



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

---

# **Rapporto sui risultati della consultazione relativa alla modifica della legge federale sull'assicurazione malattie**

## **Iniziativa parlamentare Maggiore autonomia per il personale sanitario**

---

3003 Berna, settembre 2015

## Sommario

<b>1</b>	<b>Situazione di partenza</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Riassunto dei pareri</b>	<b>3</b>
2.1	Sintesi.....	3
2.1.1	Cantoni.....	3
2.1.2	Medici.....	5
2.1.3	Ospedali.....	7
2.1.4	Organizzazioni del personale infermieristico.....	7
2.1.5	Assicuratori.....	9
2.1.6	Associazioni mantello dell'economia.....	11
2.1.7	Partiti politici.....	12
2.1.8	Associazioni dei consumatori.....	13
2.1.9	Altre istituzioni del settore sanitario.....	14
2.1.10	Altre organizzazioni.....	15
2.2	Pareri generali.....	17
2.3	Osservazioni sulle singole disposizioni del progetto.....	73
	<i>Articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal.....</i>	<i>73</i>
	<i>Articolo 25a capoversi 1 e 2 primo periodo LAMal.....</i>	<i>78</i>
	<i>Articolo 33 capoverso 1<sup>bis</sup> LAMal.....</i>	<i>90</i>
	<i>Articolo 35 capoverso 2 lettera d<sup>bis</sup> LAMal.....</i>	<i>97</i>
	<i>Articolo 40a LAMal.....</i>	<i>100</i>
	<i>Articolo 55a capoverso 1 lettere c e d nonché capoversi 2 e 4 LAMal.....</i>	<i>104</i>
	<i>Disposizione transitoria.....</i>	<i>111</i>
	<i>Osservazioni sulle conseguenze in termini di costi.....</i>	<i>115</i>
	<i>Proposte per nuovi articoli di legge.....</i>	<i>123</i>
	<b><i>Allegato 1: Elenco dei destinatari della consultazione</i></b>	<b>126</b>
<b>1.</b>	<b>Kantone / Cantons / Cantoni</b>	<b>126</b>
<b>2.</b>	<b>In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale</b>	<b>128</b>
<b>3.</b>	<b>Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna</b>	<b>129</b>
<b>4.</b>	<b>Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia</b>	<b>129</b>
<b>5.</b>	<b>Andere Interessenten / autres milieux intéressés / altri interessati</b>	<b>130</b>

## **1 Situazione di partenza**

Con lettera del 24 aprile 2015, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale ha invitato le organizzazioni interessate a esprimere un parere scritto entro il 14 agosto 2015 – nel quadro di una procedura di consultazione – sulla revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) in relazione all'iniziativa parlamentare presentata dal consigliere nazionale Rudolf Joder (UDC, BE) «Maggiore autonomia per il personale sanitario».

La documentazione concernente la consultazione è stata inviata a 134 destinatari. In totale sono pervenuti 96 pareri (73 dei quali da parte di destinatari invitati ufficialmente a partecipare alla consultazione, e 23 da organizzazioni non invitate ufficialmente alla consultazione).

## **2 Riassunto dei pareri**

### **2.1 Sintesi**

La maggior parte dei Cantoni approva fundamentalmente l'obiettivo perseguito dall'iniziativa parlamentare. BE dichiara di poter appoggiare il testo dell'avamprogetto di legge solo limitatamente. Anche ZH, SG e SH, seppur sostenendo di per sé le finalità dell'iniziativa parlamentare, rifiutano il testo dell'avamprogetto perché ritengono che non centri gli obiettivi prefissati. Anche numerosi Cantoni si esprimono in maniera critica, in particolare per quanto riguarda le conseguenze sotto il profilo quantitativo e dei costi. In generale il corpo medico approva gli obiettivi dell'iniziativa parlamentare, pur rilevando alcuni punti che destano grande preoccupazione. Le organizzazioni di cura e le associazioni dei consumatori sostengono l'avamprogetto, mentre *santésuisse* e *groupe mutuel* lo respingono. Dal canto suo, *curafutura* appoggia l'orientamento strategico di fondo dell'iniziativa parlamentare. Le associazioni mantello dell'economia (eccetto SGB/USS) respingono il testo dell'avamprogetto di legge. PPD e PS sono a favore, mentre il PLR lo rifiuta. L'UDC dichiara di essere d'accordo con l'obiettivo di fondo dell'iniziativa parlamentare, ma muove alcune critiche sulla via suggerita per raggiungerlo.

Qui di seguito, i pareri pervenuti sono stati riassunti per gruppi di chi li ha presentati (Cantoni, medici, ospedali, organizzazioni di cura, assicuratori, associazioni mantello dell'economia, partiti politici, associazioni dei consumatori, altre istituzioni del settore sanitario, altre organizzazioni).

#### **2.1.1 Cantoni**

Gran parte dei Cantoni (LU, SZ, OW, NW, UR, GL, FR, SO, BS, BL, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VS, NE, GE e JU) **approva** fundamentalmente gli obiettivi perseguiti dall'iniziativa parlamentare. BE dichiara di appoggiare il testo dell'avamprogetto di legge soltanto in maniera limitata. Anche ZH, ZG e SH sostengono di per sé le sue finalità; tuttavia, questi tre Cantoni **rifiutano** la proposta di abilitare il personale infermieristico a prescrivere prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, perché non la considerano adatta a raggiungere gli obiettivi prefigurati.

Vengono inoltre sollevati dubbi sulle **conseguenze relative al volume e ai costi** (BE, BS, ZH, LU, SZ, SH, ZG, VS, NE e JU). Secondo ZH è palese che i fornitori privati di prestazioni senza mandato di prestazioni dallo Stato inciteranno gli infermieri a prescrivere più ore di cura possibile, allo scopo di far aumentare i fatturati. A FR dispiace che l'impatto finanziario dell'avamprogetto sia difficilmente valutabile. BS chiede che le questioni attinenti al temuto aumento del volume delle cure dispensate siano prese sul serio e siano adottate misure di protezione adeguate. BE teme che la revisione della legge in questione potrebbe avere ripercussioni finanziarie oggi non quantificabili: è infatti lecito temere un aumento del volume delle prestazioni e, di conseguenza, anche un incremento dei costi. BE auspica che le ripercussioni finanziarie, in particolare quelle per i Cantoni, siano illustrate più concretamente e che, nel testo dell'avamprogetto di legge, venga inserito un meccanismo che consenta ai Cantoni di esercitare un controllo. Sono necessarie in particolare possibilità d'intervento qualora il rapporto, che secondo le disposizioni transitorie dovrà essere redatto dopo sei anni, dovesse mettere in luce che l'economicità delle modifiche non è data. AG, AR, NW, BS, BL, GL, GR, SO, SG, TG e OW non condividono o condividono soltanto in parte questi timori. Le attuali tariffe delle cure sono esigue, se confrontate con altri settori, e ciò

può avere un effetto frenante per l'avvio dell'esercizio di un'attività indipendente. Inoltre, gli assicuratori-malattie svolgono una funzione di *gatekeeper*. Il libero esercizio di una professione non sembra suscitare una grande attrazione (OW). L'offerta di personale infermieristico formato è scarsa e rimarrà tale anche in futuro (GL).

Inoltre SZ, GR, SO, NE e TG approvano le **disposizioni transitorie** proposte, secondo cui occorrerà indicare le ripercussioni della revisione della legge, incluse quelle di natura economica. Secondo VS, sarebbe necessario presentare un rapporto a distanza di 3 anni dall'entrata in vigore della revisione della legge.

ZH e ZG fanno notare che le competenze degli infermieri dovrebbero venire inserite in un **piano complessivo** in cui eventualmente ridisciplinare i profili professionali e i compiti di infermieri, medici e altri operatori sanitari nell'ambito di una loro collaborazione. La collaborazione interprofessionale nella formazione e nel perfezionamento professionale tra le diverse professioni deve essere promossa in maniera mirata (ZG). Anche secondo SH, nell'ottica di garantire la qualità e l'economicità dell'approvvigionamento sanitario, è indispensabile trovare nuove regole affinché in futuro sia fatta maggiore chiarezza sui ruoli, sul coordinamento e sulla cooperazione tra i diversi fornitori di prestazioni e gruppi professionali.

JU e TG chiedono che nella legge sia indicato chi, tra il personale di cura, possa dispensare prestazioni anche senza prescrizione o indicazione da parte di un medico e quali prestazioni possono essere erogate.

BE rende attenti sul fatto che il disciplinamento proposto non è applicabile nella pratica e che occorre una verifica più dettagliata per accertare se nell'ambito della prescrizione sia opportuno e praticabile distinguere tra cure di base e cure mediche.

Per quanto riguarda le richieste in relazione a una **migliore retribuzione salariale**, NW ritiene che le conseguenze in termini di costi non siano plausibili. Anche BE, BS, OW, ZG e ZH temono che la modifica di legge proposta potrebbe indurre altri gruppi professionali ad avanzare simili rivendicazioni. BS, AR e OW ritengono invece che non si debba aver paura di creare un precedente per altri gruppi professionali: infatti, le prestazioni rientrerebbero tipicamente nell'ambito delle cure mediche e, proprio per questo, sarebbe necessaria una prescrizione medica.

BE rende attenti che il disciplinamento proposto nell'**articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal** avrebbe come conseguenza che, in futuro, gli infermieri diplomati dovranno dispensare da soli tutte le prestazioni di cura anche nel caso in cui tali prestazioni – in particolare nell'ambito delle cure di base – finora venivano dispensate da altro personale addetto alle cure. Ciò comporterebbe un notevole aumento dei costi (BE). ZG deplora che la normativa proposta sia svantaggiosa per i pazienti. Considera sbagliato intervenire in questo modo nell'organizzazione interna degli ospedali e delle cliniche. ZG è inoltre favorevole a introdurre un'autorizzazione per gli accertamenti, la consulenza e il coordinamento, nonché di iscrivere nella legge, le cure di base e il requisito di un'indicazione medica per le cure mediche.

BE e TI rifiutano la prescrizione congiunta, da parte di un medico e di un infermiere, delle **cure acute e transitorie (articolo 25a capoverso 2 LAMal)**. SO invoca un diritto di codecisione per il personale infermieristico. Anche GL respinge la proposta di introdurre una prescrizione congiunta delle prestazioni da parte di un medico e un infermiere. UR ritiene che la prescrizione «congiunta» da parte di un medico e un infermiere sia problematica: a prescrivere le prestazioni delle cure acute e transitorie deve essere il medico o l'infermiere. Inoltre ci si chiede perché per le cure acute e transitorie debba valere un disciplinamento fondamentalmente diverso rispetto alle altre cure; infatti, in base alla normativa attuale, le cure acute e transitorie comprendono le medesime prestazioni delle altre cure, vale a dire le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31). Di conseguenza, il personale infermieristico dovrebbe poter prescrivere anche le cure acute e transitorie.

ZH e TG chiedono, in relazione all'**articolo 35 capoverso 2 lettera d<sup>bis</sup> LAMal**, di sancire nella legge in concreto i diplomi professionali del personale infermieristico.

La proposta di completamento dell'**articolo 55a LAMal**, secondo cui il Consiglio federale deve aver la possibilità di far dipendere da un bisogno l'autorizzazione del personale infermieristico a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, viene respinta da AR, SO, SZ, TG, LU e ZG. Piuttosto si dovrebbe accordare ai Cantoni, nel quadro della revisione parziale della LAMal concernente il controllo strategico del settore ambulatoriale, la competenza di esercitare tale controllo in caso di offerta di prestazioni eccedentaria o anche insufficiente (SZ). Secondo LU non è possibile attuare nella pratica il controllo strategico delle autorizzazioni. La possibilità di poter adottare simili misure avrebbe un effetto dissuasivo sulla scelta della professione; inoltre, visto e considerato che dev'essere mantenuta l'attrattiva della professione di infermiere, tale possibilità risulta difficilmente comprensibile e controproducente (TG, ZH). VS e NE si dichiarano fundamentalmente favorevoli al disciplinamento proposto.

### 2.1.2 Medici

(FMH, MFE, KKA, SBV/ASMI, SMSR, AMDOS, ASMAC, BEKAG, SMV, AMG, Assoc. medici Canton LU, omct, SMCF, medswiss.net)

FMH, MME, CMC, SBV/ASMI e omct hanno una posizione **fundamentalmente positiva** nei confronti degli obiettivi perseguiti dall'iniziativa parlamentare, anche se esprimono alcune **riserve**. SMSR ritiene che le finalità prefigurate non potranno essere conseguite con le modifiche legislative proposte. ASMAC e SMV **respingono per contro il testo dell'avamprogetto di legge**. AMDOS, BEKAG, AMG, Assoc. medici Canton LU, SMCF e medswiss.net esprimono in parte **grosse perplessità**.

FMH, CMC, SMSR, SMCF, SMV, medswiss.net e omct chiedono di iscrivere **nella legge** sia la **definizione delle prestazioni** che potranno venire dispensate dal personale infermieristico anche senza prescrizione o indicazione da parte di un medico, sia la **definizione del diploma di formazione** che il personale infermieristico dovrà possedere per poter dispensare prestazioni senza prescrizione o indicazione da parte di un medico. Anche MME sottolinea l'importanza cruciale di disciplinare con chiarezza la questione della responsabilità e definire con precisione le cure mediche, segnatamente nelle leggi cantonali. SBV/ASMI considera problematico, nonché delicato dal punto di vista istituzionale, accordare al Consiglio federale competenze che si spingono così lontano da abilitarlo a stilare o limitare – autonomamente e praticamente senza possibilità di controllo né di correzione – un catalogo delle prestazioni. Almeno i principi e il quadro generale dovrebbero essere sanciti nella legge. AMDOS e BEKAG chiedono che la distinzione tra cure di base e cure mediche sia iscritta esplicitamente nella legge.

Per quanto riguarda l'**articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal** nonché l'**articolo 25a capoversi 1 e 2 primo periodo LAMal**, FMH chiede che le prestazioni in questione vengano iscritte esplicitamente nella legge. Inoltre si oppone strenuamente al fatto che tutte le cure di base psichiatriche possano essere dispensate anche senza prescrizione medica; se, per contro, nella legge si definisse con chiarezza quali prestazioni delle cure di base psichiatriche possono venire dispensate anche senza prescrizione medica e quali invece vanno erogate unicamente con prescrizione medica, allora FMH potrebbe dichiararsi d'accordo.

FMH rifiuta la richiesta – formulata nell'**articolo 25a capoverso 2 LAMal** – di sostituire la prescrizione medica, tuttora valida, per le **cure acute e transitorie** attraverso una prescrizione congiunta da parte di un medico e un infermiere; introdurre una simile disposizione equivarrebbe in pratica a richiedere d'ora in poi due firme, là dove finora ne bastava una sola. Nella pratica quotidiana del lavoro, la prescrizione congiunta non funzionerebbe, e le eventuali incertezze andrebbero a scapito della sicurezza dei pazienti. Inoltre sarebbe necessario prevedere procedure dettagliate per dirimere eventuali conflitti e chiarire giuridicamente questioni nuove in materia di responsabilità civile. Anche CMC, AMDOS e ASMAC respingono questa proposta e sostengono la proposta di minoranza. Contrario è pure omct, che chiede di mantenere la prescrizione medica.

Per quel che concerne l'**articolo 33 capoverso 1<sup>bis</sup> LAMal**, FMH, AMDOS, ASMAC e omct sottolineano che, anche in questo caso, è necessario definire le prestazioni nella legge. FMH, AMDOS, ASMAC e medswiss.net appoggiano la proposta di minoranza. FMH e AMDOS respingono nettamente superamenti delle competenze che possono rendere necessaria l'elaborazione di *direttive* complesse e interdisciplinari e/o far sorgere difficili questioni di delimitazione delle responsabilità e avere conseguenze in materia di diritto della responsabilità civile.

Per quanto riguarda l'**articolo 35 capoverso 2 lettera d<sup>bis</sup> LAMal**, omct mette in guardia dal fatto che la legge non definisce quali diplomi siano indispensabili 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), ritiene che sia fondamentale fare chiarezza su questo aspetto direttamente nella legge, anche riguardo al riconoscimento dei diplomi esteri, e ciò in corrispondenza dell'aumento del personale infermieristico proveniente dall'UE che si registrerà dopo l'entrata in vigore di questa modifica legislativa. Da parte sua, medswiss.net chiede di eliminare questo articolo senza sostituirlo in alcun modo. Tramite la lettera e, sono citate le persone e le organizzazioni che possono agire previa prescrizione o indicazione di un medico e, tra di esse, figura anche il personale infermieristico.

Per quanto concerne la **gestione strategica delle autorizzazioni**, MFE, SMSR, FMH, CMC, AMDOS, ASMAC, BEKAG e omct sono contrari alla soppressione dell'obbligo di contrarre, così come viene proposta da una minoranza (**art. 40a LAMal**). Tale proposta è infatti considerata un attacco eccessivo al principio fondamentale dell'obbligo di contrarre. Di conseguenza, FMH chiede di eliminare l'articolo 40a LAMal. SBV/ASMI è favorevole al disciplinamento dell'articolo 40a LAMal, ma critica la delega della competenza al Consiglio federale. Secondo medswiss.net, la funzione di controllo delle autorizzazioni deve essere svolta da un organo statale: sempre a detta di medswiss.net, in analogia al blocco delle ammissioni, essa va affidata ai Cantoni.

FMH, AMDOS, BEKAG e omct appoggiano la proposta contenuta nell'**articolo 55a LAMal**. Il controllo statale non è invece considerato appropriato da SBV/ASMI per raggiungere lo scopo prefissato. Anche ASMAC rifiuta la proposta, perché le difficoltà a livello di situazione del personale sanitario potrebbero acuirsi ulteriormente.

Diverse organizzazioni (SBV/ASMI, SMSR, AMG) chiedono inoltre di chiarire la **questione relativa alla responsabilità civile**.

Riguardo alle **disposizioni transitorie**, FMH, MME, SBV/ASMI, AMDOS, ASMAC e BEKAG si dichiarano a favore di un monitoraggio. Per FMH tale monitoraggio dovrebbe includere anche un'analisi completa degli effetti sortiti. SBV/ASMI respinge tuttavia la proposta qualora il Consiglio federale da questo incarico dovesse derivare la competenza di raccogliere quanti più dati possibile per estendere ancor più il controllo strategico.

CMC sottolinea che molto probabilmente si verificherà un **aumento quantitativo del volume delle cure dispensate e di conseguenza un incremento dei costi**, poiché in determinati settori in due posti di lavoro verrebbero svolte attività simili: ad esempio, la diluizione del sangue, la misurazione della pressione sanguigna – quale componente della valutazione cardio-circolatoria – e la cura delle ferite. Oggi, gli specialisti nella cura delle ferite e il personale infermieristico con altre competenze provvisto di una formazione complementare sono molto più pronti a lavorare con materiali e terapie sempre più recenti, e spesso anche più costosi, anche se non sempre compensati da un valore aggiunto medico comprovato chiaramente. Mentre, da un lato, la politica della sanità tende a limitare vieppiù l'accesso agli specialisti medici, dall'altro quest'iniziativa intende moltiplicare gli accessi diretti a trattamenti dispensati da personale sanitario non medico, senza controllo medico sulle indicazioni, il che potrebbe creare ancora più falsi incentivi. Secondo CMC è indubbio che le conseguenze finanziarie dell'avamprogetto di legge saranno enormi. CMC si aspetta che la politica possa far fronte a un aumento dei costi, con l'argomento delle prestazioni di sostituzione: in altre parole vi è il pericolo che le prestazioni di cura andranno a intaccare il budget delle prestazioni mediche. Medswiss.net fa notare che, in generale, ogni riconoscimento di una nuova prestazione o di una nuova tariffa fa lievitare i costi. La presenza di un numero maggiore di fornitori di prestazioni potrebbe causare un aumento quantitativo delle cure dispensate: ciò potrebbe essere opportuno e necessario se, fino a quel momento, l'assistenza sanitaria era insufficiente o priva di qualità. Un aumento quantitativo potrebbe però rivelarsi inutile se genera bisogni, la cui soddisfazione non comporta un miglioramento della qualità a livello medico. È possibile che il personale sanitario di livello terziario non si limiti ad assolvere i compiti legati al coordinamento, alla consulenza e agli accertamenti, ma che al fine di ottenere una sufficiente mole di lavoro preli anche le cure di base. Per tali attività andrebbe remunerato in maniera consona alla formazione professionale e questo potrebbe avere conseguenze sui costi per gli assicuratori e i Cantoni. Per tutti questi motivi, medswiss.net ritiene che ci si debba attendere un aumento dei costi.

### **2.1.3 Ospedali**

*(H+, K3, CPS, USZ, VAKA)*

H+, K3, USZ e VAKA appoggiano il testo del progetto di legge, mentre CPS lo respinge.

H+ osserva che, per quanto riguarda l'attuazione, gli oneri amministrativi dovrebbero rimanere contenuti e al pari di quelli di altre professioni sanitarie. Occorre inoltre evitare che la legge generi conflitti di competenza a scapito dei pazienti.

CPS fa soltanto notare che è opportuno menzionare nella legge unicamente il personale infermieristico quale fornitore di prestazioni nel settore delle cure di lunga durata all'interno di istituti di cura. Tuttavia, la delega della responsabilità dal medico al personale infermieristico dovrebbe essere definita anche qui in modo chiaro; inoltre, nell'eventualità di divergenze di opinione tra il medico competente e il personale infermieristico, la delega deve poter essere revocata.

USZ sottolinea che, sia nel rapporto esplicativo sia nell'avamprogetto della LAMal, i due ambiti della responsabilità e delle prestazioni, in relazione alle cure, sono descritti in modo univoco e inequivocabile. Nell'avamprogetto dovrebbe essere aggiunto un articolo che descriva questi ambiti analogamente a quanto è stato fatto nel compendio del rapporto esplicativo. La responsabilità dei medici e del personale infermieristico è identica in tutte le organizzazioni istituzionali. Non vi è alcuna differenza tra ospedali, Spitex o case di cura. USZ avanza la richiesta di valutare – in maniera consolidata dal punto di vista scientifico, con una ricerca concomitante – le ripercussioni della modifica di legge, alla luce dei mutamenti nel contesto dell'offerta sanitaria e tenendo conto dei dati epidemiologici e demografici. È disposto a fornire un grande contributo in tal senso.

### **2.1.4 Organizzazioni del personale infermieristico**

*(ASPS, curacasa, curaviva.ch, ISMAC, ASI/SBK, SSG, ASCSI, senesuisse, SIN, Spitex Svizzera, KPP, apis, VFP, VAPP, CH-IGWS)*

Tutte le organizzazioni del personale infermieristico appoggiano l'avamprogetto.

ASPS osserva che gli adeguamenti alla LAMal sono in linea con le competenze già oggi accordate: non si stanno creando nuove competenze per gli infermieri diplomati. curacasa sottolinea che il personale infermieristico dispensa già ora due tipi molto diversi di prestazioni: da un lato, le prestazioni medico-tecniche in relazione alle cure mediche o misure legate agli esami e, d'altro lato, le prestazioni di cura specifiche legate alla professione. Ma sebbene spesso questi due tipi di prestazioni sarebbero riconosciuti dalle leggi cantonali (ad esempio quando la prescrizione medica è richiesta solo in caso di prestazioni delegate a livello medico), la LAMal prevede l'obbligo di prescrizione medica per tutte le prestazioni di cura. L'avamprogetto permetterebbe quindi un'armonizzazione tra il diritto cantonale (che disciplina le competenze) e la legge federale sull'assicurazione malattie LAMal, che disciplina il finanziamento delle prestazioni di cura. Inoltre curaviva.ch auspica che la soppressione parziale delle prescrizioni mediche in relazione alle competenze e alle prestazioni di cura consentirà di evitare costi inutili e un onere amministrativo gravoso. SSG sottolinea che l'iniziativa non modifica in alcun modo le rispettive competenze del personale infermieristico e dei medici, ma permette anzi il rimborso – da parte dell'assicurazione malattie – delle prestazioni dispensate dagli infermieri senza prescrizione medica. senesuisse spera che, grazie alle competenze addizionali, il profilo professionale degli infermieri venga ulteriormente migliorato, incrementando anche la motivazione a conseguire il diploma di una formazione SUP/SSS. apis appoggia il rafforzamento della responsabilità degli infermieri perseguito dall'iniziativa, perché corrisponde perfettamente al loro attuale profilo professionale e alla realtà lavorativa. VFP ritiene di primaria importanza la revisione visto che iscrive esplicitamente nella LAMal il riconoscimento della responsabilità del personale infermieristico nel settore tecnico di loro competenza, tributando piena considerazione e sostegno al contributo che il personale sanitario professionistico può fornire nell'équipe multiprofessionale per il trattamento del paziente.

A titolo generale, VFP si concentra sui termini «bisogno terapeutico» e «valutazione dei bisogni» per i quali sono necessari accertamenti più approfonditi e spiegazioni delle rispettive definizioni. Inoltre VFP ricorda che il termine «cure» finora non è stato specificato con una definizione precisa nella legislazione.

Gli adeguamenti contenuti nell'**articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal** sono accolti favorevolmente.

In merito all'**articolo 25a capoverso 1 LAMal**, Spitex Svizzera chiede di aggiungere la seguente precisazione alla lettera b: oltre agli infermieri, alternativamente devono essere menzionate le organizzazioni che li impiegano. In proposito VFP si dichiara favorevole alla proposta di formulazione «[...] dagli infermieri sulla base delle loro prescrizioni [...]»; per il resto, appoggia la disposizione senza riserve. VAPP approva la formulazione, osservando che alla lettera b è adottata una formulazione analoga alla lettera a.

