV als konsequente Folge der Möglichkeit zur selbständigen Rechnungsstellung. Somit ist ein solcher Artikel grundsätzlich unerlässlich. Dass hierbei jedoch die gesamte Kompetenz an den Bundesrat delegiert wird, ist wiederum staatspolitisch problematisch. Bei dieser Delegationsnorm müssten mehr Voraussetzungen als diejenigen von Abs. 2 erwähnt werden, namentlich die Frage der Berufsaussübungsbewilligung, die mit dem GesBG geregelt wird. Fehlte dieser Verweis, könnte im Extremfall der Bundesrat die Voraussetzungen des GesBG mittels Verordnung übersteuern. Ebenso erscheint es fraglich, ob die Vertragsfreiheit bzw. der Vertragszwang dem Entscheid des Bundesrates überlassen wird. Im Sinne einer Rechtssicherheit müsste auch dieser Grundsatz im formellen Gesetz Einzug finden.

Zu Art. 55a Abs. 1 Buchstabe c und d sowie Abs. 2 und 4
Der für Ärzte geltende Zulassungsstopp bzw. die Steuerung des Bedarfs wurde von der SBV seit jeher bekämpft. Gerade im Hinblick auf die Versorgungssicherheit, muss Ärzten eine gesicherte Zukunftsperspektive ermöglich werden, da sie sonst früher oder später nach Alternativen Ausschau halten. Ebenso erachtet die SBV eine staatliche Steuerung als nicht zielführend. Wird sie jedoch bei Ärzten angewendet, scheint es nur konsequent, wenn dies auch bei anderen Leistungserbringern, die auf eigene Rechnung arbeiten, der Fall ist.

Zur Übergangsbestimmung
Auf den ersten Blick erscheint eine solche Pflicht, einen Bericht zu erstatten, als sinnvoll. Leitet der Bundesrat jedoch aus diesem Auftrag die Kompetenz, möglichst viele Daten zu sammeln, um die Steuerung noch mehr voranzutreiben, so ist dies abzulehnen.

Das Parlament hat grundsätzlich gute Möglichkeiten solche Aufträge auf andere Art und Weise zu erteilen. Bestehen grössere Zweifel an dieser Gesetzesnovelle, was diese Übergangsbestimmung vermuten lässt, so ist die Novelle als Ganzes abzulehnen und zu überarbeiten.

* * *

Abschliessend möchte die SBV noch einmal mit Bezug auf die Stellungnahme zum GesBG betonen, dass jegliche Form von selbständiger Berufsausübung und selbständiger Rechnungsstellung voraussetzt, dass die Haftungsfrage eindeutig geregelt ist. Mit anderen Worten sollen diejenigen Personen, die selbständig tätig sind und selbständig abrechnen, auch die volle Haftung für Ihr Tun übernehmen, namentlich auch in Fällen des Übernahmeverschuldens.

Ebenso erachtet es die SBV als selbstverständlich, dass die so vergüteten Leistungen in Bezug auf die Kosten- und Mengenentwicklung separat monitorisiert werden. Die vom Bundesrat geforderte Kostenneutralität, welche übrigens von der SBV infrage gestellt wird, führt dazu, dass die Hausärzte erneut benachteiligt werden, wenn die Leistungen der Pflege über das Kapitel 40 des Tarmed abrechenbar sind.

Mit freundlichen Grüssen

SCHWEIZERISCHE BELEGÄRZTE-VEREINIGUNG

Der Sekretär:

Florian Wanner, lic. iur.,
Rechtsanwalt