ASPS è contrario all'**articolo 25a capoverso 2 LAMal**. Non è logico e nemmeno opportuno che, per le **cure acute e transitorie**, valgano norme diverse da quelle vigenti per le cure di lunga durata, anche se le medesime prestazioni di cura sono dispensate ai pazienti dagli stessi infermieri sotto la propria responsabilità. È molto problematico che per le cure di base, nel caso delle cure acute e transitorie, sia necessaria una prescrizione ma non per le normali cure ambulatoriali. Non se ne terrebbe conto neppure se le cure di base nell'ambito delle cure acute e transitorie venissero prescritte da un infermiere in ospedale, anziché da un medico in ospedale. ASPS e senesuisse propongono che le cure acute e transitorie possano essere prescritte da un medico o da un infermiere. La proposta di minoranza è avversata da ASPS. senesuisse non appoggia la proposta dell'articolo 25a capoverso 2 LAMal. Lo scopo di una fornitura di prestazioni per quanto possibile efficiente e chiara non verrebbe raggiunto se per il medico dell'ospedale e un infermiere vigesse l'obbligo di prescrivere congiuntamente le cure acute e transitorie. ASI/SBK ritiene inesatto il termine «congiuntamente» per il processo della prescrizione visto che potrebbe essere mal interpretato: la delimitazione chiara, tra le cure delegate dai medici e le cure rientranti nella responsabilità infermieristica in ambito ospedaliero e nell'ambito delle cure di lunga durata dispensate in regime ambulatoriale o in una casa di cura, non esisterebbe in materia di prescrizione delle prestazioni di cure acute e transitorie, e tutte le cure dovrebbero essere prescritte congiuntamente dal medico e dall'infermiere. Secondo SBK la disposizione va formulata tenendo maggiormente conto delle rispettive competenze e garantendo che le misure diagnostiche e terapeutiche siano prescritte dal medico, mentre la valutazione, la consulenza, il coordinamento e le cure di base possono venire prescritte dai servizi delle cure infermieristiche: ciò permetterebbe di scongiurare abusi di competenza nei due sensi. In particolare si evidenzerebbe che una prescrizione congiunta è superflua nel caso in cui è indicato solo uno o l'altro tipo di misure. Secondo VFP la formulazione «congiuntamente» causerebbe un aggravio inutile del sistema e ritardi nello svolgimento dei processi. Appoggia la proposta di minoranza a condizione che, dalla formulazione, risulti in modo univoco che il medico e l'infermiere sono sempre responsabili per la prescrizione delle prestazioni o degli interventi che li concernono direttamente. ASI appoggia la proposta di maggioranza, a patto che la formulazione stabilisca che il medico e l'infermiere devono essere competenti per la prescrizione delle misure di cura. Spitex Svizzera propone che siano i medici dell'ospedale a prescrivere le misure relative agli accertamenti, agli esami e alle terapie; invece, per le altre misure (consulenza, coordinamento, cure di base) non deve essere necessaria nessuna prescrizione. curaviva appoggia la proposta per il disciplinamento delle cure acute e transitorie dato che rispecchia una prassi ben roduta nel sistema sanitario. Anche KPP è favorevole alla proposta.

ASI/SBK, apis, Spitex Svizzera, VFP, VAPP, CH-IGWS e KPP respingono la **proposta di minoranza per l'articolo 25a capoverso 2 LAMal**. senesuisse non appoggia, in relazione all'articolo 25a capoverso 2 LAMal, né la proposta di maggioranza né quella di minoranza, ma chiede una normativa secondo cui i medici dell'ospedale possono ordinare le cure mediche, e gli infermieri solo le prestazioni di loro competenza.

In merito all'**articolo 33 capoverso 1<sup>bis</sup> LAMal**, ASI/SBK, ASPS, Spitex Svizzera, VFP e CH-IGWS chiedono l'eliminazione completa della lettera c: sia in ospedale, sia in una casa di cura oppure in regime ambulatoriale o nel quadro di cure acute e transitorie, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche vengono rimborsate unicamente se dispensate da infermieri previa prescrizione o indicazione medica, mentre gli accertamenti, la consulenza, il coordinamento e le cure di base devono essere rimborsate anche senza prescrizione o indicazione medica. ASI è favorevole alla formulazione della disposizione, a patto che la lettera c sia eliminata del tutto. ASPS e Spitex Svizzera chiedono che, oltre agli infermieri, in alternativa siano menzionate le organizzazioni per le quali essi lavorano. VFP chiede che gli infermieri siano abilitati in maniera chiara e inequivocabile a effettuare prescrizioni nell'ambito della loro responsabilità in prima persona. VAPP è d'accordo con la formulazione della disposizione, osservando però che nel caso specifico si tratta di prestazioni di cura prescritte.

curacasa, curaviva.ch, ASI/SBK, apis, ASCSI, senesuisse, Spitex Svizzera, VFP, VAPP e CH-IGWS sono favorevoli alla modifica dell'**articolo 35 capoverso 2 lettera d<sup>bis</sup> LAMal**. ASPS chiede l'adeguamento della formulazione in: «da infermieri o da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio».



Sono contrari alla **proposta di minoranza sull'articolo 40a LAMal** ASPS, apis, curacasa, ASI/SBK, ASCSI, senesuisse, Spitex Svizzera, VFP, VAPP, CH-IGWS e KPP. ASPS chiede di conferire ai Cantoni la competenza di disciplinare l'autorizzazione degli infermieri indipendenti nella stessa misura in cui ciò vale già per le autorizzazioni delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio. curacasa non comprende lo scopo perseguito dalla minoranza, visto che l'applicazione della disposizione sarebbe difficile e incomprendibile per i pazienti e poiché le vere finalità della legge andrebbero perse. senesuisse non reputa giustificabile un'ingerenza così grave nei principi della LAMal. A Spitex Svizzera piace che i Cantoni ottengano la competenza di disciplinare l'abilitazione sia degli infermieri sia delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio.

In merito all'**articolo 55a LAMal**, ASPS – seppur ritenendo coerente la soluzione proposta – è fermamente contraria all'introduzione di un controllo strategico cantonale: un simile controllo nella legge non è previsto per Spitex, al contrario invece di ospedali e case di cura. ASPS chiede di inserire la seguente precisazione nell'articolo 55a capoverso 1 lettera d LAMal: «[...] che esercitano in un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio soggetta ad autorizzazione cantonale di cui all'art. 35 [...] ottengono l'abilitazione nel quadro del permesso d'esercizio cantonale della loro rispettiva organizzazione». curacasa respinge l'introduzione della clausola del bisogno per gli infermieri. A titolo sussidiario suggerisce di esonerare gli infermieri (secondo i criteri elencati nel capoverso 2) dall'obbligo di provare l'esistenza di un bisogno, senza pertanto modificare il capoverso 4. Secondo ASI/SBK la disposizione è diametralmente contraria a uno degli intenti dell'iniziativa. ASI è nettamente contraria alla disposizione. Nell'eventualità di una proposta sussidiaria, gli infermieri andrebbero esonerati dall'obbligo di provare l'esistenza di un bisogno a condizioni paragonabili a quelle valide per i medici. Anche ASCSI, senesuisse, VFP e VAPP respingono la proposta. Spitex Svizzera e apis appoggiano le modifiche proposte all'articolo 55a LAMal. CH-IGWS le sostiene ma con alcune riserve: in particolare, non comprende come – tramite un disciplinamento dell'autorizzazione per gli infermieri – si possano centrare gli scopi dell'iniziativa.

Le **disposizioni transitorie** godono del sostegno di ASPS, curaviva.ch, ASI/SBK, senesuisse, Spitex Svizzera e VFP. Secondo curacasa vanno invece precisate. L'analisi non andrebbe limitata solo alla constatazione delle ripercussioni finanziarie, ma dovrebbe tenere conto anche dell'evoluzione delle necessità della popolazione. ASI/SBK chiedono un'analisi completa dell'impatto. VAPP vuole che sia abbreviato l'orizzonte temporale delle disposizioni transitorie.

**Conseguenze in termini quantitativi e dei costi:** VFP osserva che, con le prestazioni in questione, gli infermieri contribuirebbero notevolmente a far diminuire i costi sanitari. Inoltre è praticamente possibile escludere fin d'ora un aumento quantitativo del volume delle prestazioni anche con l'esplicito riconoscimento futuro dell'autonomia parziale degli infermieri. In merito alle ripercussioni finanziarie, ritiene che l'iniziativa non influirà negativamente sugli sviluppi finanziari nel settore sanitario. Secondo VAPP l'aumento del volume delle prestazioni psichiatriche di cura ambulatoriale sarà una conseguenza positiva della modifica di legge, perché consentirà risparmi considerevoli. Ai costi per le prestazioni psichiatriche di cura ambulatoriale (79.80 franchi all'ora) andrebbero contrapposte le tariffe Tarmed per le prestazioni dei medici e i finanziamenti delle case di cura e delle cliniche psichiatriche, che sfiorano gli 800 franchi al giorno. KPP ritiene improbabile che, spostando competenze e responsabilità dai medici agli infermieri, aumenterebbe il volume delle cure dispensate; più probabile sarebbe il contrario. Gli infermieri saranno in grado di valutare il bisogno di cure con strumenti di misurazione professionali e, comunque, verranno controllati dagli assicuratori; si potranno così eliminare doppioni e procedure inutili e, di conseguenza, anche le prestazioni saranno erogate in maniera efficace, appropriata ed economica.

### 2.1.5 Assicuratori

*(curafutura, santésuisse, groupe mutuel)*

**curafutura è favorevole all'orientamento strategico** dell'iniziativa parlamentare, alla luce del fatto che i cambiamenti demografici e l'incremento del numero di malati cronici faranno sicuramente aumentare il fabbisogno di cure. Attribuendo maggior responsabilità in prima persona al personale infermieristico ed estendendone le competenze, in futuro sarà possibile gestire meglio le sfide crescenti in questo settore. Inoltre è opportuno non più far rientrare nella competenza dei medici la prescrizione di alcune prestazioni di cura coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Già oggi il fabbisogno di simili prestazioni viene rilevato soprattutto da infermieri qualificati. curafutura osserva che occorre precisare meglio nell'ordinanza i requisiti professionali necessari per dispensare tali prestazioni a titolo indipendente.

**santésuisse riconosce fundamentalmente gli sviluppi in atto in ambito infermieristico**, soprattutto nel settore delle cure di base, e ciò riflette anche la tendenza politica attuale in merito a tale questione. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ha però il compito, iscritto con chiarezza nella legge, di rimborsare i costi delle prestazioni che servono ai fini della diagnosi o del trattamento medico di una malattia e delle sue conseguenze. In proposito, nella pratica è molto difficile distinguere queste prestazioni (nel settore delle cure ambulatoriali esterne all'ospedale) rispetto alle prestazioni dispensate in conseguenza dell'età dei pazienti o in ambito sociale. Nella sistemica della LAMal è il medico che redige l'indicazione medica e incarica Spitex di erogare le prestazioni di cura ambulatoriale; inoltre, al medico è affidato anche un ruolo centrale di controllo e coordinamento tra i diversi fornitori di prestazioni. Finché tali compiti e la rispettiva responsabilità per il settore delle cure (ambulatoriali) esterne all'ospedale non saranno disciplinati con chiarezza, santésuisse continuerà a sostenere solo l'attuale sistema della prescrizione medica. In collaborazione con Spitex, il medico accerta la necessità di cure e le prescrive. **santésuisse è contraria all'iniziativa parlamentare in particolare a causa delle conseguenze imprevedibili sui costi**. Come precisato anche nel rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 15 aprile 2015 (capitolo 5), è estremamente difficile prevedere le ripercussioni finanziarie della modifica di legge e quasi impossibile quantificare oggi le conseguenze in termini di costi. Inoltre, anche la questione della responsabilità non è chiara. È arduo prevedere in anticipo se, nella pratica, si avrà uno sgravio tangibile delle mansioni e, quindi, risparmi sui costi. Si possono fare soltanto previsioni del tutto ipotetiche perché le basi di dati disponibili sono insufficienti e mancano sia una struttura tariffale unitaria sia indicazioni empiriche sulla possibilità di un aumento del volume delle cure dispensate (ad esempio attingendo a pubblicazioni specialistiche, esperienze in altri settori di prestazioni o attori coinvolti come i medici di famiglia, le organizzazioni di cura, gli assicuratori-malattie ecc.). Tuttavia appare chiaro che, come sostiene anche la Commissione sopracitata, la modifica di legge non dovrebbe comportare un aumento del volume delle prestazioni. Gli assicuratori-malattie non possono escludere un incremento dei costi delle prestazioni e amministrativi. Inoltre la modifica di legge potrebbe creare un precedente anche per altri gruppi professionali. È lecito supporre che, in caso di attuazione dell'iniziativa parlamentare, subito altri gruppi professionali (come i fisioterapisti, gli ergoterapisti, i logopedisti ecc.) chiederanno gli stessi diritti accordati agli infermieri: la conseguenza indesiderata sarebbe una tendenza difficilmente arginabile all'aumento del volume delle prestazioni.

**Groupe Mutuel non aderisce all'avamprogetto** in quanto tale ed è favorevole al mantenimento del sistema vigente, ovvero al rimborso delle cure ambulatoriali solo se dispensate su prescrizione medica. In primo luogo considera opportuno sottolineare che l'indebolimento del ruolo centrale del medico di coordinatore e responsabile delle cure genererà uno sfilacciamento delle responsabilità: ciò va contro gli interessi del paziente. In secondo luogo, un aumento dei fornitori autorizzati a esercitare nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie causerà inevitabilmente un aumento delle prestazioni a carico dell'assicurazione di base. È impossibile fare previsioni perché l'impatto potrà essere valutato solo a posteriori, sulla base del rapporto redatto a cinque anni di distanza dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni. Infine ritiene inaccettabile la mancanza di prevedibilità sull'aumento dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, perché contraddice tutti gli sforzi profusi per limitare i costi sanitari.

santésuisse sostiene la proposta di minoranza relativa all'**articolo 25a capoversi 1 e 2 primo periodo LAMal**, che perora il mantenimento della competenza dei medici nell'ambito delle **cure acute e transitorie**.

curafutura e santésuisse sostengono la proposta di minoranza relativa all'**art. 40a LAMal**, secondo cui deve valere la libertà contrattuale per gli infermieri nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per curafutura il sistema della libertà contrattuale è cruciale per garantire un'assistenza medica efficiente e di qualità. Inoltre osserva che il termine «contratto di autorizzazione» è problematico, poiché suggerisce erroneamente che spetta agli assicuratori rilasciare l'autorizzazione per i fornitori nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, mentre ciò non è vero; chiede quindi di utilizzare il termine «contratto di prestazioni».

curafutura è contraria alle modifiche proposte per l'**articolo 55a capoverso 1 LAMal** e chiede l'eliminazione delle lettere c e d.

curafutura e santésuisse approvano le **disposizioni transitorie**. curafutura fa notare che il rapporto dovrebbe contenere non soltanto gli aspetti economici, ma anche un'analisi degli obiettivi dell'iniziativa parlamentare (tra cui un aumento dell'attrattività della professione di infermiere). santésuisse chiede di eseguire anche un monitoraggio coerente dei costi e di prevedere possibilità concrete d'intervento, da stabilire in anticipo, a garanzia della neutralità dei costi. È ipotizzabile un modello che comprenda tutti i fornitori di prestazioni per Cantone e in base a cui i contributi degli assicuratori-malattie (secondo l'articolo 7a OPre) si ridurrebbero automaticamente in caso di superamento di un determinato aumento dei costi.

**Conseguenze sotto il profilo quantitativo e dei costi:** santésuisse sottolinea il rischio che il fabbisogno di prestazioni di cura senza prescrizione medica nei settori toccati dal nuovo disciplinamento venga tendenzialmente stimato, almeno in parte, più elevato dagli infermieri che agiscono sotto la propria responsabilità. Il motivo va ricercato innanzitutto nella vicinanza – e nell'«accesso diretto» – del personale infermieristico sia con i pazienti sia con i «soggetti coinvolti nella cura del malato a titolo non professionale» (ad es. i familiari). Inoltre, l'aumento dell'attrattività auspicato per le professioni infermieristiche porterà presumibilmente a un'offerta più ampia di personale nei settori di cura coinvolti, e alla specializzazione delle organizzazioni di cura. Nel **settore ambulatoriale**, santésuisse calcola per la fatturazione delle prestazioni di cura senza prescrizione un **aumento dei costi del 5-20 per cento** a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, con ripercussioni in termini di costi **tra i 20 e i 100 milioni** di franchi. Nel settore case di cura ritiene che vi saranno costi supplementari: la nuova normativa comporterà un aumento dei costi a seguito di un crescente fabbisogno di cure. A fronte di costi nelle case di cura per 1,838 miliardi di franchi e di un innalzamento del livello dei contributi in solo il 10 per cento dei pazienti, ciò equivarrebbe a **30 milioni di franchi di costi supplementari** (i pazienti delle case di cura in media sono classificati nel livello di contributi 6): ma questi calcoli non tengono conto dell'aumento dei costi previsto indipendentemente dall'adozione dell'avamprogetto, e causato dalle tendenze e dagli sviluppi dei prossimi anni sul piano medico, demografico, sociale e di politica della sanità.

#### 2.1.6 Associazioni mantello dell'economia

(USAM, SSV, *economiesuisse*, SGV/USAM, SGB/USS, FER)

Tranne SGB/USS, le associazioni mantello dell'economia sono contrarie all'avamprogetto (USAM e SSV non hanno inoltrato un parere).

**economiesuisse**, pur tributando il giusto riconoscimento alle prestazioni del personale infermieristico, è **contraria** all'avamprogetto nella sua forma attuale, perché causerebbe un aumento della frammentazione nel settore sanitario e conseguenze indesiderate sui costi. Suggestisce invece di rafforzare la posizione del personale infermieristico nel quadro dei modelli di assistenza sanitaria integrata; ritiene parimenti che, adottando l'avamprogetto, si creerebbe un precedente per altri gruppi di fornitori di prestazioni, che avanzerebbero le medesime richieste. Inoltre, il nuovo disciplinamento contribuirebbe alla frammentazione nell'ambito della sanità, un settore in cui sarebbe necessaria un maggiore anziché un minore coordinamento. Infatti in futuro, con l'aumento del numero di pazienti cronici con multimorbilità sarà necessario armonizzare ancora meglio le cure. I fornitori di prestazioni dovrebbero concertarsi maggiormente. Questo coordinamento potrebbe essere garantito dal medico di famiglia (modelli del medico di famiglia) o nel quadro dei modelli di assistenza sanitaria integrata (HMO ecc.). In tali modelli andrebbe conferito un ruolo preponderante al personale infermieristico. È opportuna una collaborazione più stretta soprattutto tra medici e infermieri. Il potenziale degli infermieri potrebbe del resto contribuire ad attutire gli effetti di un'eventuale carenza di medici. Anche se è necessario sviluppare ulteriormente la tradizionale suddivisione del lavoro, tuttavia il testo dell'avamprogetto renderebbe più costosa l'assistenza sanitaria ai pazienti, con il rischio addirittura di peggiorarla: farebbe lievitare i costi, senza offrire grandi benefici ai pazienti.

**SGV/USAM** appoggia fundamentalmente l'obiettivo dell'iniziativa parlamentare, ma è **contraria** all'approccio di soluzione. In concreto teme che una delega sostanziale di competenze da medico a infermiere possa, nei casi limite, andare a scapito della qualità delle cure. Inoltre ritiene che la suddivisione dei ruoli tra medici e altri fornitori di prestazioni praticata finora sia una soluzione ben roduta e che quindi in linea di massima debba essere mantenuta. Teme anche che con una nuova suddivisione dei ruoli non sarà più possibile attribuire con chiarezza le singole responsabilità e che ciò potrebbe comportare particolari rischi. Infine ritiene lecito attendersi che vi saranno costi più elevati a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Anche **FER**, sebbene favorevole all'intento dell'avamprogetto di rafforzare la collaborazione interprofessionale nel settore sanitario accordando maggiori competenze al personale infermieristico, **respinge** il testo proposto. Sostiene che è un po' avventuroso delegare compiti al personale infermieristico senza precisare quali prestazioni può dispensare, indipendentemente da quelle che necessitano una prescrizione medica. Ritiene d'importanza basilare che i medici conservino una funzione di coordinamento anche per le cure di base, e che le loro decisioni siano rispettate. La visita di un medico resta essenziale per i pazienti, anche qualora la penuria di medici dovesse diventare realtà. La sostituzione dei medici con il personale infermieristico non sembra una soluzione adeguata per la sicurezza dei pazienti. Inoltre cita un passaggio del rapporto esplicativo («*non è da escludere che anche altri gruppi professionali avanzeranno le stesse pretese degli infermieri e, quindi, la modifica di legge possa costituire un precedente*») chiedendosi se, di fronte a un tale scenario, non occorra interrogarsi sulla reale utilità della revisione di legge. La modifica del testo legislativo rischia di creare conflitti indesiderati tra il «livello basso» della gerarchia (ad es. gli aiuti infermieri) e «il livello intermedio» (costituito dagli infermieri) se quest'ultimi dovessero beneficiare di una maggiore autonomia e di un miglioramento salariale. Infatti, da un certo punto di vista la pace sociale tra il personale infermieristico e il rimanente personale sanitario sarebbe messa a dura prova. Inoltre, secondo FER il rapporto non è sufficientemente preciso: dovrebbe fornire un catalogo chiaro delle prestazioni spettanti al personale infermieristico. È altresì inaccettabile che nel rapporto le conseguenze finanziarie siano state trattate soltanto in poche righe, visto che l'impatto sarà tutt'altro che trascurabile per l'insieme degli attori nel settore sanitario. FER chiede maggiore trasparenza. Il testo dell'avamprogetto è ingannevole e non arrecherà a priori né vantaggi ai pazienti né riduzioni dei costi sanitari. La nuova normativa potrebbe persino accelerare la fuga di personale infermieristico dai nostri ospedali.

**SGB/USS è favorevole** all'orientamento strategico dell'avamprogetto perché occorrono misure in grado di contrastare il fabbisogno crescente di infermieri e la grande fluttuazione nel settore delle cure.

### 2.1.7 Partiti politici

(PPD, PLR, UDC, PS)

**PPD e PS sono a favore** dell'avamprogetto, mentre il **PLR lo avversa** nella sua forma attuale. L'**UDC** è d'accordo con lo scopo di fondo dell'iniziativa, che consiste nel valorizzare la professione di infermiere: tuttavia si esprime **criticamente, con alcune riserve**, sul modo proposto per raggiungerlo.

Il **PLR**, pur sostenendo l'obiettivo di una suddivisione delle competenze nel settore sanitario nel rispetto dei livelli gerarchici, è contrario all'avamprogetto nella sua forma attuale. L'attuazione dell'iniziativa parlamentare non è opportuna prima dell'entrata in vigore della legge sulle professioni sanitarie. Il PLR chiede di **congelare** l'attuazione dell'iniziativa parlamentare finché la legge sulle professioni sanitarie non sarà rielaborata a fondo o finché gli intenti dell'iniziativa parlamentare non saranno inseriti nella legge sulle professioni sanitarie. Inoltre il PLR si rammarica che lo scopo dell'avamprogetto si concentri molto sull'«emancipazione» di una figura professionale, anziché porre al centro dell'attenzione la qualità delle prestazioni, i tempi decisionali più brevi, il bene del paziente e l'economicità.

Per l'**UDC**, con l'inserimento degli infermieri nel catalogo dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si rischia un **aumento del volume delle prestazioni**, che andrebbe a **gravare** soprattutto **sui premi** e a complicare ancor più il sistema. Un maggior numero di fornitori di prestazioni comporterà automaticamente più prestazioni a spese della collettività. Inoltre le **difficoltà di delimitazione**, già ora prevedibili, rispetto alle prestazioni dispensate in conseguenza dell'età dei pazienti o in ambito sociale, e le responsabilità poco chiare creerebbero nuovi problemi, con **conseguenze imprevedibili sui costi**. Infine è probabile che aumenteranno anche le pretese salariali degli infermieri con una formazione superiore. Le due proposte di minoranza Cassis e Bortoluzzi godono del sostegno dell'UDC. La **libertà contrattuale** deve essere garantita per contrastare adeguatamente l'aumento potenziale nel volume delle cure dispensate.

Secondo il **PS**, il riconoscimento dell'autonomia del personale infermieristico potrebbe avere un effetto positivo sull'**impiego**, proprio ora che la Svizzera è confrontata con una penuria di manodopera qualificata. Inoltre ritiene che ciò contribuirà a **frenare l'aumento delle spese** sanitarie poiché i medici saranno meno sollecitati.

Per il **PPD**, l'andamento demografico indica per il futuro la tendenza a un forte invecchiamento della popolazione, che potrebbe creare una situazione di emergenza nelle cure. Lo sviluppo è ulteriormente aggravato dal fatto che gli infermieri oggi sono attivi professionalmente solo per breve tempo (da 10 a 15 anni). Per tale motivo la revisione di legge è necessaria per aumentare l'**attrattiva della professione**, facilitando così l'assunzione di giovani e di donne che riprendono il lavoro dopo un periodo di pausa. Tuttavia, il partito osserva anche che la **protezione dei pazienti** dovrebbe essere al centro dell'avamprogetto.

Il PLR, in merito all'**articolo 25a capoversi 1 e 2 primo periodo LAMal**, chiede di introdurre nel settore sanitario competenze chiare e strutture di *governance*, e appoggia le proposte di minoranza Cassis per l'**articolo 25a LAMal** e per l'**articolo 33 LAMal**. Occorre definire con chiarezza a chi spettano le **competenze decisionali** in ogni singolo caso; non devono esserci livelli intermedi, come proposto invece dalla maggioranza. Il PS sostiene la posizione della maggioranza. È importante che le cure che possono essere dispensate dal personale infermieristico in maniera autonoma lo siano anche in fase acuta e transitoria; in altre parole, occorre riconoscere l'autonomia degli infermieri anche nel quadro delle degenze in ospedale.

Il PS è contrario alla proposta di minoranza sull'**articolo 40a LAMal**, e sottolinea il carattere molto controverso di tale misura sul piano politico perché implica *de facto* una restrizione della libertà di scelta del fornitore di prestazioni. Ricorda tra l'altro che proprio la restrizione di tale libertà nel 2012 è stata tra i motivi principali che hanno spinto il popolo a rifiutare nettamente il progetto «*managed care*». Inoltre ritiene che, applicando al personale infermieristico il principio della libertà di contrarre, sarebbero pregiudicati gli obiettivi della revisione, o addirittura verrebbe compromesso il suo esito. L'attività degli infermieri dipenderebbe infatti dal buon volere delle casse malati, il che non permetterebbe di rafforzare la loro autonomia. Infine, sempre secondo il PS, una simile disposizione potrebbe causare costi amministrativi supplementari con il rischio, alla fine, di creare una situazione in cui occorrerebbe verificare sistematicamente se le prestazioni sono state dispensate con o senza l'accordo di un medico, per determinare il diritto al rimborso del fornitore di prestazioni. Non è ammissibile che l'**articolo 55a LAMal** contraddica uno degli obiettivi principali dell'iniziativa parlamentare, ovvero la riduzione della penuria di personale infermieristico e la garanzia di un approvvigionamento sanitario di qualità.

In merito alle **disposizioni transitorie**, il PS chiede che la valutazione non si limiti a un'analisi delle conseguenze economiche della revisione di legge: deve parimenti tenere conto degli effetti sull'approvvigionamento sanitario e sul fabbisogno di cure, sulla qualità di queste ultime, sulle interazioni con i medici e sulla penuria di personale infermieristico.

**Conseguenze in termini quantitativi e dei costi:** il PLR chiede che il nuovo disciplinamento sia prima testato nell'ambito di un **progetto pilota** di durata e portata geografica limitate. Chiede inoltre che la nuova normativa sia limitata alle reti di cure integrate. Esse infatti, avendo una responsabilità budgetaria, sono più libere dal punto di vista imprenditoriale e, di conseguenza, più flessibili riguardo all'attribuzione delle competenze. In alternativa è ipotizzabile anche l'orientamento contenuto nella proposta di minoranza Bortoluzzi (nuovo disciplinamento solo nel quadro di una libertà contrattuale tra fornitori di prestazioni e assicuratori-malattie).

## 2.1.8 Associazioni dei consumatori

(*acsi, frc, Kf, sks*)

L'avamprogetto è sostenuto da tutte le associazioni dei consumatori; soltanto Kf non ha presentato un parere dettagliato.

'ACSI, frc e sks **sostengono** l'avamprogetto per diversi motivi. Ritengono che oggi le competenze degli infermieri non vengono riconosciute a sufficienza e di conseguenza **troppo poco sfruttate**. La popolazione svizzera invecchia e la domanda di cure aumenterà sempre più, mentre prima o poi vi è da attendersi una penuria di medici. Secondo ACSI, frc e sks è opportuno **rafforzare il ruolo degli infermieri**, che svolgono un compito cruciale, e accordare un'autonomia maggiore nel loro settore che consenta di effettuare «una diagnosi infermieristica», ovvero di individuare le cure più adatte per trattare il paziente. La diagnosi infermieristica non va comunque confusa con la «diagnosi medica», che continuerà a essere di competenza del medico curante. La modifica della LAMal offrirebbe un **quadro legale migliore per una prassi corrente** senza però declassare il medico di famiglia, che continuerà ad avere un ruolo es-

senziale (*trriage* delle patologie e decisione sulla necessità di ulteriori esami). Sebbene non sia l'argomento principale, anche il **potenziale di risparmi attuabili sui costi sanitari** sfruttando maggiormente le competenze degli infermieri risulta interessante. Alla stregua di qualsiasi altra prestazione del settore sanitario, anche le prestazioni del personale infermieristico dovranno essere appropriate, efficaci ed economiche per essere rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. ACSI, frc e sks ribadiscono inoltre la necessità che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma le prestazioni di tutti gli infermieri che dispongono di una formazione idonea.

ACSI, frc e sks **sono** invece **contrarie alla libertà contrattuale** degli assicuratori sia per gli infermieri sia per i medici, come suggerito negli articoli da 40 a 55 della modifica della LAMal. In merito all'**articolo 55a LAMal**, le associazioni dei consumatori rimandano al futuro disciplinamento sul controllo e sulla gestione del settore ambulatoriale da parte dei Cantoni, e al futuro disciplinamento sulla qualità delle cure.

### 2.1.9 Altre istituzioni del settore sanitario

(FAMH, FSP, *pharmaSuisse*, *physioswiss*, *labmed Svizzera*, ASC, SVDE/ASDD, SSO, SVMTT/ASMTT, OSP, SRK, KLS, SVMTRA/ASTRM, INSOS, *aspi*)

L'avamprogetto è **condiviso** dalle altre istituzioni del settore sanitario.

FAMH sostiene che occorre definire in maniera chiara le **competenze**, le prestazioni di cura delegate dai medici e le misure relative agli accertamenti e alle cure. Le competenze dovrebbero essere facilmente distinguibili al pari delle remunerazioni. Secondo FSP occorre stabilire in maniera trasparente **nella legge** chi è autorizzato a dispensare quali prestazioni. Da un lato, si dovrebbe quindi distinguere tra cure di base e prestazioni di cura che necessitano di una diagnosi e di un piano terapeutico; d'altro lato andrebbero elencate le **qualifiche professionali degli infermieri**. Anche secondo ASC devono essere ulteriormente approfonditi i nuovi cicli di formazione e l'attribuzione agli infermieri delle responsabilità e delle competenze ad essi correlate. SSO chiede di definire in maniera adeguatamente dettagliata nella legge le prestazioni che possono essere dispensate dagli infermieri senza prescrizione medica, nonché il titolo di studio di cui essi devono disporre per erogarle senza prescrizione o indicazione medica. *pharmaSuisse* suggerisce di verificare periodicamente se, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, è sempre necessario richiedere una ricetta medica e, quindi, una consultazione medica per il rimborso dei costi di prestazioni che una determinata figura professionale è abilitata a dispensare sotto la sua responsabilità sotto il profilo sanitario. Se non esistono altre possibilità per scongiurare un aumento del volume di cure dispensate e dei costi dovuti a incentivi sbagliati, l'obbligo di ricetta è fondamentalmente giustificato; l'importante è evitare che la persona che emette la prescrizione ne abusi per aver il monopolio sulla dispensazione di queste prestazioni. Vanno introdotte **eccezioni** mirate **all'obbligo di ricetta** com'è il caso, secondo il diritto cantonale, delle prestazioni di cura degli infermieri nel campo di attività sotto la propria responsabilità. Per *physioswiss* la **responsabilità** degli infermieri e di altre professioni sanitarie deve essere ben correlata con le rispettive competenze. INSOS suggerisce di sostituire nella versione linguistica francese dell'avamprogetto il termine «*établissement médico-social*» (italiano: casa di cura) con l'espressione «*établissement social*» in cui sono dispensate le cure.

In merito all'**articolo 25a capoverso 2 LAMal**, *pharmaSuisse* ritiene che il nuovo disciplinamento potrebbe creare problemi e si domanda come occorrerà procedere in caso di divergenze tra infermieri e medici. *pharmaSuisse* suggerisce di separare le prestazioni di cura dispensabili solo previa prescrizione medica, dalle prestazioni di cura che possono essere prescritte dagli infermieri. SVDE/ASDD reputa importante garantire che le misure diagnostiche e terapeutiche del medico (così come le misure relative agli accertamenti, alla consulenza e al coordinamento nonché alle cure di base) possano venire prescritte dal servizio di cura infermieristica. OSP aderisce alla proposta di maggioranza, che gode anche del sostegno di KLS, con un'unica riserva: dalla formulazione deve emergere con chiarezza che i medici e gli infermieri sono competenti per la prescrizione delle rispettive misure di cura. SVDE/ASDD, OSP, KLS e *aspi* si dichiarano contrari alla proposta di minoranza, mentre FSP l'appoggia, ritenendo opportuno che nella nuova normativa si stabilisca esattamente chi, in ultima analisi, deve prendere tale decisione, senza bisogno di una decisione congiunta. Anche per *pharmaSuisse* una condivisione della responsabilità tra medico e infermiere nella pratica sarebbe di difficile attuazione.

*pharmaSuisse*, SVDE/ASDD, OSP e KLS chiedono di eliminare l'**articolo 33 capoverso 1<sup>bis</sup> lettera c LAMal**.

pharmaSuisse e ASC sono contrari all'introduzione della libertà contrattuale e pertanto rifiutano l'**articolo 40a LAMal**. Anche SVDE/ASDD, OSP, KLS e aspi respingono la proposta di minoranza.

In merito all'**articolo 55a LAMal**, pharmaSuisse chiede che siano coinvolti solo gli infermieri attivi professionalmente a titolo indipendente. Nell'ipotesi in cui un blocco delle ammissioni dovesse rivelarsi adeguato per abilitare i Cantoni a impedire un aumento del volume delle cure dispensate e a controllare l'approvvigionamento sull'insieme del territorio, allora questa misura dovrebbe essere applicata a tutti i fornitori di prestazioni attivi a titolo indipendente. SVDE/ASDD respinge la disposizione.

Nelle **disposizioni transitorie** pharmaSuisse chiede di eliminare il passaggio «sulle ripercussioni finanziarie della modifica di legge», per non compromettere l'equilibrio che caratterizza le attuali basi giuridiche riguardo alla verifica della qualità, dell'economicità nonché della situazione e del comportamento degli assicurati. ASC appoggia le disposizioni transitorie. Anche SVDE/ASDD le sostiene, ma esprime una riserva: l'analisi dell'impatto oggetto del rapporto non va incentrata unilateralmente sulle spese a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per le nuove cure dispensate, ma deve tenere conto anche dei mutamenti nel panorama complessivo dell'approvvigionamento sanitario. Inoltre, nella valutazione occorre includere anche l'aumento di attrattività della professione di infermiere. OSP vuole che l'analisi tenga conto dello sgravio dei medici. Secondo aspi, meritano di essere oggetto di valutazione anche l'impatto sul carico lavorativo del personale infermieristico e l'attrattiva della professione di infermiere.

**Conseguenze sotto il profilo quantitativo e dei costi:** SVMTT/ASMTT non ritiene probabile un aumento del volume delle cure dispensate, né grosse ripercussioni finanziarie, poiché in effetti si tratta soltanto di una rielaborazione che traspone quasi completamente nella legge l'attribuzione delle competenze già in atto nella prassi odierna. Al contrario, potranno essere evitate procedure amministrative inutili e, forse, generati anche risparmi sui costi. Secondo ASC è difficile stimare le conseguenze sui costi visto che molti parametri non sono definiti con chiarezza. Quali prestazioni potranno essere dispensate autonomamente dagli infermieri sotto la loro responsabilità senza prescrizione o indicazione medica, e in quale misura? Si presume che la questione non riguardi le prestazioni di cura dispensate in ospedale e fatturate mediante forfait, quanto piuttosto le prestazioni degli infermieri attivi a titolo indipendente. Inoltre, la maggior responsabilità del personale infermieristico contribuirà ad aumentare il numero degli infermieri attivi a titolo indipendente? Non si può escluderlo, considerato che la domanda di cure aumenterà sicuramente. Inoltre bisognerebbe evitare di creare un precedente: altri gruppi professionali, come i fisioterapisti, in caso di accettazione della modifica di legge potrebbero chiedere gli stessi diritti, con un incremento inevitabile dei costi sanitari.

#### 2.1.10 Altre organizzazioni

(SAB, Kalaidos, SSR)

Le altre organizzazioni **sono fundamentalmente favorevoli** all'avamprogetto.

Secondo **SAB** bisogna evitare di erigere, una volta ancora, nuove barriere. Occorre rendere più attrattiva la figura dell'infermiere per indurre il maggior numero possibile di persone qualificate a scegliere questa professione. Sarebbe controproducente introdurre un contingentamento (*numerus clausus*), come è avvenuto a livello federale per i medici. Secondo SSR la modifica di legge può contribuire molto a risolvere il problema della grave carenza di personale infermieristico. Proprio nei settori delle cure ambulatoriali e delle case di cura, le prestazioni di cura infermieristica sono centrali e gli infermieri, con il loro lavoro quotidiano, sono le figure cruciali di riferimento e di fiducia per i pazienti e i loro familiari: con la modifica di legge avrebbero la facoltà di avviare le misure di cura necessarie per i pazienti e gli ospiti delle case di cura, senza bisogno di un'ulteriore consultazione medica. Secondo **Kalaidos**, non si attribuisce mai abbastanza importanza all'attrattività dell'esercizio della professione di infermiere nell'ambito delle cure a domicilio e ambulatoriali (più precisamente: nel «luogo delle cure medico-sanitarie rappresentato dall'economia domestica privata»): infatti in questo ambito ci si deve attendere a una forte crescita dettata anche dal motto «prima le cure ambulatoriale poi quelle residenziali» e dalla constatazione che la popolazione svizzera desidera vivere a casa e rimanervi fino alla morte. Di conseguenza, non dovrebbe esservi alcun ostacolo amministrativo che renda più difficoltoso e costoso l'esercizio della professione in-

fermieristica a titolo indipendente o i processi in organizzazioni Spitex e case di cura. A farsi carico dei costi dell'onere amministrativo supplementare delle organizzazioni di utilità pubblica Spitex dovrebbero essere in ultima analisi i Comuni, nel quadro delle convenzioni di prestazioni. Inoltre, se questo gruppo della popolazione dovesse essere sottoposto ad accertamenti e trattamenti medico-sanitari unicamente nell'ambito di degenze in ospedale, ci si dovrebbe attendere costi molto superiori.

In merito alle **cure acute e transitorie**, SSR non comprende perché in questo ambito delle cure la modifica di legge dovrebbe essere limitata prevedendo che la prescrizione sia effettuata congiuntamente con un medico. Sostiene la proposta di maggioranza ma con una riserva: dalla formulazione dovrebbe risultare chiaramente che il medico e l'infermiere sono competenti per la prescrizione delle rispettive misure di cura.

SAB è contrario all'**articolo 55a LAMal**, e SSR si oppone all'**articolo 40a LAMal**. SAB reputa opportuno un controllo strategico delle autorizzazioni a livello cantonale, ma respinge l'ipotesi di una limitazione delle ammissioni a livello nazionale da parte del Consiglio federale.

**Conseguenze sotto il profilo quantitativo e dei costi:** secondo Kalaidos, i timori di un eventuale aumento del volume delle cure dispensate a seguito della fatturazione di prestazioni a titolo indipendente non sono oggettivamente fondati perché, già oggi, gli assicuratori-malattie stabiliscono un tetto quantitativo, pari di regola a 60 ore di prestazioni Spitex al trimestre. In caso di volumi più elevati e commisurati al bisogno di ore di prestazioni, gli infermieri forniscono spiegazioni o si giustificano presentando come argomento il processo di cure, indipendentemente da una prescrizione medica.



## 2.2 Pareri generali

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Mit dem Gesetzesentwurf soll die Attraktivität des Pflegeberufes zwecks Sicherstellung der Pflegeversorgung vergrössert werden. Diese Zielsetzung ist aufgrund der vorstehend geschilderten Ausgangslage grundsätzlich zu befürworten. Allgemein werden Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen in Zukunft an Bedeutung gewinnen, weshalb eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung zu befürworten und eine Stärkung der Position der Pflege wichtig sind. Die vorgeschlagene Ermächtigung von Pflegefachpersonen zur Verschreibung von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist indessen aus folgenden Gründen nicht zielführend und deshalb – jedenfalls in der vorgeschlagenen isolierten Ausgestaltung – abzulehnen:</p> <p>Kostensteigerungen vorprogrammiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegefachpersonen sind grossmehrheitlich Arbeitnehmende und unterstehen der Weisungsbefugnis des Arbeitgebers. Es liegt deshalb auf der Hand, dass private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand zur Umsatzsteigerung die Pflegefachpersonen anhalten werden, möglichst viele Pflegestunden zu verschreiben, was zu einer Mengenausweitung führen wird. Auch der erläuternde Bericht (vgl. S. 22) sieht diese Gefahr wie folgt: «Wenn die dazu befugten Pflegefachpersonen selbst bestimmen können, welche Leistungen sie erbringen, besteht [...] theoretisch ein Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen als im Fall, in dem die Erbringung von Leistungen ohne ärztliche Anordnung nicht möglich ist.» Die mit der Initiative vorgeschlagenen Änderungen werden somit in jedem Falle kostentreibend sein.</li> <li>– Zwischen der pflegebedürftigen Person und den betreuenden Fachpersonen besteht ein Wissensgefälle. Die Patientin oder der Patient kann häufig nicht beurteilen, wo die Grenzen der von der OKP geschuldeten Leistungen liegen. Ohnehin aber wird sich die pflegebedürftige Person gegen zu grosszügig bemessene Grundpflege kaum zur Wehr setzen, zumal die Kosten über die Krankenkassen (und teilweise über Ergänzungsleistungen) finanziert werden und der Eigenanteil zulasten der Patientin oder des Patienten begrenzt ist. Darüber hinaus können auch die Krankenkassen ihre Leistungspflicht ohne ärztliche Beurteilung nur schwer auf das gesetzliche Ausmass begrenzen, weshalb die Gefahr der Verschreibung «unnötiger» Leistungen bei Umsetzung der Vorlage gross ist. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund, dass derzeit rund 80 000 Pflegenden in Spitex, Pflegeheimen und Spitälern beschäftigt sind. Gerade auch der erläuternde Bericht hält fest, dass mit der Vorlage die Gefahr schwerabschätzbarer Mengen- und Kostenentwicklungen geschaffen wird (vgl. S. 17, 22). Auf Seite 22 des erläuternden Berichts wird zudem in Aussicht gestellt, dass als Folge der mit der Vorlage geschaffenen Kompetenzerweiterung «früher oder später Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung manifest werden».</li> <li>– Im Gesetzesentwurf (Art. 55a) ist deshalb vorgesehen, dem Bundesrat bzw. den Kantonen die Kompetenz einzuräumen, die Zulassung von Pflegefachpersonen zulasten der OKP von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Die Möglichkeit solcher Massnahmen schreckte jedoch in der Berufswahl ab und ist jedenfalls vor dem Hintergrund des erläuternden Berichts, wonach der Pflegeberuf attraktiv gehalten werden muss, schwer verständlich. Im Übrigen hat sich bereits beim Ärztestopp gezeigt, dass dergestalt dirigistische staatliche Regulierungen in ihrem Nutzen fraglich sind und jedenfalls mit einem liberalen Arbeitsmarktverständnis schwer vereinbar sind.</li> <li>– Unter dem Titel Übersicht wird auf Seite 2 des erläuternden Berichts festgehalten, dass weitere Fragen, wie z. B. die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, der Klärung zwischen den Tarifpartnern bedürfen. Die bisher mit den</li> </ul>	<p>ZH</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Neuerungen in der Spitalfinanzierung gemachten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass jedenfalls in der Anfangsphase der Umsetzung einvernehmliche und gesetzeskonforme Lösungen zwischen den Tarifpartnern kaum je erzielt werden können und regelmässig die Kantone und die Gerichte den Weg weisen müssen. Sinnvollerweise sollten deshalb solche Klärungen bereits auf dem Gesetzes- oder Verordnungsweg stattfinden. Da die Versicherer im Bereich der Pflege im Einzelfall nur einen begrenzten Beitrag an die Pflegeleistungen übernehmen müssen, werden sie an einer Klärung so oder anders wenig Interesse zeigen.</p> <p>Weitere Ablehnungsgründe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Würden Pflegefachpersonen zur selbstständigen Verschreibung von Leistungen zulasten der OKP ermächtigt, wären analoge Forderungen von weiteren Berufsgruppen, die sich auf das Gleichbehandlungsgebot berufen (wie Physio-, Ergo- und Psychotherapeutinnen und -therapeuten), zu erwarten, was zu einer weiteren Mengen- und Kostenausweitung führte; die Gesetzesänderung hätte präjudiziellen Charakter.</li> <li>– Die parlamentarische Initiative wird damit begründet, dass mit der vorgeschlagenen Massnahme die Attraktivität des Berufs gesteigert, die Rekrutierung erleichtert und die Verweildauer im Beruf verlängert werde. Verschiedene Untersuchungen haben aber gezeigt, dass wichtige Gründe für die kurze Verweildauer im Beruf insbesondere der als zu tief empfundene Lohn und die unregelmässigen Arbeitszeiten sind. Die Möglichkeit, selbst Leistungen anzuordnen, würde an diesen Rahmenbedingungen nichts ändern.</li> </ul> <p>Der Beruf der Pflegefachperson ist anspruchsvoll und für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Er muss attraktiv gestaltet und an die neuen Herausforderungen eines die Fachbereiche überschneidenden integrativen Versorgungsverständnisses herangeführt werden. Dazu sind auch die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu hinterfragen und gegebenenfalls neu zu regeln. Dies hat aber eingebunden in ein Gesamtkonzept zu erfolgen, in dem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Berufsprofile und Aufgaben der Pflegefachpersonen und auch der Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer Gesundheitsberufe überprüft und in ihrem Zusammenwirken gegebenenfalls neu geordnet werden;</li> <li>– die Verpflichtung von Leistungserbringern zur Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen gesetzlich im Krankenversicherungsgesetz verankert wird;</li> <li>– der Späteinstieg in die Ausbildung von Pflege- und medizin-technischen und medizntherapeutischen Berufen gefördert wird (der Kanton Zürich beispielsweise beteiligt sich finanziell an einem Fonds zur Förderung des Späteinstiegs in die Ausbildung Pflege).</li> </ul>	
<p>Aus Versorgungssicht unterstützt der Regierungsrat grundsätzlich das mit der Parlamentarischen Initiative verfolgte Anliegen: den Pflegefachpersonen wird die Verantwortung, die sie heute in der Realität oftmals bereits wahrnehmen, auch gesetzlich zugestanden. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und wegen des Fachkräftemangels sehr erwünscht.</p> <p>Das Anliegen tangiert auch die patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung: die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll die Position der Pflege gegenüber den bisher zugelassenen Leistungserbringern, insbesondere gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, stärken. Die gesetzliche Grundlage wird geschaffen, damit Pflegefachpersonen vermehrt eine koordinierende und beratende Rolle in komplexen Pflegesituationen wahrnehmen können. Damit werden die anderen Leistungserbringenden in der Grundversorgung entlastet. Überdies verfügen die diplomierten Pflegefachpersonen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen: es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden.</p>	BE
<p>Primäres Ziel der vorgeschlagenen Gesetzesänderung ist es, den Pflegeberuf aufzuwerten und ihn damit noch attraktiver zu machen. Die vorgeschlagenen Änderungen,</p>	LU

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nämlich dass Pflegefachpersonen in einem bestimmten Rahmen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen und abrechnen können, dürften tatsächlich zu einer Attraktivitätssteigerung beitragen. Unter diesem Aspekt ist der Revision deshalb vorbehaltlos zuzustimmen. Denn es zeichnet sich bereits heute ein Mangel an Pflegepersonen ab und die Situation wird aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft noch problematischer.</p> <p>Zudem können mit der vorgeschlagenen Änderung zweifellos auch Doppelspurigkeiten und Leerläufe verringert werden, was insbesondere auch die Hausärztinnen und -ärzte entlastet. Die zusätzlichen Kompetenzen der Pflege fördern zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit und Sie entspricht auch zu einem grossen Teil - insbesondere bei der Spitex - einer bereits gelebten Realität.</p> <p>Andererseits darf nicht verkannt werden, dass die vorgeschlagene Änderung auch die Gefahr einer Mengenausweitung und damit einer ungewollten Kostensteigerung mit sich bringt. Um das zu verhindern, wird vorgeschlagen, dass der Bundesrat die Möglichkeit hat, die Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Für die Umsetzung wären die Kantone zuständig.</p> <p>Die Absicht ist richtig. Aber sie ist nicht praktisch umsetzbar. Das Bedürfnis für Grundpflege in einer Region lässt sich niemals so genau quantifizieren, dass gestützt darauf einzelne justiziable Bewilligungen erteilt oder verweigert werden könnten. Es müssten dann beispielsweise sämtliche Stellenerweiterungen von bestehenden Spitexorganisationen bewilligt werden und gleichzeitig müssten Personen oder Organisationen, die neu in den Markt eintreten wollen, die gleiche Chance haben, eine Bewilligung zu erhalten. Und zu berücksichtigen wäre auch, dass Spitexorganisationen zum Teil sehr grosse Gebiete abdecken und nicht nur in einem kleinen Radius tätig sind.</p> <p>Zusammenfassend muss also entschieden werden, was höher zu gewichten ist, eine Aufwertung des Pflegeberufes oder die Gefahr einer Mengenausweitung. Eine Lösung wäre eventuell, dass die neue Regelung befristet eingeführt und dann je nach Evaluationsergebnis definitiv beschlossen oder nicht weitergeführt wird.</p>	
<p>Der Regierungsrat befürwortet die vorgesehene Gesetzesrevision. Es geht darum, den Pflegefachpersonen die Verantwortung, die sie teilweise heute bereits wahrnehmen, auch gesetzlich zuzugestehen. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die Personalknappheit sehr erwünscht. Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt.</p> <p>In der Vorlage ist jeweils von "Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner" oder von "Pflegefachpersonen" die Rede. Es ist wichtig und dringend, dass auf Verordnungsebene eine Definition der Berufsgruppe gemacht wird. Es ist präzise zu klären, welche Abschlüsse (auch altrechtliche) für die direkte Erbringung der Leistungen berechtigt sind und welche die Leistungen nach wie vor nur auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes erbringen können.</p>	UR
<p>Aufgrund eines starken Anstieges an Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren (z. B. durch die Zunahme der Anzahl an Demenzpatienten) müssen laut Schätzungen bis im Jahr 2020 25 000 zusätzliche Personen angestellt und 60 000 Gesundheitsfachleute aufgrund von Pensionierungen ersetzt werden. Die beantragte Revision soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern. Durch die Stärkung der Position der Pflege können zudem andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden. Der Regierungsrat des Kantons Schwyz begrüsst grundsätzlich Massnahmen zur Sicherstellung des zunehmenden Bedarfs an Pflege.</p> <p>Der Regierungsrat hat jedoch Bedenken, dass aufgrund der vorgeschlagenen Änderung</p>	SZ

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>des KVG eine Mengenausweitung, insbesondere durch gewinnorientierte Leistungserbringer, erfolgen kann. Um dies zu verhindern, ist die vorgeschlagene Ergänzung von Art. 55a KVG, wonach der Bundesrat die Zulassung von Pflegefachpersonen von einem Bedürfnis abhängig machen kann, nicht das geeignete Instrument. Vielmehr soll im Rahmen der laufenden KVG-Revision betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs den Kantonen die Kompetenz zur Steuerung bei Unter- wie auch bei Überversorgung erteilt werden. Zudem sind sowohl Leistungserbringer wie auch Versicherer zu verpflichten, die Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gemäss Art. 54 ff. KVG wie auch jene zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen gemäss Art. 56 ff. KVG konsequent umzusetzen. Die Administrativverträge zwischen Krankenkassensicherern und den Spitexverbänden bzw. dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner enthalten Bestimmungen über die Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen. Es ist zu prüfen, diese für alle Pflegefachpersonen, welche Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen, für verbindlich zu erklären.</p>	
<p>Grundsätzliche Zustimmung zur Vorlage</p> <p>Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die angestrebten Veränderungen. In der Realität unterscheiden sich die Aufgabengebiete des Arztes bzw. der Ärztin und der Pflegefachperson in der konkreten Zuständigkeit doch massgeblich. Während der Arzt bzw. die Ärztin klar für die medizinische Diagnostik und Behandlung zuständig ist und bleiben wird, ist die Pflegefachperson für die konkrete Pflegebedarfserhebung und Begründung der zu erbringenden Pflegedienstleistungen zuständig und hat selbstständige Kompetenzen in der Grundpflege. Die Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. der Ärztin beinhaltet wie bis anhin insbesondere die Schnittstellen im Zusammenhang mit Medikamentenverordnungen und delegierte Aufgaben im Bereich von Behandlungen und diagnostischen Massnahmen (z.B. Blutzuckerkontrolle, Puls- und Blutdruckkontrollen, Verbände usw.) und die entsprechende Kontrolle oder Verabreichung von Medikamenten durch die Pflegefachperson. Wir sind jedoch klar der Meinung, dass der Pflegeberuf durch die Entwicklungen der letzten Jahre an Kompetenz und auch an eigenständiger Professionalität gewonnen hat. Die bereits vorhandenen und geplanten gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung von Pflegefachpersonen regeln die Anforderungen und Kompetenz für eine selbstständige und in eigener fachlichen Verantwortung praktizierte Berufsausübung.</p> <p>Eine Zustimmung erfolgt explizit auch, weil es zu keiner Übernahme von neuen Kompetenzen kommen soll. Die Aufwertung der pflegerischen Arbeit erfolgt im Rahmen der bereits bestehenden Aufgaben und Kompetenzen. Die Stärkung und die Erhöhung der Attraktivität des Berufes können dazu beitragen, absehbare Personalengpässe abzufedern.</p> <p>Kritische Betrachtung</p> <p>Die vorgeschlagene Gesetzesänderung kann dazu führen, dass andere Berufe auf gleichem Abschlussniveau ähnliche Begehren stellen werden. Viele dieser Berufe sind jedoch heute schon im Behandlungsbereich tätig. Dieser Bereich soll jedoch auch zukünftig nur im Rahmen einer ärztlichen Anordnung erbracht werden können. Deshalb könnten diese Berufsgruppen nicht auf die gleiche Argumentation wie die Pflegefachpersonen zurückgreifen. Die Pflegefachperson verfügt demgegenüber ganz klar über Tätigkeitsgebiete die nicht medizinischer, diagnostischer oder therapeutischer Art sind und heute schon durch die Pflegebedarfserhebung ausgewiesen und überprüfbar nachgewiesen werden müssen. Die Pflege ist in vielen Bereichen eine eigenständige Tätigkeit, die nicht direkt auf die medizinische Behandlung und Diagnostik aufbaut, sondern auf die Substitution von Selbstpflegedefiziten im Rahmen von alltäglichen Lebensaktivitäten, den Erhalt des Wohlbefindens und der Sicherheit sowie auf die Förderung der Lebensqualität einer Person abzielt.</p>	<p>OW</p>
<p>Das mit der Parlamentarischen Initiative verfolgte Anliegen ist aus Versorgungssicht grundsätzlich zu unterstützen. Es geht darum, den Pflegefachpersonen die Verantwortung auch gesetzlich zuzugestehen, die sie heute gerade im Spitexbereich oftmals bereits wahrnehmen. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufes insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die Personalknappheit sehr</p>	<p>NW</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>erwünscht.</p> <p>Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stärkt die Position der Pflege. Insbesondere die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden. Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege) oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Es geht bei der Initiative nicht um die Frage der Advanced Nursing Practice und der damit verbundenen Übernahme von neuen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen.</p> <p>Ungeklärt bleibt die Rolle der Medizinischen Praxisassistentinnen. Durch die Aufwertung des Berufs der diplomierten Pflegefachperson besteht ein weiteres Mal die Gefahr, dass der Beruf der medizinischen Praxisassistentin unattraktiver wird und die Ärztinnen und Ärzte weniger Nachwuchs rekrutieren können.</p> <p>Es besteht zwar die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. Insbesondere gewinnorientierte Spitexorganisationen würden ihre Abläufe und Tätigkeiten in Zukunft wohl entsprechend ausrichten. Die bestehenden Pfelegetarife sind aber im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden, was eine hemmende Wirkung für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit haben dürfte. Der Kanton hat zudem die Möglichkeit, im Pfelegetarifbereich gestaltend einzugreifen. Wir teilen deshalb diese Befürchtung der Mengenausweitung für den Kanton Nidwalden nicht.</p> <p>Durch die Stärkung der Berufsrolle und die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege dürften Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung erhoben werden. Je mehr die Pflegefachpersonen mit Ausbildung auf der Tertiärstufe zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung benötigt werden, desto eher ist davon auszugehen, dass sie den Anspruch auf eine ihrer Ausbildung entsprechenden Entschädigung durchsetzen können, mit den entsprechenden Kostenfolgen für Versicherer, Versicherte und Kantone.</p> <p>Diese Einschätzung ist nicht unplausibel. Andererseits werden Lohnforderungen im Allgemeinen dann laut, wenn die Fachpersonen entweder neue Aufgaben und eine grössere Verantwortung übernehmen oder wenn der Lohn nicht der Ausbildung und den Tätigkeiten entspricht. Im ersten Fall müsste also erst ausgewiesen werden, dass die Pflegefachpersonen tatsächlich neue Kompetenzen und Aufgaben übernehmen; das steht bei der Initiative ausdrücklich nicht im Vordergrund. Der zweite Punkt wiederum steht nicht in direktem Zusammenhang mit der Initiative (keine Änderungen bei der Ausbildung auf Tertiärstufe). Es ist wahrscheinlich, dass dies in Nidwalden (Spitex Verein hat einen Marktanteil von über 80%) kostentreibend wirken kann. Dies hängt aber auch von der Entwicklung in den anderen Kantonen ab.</p>	
<p>Wir unterstützen die parlamentarische Initiative betreffend gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege und sind überzeugt, dass diese einen wichtigen Beitrag für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes, eine bessere Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs sowie den Abbau von Doppelspurigkeiten und Leerläufen leisten wird. Sie fördert zudem eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung. Die Initiative kann – vor allem in Rand- und Berggebieten – einen Beitrag leisten, die Thematik „Hausärztemangel“ zu entschärfen, indem letztere entlastet werden.</p> <p>Im Bereich der Akut- und Übergangspflege lehnen wir allerdings die vorgesehene gemeinsame Anordnung der Leistungen durch eine Ärztin oder einen Arzt und eine Pflegefachperson ab. Eine solche würde zu Unsicherheiten und Unklarheiten in der täglichen Arbeit führen. Eine klare Kompetenzzuteilung ist vorzuziehen. In diesem Sinne</p>	GL

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>unterstützen wir den Antrag der Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz) betreffend die Artikel 25a Absatz 2 und 33 Absatz 1bis KVG.</p> <p>Im erläuternden Bericht vermissen wir zudem nähere Ausführungen betreffend die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung auf andere Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten). Wir fordern hier eine klare Abgrenzung und damit die Verhinderung eines Präjudizes</p>	
<p>Allgemeine Bemerkungen</p> <p>Die Gesetzesrevision verfolgt primär das Ziel, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten: Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle soll in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Damit soll die Attraktivität des Pflegeberufes Zwecks Sicherstellung der Pflegeversorgung erhöht werden.</p> <p>Die Initiative greift ein wichtiges Ziel auf, nämlich die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung, die insbesondere bei der Betreuung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten zunehmend wichtiger wird. Die Optimierung des Zusammenspiels verschiedener Berufsgruppen ist unabdingbar angesichts der veränderten Versorgungsbedürfnisse (Abnahme der Betreuung und Pflege durch Angehörige, gestiegene Anspruchshaltung), der gestiegenen Kompetenzen in den Gesundheitsberufen (Neuordnung der Aus- und Weiterbildung, Überführung in die Bildungssystematik des Bundes) und der zunehmenden Spezialisierung innerhalb der Medizinal- und Gesundheits-Berufe. Die vorgeschlagene Ermächtigung von Pflegefachpersonen, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ohne ärztliche Anordnung direkt zu erbringen ist indessen nicht zielführend. Sie läuft der Zielsetzung, das Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer zum Wohl der Patientinnen und Patienten zu optimieren, möglicherweise sogar entgegen (Verlust der Behandlungsführung aus einer Hand). Der Weg zu einer effizienteren und besseren Gesundheitsversorgung führt indessen nicht über ein Versicherungsgesetz sondern ist von den entsprechenden Fachpersonen gemeinsam im Rahmen eines Gesamtkonzepts zu erarbeiten.</p> <p>Ablehnung der Parlamentarischen Initiative</p> <p>Die Gründe liegen insbesondere in den unberechenbaren Mengen- und Kostenfolgen der Initiative. Ebenso wird bezweifelt, dass die Patientinnen und Patienten von der vorgeschlagenen Änderung profitieren könnten.</p> <p>Präjudizieller Charakter für andere Gesundheitsberufe</p> <p>Würden Pflegefachpersonen zur selbständigen Verschreibung von Leistungen zu Lasten der OKP ermächtigt, ist zu erwarten, dass vergleichbare Gesundheitsberufe wie Physio-, Ergo- und Psychotherapie sich auf das Gleichbehandlungsgebot berufen werden (vgl. dazu S. 23 des erläuternden Berichts), um selber den Direktzugang zu den Leistungen zu erhalten. Dies würde zu einer noch grösseren, unberechenbaren Mengen- und Kostenausweitung in der OKP führen und wiederum zum Nachteil der Patientinnen und Patienten der Optimierung des Zusammenspiels der verschiedenen Gesundheitsberufe entgegenstehen.</p> <p>Wie weiter?</p> <p>Der Beruf der Pflegefachperson ist anspruchsvoll und für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Wie eingangs erwähnt, nehmen Pflegefachpersonen im direkten Patientenkontakt eine wichtige Rolle in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung wahr.</p> <p>Die Förderung der Kompetenzen im Pflegeberuf muss jedoch in ein Gesamtkonzept eingebunden werden, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Berufsprofile und Aufgaben der Pflegefachpersonen, der Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer Gesundheitsberufe überprüft und in ihrem Zusammenwirken gegebenenfalls neu geordnet werden. Dazu gehören Stichworte wie Multimorbidität, chronisch-degenerative Leiden, Demenz, Palliative Care und Schnittstellenmanagement im ambulanten und stationären Bereich;</li> <li>- die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Aus- und Weiterbildung der verschiede-</li> </ul>	<p>ZG</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nen Berufe gezielt gefördert und in der Organisationsentwicklung der Leistungserbringer ein hoher Stellenwert eingeräumt wird;  - im Interesse der Patientinnen und Patienten darauf geachtet wird, dass sich die Gesamtverantwortung für Behandlung und Pflege einer Patientin/eines Patienten jeweils klar einer federführenden Fachperson zuordnen lässt. Zum Wohl der Patientinnen und Patienten darf es nicht zu sich widersprechenden Anordnungen der verschiedenen Fachpersonen kommen.</p>	
<p>Dans un contexte prévoyant une hausse des besoins en soins, notamment due au vieillissement de la population, il est nécessaire de mettre sur pied un dispositif permettant d'aider à combler le besoin en personnel dans le domaine des soins. Revaloriser le statut professionnel des infirmier-ère-s en leur donnant plus d'indépendance et de responsabilités apparaît comme un moyen louable de parvenir à cet objectif.</p> <p>Ne plus considérer les infirmier-ère-s uniquement comme des auxiliaires, en leur accordant le droit de fournir les prestations d'évaluation, de coordination et les soins de base sans prescription ou mandat d'un médecin, permet de renforcer leur position, de reconnaître leur valeur professionnelle et leur rôle propre. De même, la prescription conjointe des soins aigus et de transition par le médecin et l'infirmière reconnaît les compétences spécifiques de cette dernière. Tout en donnant un accès des infirmier-ère-s plus direct aux patients - ce qui induit à la fois une accélération de la prise en soin et une diminution des procédures administratives - cet avant-projet de modification de loi ne permet pas pour autant aux infirmier-ère-s de dispenser seul-e-s les traitements puisque ceux-ci nécessiteront toujours la prescription ou le mandat d'un médecin (rôle délégué).</p> <p>Le personnel infirmier assume déjà aujourd'hui souvent dans les faits une responsabilité dans le domaine des soins à domicile. On ne peut s'attendre qu'à des effets bénéfiques d'une revalorisation des activités de soins, qui se traduiront par un attrait grandissant à l'égard de la profession d'infirmier 1ère. Cela devrait permettre de répondre, à tout le moins en partie, au futur accroissement des besoins en soins et de contenir la pénurie du personnel infirmier. Le renforcement du rôle du personnel infirmier aura des incidences au niveau de la revalorisation de leur rôle, de même qu'un meilleur ciblage de l'étendue des tâches d'autres prestataires de la médecine de base. Les prescriptions médicales concernent des domaines, où les infirmières disposent des compétences nécessaires relatives à la dispensation des prestations et qu'elles effectuent de manière autonome. La solution proposée permettra sans aucun doute de mieux répondre encore aux besoins de soins des patients (âgés en particulier) et des institutions.</p> <p>Enfin, nous regrettons que l'impact financier de cet avant-projet soit difficilement évaluable. Nous demandons qu'à l'avenir, ces réflexions soient plus développées, afin que les cantons puissent se déterminer en pleine connaissance de cause. En particulier, les éléments suivants pourront avoir des influences variables :</p> <p>&gt; Un nombre de prestations éventuellement plus élevé, lié à cette nouvelle autonomie et / ou au contexte démographique du moment et des années à venir, pourrait entraîner une augmentation des coûts.</p> <p>&gt;La suppression d'une prestation« intermédiaire» des médecins pourrait faire baisser les coûts.</p>	FR
<p>Grundsätzlich begrüßen wir die Stossrichtung der vorgeschlagenen Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes.</p>	SO
<p>Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, den Pflegeberuf aufzuwerten. Durch die Attraktivitätssteigerung soll eine bessere Abdeckung des steigenden Pflegebedarfs und der Abbau von Doppelspurigkeiten sowie Leerläufen erzielt werden. Damit wird die Inkongruenz zwischen den kantonalen Gesundheitsgesetzen, welche in vielen Fällen die fachliche Autonomie der Pflegefachpersonen anerkennen, und der bundesrechtlichen Regelung der Finanzierung aufgehoben werden.</p> <p>Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch ge-</p>	BS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>setzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden. Dies führt zu Kostensenkungen und einer Verminderung des administrativen Aufwands.</p> <p>Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es geht bei der Initiative nicht um die Frage der Advanced Nursing Practice und der damit verbundenen Übernahme von neuen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen.</p> <p>Mit Blick auf die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung und vor dem Hintergrund des Pflegepersonalmangels, des steigenden Pflegebedarfs sowie den Bestrebungen zur Integrierten Versorgung unterstützt der Kanton Basel-Stadt die Initiative und ihr Ziel, den Pflegeberuf zu valorisieren. Durch die Aufwertung des Pflegeberufes werden Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet, was zu Kostensenkungen und einer Verminderung des administrativen Aufwands führt.</p> <p>Eine Mengenausweitung und eine Kostensteigerung sind insofern nicht zu erwarten, als dass die Krankenversicherer eine Gatekeeper-Funktion wahrnehmen und die Pfl egetarife im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden sind. Ferner spielt immer auch der Wettbewerb, beispielsweise über die Qualität. Ein Präjudiz für andere Berufsgruppen ist nicht zu befürchten, da die Leistungen dieser typischerweise in den Bereich der medizinischen Behandlung fallen und genau deshalb eine ärztliche Verordnung erforderlich ist.</p> <p>Aus kantonaler Sicht ist der vorliegende Vorentwurf für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege grundsätzlich zu begrüßen. Es ist aber erforderlich, dass die angesprochenen Diskussionspunkte, so insbesondere Fragen im Zusammenhang mit der befürchteten Mengenausweitung, ernst genommen und diesbezügliche Vorkehrungen getroffen werden.</p>	
<p>Das mit der geplanten Gesetzesänderung verfolgte Anliegen ist grundsätzlich zu begrüßen. Es geht darum, den Pflegefachpersonen die Verantwortung, die sie heute oftmals bereits wahrnehmen, auch gesetzlich zuzugestehen. Damit werden die pflegerischen Tätigkeiten aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind insbesondere im Hinblick auf den künftig steigenden Pflegebedarf und die drohende Personalknappheit aus Versorgungssicht sehr erwünscht.</p> <p>Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Insbesondere die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden.</p> <p>Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden. Es geht bei der Initiative jedoch ausdrücklich nicht um die Frage der Übernahme von neuen Kompetenzen durch Pflegefachpersonen.</p>	BL
<p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Die beantragte gesetzliche Neuregelung verfolgt gemäss Bericht (S. 15) das primäre Ziel, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Dieses Ziel soll hauptsächlich damit erreicht werden, dass den Pflegefachpersonen künftig das Recht eingeräumt werden soll, Pflegeleistungen auch dann zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen, wenn dazu keine ärztliche Verordnung vorliegt. Zur Begründung wird u.a. ausgeführt, dass „das längst nicht mehr zutreffende Image eines Hilfsberufes“ überwunden werden müsse. Die Pflegefachpersonen sollten mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und in ihrer Rolle in einer patienten-</p>	SH



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>zentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Die Aufwertung des Berufsstandes soll dazu beitragen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen.</p> <p>Im Grundsatz teilen wir die Auffassung, dass die Kompetenzen und die Bedeutung der Pflegefachpersonen für die Gesundheitsversorgung noch besser wahrgenommen und gestärkt werden sollten. Die vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen erachten wir in der vorliegenden Form allerdings nicht als geeignet, dieses Ziel in einer sachgerechten Art zu erreichen.</p> <p>In seiner bisherigen Systematik weist das Krankenversicherungsgesetz den Ärztinnen und Ärzten ganz generell eine zentrale Rolle zu bei der Planung und Koordination der meisten Prozesse von Diagnostik, Therapie und Pflege (Art. 25 ff. KVG). Dieser ärztlichen Steuerungsfunktion sind mit Ausnahme der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Hebammen sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens unterstellt. In gleicher Weise wie die Pflegenden sind davon insbesondere die auf Fachhochschul-Niveau ausgebildeten Berufe der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und der Ernährungsberatung betroffen (Art. 46 ff. KW). Zudem sind auch die von universitär aus gebildeten Personen geleiteten Apotheken und medizinischen Laboratorien der gleichen Restriktion unterworfen.</p> <p>Die Pflegefachpersonen verfügen in ihrer Mehrheit über einen Diplomabschluss auf der Stufe von Höheren Fachschulen. In Bezug auf die Abhängigkeit der Vergütung ihrer Leistungen von einer ärztlichen Verordnung sind sie den genannten Universitäts- und Fachhochschul-Berufen gleichgestellt. Die der Vorlage zugrunde gelegte Unterstellung, dass diese Situation auf einer historisch überholten Geringschätzung der Pflegeberufe basiere, ist vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar.</p> <p>Aufgrund der wachsenden Spezialisierung und Fragmentierung der ärztlichen Leistungsangebote, der sinkenden Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der wachsenden Bedeutung zahlreicher nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Therapiemethoden stösst das Modell der ärztlichen Steuerung, das den bisherigen KVG-Bestimmungen zugrunde liegt, ganz offensichtlich an seine Grenzen. Mit Blick auf die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ist es unabdingbar, nach neuen Regeln zu suchen für eine verbesserte künftige Rollenklärung, Koordination und Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer und Berufsgruppen.</p> <p>Die angesprochene Problematik betrifft nicht nur die Pflege, sondern die institutionsübergreifende und interprofessionelle Versorgungssteuerung ganz allgemein. Mit Blick auf die enormen Kostenfolgen, die sich aus einem ungesteuerten und schlecht koordinierten Abruf von Gesundheits- und Pflegeleistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ergeben können, muss die Thematik aus unserer Sicht in der nötigen Sorgfalt und thematischen Breite angegangen werden. Die punktuelle und ersatzlose Entlastung des Pflegebereiches aus der angestammten ärztlichen Steuerungspflicht, die mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf angestrebt wird, greift vor diesem Hintergrund zu kurz.</p> <p><b>Fazit</b></p> <p>Die Gesetzgebung im KVG-Bereich war in den letzten Jahre geprägt von zahlreichen sektoriellen Teilrevisionen, deren Einbettung in klare strategische Ziele oft unklar blieb. Die Umsetzung des vorgelegten Revisionsvorschlages wäre eine weitere Massnahme im Sinne dieses Trends und ist als solche <u>abzulehnen</u>.</p>	
<p>Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden begrüsst grundsätzlich eine Aufwertung des Berufsstatus der Pflege und damit verbunden eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Die Bedeutung der Pflege wird angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und des chronischen Charakters vieler Krankheiten markant zunehmen. Im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die zu erwartende Personalknappheit ist ein solcher Schritt aus Versorgungssicht wichtig. Durch die Übertragung von gewissen Kompetenzen an qualifizierte Pflegefachpersonen besteht zudem die Möglichkeit, die knappen ärztlichen Ressourcen zu schonen, ohne dass für die Patientinnen und Patienten dadurch Nachteile entstehen.</p> <p>Die vorgeschlagene Anpassung des KVG berücksichtigt auch Veränderungen in der Ausbildung von Pflegefachpersonen der letzten Jahre. Mit der Revision der Bildungs-</p>	AR

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>systematik und der damit verbundenen Einführung neuer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, auch für Pflegeberufe, sind aufgrund ihrer Ausbildung namentlich diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Eine medizinische Diagnose dagegen wird ausschliesslich von einer Ärztin oder einem Arzt gestellt. Der Regierungsrat von Appenzell Ausser rhoden begrüsst weiterhin diese Trennung der Zuständigkeiten. Sollte sich die Ressourcenknappheit bei den Ärztinnen und Ärzten (v.a. im Bereich der Grundversorgung) weiter verschärfen, erachtet es der Regierungsrat für prüfenswert, die Kompetenzen der Pflegefachpersonen, bei entsprechender Zusatzqualifikation, auch auf eine medizinische Diagnosestellung auszuweiten.</p> <p>Der Regierungsrat geht nicht davon aus, dass mit dieser Gesetzesanpassung ein Präjudiz für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen geschaffen wird. Der Handlungsspielraum, Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen zu können, wird auf pflegerische Leistungen im engeren Sinn beschränkt. Leistungen der so genannten Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. b der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) sind weiterhin nur auf ärztliche Anordnung zugelassen.</p>	
<p>Die Ständekommission hat den ausgearbeiteten Verordnungsentwurf geprüft und begrüsst grundsätzlich die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Bei der Umsetzung der Vorlage ist jedoch darauf zu achten, dass die Versicherer die eigenverantwortlichen Pflegeleistungen weiterhin fundiert kontrollieren. Diese Kontrolle darf jedoch nicht zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand führen.</p>	AI
<p>Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, denn das Gesetz legitimiert die (wie im erläuternden Bericht erwähnt) bereits praktizierte Situation, dass Pflegenden die Leistungen selber planen und durchführen und die Ärztinnen und Ärzte lediglich die Verordnung unterschreiben. Dies ist für beide Berufe eine unbefriedigende Lösung, die vor allem zu vermehrt unnötigem administrativem Aufwand führt.</p> <p>Weiterhin steigert die gesetzliche Anerkennung der Pflege die Attraktivität des Pflegeberufs und hilft mit, die Gesundheitsversorgung - mit einer künftig älteren Bevölkerungsstruktur - langfristig sicherzustellen.</p> <p>Abschliessend lässt sich festhalten, dass der Kanton St.Gallen die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege unterstützt und begrüsst.</p>	SG
<p>Wir unterstützen den von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit ausgearbeiteten Entwurf für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung führt zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs und trägt damit zu einer besseren Abdeckung des steigenden Pflegebedarfs bei. Mit der in Aussicht genommenen Regelung wird den Pflegefachpersonen die Verantwortung für pflegespezifische Kompetenzen, die sie bereits heute wahrnehmen, übertragen.</p> <p>Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die in Frage stehenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die faktisch bereits heute eigenständig von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden.</p> <p>Das Erfassen des Pflegebedarfs und die selbständige Anordnung von Massnahmen der Grundpflege, das heisst ohne ärztliche Anordnung, sind ein attraktiver Aspekt des Berufsprofils. Mit der vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes steigt somit die Attraktivität des Pflegeberufs. Klar definierte Berufsrollen und Laufbahnmöglichkeiten machen die anspruchsvolle Pflegeausbildung für Jugendliche attraktiver. Der Pflegeberuf kann seinen Makel eines "Hilfsberufs" ablegen, womit dessen Wettbewerbsfähigkeit im "Kampf um die Talente" unter den diversen Berufsausbildungen steigt.</p>	GR
<p><b>Allgemeine Überlegungen</b></p> <p>Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, den Pflegeberuf aufzuwerten. Der Status des "Hilfsberufs" soll abgelegt werden. Dadurch werden eine At-</p>	AG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>traktivitätssteigerung des Pflegeberufs, eine bessere Abdeckung des steigenden Pflegebedarfs sowie der Abbau von Doppelspurigkeiten und Leerläufen angestrebt. Die heute obligatorische ärztliche Anordnung verursacht für Patientinnen und Patienten, welche über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, unnötige Kosten und administrativen Aufwand. Die Pflegefachpersonen erhalten mit der neuen Regelung keine neuen Kompetenzen. Ihnen wird jedoch die Verantwortung für die bestehenden, pflegespezifischen Kompetenzen zugestanden. Damit wird die Inkongruenz zwischen den kantonalen Gesundheitsgesetzen, welche in vielen Fällen die fachliche Autonomie der Pflegefachpersonen anerkennen, und die bundesrechtliche Regelung der Finanzierung aufgehoben.</p> <p><b>Gesundheitsversorgerischer Aspekt</b></p> <p>Das mit der parlamentarischen Initiative verfolgte Anliegen ist aus Versorgungssicht zu unterstützen. Den Pflegefachpersonen ist diejenige Verantwortung gesetzlich zuzugestehen, welche sie heute oftmals bereits wahrnehmen. Damit wird die pflegerische Tätigkeit aufgewertet und die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt gesteigert. Diese erwarteten Effekte sind im Hinblick auf den künftigen steigenden Pflegebedarf und die Personalknappheit sehr erwünscht. Das Anliegen ist auch mit Blick auf eine patientenzentrierte und interprofessionelle Gesundheitsversorgung berechtigt. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stärkt die Position der Pflege. Denn insbesondere die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen. Indem man den Pflegefachpersonen die Verantwortung für diese Leistungen auch gesetzlich zugesteht, können andere Leistungserbringer in der Grundversorgung entlastet werden.</p> <p>Es gilt schliesslich zu bedenken, dass die diplomierten Pflegefachpersonen über die nötigen Kompetenzen verfügen, um die betreffenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Grundpflege-Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören, oder Leistungen, die faktisch bereits heute von den Pflegefachpersonen eigenständig wahrgenommen werden und nicht beispielsweise diagnostische oder medizinisch-therapeutische Verrichtungen.</p> <p><b>Ablehnung einer Positivliste</b></p> <p>Kritisch zu beurteilen ist die Tatsache, dass die Leistungen, welche neu durch die Pflegenden selbständig durchgeführt werden sollen, auf einer Positivliste aufgeführt werden. Dies erschwert die Prozesse in Pflegeheimen oder bei Spitex-Organisationen. Die Pflegeleistungen sind in der Krankenpflege- Leistungsverordnung (KLV) bereits ausreichend formuliert.</p>	
<p><b>Allgemeine Bemerkungen zum Gesetzesentwurf</b></p> <p>Mit dem Gesetzesentwurf soll die Attraktivität des Pflegeberufes zwecks Sicherstellung der Pflegeversorgung erhöht werden. Dieser Zielsetzung stimmen wir zu. Generell werden Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in komplexen Pflegesituationen in Zukunft an Bedeutung gewinnen, weshalb eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung (Stichwort: „Netzwerk Gesundheit“) zu befürworten und eine Stärkung der Position der Pflege wichtig sind. Verschiedene Untersuchungen haben aber gezeigt, dass wichtige Gründe für die kurze Verweildauer im Beruf insbesondere der als zu tief empfundene Lohn und die unregelmässigen Arbeitszeiten sind. Die Möglichkeit, selbst Leistungen anzuordnen, würde an diesen Rahmenbedingungen nichts ändern, weshalb wir vor zu grossen Erwartungen an die Kompetenzerweiterungen zugunsten der Pflegefachpersonen warnen.</p> <p>Mit der in Aussicht genommenen Regelung wird den Pflegefachpersonen die Verantwortung für pflegespezifische Kompetenzen, die sie bereits heute wahrnehmen, übertragen. Die diplomierten Pflegefachpersonen verfügen über die nötigen Kompetenzen, um die in Frage stehenden Leistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Es sind entweder Leistungen, die zum Kern des Pflegeberufs gehören (Grundpflege), oder Leistungen, die bereits heute faktisch eigenständig von den Pflegefachpersonen erbracht. Im Gesetzesentwurf (Art. 55a) ist vorgesehen, dem Bundesrat bzw. den Kantonen die Kompetenz einzuräumen, die Zulassung von Pflegefachpersonen zulasten der OKP von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Die Möglichkeit solcher Massnahmen würde je-</p>	TG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>doch in der Berufswahl abschrecken und ist jedenfalls vor dem Hintergrund des erläuternden Berichts, wonach der Pflegeberuf attraktiv gehalten werden muss, schwer verständlich und kontraproduktiv. Im Übrigen hat sich bereits beim Ärztestopp gezeigt, dass derart dirigistische staatliche Regulierungen in ihrem Nutzen fraglich sind und jedenfalls mit einem liberalen Arbeitsmarktverständnis schwer vereinbar sind. Wir lehnen diese Bestimmung ab.</p> <p>Unter dem Titel Übersicht wird auf Seite 2 des erläuternden Berichts festgehalten, dass weitere Fragen, wie z. B. die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, der Klärung zwischen den Tarifpartnern bedürfen. Die bisher mit den Neuerungen in der Spitalfinanzierung gemachten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass einvernehmliche und gesetzeskonforme Lösungen zwischen den Tarifpartnern jedenfalls in der Anfangsphase ihrer Umsetzung kaum je erzielt werden können und regelmässig die Kantone und die Gerichte den Weg weisen müssen. Sinnvollerweise würden deshalb solche Klärungen bereits auf dem Gesetzes- oder Verordnungsweg geschaffen. Da die Versicherer im Bereich der Pflege im Einzelfall nur einen limitierten Beitrag an die Pflegeleistungen übernehmen müssen, werden sie aber an einer Klärung so oder anders wenig Interesse zeigen.</p>	
<p>In entrata riteniamo doveroso ribadire come sia irrinunciabile trovare, nel prossimo futuro, delle modalità attraverso le quali aumentare l'attrattività della professione infermieristica - per i motivi a noi tutti conosciuti - riuscendo nel contempo ad aumentarne la permanenza nella professione e ridurre le uscite premature, sia nel corso degli anni che a seguito - ad esempio - della nascita di figli. In quest'ottica, l'iniziativa Joder può sicuramente fornire un contributo assicurando un miglior riconoscimento delle competenze del personale infermieristico. Pur essendo consci del fatto che la modifica legislativa disciplina esclusivamente il rimborso delle prestazioni ai sensi della Legge sull'assicurazione malattia, è indubbio che tale riconoscimento finanziario preciserà di riflesso la definizione di quali prestazioni possono essere erogate a livello infermieristico sotto la propria responsabilità diretta. Ciò comporta l'ulteriore vantaggio di tornare a far collimare la prassi concretamente attuata all'interno delle strutture, dove per le cure di base di fatto già oggi vige una sorta di delega tacita dal corpo medico agli infermieri, e le condizioni per il riconoscimento finanziario da parte della LAMal.</p> <p>Tutto ciò premesso, il Consiglio di Stato ha preso però anche atto di quanto poco l'iniziativa parlamentare proposta riesca a catalizzare le opinioni creando l'unanimità. All'interno della stessa Commissione vi sono una serie di divergenze su diversi punti, che hanno portato a presentare in consultazione un'iniziativa ricca di diverse versioni con svariate proposte di maggioranza e minoranza. In maniera analoga, la Conferenza delle direttrici e dei direttori della sanità non ha raggiunto un'identità di vedute tra i Cantoni e in maniera pressoché speculare le associazioni, gli enti, i partner e le strutture sanitarie consultate a livello cantonale hanno espresso posizioni divergenti. Quanto questa spaccatura sia da imputare ad una diversa visione dei sistemi sanitari del futuro e quanto sia semplicemente espressione della difficoltà di comprendere nel dettaglio la questione realmente dibattuta è attualmente difficile da sapere. Tuttavia emerge chiaramente una certa confusione sia sulle competenze attribuite al personale infermieristico, sia sulle modalità di controllo di queste ultime.</p> <p>La posizione di codesto Consiglio di Stato è comunque di principio favorevole all'iniziativa di riconoscere maggiore autonomia professionale agli infermieri, inserendoli tra i fornitori di prestazioni nella LAMal ai sensi dell'art. 35 cpv. 2. Nei limiti giustamente indicati nel rapporto esplicativo - e cioè per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli ed il coordinamento nonché per le cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a e c dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) ad esclusione invece degli esami e delle cure mediche giusta l'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre - viene così formalmente riconosciuta la competenza professionale di questa categoria. Di fatto queste competenze e autonomia sono già riconosciute almeno all'interno delle strutture. Riteniamo preminente l'obiettivo generale da cui muove l'iniziativa, in un contesto che vedrà confrontato il sistema sanitario con un fabbisogno crescente di personale di cura. Del resto ci sembra significativo far rimarcare che con analoghe motivazioni anche l'Ordine dei medici del Canton Ticino sostiene l'esigenza di una riforma in questo senso.</p>	TI

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Teniamo pelt anche ad evidenziare i rischi che la revisione potrebbe trarre seco. Salutiamo pertanto favorevolmente l'idea sancita nella disposizione transitoria di inserire un controllo dei costi nei prossimi anni allo scopo di comprendere meglio l'effetto e conseguenze di questa modifica legislativa. Sarebbe altresì interessante monitorizzare nel contempo l'aumento di candidati alla formazione professionale e la permanenza nella professione sotto le nuove condizioni che verrebbero introdotte con questa riforma. Il previsto arco temporale di 5 anni rappresenta in effetti un discreto intervallo di tempo che permetterebbe già di comprendere l'evoluzione, anche in tal senso.</p> <p>Il Consiglio di Stato intende presentare nel contempo le proprie preoccupazioni per le possibili distorsioni che il fenomeno potrebbe comportare in maniera specifica per il Canton Ticino. Confinante con un Paese di 60 milioni di abitanti linguisticamente e culturalmente affine, il Ticino subisce una forte pressione a seguito della profonda crisi economica e lavorativa che attraversa l'Italia anche per le professioni sociosanitarie, specie nell'ambito pubblico. Da un lato ciò consente alle strutture di poter far capo a questo ampio bacino di personale in un Cantone dove in questi ultimi anni, nonostante gli sforzi formativi intrapresi ed i significativi incrementi di personale indigeno diplomato, in media per due terzi delle forze lavoro infermieristiche occorre comunque ancora ricorrere a operatori frontalieri. D'altro lato però sorge il timore che lo svincolo dall'obbligo della prescrizione medica per talune prestazioni possa indurre il personale infermieristico ad indirizzarsi maggiormente verso l'esercizio indipendente della professione, incrementando in particolare oltre il necessario — in presenza di un obbligo di contrarre conservato — l'attrattiva di queste modalità d'esercizio per il personale infermieristico italiano. Ricordiamo che ormai da una decina di anni la professione infermieristica italiana è basata su un corso di laurea e questo permetterebbe rapidamente un accesso al nostro sistema di un grande numero di liberi professionisti. Se da un lato si rischierebbe di accrescere la pressione economica sul sistema, si potrebbe nel contempo osservare il paradosso di ridurre l'attrattività della professione infermieristica dipendente a favore delle strutture "per tentare la fortuna" nella professione liberale, creando di fatto un'ulteriore riduzione di forze lavoro. Un certo limite a questo fenomeno dovrebbe porlo la limitata estensione delle prestazioni infermieristiche erogabili prescindendo dalla preventiva prescrizione medica. Riteniamo tuttavia importante vigilare sull'evoluzione della situazione e garantire la possibilità di introdurre un regime di moratoria per l'esercizio a titolo indipendente della professione, come previsto dall'avamprogetto di revisione dell'art. 55a LAMal, in analogia al sistema in vigore per i medici. A conferma della preoccupazione espressa giova ricordare che tra il gennaio 2012 e il luglio 2013, quando è venuta a cadere la moratoria, il numero di nuovi medici al beneficio del numero di concordato è aumentato in Ticino del 25%.</p>	
<p>Le Conseil d'Etat relève que cet avant-projet apporte une contribution positive aux dispositions mises en place pour renforcer l'attractivité de la profession en soins infirmiers, l'optimisation de l'usage des ressources et le développement, cas échéant, de nouveaux modèles de soins. Il regrette sur ce dernier point que l'avant-projet soit strictement fondé sur les pratiques actuelles et ne tienne ainsi pas compte des évolutions attendues de ces dernières, telles que les pratiques avancées pour les infirmiers. Il estime toutefois que cette modification constitue indéniablement un pas dans la bonne direction et soutient dès lors cet avant-projet.</p> <p>Le Conseil d'Etat est d'avis que, même s'il s'agit d'un reproche à l'avant-projet, la modification de la LAMal soumise à consultation n'affaiblira en rien le lien privilégié du patient et du médecin. L'avant-projet ne remet en effet pas en question le fait que les mesures diagnostiques médicales et thérapeutiques soient de la compétence du médecin et soient soumises, le cas chant, à un système de délégation du médecin au personnel de santé.</p> <p>En ce qui concerne une éventuelle augmentation du volume des prestations, le Conseil d'Etat relève qu'elle ne constitue pour votre Commission qu'une hypothèse. Il n'en demeure pas moins que les surcoûts éventuels. seraient répercutés sur l'assurance obligatoire des soins, les patients et les cantons. Le Conseil d'Etat estime dès lors indispensable qu'en sus du contrôle habituel de l'économicité des prestations incombant aux assureurs-maladie, l'autorisation de facturer à charge de la LAMal soit soumise à régu-</p>	VD

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>lation. Il soutient dès lors votre proposition de modification de l'article 55a LAMal dans ce sens. Cet article étant actuellement limité dans le temps, le Conseil d'Etat considère qu'il doit être pérennisé, faute de quoi le personnel infirmier ne pourrait pas y être soumis.</p> <p>Enfin, le Conseil d'Etat rejette fermement la proposition de la minorité de votre Commission d'introduire la liberté de contracter pour les infirmiers et infirmières. L'avant-projet a pour objectif de revaloriser la profession en soins infirmiers et ne doit pas être un prétexte pour introduire la liberté de contracter dans la LAMal.</p>	
<p>A titre liminaire, le canton du Valais salue la présente mise en œuvre de l'initiative parlementaire visée en titre dans la mesure où elle nous paraît nécessaire, notamment quant à la revalorisation de la profession d'infirmier(ère).</p> <p>Nous constatons que le texte de la présente consultation est en adéquation avec la réalité du terrain, à savoir qu'il accorde au personnel infirmier la responsabilité qu'il assume aujourd'hui déjà pleinement dans les faits. A ce titre, le Gouvernement valaisan est persuadé qu'avec une autonomie élargie, les activités de soins seront revalorisées et auront pour conséquence un intérêt renouvelé pour la formation d'infirmier(ère). En ce sens, le texte qui nous est soumis semble atteindre son objectif premier.</p> <p>Néanmoins, les modifications de la LAMai proposées laissent planer quelques craintes, dont la plus importante réside en un éventuel accroissement du volume des prestations qui aurait pour conséquence une hausse des coûts particulièrement mal venue. Il est en effet difficile aujourd'hui de faire des prédictions quant au développement du nombre d'infirmiers(ères) indépendants et particulièrement à celui d'organismes d'aide et de soins à domicile.</p> <p><u>Synthèse</u></p> <p>En définitive, le canton du Valais est d'avis que la présente modification de la LAMai s'avère être une solution opportune pour revaloriser le statut professionnel des infirmiers(ères) et ainsi pallier à la pénurie en personnel soignant.</p> <p>Le Gouvernement valaisan reste néanmoins préoccupé par les incidences financières que pourrait avoir une telle modification. Cela étant, l'application de la «clause du besoin» au personnel infirmier devrait être à même d'interrompre un éventuel accroissement inconsidéré du volume des prestations.</p>	VS
<p>Dans le délai imparti, vous trouverez ci-après notre prise de position. De manière à pouvoir émettre un avis "éclairé", nous vous informons avoir préalablement procédé à une large consultation des acteurs potentiellement concernés dans le canton de Neuchâtel par la modification proposée de la LAMai dans l'avant-projet de votre commission (association d'infirmiers et d'infirmières, associations faitières d'EMS, organisations d'aide et de soins à domicile, hôpitaux, Société neuchâteloise de médecine).</p> <p>De manière très générale, ces acteurs manifestent, sur le principe en tous les cas, une position favorable sur l'avant-projet, de même que l'initiative qui en est à l'origine, et considèrent majoritairement - surtout les acteurs institutionnels, les autres ne s'exprimant pas - que la réglementation proposée ne devrait pas conduire à une augmentation des coûts en ce qui les concerne. En effet, ceux-ci sont déjà compris pour l'essentiel dans des forfaits, dont on sait par expérience qu'ils ne poussent pas à la consommation, bien au contraire. Est bien sûr réservée l'augmentation des coûts inhérente à la hausse des besoins en soins dans le contexte évoqué plus haut des évolutions démographique et épidémiologique. Quelques acteurs émettent des réserves sur certaines propositions de l'avant-projet et/ou expriment le souhait que certaines clarifications soient encore apportées à la réglementation proposée, en particulier concernant la définition des prestations que les infirmier-ière-s pourraient fournir sans mandat médical en vertu de l'avant-projet. Nous les reprendrons pour partie à notre compte dans la position que nous émettrons sur certains des articles de l'avant-projet.</p> <p>Quelques-uns ont émis des préoccupations ou remarques plus générales tout à fait légitimes sur les revendications sous-jacentes à l'initiative à l'origine de l'avant-projet que nous faisons nôtres. Nous pouvons relever en particulier les points suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cette volonté d'autonomie des infirmier-ière-s ne signifie pas qu'il ne doit pas y avoir coordination des soins entre le personnel infirmier et les médecins notamment, cela dans l'intérêt bien compris des patients et que cette activité leur</li> </ul>	NE

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>prendra malgré tout un certain temps;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la volonté de favoriser une meilleure utilisation des ressources à disposition et de conférer plus d'autonomie aux professions de soins ne doit pas se limiter à la relation médecins - infirmier-ière-s, mais doit s'étendre à d'autres professions du domaine de la santé collaborant notamment avec le personnel infirmier, dont les assistant-e-s en soins et santé communautaires (ASSC) qui ont aujourd'hui encore un peu de peine à trouver leur place dans certaines institutions car confronté-e-s à une organisation et à un fonctionnement très infirmiers;</li> <li>la délimitation entre les prestations de soins que le personnel infirmier peut exercer sous sa propre responsabilité et celles qu'il ne peut fournir que sur mandat médical doit être clairement fixée. En effet, il n'est pas opportun de prévoir des prestations pour lesquelles il y aurait une sorte de coresponsabilité, avec une double prescription médicale et infirmière.</li> </ul> <p>De son côté, le Conseil d'Etat considère également, de manière générale, que l'objectif poursuivi et les préoccupations exprimées par l'initiative parlementaire Joder et reprises dans l'avant-projet de votre commission peuvent être soutenues à plusieurs titres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le personnel infirmier dispose, par sa formation poussée, des compétences professionnelles nécessaires pour dispenser les prestations concernées par l'avant-projet sans mandat médical. Il s'agit de prestations au coeur des professions des soins (soins de base) qui sont, selon les acteurs que nous avons consultés, de fait déjà aujourd'hui assumées de manière très autonome par le personnel infirmier. Ainsi, le mandat médical est, dans les faits, souvent plutôt une ratification médicale n'apportant pas de plus-value particulière, si ce n'est le fait que le médecin aura cette information dans son dossier; il ne s'agit donc pas d'octroyer de nouvelles compétences à ce personnel. A ce titre, l'avant-projet et l'initiative ne concernent pas la question de l'Advanced Nursing Practice et de la prise de nouvelles compétences par le personnel infirmier qui y est liée;</li> <li>il s'agit d'accorder également au personnel infirmier, sur le plan légal, la responsabilité qu'il assume aujourd'hui déjà souvent dans le domaine des soins à domicile. De la sorte, les activités de soins sont revalorisées et l'attrait des professions des soins est globalement augmenté. Ces effets attendus sont souhaitables dans la perspective du (futur) accroissement des besoins en soins et de la pénurie annoncée ou déjà existante de personnel;</li> <li>il s'agit d'utiliser au mieux des ressources que l'on sait "chères" et que l'on annonce insuffisantes pour couvrir l'augmentation annoncée des besoins en soins. Les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination dans des situations de soins complexes vont notamment encore gagner en importance à l'avenir. Accorder également sur le plan légal la responsabilité de ces prestations au personnel infirmier permet de décharger le personnel médical de tâches sans grande valeur ajoutée.</li> </ul> <p>Il n'en demeure pas moins que l'avant-projet, tout comme l'initiative qui en est à l'origine suscitent un certain nombre d'inquiétudes tout à fait légitimes, sur lesquelles nous pouvons émettre l'appréciation suivante et qui pourraient justifier de prévoir quelques garde-fous.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La crainte existe tout d'abord que la nouvelle réglementation entraîne un accroissement du volume des prestations et donc une hausse des coûts, parce que le personnel infirmier peut dispenser des prestations sans mandat médical. En effet, on peut imaginer notamment que des organisations d'aide et de soins à domicile à but lucratif adaptent en conséquence leurs processus et activités. A cet égard, nous pouvons relever que la majorité du personnel infirmier travaille aujourd'hui (encore) dans des hôpitaux, des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD) sans but lucratif (comme NOMAD dans le canton) et que, dans ce cas, le fournisseur de prestations est une de ces institutions dont le personnel médical est l'employé et qui n'a donc pas d'intérêt particulier à pousser à la consommation. En 2012, cela représentait environ 90.000</li> </ul>	

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>infirmier-ière-s du degré tertiaire 1. Pour le surplus, les prestations concernées sont incluses dans des forfaits, mode de rémunération dont on sait qu'il ne pousse pas à la fourniture de prestations "inutiles" bien au contraire, et donc le risque évoqué plus haut est fortement limité. En comparaison à la statistique évoquée plus haut, il convient de souligner que, selon la statistique 2012 de l'aide et des soins à domicile de l'OFS, 650 infirmier-ière-s seulement exerçaient à leur compte. Il n'en demeure pas moins que la crainte exprimée plus haut n'est pas totalement infondée.</p> <p>En effet, le canton de Neuchâtel est confronté depuis lors à une augmentation très sensible du groupe des infirmier-ière-s indépendant-e-s et exerçant à leur compte entraînant une hausse importante et difficilement maîtrisable des coûts à la charge de l'AOS et du canton en lien avec les prestations fournies. Depuis 2011, leur nombre a presque doublé, passant ainsi d'une cinquantaine à une centaine aujourd'hui. On constate également un fort développement, ces dernières années, des organisations de soins à domicile privées, dont on peut s'attendre à ce qu'elles se spécialisent de plus en plus dans le domaine des soins de base abordés dans l'avant-projet. Ce développement a un coût à la charge de l'AOS, mais aussi du canton. Le financement résiduel des soins pour le personnel infirmier indépendant a ainsi évolué de 530.000 francs pour l'année 2011 à une estimation de 1.890.000 francs en 2015. Cette situation s'explique certainement en partie par le vieillissement de la population et l'évolution de certaines maladies associées mais aussi, sur le plan du canton, par la volonté politique forte exprimée de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans le contexte de la planification médicosociale pour les personnes âgées (PMS). Mais est-ce totalement le cas? On peut, en effet, se poser la question de savoir si l'augmentation connue du nombre de prestataires de soins et du volume de prestations concernées par l'avant-projet est totalement corrélée à ces évolutions; il est difficile d'y répondre. Actuellement elle s'inscrit dans un cadre où les infirmier-ière-s ou les OSAD à but lucratif travaillent sur prescription médicale. Qu'en sera-t-il le jour où cela ne serait plus le cas? Cela dit, il convient d'atténuer cette crainte en relevant que les assureurs-maladie assumeront de toute façon également à l'avenir une fonction de „gatekeeper" par le contrôle des factures qui leur incombent. Qu'il s'agisse de prestations de soins sur prescription médicale ou sans prescription médicale ne joue à cet égard aucun rôle. Par ailleurs, les tarifs de soins existants sont relativement modestes en comparaison avec ceux d'autres prestations (y compris de soins) et branches. On peut considérer que cela pourra constituer un frein au lancement d'une activité à titre indépendant. Mais cela reste à vérifier.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par ailleurs, certaines personnes craignent que d'autres groupes de professions non médicales (physiothérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes, logopédistes, diététicien-nes, notamment) présenteront également les mêmes exigences que le personnel infirmier (fourniture de prestations sans prescription médicale).</li> </ul> <p>L'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) oppose à cette crainte le fait que les soins de base - qui doivent désormais être fournis par le personnel infirmier de manière autonome et sans prescription médicale - constituent des prestations spécifiquement de soins qui se distinguent clairement des prestations diagnostiques et médico-thérapeutiques effectuées par les autres groupes de professions. Pour cette raison, les prestations dites de soins de traitement (art. 7 al. 2 let. b OPAS) continuent à n'être autorisées que sur prescription médicale. Les prestations d'autres groupes de professions, par exemple du domaine thérapeutique, relèvent typiquement du domaine du traitement médical, raison pour laquelle ces groupes de professions ne pourraient pas s'appuyer sur l'argumentation utilisée en vue de la reconnaissance légale de la responsabilité des soins.</p> <p>Le Conseil d'Etat considère qu'un moyen terme pourrait toutefois être envisagé pour remédier à inquiétude: le personnel infirmier pourrait déterminer les pres-</p>	



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>tations nécessaires de manière autonome dans son domaine de compétence, par analogie aux autres groupes de professions non médicales (physiothérapie, ergothérapie, diététique, logopédie), sans pour autant être admis comme "prestataire direct à la charge de l'A OS". Les limitations spécifiques pour les soins selon l'art. 8 OPAS devraient pour cela être assouplies. Le "principe des quatre yeux", auquel est aujourd'hui attribué un effet de limitation du volume des prestations, serait tout de même abandonné. En même temps, aucune décharge administrative perceptible ne surviendrait pour les médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'avant-projet prévoit également le renforcement du rôle de la profession d'infirmier-ière et la reconnaissance juridique de la responsabilité des soins, ce qui pourrait engendrer des demandes de revalorisation de la profession et par conséquent, une augmentation des salaires. On peut en effet s'attendre à ce que plus ce type de personnel avec formation de degré tertiaire est nécessaire au maintien de soins de haute qualité et a une fonction centrale dans ce cadre, plus il risque d'exiger une rémunération correspondant à son niveau formation, avec les incidences financières correspondantes pour les assureurs-maladie, les assurés et les cantons.</li> </ul> <p>Le Conseil d'Etat, comme un certain nombre d'institutions consultées, est d'avis que cette crainte n'est pas totalement infondée. L'expérience montre que des revendications en termes de rémunération s'expriment en général soit lorsque les professionnels assument de nouvelles tâches et une plus grande responsabilité, soit lorsque la rémunération ne correspond pas à la formation et aux activités réalisées. En l'occurrence, concernant le premier point, encore faudra-t-il que le personnel infirmier assume effectivement de nouvelles compétences et tâches ou responsabilités, ce qui ne paraît pas être le cas selon les auteurs même de l'initiative à l'origine de l'avant-projet sans que l'on ne puisse l'exclure. Quant au second point, il n'est pas en lien direct avec l'initiative qui est à l'origine de l'avant-projet de votre commission (pas de modifications dans la formation au degré tertiaire).</p> <p>Pour le surplus, il convient de relever que les cantons disposent, au travers de l'art. 25a LAMal, de la compétence pour régler le financement résiduel dans le financement des soins. A ce titre, ils ont eux-mêmes en main le contrôle sur les ressources octroyées et ainsi indirectement également sur les rémunérations versées.</p>	
<p>De façon générale, nous approuvons l'avant-projet précité, qui revalorise le statut professionnel des infirmiers, prend mieux en considération leurs compétences spécifiques et renforce leur rôle dans le système de soins.</p> <p>Accorder plus d'autonomie au personnel soignant et renforcer son rôle dans la prise en charge des soins à domicile devraient accroître l'attrait du métier, un sujet auquel nous sommes particulièrement attentifs dans le contexte actuel de pénurie. En effet, notre Conseil a mandaté, dès 2011, un groupe de travail chargé d'élaborer des solutions pour lutter contre la pénurie des professionnels de santé dans le canton de Genève, notamment dans le domaine infirmier.</p> <p>Cela étant, il est difficile d'estimer les effets de ce changement légal sur le volume des soins dispensés et de leurs impacts financiers. Il s'agit d'un transfert de compétences des médecins au personnel infirmier. Il est donc indispensable d'étendre aux infirmiers la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations en fonction du besoin et nous approuvons entièrement la proposition de modification de l'article 55a LAMal en ce sens.</p>	GE
<p>L'initiative parlementaire 11.418/v.pa a le mérite d'offrir une solution (parmi d'autres) au problème de l'accroissement de la demande de soins dans la population vieillissante. Elle entend transférer certaines compétences des médecins au personnel infirmier notamment et porter les prestations qui en découlent à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les prestations visées font déjà partie des activités du personnel de soins, exercées sous sa propre responsabilité. Pour toutes ces raisons, et au niveau conceptuel, c'est une solution d'avenir à laquelle se rallie le canton.</p> <p>Le Gouvernement jurassien peine cependant à comprendre pourquoi la commission</p>	JU

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>parlementaire a placé au premier plan de ses considérations certains arguments corporatistes peu pertinents à l'heure où toutes les professions de la santé peuvent se prévaloir d'être valorisées et renforcées dans les mêmes termes <i>d'image, de statut et d'attrait</i>. Conséquence prévisible de cette approche, d'autres corps de métier sont légitimés à revendiquer la même autonomie. Le Gouvernement déplore qu'aucune comparaison internationale n'ait été présentée en complément aux motifs invoqués.</p> <p>Si le Parlement modifie la loi selon l'initiative parlementaire, les exécutifs cantonaux devront affronter les problèmes factuels qu'elle engendre. De ce point de <i>vue</i>, les aspects suivants doivent être mieux réglés au préalable :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Là où doit prévaloir l'unité de doctrine et la complémentarité professionnelle, la commission introduit un nouveau rapport de force (<i>renforcer la position ...</i>). Qui arbitrera les litiges? Devant quelle autorité devront rendre compte de leur activité les infirmiers-ières indépendants-tes ou à leur compte ? Qui contrôlera les devoirs professionnels ? Qui prononcera les sanctions annoncées ? On voit que le canton et ses institutions seront directement concernés dans la résolution de conflits de compétence.</li> <li>2. Les soins aigus et de transition devraient désormais être prescrits <i>ensemble par Je médecin et le personnel infirmier</i>. Cette forme de gouvernance n'est pas praticable. Le canton soutient à ce titre la minorité Cassis et al. qui rétablit un rapport fonctionnel dans les soins aigus et de transition.</li> <li>3. L'évolution des coûts est imprévisible. La CDS met en évidence un classique du genre : voir davantage de fournisseurs et dispenser plus de prestations dans le créneau des soins de base iraient à l'encontre de l'objectif général. Ici aussi, le canton est directement concerné dans sa participation au financement des soins notamment. Les effets de cette initiative sur l'évolution des coûts de la santé n'est pas garantie, et la question est bien de savoir si des besoins effectifs seraient mieux couverts par les délégations prévues. Or, cet aspect nous semble peu documenté.</li> <li>4. La solution unilatérale du personnel infirmier est de nature à susciter des revendications dans les autres groupes professionnels. Le canton et ses institutions seront confrontés au caractère préjudiciel de la loi.</li> </ol> <p>En guise de conclusion, le Gouvernement jurassien salue le travail de la commission parlementaire et sa volonté de faire face aux besoins à venir en matière de soins médicaux. Cependant il demande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que les prestations qui peuvent être fournies sans prescription ou délégation d'un médecin et par quel personnel infirmier- soient inscrites précisément dans la loi ;</li> <li>• que les incertitudes systémiques attachées à la solution proposée (gouvernance, unité de doctrine, impact financier direct, impact sur les autres professions de santé) soient réglées ;</li> <li>• un complément d'information sur les pratiques et l'expérience européenne et nord-américaine en la matière aux fins d'apporter des réponses pragmatiques aux problèmes évoqués;</li> <li>• que soient exposées et discutées avec les cantons les responsabilités qui attendent ces derniers avec la révision de la loi ;</li> <li>• un monitoring de l'évolution des prestations fournies sans prescription médicale.</li> </ul>	
<p><b>Allgemeine Bemerkungen</b></p> <p>Die 2011 eingereichte parlamentarische Initiative verlangt eine Gesetzesrevision, die die Aufwertung des Berufsstatus der Pflegefachpersonen (HF FH) zum Ziel hat. Die CVP unterstützt die Vorlage. Pflegefachpersonen, insbesondere in der Grundpflege, sollen vermehrt in eigener Verantwortung tätig sein. Die demographische Entwicklung zeigt eine starke Alterung der Bevölkerung, die zum Pflegenotstand führen kann. Diese Entwicklung wird durch die im Moment nur kurze Berufsaktivität von Pflegefachpersonen von zehn bis fünfzehn Jahren noch verschlechtert. Auch gerade deshalb ist diese Gesetzesrevision nötig, um die Attraktivität des Berufes zu steigern und so die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern. Dabei muss</p>	CVP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>aber der Patientenschutz im Zentrum der Vorlage stehen. Die CVP begrüsst die, durch die Kommission vorgeschlagenen KVG Anpassungen, die dazu führt, dass der Bundesrat Leistungen festlegt, die ohne ärztliche Anordnung von der Pflegefachperson erbracht werden können. In diesem Sinn sollen Pflegefachpersonen keine Carte Blanche bei der Anordnung von pflegerischen Massnahmen haben.</p>	
<p><i>FDP.</i> Die Liberalen lehnt die Vorlage in dieser Form ab. Das Ziel einer stufengerechten Verteilung der Kompetenzen im Gesundheitswesen wird an sich unterstützt. Wir verweisen diesbezüglich auf das überwiesene Postulat von NR Ignazio Cassis zum Thema Task Shifting (12.3619). Die pa. Iv. Joder hängt jedoch eng mit dem Gesundheitsberufegesetz (GesBG) zusammen; eine Umsetzung der pa. Iv. bevor das GesBG vorliegt, macht keinen Sinn. Daher soll die Umsetzung der pa. Iv. Joder entweder sistiert werden, bis das Gesundheitsberufegesetz nach der Vernehmlassung <i>grundlegend</i> überarbeitet worden oder das Anliegen der pa. Iv. Joder in das GesBG integriert worden ist. Damit wäre gewährleistet, dass die neuen Regelungen „aus einem Guss“ kommen. Weiter bemängeln wir, dass sich der Zweck der Vorlage stark auf die „Emanzipierung“ eines Berufsstandes konzentriert und nicht Qualität der Leistungen, kürzere Entscheidungswege, das Wohle der Patienten und die Wirtschaftlichkeit im Zentrum stehen.</p>	FDP
<p><b>Obwohl sich die SVP mit dem grundsätzlichen Ziel der Initiative, nämlich der Aufwertung des Pflegeberufes, einverstanden erklären kann, ist der vorgeschlagene Weg doch kritisch zu hinterfragen.</b> Es ist anzunehmen, dass mit der Aufnahme der Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sich eine Mengenausweitung einschleicht, welche am Schluss vor allem die Prämien belastet und das System weiter verkomplizieren wird. Mehr Leistungserbringer werden automatisch mehr Leistungen auf Kosten der Allgemeinheit erbringen. Schon jetzt vorhersehbare Abgrenzungsprobleme zu alters- und sozialbedingten Leistungen und unklare Verantwortlichkeiten schaffen zudem neue Probleme und lassen unabsehbare Kostenfolgen erahnen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass sich auch der Lohnanspruch für Pflegefachpersonen mit höherer Ausbildung nach oben nivellieren wird. Letztendlich ist damit dem Pflegeberuf nicht gedient, da nur die verakademisierte Form der Pflege davon profitieren wird. Die an sich wichtigste unterste Pflegestufe wird damit einmal mehr vernachlässigt. <b>Die beiden Minderheitsanträge Cassis und Bortoluzzi sind zu unterstützen. Die Vertragsfreiheit ist zwingend zu gewähren, um einer möglichen Mengenausweitung adäquat begegnen zu können.</b></p>	SVP
<p>Le Parti socialiste suisse (PS) salue la volonté de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil nationale (CSSS-N) de revaloriser l'image des infirmières et des infirmiers. Nous partageons pleinement les préoccupations de l'auteur de l'initiative parlementaire, à savoir la nécessité d'accorder une reconnaissance plus importante au travail du personnel soignant dans un contexte où le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques accroîtront les besoins en soins. Selon les estimations de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), le nombre de personnes âgées dépendantes des soins va augmenter de 46% d'ici à 2030 s'établissant à 182'000 personnes (au lieu des 125'000 en 2010). Cela sans compter le fait que les évolutions dans le système de santé et le transfert du domaine stationnaire à l'ambulatoire vont également contribuer à l'augmentation de ces besoins. De même, le PS convient que reconnaître l'autonomie du personnel soignant pourrait avoir un effet positif sur le recrutement alors que la Suisse fait face à une pénurie de main-d'oeuvre qualifiée. Toujours selon l'Obsan, les besoins en soins additionnels nécessiteront l'engagement de 25'000 personnes supplémentaires, ce qui rend compte de l'urgence d'agir afin de se parer à ces évolutions. Le PS s'attend également à ce que cette reconnaissance contribue à freiner la hausse des dépenses de la santé puisque les médecins devront moins être sollicités.</p>	PS
<p>Die SAB unterstützt die Vernehmlassungsvorlage mit Ausnahme von Art. 55a, Abs. 1. Die Berggebiete und ländlichen Räume sind einerseits mit den Folgen des</p>	SAB

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>demographischen Wandels (zunehmend ältere Bevölkerung) aber andererseits auch einer zunehmenden Bevölkerungskonzentration in den regionalen Zentren konfrontiert. Dieser zweite Punkt verstärkt den Effekt, dass in den Bergdörfern und peripheren ländlichen Gemeinden vor allem eine zunehmend ältere Bevölkerung ansässig ist. Der Bedarf nach medizinischer Betreuung steigt und die Verfügbarkeit derselben ist oft auch ein Entscheidfaktor für den Verbleib in einer Region. Dies gilt auch für junge Familien, die sich in einer Region niederlassen wollen. Sie werden gut prüfen, ob ihre Kinder in der Region genügend medizinisch betreut werden können. Dem gestiegenen Bedarf nach medizinischer Betreuung steht eine Ausdünnung der medizinischen Grundversorgung gegenüber. Es wird in vielen Regionen immer schwieriger, Hausarztpraxen aufrecht zu erhalten und die Nachfolge zu organisieren. Dazu kommt ein Spardruck der öffentlichen Hand mit der Schliessung von Spitälern. In dieser Situation wird es immer wichtiger, auch über ergänzende Formen der medizinischen Betreuung nachzudenken. Die Pflegefachpersonen können hier teilweise in die Bresche springen. Die Aufwertung dieses Berufes wie in der Parlamentarischen Initiative und der darauf basierenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes angedacht, geht in die richtige Richtung. Nur muss darauf geachtet werden, dass nicht wieder neue Barrieren eingebaut werden. Der Pflegefachberuf muss so attraktiv gestaltet werden dass möglichst viele qualifizierte Personen diesen ergreifen können. Eine Kontingentierung (Numerus Clausus) wie bei den Ärzten auf eidgenössischer Ebene wäre völlig kontraproduktiv.</p>	
<p>Zusammenfassend lehnt economiesuisse den vorliegenden Gesetzesentwurf in dieser Form ab; die Fragmentierung im Gesundheitswesen würde damit zunehmen und unerwünschte Kostenfolgen nach sich ziehen; die Stellung der Pflege sollte alternativ im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen gestärkt werden; dies verbessert die Grundversorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit.</p> <p><b>Grundsätzliche Bemerkungen zur Vorlage</b></p> <p>economiesuisse anerkennt die Leistungen der Pflegenden. Wir begrüßen auch die Absicht der vorliegenden Parlamentarischen Initiative, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Dies soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern. Als Massnahme sieht die Parlamentarische Initiative für die Pflegefachpersonen neu einen direkten Zugang zu den Patientinnen und Patienten vor. Eine Anweisung oder ein Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin ist nicht mehr nötig. Dies betrifft einen Teil der Pflegeleistungen, nämlich die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege. Es gilt sowohl im Spital als auch als Hilfe zu Hause. Selbständig tätige Pflegefachperson auf eigene Rechnung, Angestellte eines Pflegeheims und Angestellte einer Organisation der Krankenpflege sollen davon profitieren. Für die Behandlungspflege dagegen ist weiterhin ein Auftrag oder eine Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin erforderlich. Der Bundesrat soll die Leistungen definieren. Dazu soll er Pflegefachpersonen ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG aufnehmen. Weitere Bestimmungen zu den Pflegefachpersonen sind entsprechend anzupassen. Ein Minderheitsantrag stellt sich gegen den Vertragszwang, der sich neu auf die Pflegenden ausweitet. Sie schlägt als Alternative die Vertragsfreiheit in diesem Bereich vor.</p> <p><b>Konkrete Beurteilung der Vorlage</b></p> <p>Mit Einführung des Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Jahre 1994 wurden drei Ziele verbunden: die Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, die Solidarität verbessern und die Kosteneindämmung. Die ersten zwei Ziele wurden erfüllt. Nur die Kosteneindämmung hat das KVG verfehlt. Grund dafür sind die 13 Leistungserbringergruppen, die meist unkoordiniert Leistungen zuhanden des KVG abrechnen können. Mit der Gesetzesvorlage käme eine 14. Gruppe dazu. Einerseits würde dies ein Präjudiz schaffen für weitere Leistungserbringergruppen, einen gleichen Antrag zu stellen, und andererseits würde dies die Fragmentierung unseres Gesundheitswesens verstärken. Unser</p>	<p>economiesuisse</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Gesundheitswesen braucht jedoch mehr koordinierte Betreuung und nicht weniger. Denn mit der Zunahme von chronischen, multimorbiden Patienten muss die Versorgung künftig noch besser abgestimmt werden. Die Leistungserbringer sollen sich vermehrt absprechen. Diese Koordination kann über den Hausarzt geschehen (Hausarztmodelle) oder im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen (HMO etc.). Die Pflege sollte in diesen Modellen eine massgebliche Rolle spielen. Inwieweit sich diese Rolle sinnvollerweise ausbauen lässt, möchten wir den Fachleuten überlassen. Die Krankenversicherer und die Ärzte sollen im Rahmen von integrierten Verträgen hier ihren Beitrag leisten. Eine intensivere Zusammenarbeit v.a. zwischen Arzt- und Pflegeberufen erachten wir als sinnvoll. Das Potenzial der Pflegenden könnte auch helfen, einen allfälligen Ärztemangel zu mildern. Die klassische Arbeitsteilung muss aus Sicht der Wirtschaft weiterentwickelt werden. Der vorliegende Gesetzesentwurf wird jedoch die Versorgung der Patienten verteuern und tendenziell sogar verschlechtern. Sie wird, ohne grossen Nutzen für die Patienten, zu einem Kostenschub führen.</p>	
<p>Ziel der parlamentarischen Initiative Joder ist es, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Dieses Ansinnen ist bei den sgv-Mitgliedverbänden grundsätzlich auf Zustimmung gestossen. Der gewählte Lösungsansatz, der vorsieht, das Pflegefachpersonal ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer aufgenommen werden, stösst bei unseren Mitgliedverbänden mehrheitlich auf Ablehnung. Hierfür werden insbesondere folgende Gründe geltend gemacht:</p> <p>Gefahr von Qualitätseinbussen: Pflegefachpersonen kommen heute in den Genuss einer qualitativ hochstehenden Aus- und Weiterbildung. In etlichen Bereichen wäre es daher zweckmässig, ihnen mehr Kompetenzen zu erteilen, um die Ärzte entsprechend zu entlasten. Aus Sicht mehrerer unserer Mitglieder dürfte es aber schwierig sein, im Vorhinein klar festzulegen, wo auf den Einsatz von Ärzten bzw. auf deren Behandlungs-, Koordinations- und Überwachungsfunktion verzichtet werden kann und wo nicht. Konkret wird befürchtet, dass eine substantielle Verschiebung des Zuständigkeitsbereichs weg von den Ärzten hin zum Pflegefachpersonal zumindest in Grenzfällen zu Qualitätseinbussen führen könnte.</p> <p>Festhalten an bewährter Rollenteilung: Im Bereich Pflege kommt den Ärzten heute die Rolle zu, Behandlungen zu beauftragen, zu koordinieren und zu überwachen. Nach Ansicht unserer Mitglieder hat sich die bis anhin praktizierte Rollenteilung zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringern bewährt, weshalb man grundsätzlich an dieser Festhalten möchte.</p> <p>Vermischen der Verantwortung: Befürchtet wird auch, dass bei einer neuen Rollenzuteilung die Verantwortlichkeiten nicht mehr klar zuzuordnen wären, was spezielle Risiken in sich bergen würde.</p> <p>Seitens des Schweizerischen Gewerbeverbandes sgv würden wir eine Umsetzung des Minderheitsantrags Cassis begrüssen, mit dem der Kompetenzbereich des Pflegefachpersonals ebenfalls ausgeweitet werden soll, wobei es weiterhin in der Kompetenz der Ärzte bleiben soll, solche Leistungen anzuordnen und zu überwachen. Denkbar wäre für uns auch die Umsetzung des Minderheitsantrags Bortoluzzi, mit dem es Pflegefachpersonen erlaubt werden soll, ohne ärztliche Anordnung und auf eigene Rechnung tätig zu werden, was faktisch voraussetzen würde, dass es diesen gelingt, entsprechende Verträge mit Krankenversicherern abzuschliessen.</p>	SGV/USAM
<p>Der steigende Bedarf an Pflegefachpersonen und die hohe Fluktuation in der Pflege sind bekannt. Es braucht Massnahmen, die diesen Tatsachen entgegenwirken. Dazu gehören gute Anstellungs- und Arbeitsbedingungen sowie weitere Massnahmen. Der SGB unterstützt deshalb diese Bestrebungen und somit auch die Stossrichtung des Vorentwurfs. Hingegen lehnt der SGB den Minderheitsantrag zur Zulassungsbeschränkung (Art. 40a Abs. 1 und 2) mit aller Deutlichkeit ab. Dies deshalb, weil dieser für Pflegefachpersonen, die auf eigene Rechnung und ohne ärztliche Anordnung selbständig sind, die Vertragsfreiheit einführen will. Die Verantwortung für eine gute Grundversorgung für die ganze Bevölkerung sowie eine Steuerung der Grundversorgung kann auf keinen Fall den Krankenkassen übergeben werden.</p> <p>Mit dem Vorschlag, die Pflegefachpersonen für den eigenverantwortlichen Bereich der</p>	SGB/USS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Pflege in den Katalog der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aufzunehmen, sind wir einverstanden. Weiterhin ärztlich verordnet werden müssen die Leistungen gemäss KLV Buchstabe b. Damit sind wir ebenfalls einverstanden.</p>	
<p>Der Vorstand der GDK hat die Vorlage behandelt und aufgrund der geführten Diskussion entschieden, die kantonalen Gesundheitsdepartemente direkt dazu Stellung nehmen zu lassen. Die GDK verzichtet auf eine eigene Stellungnahme.</p>	GDK
<p>L'ACSI soutient cet avant-projet pour diverses raisons. Premièrement, nous estimons que les compétences des infirmiers ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.</p> <p>La population suisse vieillit et par conséquent la demande en soins va être toujours plus importante et pourtant une pénurie de médecins est prévue à plus ou moins brève échéance. Il nous paraît donc judicieux de renforcer le rôle des infirmiers(ères) qui ont un rôle primordial à jouer dans cette situation et de leur donner une plus grande autonomie dans leur domaine en leur permettant de poser « un diagnostic infirmier » c'est-à-dire trouver le soin le plus adapté pour traiter le patient ; diagnostic infirmier à ne pas confondre avec « diagnostic médical » qui restera du domaine de la compétence du médecin traitant.</p> <p>Tacitement, les médecins délèguent déjà une part de leurs responsabilités aux infirmiers(ères). Cette modification de la LAMal offrirait donc un meilleur cadre légal à une pratique courante, sans pour autant faire l'impasse sur le médecin de famille, dont le rôle de tri dans les pathologies et de détermination s'il y a besoin ou non d'investiguer davantage demeurent essentiels.</p> <p>Bien qu'il ne s'agisse pas de l'argument premier, le potentiel d'économies réalisables sur les coûts de la santé en utilisant davantage les compétences des infirmiers/ères semble aussi intéressant. Leurs prestations devront, comme toutes autres prestations de santé, être appropriées, efficaces et économiques pour pouvoir être remboursées par l'AOS.</p> <p>L'ACSI insiste aussi sur la nécessité que l'AOS prenne en charge les prestations de tous les infirmiers(ères) présentant une formation adéquate.</p> <p>Par contre, nous nous opposons totalement à la liberté de contracter des assureurs tant pour les infirmiers que pour les médecins, comme le suggèrent les articles 40 à 55 de cette modification de la LAMal.</p>	acsi
<p>La FRC soutient cet avant-projet pour diverses raisons. Premièrement, nous estimons que les compétences des infirmiers(ères) ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.</p> <p>La population suisse vieillit et par conséquent la demande en soins va être toujours plus importante. Comme une pénurie de médecins est prévue à plus ou moins brève échéance, il nous paraît donc judicieux de renforcer le rôle des infirmiers(ères) qui auront une fonction primordiale dans cette situation, en leur donnant une plus grande autonomie dans leur domaine. Leurs compétences leur permettent en effet de poser « un diagnostic infirmier » c'est-à-dire trouver le soin le plus adapté pour traiter le patient. Un diagnostic infirmier n'est pas un « diagnostic médical », celui-ci demeurant du domaine de la compétence du (ou des) médecin(s) traitant(s).</p> <p>Tacitement, les médecins délèguent déjà une part de leurs responsabilités aux infirmiers(ères). Cette modification de la LAMal offrirait donc un meilleur cadre légal à une pratique courante, sans pour autant faire l'impasse sur le médecin de famille, dont les rôles de tri dans les pathologies et de détermination s'il y a besoin ou non d'investiguer davantage demeurent essentiels.</p> <p>Bien qu'il ne s'agisse pas de l'argument premier, le potentiel d'économies réalisables sur les coûts de la santé en utilisant davantage les compétences des infirmières(ères) semble aussi intéressant. Leurs prestations devront, comme toutes autres prestations de santé, être appropriées, efficaces et économiques pour pouvoir être remboursées par l'AOS.</p> <p>La FRC insiste aussi sur la nécessité que l'AOS prenne en charge les prestations de tous les infirmiers(ères) présentant une formation adéquate, sans se limiter aux per-</p>	frc

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>sonnes titulaires d'un Master en Sciences Infirmières.  En revanche, nous nous opposons totalement à la liberté de contracter des assureurs tant pour les infirmiers(ères) que pour les médecins, comme le suggèrent les articles 40 à 55 de cette modification de la LAMal.</p>	
<p>Wir danken für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung teilnehmen zu können und befürworten in den Grundzügen die Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Aus unserer Sicht liegt eine detaillierte Stellungnahme aber in der Kompetenz der Kantone und der Berufsorganisationen der Pflegebranche. Darum verzichten wir auf weiterführende Worte.</p>	Kf
<p>La SKS soutient cet avant-projet pour diverses raisons. Premièrement, nous estimons que les compétences des infirmiers(ères), celles des services de soins à domicile et les équipes soignantes des EMS, ne sont actuellement pas assez reconnues et donc sous-utilisées. Aussi, valoriser la profession nous semble une réponse adéquate aux divers défis qu'il s'agira de relever dans les années à venir.</p> <p>La population suisse vieillit et par conséquent la demande en soins va être toujours plus importante. Comme une pénurie de médecins est prévue à plus ou moins brève échéance, il nous paraît donc judicieux de renforcer le rôle des infirmiers(ères) qui auront une fonction primordiale dans cette situation, en leur donnant une plus grande autonomie dans leur domaine. Leurs compétences leur permettent en effet de poser « un diagnostic infirmier » c'est-à-dire trouver le soin le plus adapté pour traiter le patient. Un diagnostic infirmier n'est pas un « diagnostic médical », celui-ci demeurant du domaine de la compétence du (ou des) médecin(s) traitant(s).</p> <p>Tacitement, les médecins délèguent déjà une part de leurs responsabilités aux infirmiers(ères). Cette modification de la LAMal offrirait donc un meilleur cadre légal à une pratique courante, sans pour autant faire l'impasse sur le médecin de famille, dont les rôles de tri dans les pathologies et de détermination s'il y a besoin ou non d'investiguer davantage demeurent essentiels.</p> <p>Bien qu'il ne s'agisse pas de l'argument premier, le potentiel d'économies réalisables sur les coûts de la santé en utilisant davantage les compétences des infirmières(ères) semble aussi intéressant. Leurs prestations devront, comme toutes autres prestations de santé, être appropriées, efficaces et économiques pour pouvoir être remboursées par l'AOS.</p> <p>La SKS insiste aussi sur la nécessité que l'AOS prenne en charge les prestations de tous les infirmiers(ères) présentant une formation adéquate, sans se limiter aux personnes titulaires d'un Master en Sciences Infirmières.</p> <p>En revanche, nous nous opposons totalement à la liberté de contracter des assureurs tant pour les infirmiers(ères) que pour les médecins, comme le suggèrent les articles 40 à 55 de cette modification de la LAMal.</p>	sks
<p><b>Einleitende Bemerkung zur Vernehmlassung</b>  Die ASPS unterstützt die Zielsetzung der Pa.Iv. 11.418, dass Leistungen von diplomierten Pflegefachpersonen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, ohne ärztliche Verordnung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu übernehmen sind. Die entsprechenden Änderungen des KVG passen deren Bezahlung durch die OKP an die bereits heute gewährten Kompetenzen an und schaffen nicht neue Kompetenzen für diplomierte Pflegefachpersonen.</p> <p><b>Grundsätzliche Anmerkung:</b>  Wir fordern die Anpassung der immer wieder vorkommenden Formulierung „von Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen“ an die gemäss Art. 51 KVV offizielle Bezeichnung „von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause“ in allen zu ändernden Artikeltexten.</p>	ASPS
<p><b>Allgemeines</b>  CURACASA unterstützt die im Vorentwurf angestrebten Ziele voll, nämlich die Anerkennung einer finanziellen Autonomie für Pflegefachpersonen auf der Ebene des KVG für Pflegeleistungen, die sich auf ihren eigenen Aktionsbereich beziehen.</p> <p>Wie vom Bericht besonders hervorgehoben ist CURACASA der Auffassung, dass der Vorentwurf eine Aufwertung des Pflegeberufes ermöglicht. Neben dieser grundsätzlichen Befürwortung möchten wir zudem auf einen uns ausschlaggebend erscheinenden</p>	curacasa

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Aspekt hinweisen. Pflegefachpersonen erbringen bereits zwei völlig unterschiedlich geartete Leistungen:</p> <p>1) Medizintechnische Leistungen in Verbindung mit der ärztlichen Behandlung oder Massnahmen der Untersuchung.</p> <p>2) Spezifische, mit diesem Beruf einhergehende Pflegeleistungen. Diese Leistungen sollen den Patienten dabei unterstützen, die Auswirkungen von Krankheit, der Behandlung und des Alterns im täglichen Leben zu bewältigen. Diese können ihn bei einer akuten oder chronischen Krankheit unterstützen, auf eine Genesung ausgerichtet sein oder das Lebensende begleiten. Grundlage dieser Leistungen bildet die Abklärung des Pflegebedarfs. Dieser Teil der Pflege nennt sich „eigenständig“, da er ausserhalb des Bereichs der ärztlichen Kompetenz liegt.</p> <p>Diese beiden Leistungsarten werden durch kantonale Gesetze zwar häufig anerkannt, indem diese nur für ärztlich delegierte Leistungen eine ärztliche Verordnung verlangen, dennoch schreibt das KVG für alle Pflegeleistungen eine ärztliche Verordnung vor. Der Gesetzesvorentwurf ermöglicht somit eine Harmonisierung zwischen dem kantonalen Recht, das die Kompetenzen reglementiert und dem eidgenössischen KVG, das die Finanzierung der Pflegeleistungen regelt. Wie bereits im Bericht angegeben bestätigen wir, dass diese Handhabung bereits gang und gäbe ist. Die Pflegemassnahmen müssen zwar vom Arzt verordnet werden, allerdings akzeptiert dieser oft einfach die Meinung der Pflegefachperson bezüglich des Pflegebedarfs.</p>	
<p>La réponse à la consultation dont il est question ici défend les positions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CURAVIVA Suisse se félicite que les infirmières et infirmiers diplômés ES/HES puissent fournir certaines prestations de soins définies, à savoir les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base, sans prescription ou mandat d'un médecin et soient donc expressément comptés dans le catalogue des fournisseurs de prestations du domaine de la santé, conformément à l'article 35 alinéa 2 LAMal.</li> <li>• CURAVIVA Suisse se félicite que les prestations de soins aigus et transitoires (SAT) nécessaires après une hospitalisation doivent désormais être prescrits conjointement par un médecin et un infirmier ou une infirmière diplômé-e ES/HES.</li> <li>• CURAVIVA Suisse se félicite que, pour les prestations de soins dispensées par des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES employé-e-s dans un EMS, ce dernier demeure le fournisseur habilité à facturer les prestations.</li> <li>• Dans le cadre de la mise en oeuvre de la présente modification de loi, il devra être procédé à une modification de l'article 8, alinéa 4 OPAS afin que l'évaluation des soins requis intervenant dans les EMS y soit mentionnée de façon congruente comme une prestation effectuée par une infirmière ou un infirmier sans ordonnance ou mandat d'un médecin.</li> <li>• CURAVIVA Suisse se félicite que, cinq ans après la mise en oeuvre de la présente révision de loi, il soit nécessaire de présenter au Parlement d'éventuelles améliorations.</li> <li>• CURAVIVA Suisse ne prend pas position sur l'exigence d'un accord contractuel avec un ou plusieurs assureurs ainsi que sur l'apport de la preuve d'un besoin avant d'autoriser des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES à établir des factures à la charge de l'AOS.</li> </ul> <p><b>2. Considérations préliminaires</b></p> <p>Dans le cadre d'une prise de position du 26 novembre 2014, CURAVIVA Suisse a approuvé dans son principe l'initiative parlementaire n°11.418 du 16 mars 2011 déposée par le conseiller national Rudolf Joder «Accorder plus d'autonomie au personnel soignant». Pour fonder sa position, l'association faïtière nationale a fait valoir l'importance croissante des soins et le fait que le domaine de la santé est confronté à une pénurie d'infirmiers et d'infirmières dipl. ES/HES. Pour cette raison, il faut renforcer l'attractivité des professions soignantes. CURAVIVA Suisse espère en outre que la suppression partielle des prescriptions médicales concernant des compétences et des prestations de soins permettra d'éviter à la fois des coûts inutiles et une charge administrative considé-</p>	Curaviva.ch



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nable.  CURAVIVA Suisse ne prend pas position sur la proposition d'amendement de l'article 40a LAMal concernant la nécessité d'un accord contractuel avec un ou plusieurs assureurs. CURAVIVA Suisse s'abstient également de se prononcer sur la proposition d'amendement de l'article 55a alinéa 1 lettres c et d et alinéas 2 et 4 LAMal concernant l'apport de la preuve d'un besoin avant d'autoriser des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES à établir des factures à la charge de l'AOS. La retenue de l'association faitière s'explique par le fait que ces questions ne sont pas pertinentes pour les EMS.</p>	
<p>Wir unterstützen grundsätzlich die Zielsetzung des Vorentwurfs. Kompetenzen, ärztlich delegierte Pflegeleistungen und Massnahmen der Abklärung - Pflege sind klar zu definieren. Die Zuständigkeiten müssen klar ersichtlich sein und die Abgeltungen entsprechend zugeordnet werden können.</p>	FAMH
<p>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 Gesetzesesebene 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 Gesetzesesebene klar festgelegt sein.</p> <p>Die FMH fordert deshalb eine klare Definition der folgenden 2 Punkte auf Ebene des formellen Gesetzes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definition der Leistungen, welche von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden können.</li> <li>1. Definition des Bildungsabschlusses, welche Pflegefachpersonen nachweisen müssen, damit sie (ob selbständig oder angestellt) Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbringen können.</li> </ol>	FMH
<p>Die FSP begrüsst die Initiative und somit die vorgeschlagenen Änderungen des KVG grundsätzlich. Wir sind überzeugt, dass Personen, die aufgrund einer qualitativ hochstehenden Aus- und Weiterbildung in der Lage sind, pflegende Tätigkeiten selbständig und eigenverantwortlich anzuwenden, diese auch direkt mit der Krankenkasse abrechnen können und können müssen.</p> <p>Diese konsequente Umsetzung der Eigenverantwortung entspricht einem unserer zentralen Anliegen, nämlich dass die Leistungen der psychologischen Psychotherapeut(inn)en künftig direkt - und nicht nur im System der Delegation, das durch die Einführung des Psychologieberufegesetzes (PsyG) fraglos überholt ist - von der Grundversicherung abgegolten werden sollen.</p> <p>Aus unserer Sicht muss auf Gesetzesstufe transparent definiert werden, wer welche Leistungen erbringen darf. So müsste einerseits zwischen Grundpflege und Pflegeleistungen, die eine Diagnose und einen Behandlungsplan erfordern, unterschieden werden. Andererseits müssten auch die beruflichen Qualifikationen der Pflegefachpersonen aufgeführt werden. Nur auf diese Weise können sowohl hohe Qualität und Patientensicherheit gewährleistet, als auch die Attraktivität und das Ansehen des Pflegeberufes gesteigert werden.</p>	FSP
<p>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.</p> <p>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 inscrivant 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 ré-</p>	MFE (Médecins de famille suisse)

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>partition des tâches interprofessionnelles et une simplification.</p> <p>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.</p> <p>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 portrait représentatif de cela à la section 2.3.</p> <p>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.</p>	
<p>H+ unterstützt die Verankerung der Pflegefachpersonen als verschreibende Leistungserbringer. Bei der Umsetzung sollen die administrativen Auflagen klein gehalten werden und die Auflagen jenen anderer Gesundheitsberufe entsprechen. Es ist darauf zu achten, dass das Gesetz zu keinen Kompetenzkonflikten zu Lasten der Patientinnen und Patienten führt.</p>	H+
<p><b>Ismac</b> est un groupe d'intérêt commun de l'ASI, (association suisse des infirmiers et infirmières) qui regroupe une centaine d'infirmiers /ières romandes et tessinoises spécialisées en médecine alternative et complémentaire, qui exercent dans des cadres institutionnels tels que hôpitaux, homes ou établissements médico-sociaux ou/ et en pratique indépendante.</p> <p>L'objectif de cette initiative parlementaire rejoint complètement les buts de l'ISMAC, et affirme les compétences de ses membres dans les soins infirmiers non médico-délégués, pour lesquels les infirmier/ières ont acquis la formation nécessaire.</p> <p>Nous soutenons la position de l'ASI largement développée dans le cadre de cette consultation et spécifiquement les commentaires relatifs aux dispositions.</p>	ISMAC
<p><b>Einleitung</b></p> <p>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 ermächtigen. 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.</p> <p>Ausser Acht gelassen wird aber, dass mit diesen Massnahmen dem stetig wachsenden</p>	KKA

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Verantwortlichkeiten und Kompetenzen</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Fazit</b></p> <p>Die Fachkompetenz der Pflegefachleute ist für die Ärzteschaft und die Ausübung unseres Berufes vital und deren Förderung unverzichtbar.</p> <p>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 vorgesehene Regelung zu einer gemeinsamen Anordnung wie in Art. 33 abs. 1bis lit. c KVG vorgesehen dezidiert zurück.</p> <p>Die Auswirkungen der Vorlage sind sehr schwierig abzuschätzen, werden aber bei der Umsetzung grosse Konsequenzen für alle Akteure und Leistungserbringer zeitigen. Mit den vorgesehenen 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 politische Gremien in den Ausführungsbedingungen ärztliche und pflegerische Massnahmen definieren.</p>	
<p>Mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision sollen Pflegefachpersonen (HF und FH) ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG aufge-</p>	<p>K3</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nommen werden. Sie sollen sowohl im Spital als auch als selbstständige und auf eigene Rechnung Tätige, als Angestellte eines Pflegeheims und als Angestellte einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause einen Teil der Pflegeleistungen in eigener Kompetenz erbringen können. Dabei handelt es sich um Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege.</p> <p>K3 unterstützt die Verankerung der Pflegefachpersonen als selbstständige Leistungserbringer. Einerseits bringen sie für die genannten Leistungen die benötigte Fachkompetenz mit und andererseits wird die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht, was sowohl die Rekrutierung erleichtern wie einen positiven Einfluss auf die Berufsverweildauer haben wird.</p>	
<p><b>Generelle Bemerkungen:</b></p> <p>pharmaSuisse fördert die zunehmend notwendige Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Diese bedingt gegenseitige Kenntnisse über die verschiedenen Medizinal- und Gesundheitsberufe, Respekt, klare Kompetenzen und optimale Aufgabenteilung. Konkret bedeutet es aus Sicht von pharmaSuisse, dass für den grossen Teil der Medizinal und Gesundheitsberufe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ein Teil der Leistungen <b>unter der Federführung</b> bzw. Koordination bzw. in Delegation <b>einer anderen Fachperson</b> und</li> <li>- ein Teil der Leistungen <b>eigenverantwortlich</b> erbracht werden.</li> </ul> <p>In diesem Sinne unterstützen wir grundsätzlich die Bestrebungen der Pa.Iv. 11.418. Generell soll periodisch neu überprüft werden, ob im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung immer ein ärztliches Rezept und damit eine Arztkonsultation verlangt werden soll für die Kostenübernahme von Leistungen, die ein bestimmter Beruf aus gesundheitspolizeilicher Sicht eigenverantwortlich erbringen darf. Sofern es keine andere Möglichkeit gibt, um Mengenausweitungen und Kostenzunahmen in Folge von Fehlansetzen zu verhindern, ist die Rezeptpflicht grundsätzlich sinnvoll, sofern diese von der verschreibenden Person nicht zwecks Monopol der Erbringung dieser Leistung missbraucht wird. Die Kosten dieser vermeidbaren Arztkonsultationen durch die Rezeptpflicht müssen auch in Erwägung gezogen werden und <b>es muss deshalb auch gezielte Ausnahmen von der Rezeptpflicht geben können</b>, wie eben im Bereich der Pflegeleistungen im <b>eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflegefachpersonen nach kantonalem Recht</b>.</p>	pharmaSuisse
<p>physioswiss unterstützt das Ziel der Initiative, die Eigenverantwortlichkeit und die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu stärken. Folgende Aspekte sind dabei zentral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortung der Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen soll in Einklang mit deren Kompetenzen gebracht werden. Der Pflegeprozess (Abklärung des Pflegebedarfs und Beratung des Patienten) gehört in den Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen und ist durch diese Leistungserbringer eigenverantwortlich durchzuführen und abzurechnen. Durch die Anerkennung der eigenverantwortlichen Bereiche der Pflege, können Doppelspurigkeiten und Leerläufe vermindert werden. Zudem führt diese Änderung zu einer sinnvollen administrativen Entlastung der Ärzte.</li> <li>• Im Sinne der Interprofessionalität unterstützen wir ausdrücklich die gemeinsame Verordnung der Übergangspflege.</li> <li>• In der Pflege wie auch in den übrigen Gesundheitsberufen herrscht Fachkräftemangel. Durch eine sinnvolle gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege steigt die Attraktivität des Berufes. Diese begünstigt die zukünftige Rekrutierung von Fachkräften.</li> <li>• Die Zunahme von chronisch kranken Menschen bedarf neuer Versorgungsmodelle und neuer Ansätze.</li> <li>• Die Ausbildungsgänge der Pflege und anderer Gesundheitsberufe haben sich stark gewandelt. Die Rollen der Gesundheitsberufe wurden damit auch verändert. Sowohl in der Charta der Gesundheitsberufe als auch in der Plattform Interprofessionalität ist diese Bewegung festzustellen und wird laufend diskutiert.</li> </ul> <p>Aus den oben dargelegten Gründen begrüsst physioswiss die vorgeschlagenen Änderungen im KVG klar.</p>	physioswiss

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Als Vertreterin von 130 Privatkliniken <b>lehnen</b> wir die vorgeschlagene gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege <b>in der vorgeschlagenen Breite ab</b>. PKS erachten lediglich die Verankerung der Pflegefachpersonen <b>als Leistungserbringer im Bereich der Langzeitpflege innerhalb von Pflegeinstitutionen</b> als sinnvoll. Die Delegation der Verantwortlichkeit von Arzt an Pflegenden muss jedoch auch dort klar definiert sein und bei unterschiedlichen Auffassungen zwischen zuständigem Arzt und dem Pflegepersonal rückgängig gemacht werden können. Es muss daher auch in diesem eingeschränkten Bereich eine klare Abgrenzung erfolgen von Härtefällen, die eine höhere medizinische Autorität erfordern, gemacht werden.</p>	PKS
<p>Allgemeines :</p> <p>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 7. April 2014 zum Gesundheitsberufegesetz. Aufgrund der angepassten Ausbildung, scheint es nachvollziehbar, dass gewisse 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 7. April 2014 zum GesBG hingewiesen. Eine erneute Blankodelegation ist deshalb abzulehnen. 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.</p> <p>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.</p>	SBV/ASMI
<p>Als Mitglied des SVBG können wir uns dessen Stellungnahme vom 14. August 2015 vollumfänglich anschliessen.</p>	labmed Schweiz
<p>Il va de soi que l'ASI - en tant qu'association professionnelle des infirmières et infirmiers de Suisse - soutient résolument l'orientation du projet de loi. Ses statuts l'obligent notamment à développer les soins infirmiers, à garantir leur qualité et à participer aux processus décisionnels politiques en matière relevant des soins et de la santé. L'ASI a participé étroitement aux discussions et délibérations portant sur l'initiative parlementaire, ayant été sollicitée à plusieurs reprises par les services et organismes compétents du Parlement et de l'administration, ce dont nous les remercions chaleureusement. L'ASI s'identifie complètement aux objectifs et au contenu de cette initiative parlementaire. Pour elle, la présente consultation ne peut dès lors que porter sur la question de savoir dans quelle mesure l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la</p>	ASI/SBK

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>santé publique du Conseil national reproduit les demandes de l'initiative et correspond aux intentions de celle-ci.</p> <p>Cela étant, nous attirons l'attention surtout sur les éléments suivants, qui à notre avis ne ressortent pas suffisamment du rapport.</p> <p>La profession infirmière se distingue par le fait qu'elle comprend deux domaines. En effet, la formation d'infirmière / infirmier qualifie les professionnels pour exercer leur activité</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dans le domaine du diagnostic et des traitements (dans la terminologie de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins: «examens et traitements»). Il s'agit de prestations de nature médicale, qui peuvent toutefois (en vertu de critères juridiquement clairs) être déléguées par les médecins aux infirmières et infirmiers. En l'espèce, le responsable est le médecin, et la maladie est au centre des préoccupations, notamment son identification (le diagnostic) et le traitement qui en découle (thérapie);</li> <li>2. dans le domaine des soins infirmiers au sens strict et propre du terme (domaine des soins infirmiers relevant de la responsabilité infirmière). A la différence du domaine médico-délégué, ce sont les conséquences de la maladie et de son traitement sur la vie quotidienne du patient qui se trouvent au cœur de l'intervention infirmière. Dans cet esprit et dans ce domaine, les soins infirmiers consistent à guider et soutenir le patient dans la gestion de ces répercussions, que ce soit sur la voie de la guérison, dans la perspective d'une vie avec une maladie chronique ou dans les soins palliatifs en fin de vie. Les soins infirmiers se basent sur l'évaluation des soins requis. Le contenu de ce domaine des soins dit «autonome» échappe à la compétence médicale et se situe en dehors du domaine de l'art médical.</li> </ol> <p>Cette distinction entre le domaine médico-délégué et le domaine infirmier autonome est reproduite explicitement ou implicitement dans les lois et ordonnances cantonales relatives à la santé, en stipulant que les infirmières et infirmiers:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nécessitent impérativement une prescription médicale pour leurs actes attribuables au domaine de délégation médicale; en revanche,</li> <li>2. les mesures attribuables au domaine autonome des soins relèvent de leur responsabilité propre.</li> </ol> <p>Il en va autrement de la LAMal. Cette loi fédérale (et ses ordonnances pour ce qui est des détails de la réglementation) détermine quels sont les soins remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS), et à quelles conditions. L'une des conditions impératives pour le remboursement de toute prestation de soins infirmiers est l'existence d'une prescription médicale correspondante. La loi ne prévoit pas d'exception pour les soins qui - en vertu du droit professionnel cantonal – peuvent pourtant être dispensés sous la responsabilité propre de l'infirmière / infirmier. La nécessité de la révision de la loi résulte de cette contradiction entre le droit cantonal de la santé, qui réglemente les compétences des infirmières et infirmiers, et le droit fédéral de l'assurance-maladie, qui réglemente le remboursement des soins.</p> <p>En d'autres termes, l'anomalie censée être éliminée par l'initiative réside dans le fait que les infirmières et infirmiers peuvent certes agir sous leur responsabilité propre – à savoir sans prescription médicale – dans leur domaine autonome, mais que leurs soins – sans exception, indépendamment du fait que les mesures de soins concernées sont attribuables au domaine de délégation médicale ou au domaine autonome des soins – ne sont pris en charge par l'AOS qu'en présence d'une prescription médicale correspondante.</p> <p>Ainsi, la responsabilité infirmière partielle accordée d'autorité aux infirmières et infirmiers par la législation cantonale applicable est déjouée de facto par la LAMal. Cette contradiction ne peut être fondée objectivement; elle aboutit à des doublons administratifs, avec des coûts supplémentaires engendrés pour les agents payeurs; mais surtout, elle est extrêmement nuisible à l'attrait de la profession infirmière.</p> <p>Compte tenu de certaines craintes, mais aussi de formulations par endroits équivoques dans le rapport, on ne saurait souligner suffisamment le fait que l'initiative – et l'avant-projet dans sa présente version – laisse intactes les compétences existantes des médecins d'une part, et des infirmières et infirmiers d'autre part. La raison en est simple: la LAMal ne règle pas des compétences, mais seulement des questions de financement.</p>	

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>En revanche, c'est un fait que la LAMal en vigueur, en associant le remboursement de soins à une condition inadéquate, restreint indirectement les compétences des infirmières et infirmiers.</p> <p>L'un des effets réflexes de la réglementation en vigueur de la LAMal, selon laquelle les soins doivent sans exception être ordonnés par un médecin afin d'être pris en charge par l'AOS, réside dans le fait que le domaine existant des soins infirmiers dispensés sous la responsabilité infirmière est pour ainsi dire inopérant (cela est exprimé par le libellé de l'initiative parlementaire grâce à laquelle le domaine – existant – des soins infirmiers dispensés sous la responsabilité infirmière sera <i>reconnu</i>). Inversement, il est toutefois inimaginable que la LAMal (et par conséquent le présent avant-projet) élargisse le domaine de compétence des soins infirmiers, car la délimitation de celui-ci relève de la compétence des cantons.</p> <p>Ce qui a été dit sur la répartition et la délimitation des compétences entre les médecins d'une part et les infirmières et infirmiers de l'autre s'applique bien entendu aussi à leur responsabilité: le projet de loi ne change rien à la situation actuelle. Dans la mesure où il s'agit de prestations infirmières attribuées au domaine des soins infirmiers relevant de la responsabilité infirmière, la signature du médecin sur le formulaire de déclaration des besoins n'a aucune répercussion au plan de la responsabilité civile.</p> <p><b>Remarque sur la terminologie utilisée dans les versions française et italienne:</b> dans ces versions, le masculin («infirmiers», «infermieri») est utilisé dans tous les cas; cela s'explique peut-être par le fait que ces langues, contrairement à l'allemand, ne connaissent pas de désignation générique neutre («Pflegefachpersonen»). Dans l'esprit de la neutralité des genres, ne serait-ce qu'en raison du fait que la profession infirmière reste exercée par quelque 90 % de femmes, nous plaidons pour l'utilisation soit de la forme féminine («infirmières», «infermiere»), soit des deux formes (par analogie à «chiropraticiennes et chiropraticiens», «pharmaciennes et pharmaciens»).</p>	
<p>In Anbetracht der demografischen und epidemiologischen Entwicklung und dem damit steigenden Versorgungsbedarf begrüßen wir grundsätzlich die Kompetenzerweiterung der Pflege.</p> <p>Wir fragen uns allerdings, was „zu definierende“ Pflegeleistungen bedeutet. Wo sind die Schnittstellen, d.h. wo wird die Grenze zu einer notwendigen ärztlichen Anordnung oder zu einem ärztlichen Auftrag gezogen? Welchen Bildungsabschluss müssen die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nachweisen, um neu gewisse Leistungen selbständig und ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen zu können? Wir meinen, Pflegeleistungen bei Krankheit sollen weiterhin aufgrund einer ärztlichen Diagnose und eines ärztlichen Behandlungsplans erfolgen.</p> <p>Die geschaffenen neuen Bildungsgänge und die damit verbundene Zuweisung von Verantwortung respektive Kompetenzen an die Pflegefachpersonen sind klärungsbedürftig. Ein Gesetz, das sich nicht näher dazu äussert, schafft Unbehagen. Wir zweifeln, ob es richtig ist, dies durch den Bundesrat erst auf Verordnungsebene regeln zu lassen.</p>	SCG
<p>Le 15 avril 2015, dans le cadre de la mise en oeuvre de l'initiative parlementaire visée en titre, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a voté un avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Celui-ci prévoit que le personnel infirmier pourra désormais fournir une partie des prestations de soins, soit les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base, en ayant directement accès aux patients, autrement dit sans que les prestations en question soient prescrites par un médecin. Cette modification s'appliquera aussi bien aux infirmiers exerçant leur activité à titre indépendant et à leur propre compte qu'au personnel infirmier engagé par un hôpital, par un établissement médico-social ou par un organisme de soins et d'aide à domicile.</p> <p>La SSG en tant qu'organisation professionnelle dont l'accent est mis sur les thèmes « personnes âgées » et « vieillir » affirme son soutien à l'initiative. Elle se réfère notamment à la position de l'ASI, de H+ et de Curaviva.</p> <p>La SSG considère que l'initiative contribue à répondre de manière adéquate à un certain nombre d'enjeux actuels en lien avec la situation de la personne âgée:</p>	SSG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>1. Le vieillissement de la population engendre une augmentation du nombre de patients âgés souffrant d'affections chroniques pour lesquelles les infirmiers sont en mesure d'en effectuer le suivi. En particulier en ce qui concerne les mesures d'évaluation, de conseil, la coordination ainsi que les soins de base. Ces prestations sont nécessaires aussi bien en soins aigus, en ambulatoire qu'en établissement médico-social.</p> <p>2. La pénurie de personnel soignant et médical, alors que les besoins en soins des personnes âgées seront en augmentation. La reconnaissance de l'autonomie infirmière facilitera le partage des tâches entre les médecins et les infirmiers et permettra ainsi une économie de temps et donc de ressources. Par ailleurs cette reconnaissance vise également à augmenter l'attractivité de la profession infirmière.</p> <p>Il est important de souligner que cette initiative ne modifie aucunement les compétences réciproques des soignants et des médecins, mais permet le remboursement par l'assurance maladie de prestations effectuées par des infirmiers sans nécessiter une prescription médicale.</p>	
<p>Wir möchten auf folgenden Sachverhalt aufmerksam machen, der im Bericht unseres Erachtens zu wenig zum Ausdruck kommt.</p> <p>Die Diplombildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann befähigt die Berufstätigen, in zwei Gebieten tätig zu sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet</b> (in der Terminologie der Krankenpflege-Leistungsverordnung: „Untersuchungen und Behandlungen“). Es handelt sich dabei um Leistungen, die aber aufgrund rechtlich klarer Kriterien von Ärztinnen und Ärzten an Pflegefachpersonen delegiert werden dürfen. Federführend ist hier der Arzt/die Ärztin, der Fokus liegt auf der Krankheit, namentlich auf deren Identifizierung (der Diagnose) und der daraus abgeleiteten Behandlung (Therapie);</li> <li>• <b>auf dem Gebiet der Pflege im engen und im eigentlichen Sinn</b> (eigenverantwortlicher Bereich der Pflege). Anders als im ärztlich-delegierten Bereich liegt hier der Fokus auf den Auswirkungen der Krankheit und ihrer Behandlung auf den Alltag und das Leben des Patienten. Pflege besteht hier darin, den Patienten bei der Bewältigung dieser Auswirkungen anzuleiten und zu unterstützen, sei es auf dem Weg zur Genesung, im Hinblick auf ein Leben mit einer chronischen Erkrankung oder im Sterben. Grundlage dafür bildet die Abklärung des Pflegebedarfs. Der Inhalt dieses sog. eigenständigen Bereichs der Pflege entzieht sich der ärztlichen Kompetenz und befindet sich ausserhalb des Bereichs der ärztlichen Kunst.</li> </ul> <p>Diese Unterscheidung zwischen ärztlich-delegiertem und eigenständigem Bereich der Pflege wird in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und –verordnungen explizit oder implizit abgebildet, indem festgehalten wird, dass Pflegefachpersonen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. für die Massnahmen, die dem ärztlich-delegierten Bereich ihrer Tätigkeit zuzuordnen sind, zwingend eine ärztliche Verordnung benötigen; hingegen,</li> <li>2. für die Massnahmen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, eigenverantwortlich sind.</li> </ol> <p>Das KVG und dessen Verordnungen hingegen bestimmt, welche Pflegeleistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unter welchen Voraussetzungen vergütet werden. Eine zwingende Bedingung für die Vergütung jeder Pflegeleistung bildet das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung. Eine Ausnahme für Pflegeleistungen, die von kantonalem Berufsrecht wegen in Eigenverantwortung erbracht werden dürfen, besteht nicht.</p> <p>Der Widerspruch besteht also darin, dass die Pflegefachpersonen auf ihrem eigenständigen Gebiet zwar eigenverantwortlich – also ohne ärztliche Verordnung – handeln dürfen, dass ihre Massnahmen aber ausnahmslos nur dann von der OKP übernommen werden, wenn dafür eine ärztliche Verordnung vorliegt.</p> <p>Dadurch wird die teilweise Eigenverantwortlichkeit, die den Pflegefachpersonen von der</p>	SVDE/ASDD



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>einschlägigen kantonalen Gesetzgebung ohne weiteres zugestanden wird, durch das KVG de facto vereitelt. Das geltende KVG beschneidet damit indirekt bestehende Kompetenzen der Pflegefachpersonen, indem es die Vergütung von Pflegeleistungen an eine sachfremde Bedingung knüpft.</p> <p><b>Die Notwendigkeit der Gesetzesrevision ergibt sich aus diesem Widerspruch zwischen dem kantonalen Gesundheitsrecht, das die Kompetenzen der Pflegefachpersonen reglementiert, und dem eidgenössischen Krankenversicherungsrecht, das die Abgeltung der Pflegeleistungen regelt.</b></p> <p>Die Initiative und der Vorentwurf in seiner vorliegenden Fassung wollen diesen Widerspruch aufheben. Die bestehenden Kompetenzen der Ärzte/Ärztinnen und der Pflegefachpersonen und Fragen der Haftung bleiben hingegen unangetastet. Für Pflegeleistungen, die dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege zugeordnet sind, hat die Unterschrift des Arztes/der Ärztin auf dem Bedarfsmeldeformular keinerlei haftpflichtrechtliche Auswirkung.</p>	
<p>Die SVPL unterstützt explizit die Stossrichtung der Vorlage und identifiziert sich mit den Zielen und Inhalten der parlamentarischen Initiative. Die SVPL unterstützt dezidiert die Bestrebungen, dass Pflegefachpersonen als Leistungserbringer in definierten Bereichen eigenständig ihre Leistungen anordnen und abrechnen können.</p>	SVPL
<p>1. Unbestrittenerweise kommt den Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen zu. Basierend auf deren Ausbildung, Fortbildung sowie Qualifikation ergibt sich die entsprechende Kompetenzstufe im Pflegefachbereich.</p> <p>Eine Kompetenzarrondierung ist zwingend immer verbunden mit der Übernahme von Verantwortung und schlussendlich mit dem haftungsrechtlichen Einstehen für das eigene Handeln. Die <b>haftungsrechtlichen Verantwortlichkeiten</b>, insbesondere bei selbständiger Berufsausübung, sind auf Gesetzesstufe zu regeln.</p> <p>2. Die beabsichtigte Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen, insbesondere schlussendlich der Leistungskatalog, muss in genügender Weise konkretisiert werden, so dass die beabsichtigte Kompetenzerweiterung der Pflegepersonen nicht in Konflikt mit gesetzlichen Kompetenzzuteilung der universitären Medizinalberufe (insbesondere KVG) gerät.</p> <p>Es geht insbesondere um die notwendige Abgrenzung der ärztlichen Diagnose/Behandlungsplan/Anordnung und der reinen Pflegedienstleistung. Im Entwurfsvorschlag fehlt jedoch die gesetzliche Definition der Leistungen, welche von Pflegefachpersonen zu Lasten der OKP erbracht werden dürfen. Eine konkrete Definition ist ebenfalls der <b>Abgrenzung von anderen Gesundheitsfachbereichen</b> dienlich und notwendig.</p> <p>3. Aus diesem Grund wird gefordert, dass auf Gesetzesstufe a) die <b>Leistungen</b>, welche von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden können, sowie b) der <b>Bildungsabschluss</b>, welche Pflegefachpersonen nachweisen müssen, damit diese Leistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbringen können, <b>angemessen detailliert definiert</b> werden.</p> <p>4. Im Sinne der Gleichstellung gegenüber den anderen Leistungserbringern ist ein spezifiziertes Kostenmonitoring (Pflegebedarf pro Kopf, akzeptiert Kostenzunahmen, Wirkungsanalyse, etc.) erforderlich.</p>	SSO
<p>Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich senesuisse seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung und Freiheit begrüssen wir den unterbreiteten Vorschlag: Um die Stellung der tertiär ausgebildeten Pflegefachleute zu stärken und keine unnötigen ärztlichen Verordnungen zu verlangen, drängt sich diese Änderung der gesetzlichen Grundlagen geradezu auf.</p> <p>Als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeheime ist senesuisse von den Änderungen deutlich weniger betroffen als freischaffende Pflegefachleute oder die spitalexterne Pflege (Spitex). Zwar sollen die Pflegefachpersonen FH/HF auch in Institutionen die Kompetenz erhalten, um Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination sowie Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag zu erbringen. Weil in diesen Betrieben fast nur Bewohner leben, welche einen die „Behand-</p>	senesuisse

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>lungspflege“ ebenfalls umfassenden Pflegebedarf haben, wird in fast allen Fällen nach wie vor eine ärztliche Verordnung auszustellen sein. Mit Blick auf die medizinische Verantwortung ist die Beibehaltung dieser Kompetenz gerechtfertigt.</p> <p>Wir begrüssen an der Vorlage namentlich das Ziel, die Attraktivität der Pflegeberufe und vor allem die tertiären Ausbildungen zu stärken. Es ist zu hoffen, dass sich das Berufsbild mit diesen zusätzlichen Kompetenzen weiter verbessert und dadurch die Motivation zum Abschluss einer FH-/HF-Ausbildung steigt. Bereits heute besteht ein stark spürbarer Engpass an tertiär ausgebildetem Personal, weshalb die Aufwertung dieser Berufsabschlüsse zu unterstützen ist.</p> <p>Auch weil sich senesuisse stets für Deregulierung im Gesundheitswesen einsetzt und die Selbstverantwortung von Leistungserbringern und Patienten stärken will, begrüssen wir die unterbreiteten Vorschläge. Für die Abklärung, Beratung, Koordination sowie Grundpflege ist es nicht notwendig, eine ärztliche Verordnung zwingend vorzusetzen. Dieser unnötige Administrativaufwand für ohnehin knapp vorhandene Hausärzte kann getrost eingespart werden.</p> <p>Schliesslich bewirkt die Vorschrift einer ärztlichen Verordnung kaum, dass auf womöglich unnötige Leistungen verzichtet wird: Für die Abklärungen sind ohnehin die Pflegefachpersonen zuständig, während der Arzt diese Einschätzung bloss noch formhalber unterzeichnet. Aus unserer Sicht droht bei einer Stärkung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen keine Mengenausweitung, sondern es besteht vielmehr die Chance auf angemessene Leistungen und eine Stärkung der Effizienz in der ambulanten Versorgung.</p> <p>Wir begrüssen den Verzicht auf unnötige ärztliche Verordnungen und vor allem das Ziel der Vorlage, dass die Attraktivität der (tertiären) Pflegeberufe gesteigert werden soll.</p> <p>Aus Sicht von senesuisse sind die unterbreiteten Inhalte der Vernehmlassungsvorlage wie folgt zu werten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Ziel einer Stärkung der Position von Pflegefachleuten ist äusserst positiv zu werten. Es wäre sehr zu wünschen, dass durch die erhöhten Kompetenzen auch eine zusätzliche Motivation zur Absolvierung tertiärer Ausbildungen geschaffen werden kann.</li> <li>– senesuisse begrüsst die Abgrenzung der Zuständigkeit, welche den bereits heute gelebten Tätigkeiten und Verantwortungen entspricht: Eine ärztliche Verordnung soll weiterhin für die „Behandlungspflege“ nötig sein, während die Pflegefachpersonen HF/FH gewisse definierte pflegerische Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen und abrechnen können.</li> <li>– Es ist korrekt, dass für die Abrechnung der Pflegeleistungen von Pflegefachpersonen, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, weiterhin der Betrieb als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer gilt.</li> <li>– Aus Sicht von senesuisse wird das Ziel einer möglichst effizienten und klaren Leistungserbringung verfehlt, wenn zwingend der Spitalarzt und eine Pflegefachperson gemeinsam die AÜP verordnen müssen. Bereits heute ist dieses Instrument zu stark reglementiert und soll deshalb nicht noch komplizierter ausgestaltet werden.</li> <li>– Eine klar ablehnende Haltung hat senesuisse gegenüber der von einer Minderheit beantragten Aufhebung des Kontrahierungszwangs sowie gegenüber der vorgeschlagenen Ausweitung des Zulassungsstopps auf Pflegefachpersonen.</li> <li>– Zu begrüssen ist, dass 5 Jahre nach der Einführung der Neuerungen eine Evaluation mit allfälligen Verbesserungsvorschlägen erfolgen soll.</li> </ul>	
<p>Die SIN schliesst sich der Stellungnahme des SBK an.</p>	<p>SIN</p>
<p><b>Arguments de l'initiant</b></p> <p>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 person-</p>	<p>SMSR</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nel soignant sans augmentation des coûts.</p> <p><u>Evolution de la formation des soignants</u></p> <p>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.</p> <p><u>Contexte professionnel</u></p> <p>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.</p> <p><u>Prescription des soins et responsabilité économique</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Enfin, une double prescription des soins, notamment à la sortie de l'hôpital, représenterait une charge administrative accrue et elle doit être rejetée.</p> <p><u>Responsabilité professionnelle</u></p> <p>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.</p> <p><u>Liberté de contracter</u></p> <p>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.</p>	

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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.</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Les prestations qui peuvent être fournies de manière autonome</b> par le personnel soignant, ou respectivement sur prescription du médecin doivent être définies avec précision <b>dans la loi</b>. Le Parlement ne doit pas abandonner cette compétence centrale au Conseil fédéral.</li> <li>2. <b>Les qualifications professionnelles</b> des personnes autorisées à fournir ces prestations et <b>leur responsabilité économique et professionnelle</b> doivent de même être détaillées <b>dans la loi</b>.</li> <li>3. <b>Les doublons doivent être évités</b>. 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.</li> <li>4. <b>Les coûts</b> des soins pris en charge sans prescription du médecin doivent faire l'objet d'un <b>suivi distinct</b> (monitorage).</li> </ol>	
<p>Der Spitex Verband Schweiz unterstützt das Anliegen der Pa.Iv. 11.418, dass Leistungen von Pflegefachpersonen, die dem eigenständigen Bereich der Pflege zuzuordnen sind, ohne ärztliche Verordnung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu vergüten sind. Die entsprechenden Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes schaffen nicht neue Kompetenzen für Pflegefachpersonen, sondern passen deren Abgeltung durch die OKP an die bereits heute gewährten Kompetenzen an.</p>	Spitex Schweiz
<p><b>Einleitende Bemerkungen</b></p> <p>Der SVMTT Gesundheit vertritt die gesamtschweizerischen Interessen der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe.</p> <p>Wir unterstützen deshalb eine einheitliche Regelung für alle Berufe betreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildungsstandards,</li> <li>- Bewilligungsvoraussetzungen,</li> <li>- Berufsausübung und</li> <li>- Berufspflichten.</li> </ul> <p>Wir beschränken uns in unserer Stellungnahme auf allgemeine Ausführungen zu der auch für unsere Mitgliederverbände wesentlichen Stossrichtung der geplanten Gesetzesänderung.</p> <p><b>Bemerkungen zur geplanten Änderung des Krankenversicherungsgesetzes</b></p> <p>Der SVMTT Gesundheit unterstützt in erster Linie die ausführliche Stellungnahme des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), welcher an den parlamentarischen Beratungen und der Ausarbeitung der nun vorliegenden Gesetzesvorlage massgeblich beteiligt war.</p> <p>Der SVMTT Gesundheit begrüsst es in allgemeiner Weise, dass die qualifizierte Ausbildung der Pflegefachpersonen nun auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt wird, indem bei der Festlegung der Vergütung von Pflegeleistungen ihren Fähigkeiten und Kompetenzen gebührend Rechnung getragen wird.</p> <p>Der Mangel an Fachpersonal im Gesundheitsbereich, insbesondere an (Fach-)Ärzten, hat in diversen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu einer <b>Verantwortungsdiffusion</b> und zur <b>Umverteilung von Kompetenzen</b> geführt. Die Gesundheitsfachpersonen müssen und können auch aufgrund ihrer laufend verbesserten Ausbildung zusehends mehr Verantwortung im Beruf übernehmen und entlasten das ärztliche Personal vielerorts. Leider sind viele dieser in der Praxis selbstverständlich gewordenen Delegationen und Aufga-</p>	SVMTT/ASMT T

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>benverteilungen gesetzlich noch nicht nachvollzogen, weshalb sich die Gesundheitsfachpersonen zunehmend im gesetzlosen Raum bewegen. Daraus ergeben sich zentrale Haftungsfragen und ein erhebliches Mass an Rechtsunsicherheit. Die unangepasste Rechtslage führt auch zu zahlreichen administrativen Leerläufen, was für alle Beteiligten äusserst unbefriedigend ist.</p> <p>Es zeichnet sich deshalb auch im Bereich anderer hoch ausgebildeter nichtärztlicher Gesundheitsberufe als der Pflege das Bedürfnis ab, dass die <b>Kompetenz- und Verantwortungsbereiche</b> zwischen den (delegierenden) Ärzten und dem Gesundheitsfachpersonal neu festgelegt bzw. <b>in den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen nachvollzogen</b> werden. In der Konsequenz daraus sind den betreffenden Gesundheitsfachpersonen auch im Rahmen der OKP weiterreichende (Abrechnungs-)Berechtigungen zuzusprechen, ansonsten deren eigenverantwortliche Berufsausübung wiederum faktisch ins Leere läuft. Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ist deshalb ein erster Schritt in die richtige Richtung, wird allerdings früher oder später auch andere Berufsgruppen erfassen müssen. Eine <b>Mengenausweitung</b> und damit enorme <b>finanzielle Auswirkungen</b> sind sowohl in der Pflege als auch in anderen ähnlich gelagerten Berufsgruppen aufgrund dessen nicht zu erwarten, da lediglich ein gesetzlicher Nachvollzug der ohnehin grösstenteils bereits gelebten Kompetenzverteilung erfolgt. Im Gegenteil können dadurch unnötige administrative Leerläufe vermieden und somit möglicherweise sogar Kostenersparnisse erreicht werden.</p> <p><b>Schlussbemerkungen</b></p> <p>Gut ausgebildete und qualifizierte Gesundheitsfachpersonen können Ärzte nicht ersetzen, aber wohl sinnvoll entlasten und damit einen wesentlichen Beitrag zu einem effizienten Gesundheitssystem leisten. Es ist deshalb richtig, dass ihnen auch im Rahmen der OKP weiterreichende Berechtigungen entsprechend ihren Kompetenzen eingeräumt werden.</p>	
<p>curafutura unterstützt die Stossrichtung der parlamentarischen Initiative. Die demografischen Veränderungen und die Zunahme an chronischen Erkrankungen werden eine Zunahme an Pflegebedarfen zur Folge haben. Mit der Zuteilung von mehr Eigenverantwortung und der vorgeschlagenen Kompetenzerweiterung können die steigenden Anforderungen im Bereich der Pflege in Zukunft besser wahrgenommen werden. Es macht zudem Sinn, bestimmte Pflegeleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht mehr der ärztlichen Anordnungs-kompetenz zu unterstellen. Der Bedarf an solchen Leistungen- es handelt sich um Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege {Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV) -wird bereits heute in erster Linie von qualifizierten Pflegefachpersonen erhoben.</p> <p>curafutura unterstützt auch den Antrag der Minderheit, wonach in der OKP für Pflegefachpersonen die Vertragsfreiheit gelten soll. Das System der Vertragsfreiheit ist aus unserer Sicht zentral für eine qualitativ hochstehende und effiziente medizinische Versorgung.</p> <p>Wie im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates erwähnt, soll der Bundesrat auf Verordnungsebene festlegen, welche Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbracht werden dürfen. Die Behandlungspflege nach Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV soll dabei weiterhin nur unter ärztlicher Anordnung vergütet werden. Ebenfalls müssen die beruflichen Anforderungen, die für die selbständige Durchführung solcher Leistungen erforderlich sind, auf Verordnungsebene näher präzisiert werden.</p>	curafutura
<p>A) santésuisse anerkennt grundsätzlich die aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich santésuisse anerkennt die aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich, insbesondere im Bereich der Grundpflege. Dies bestätigt auch die aktuell politische Haltung in dieser Frage. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat jedoch den klaren gesetzlichen Auftrag, die Kosten zu vergüten, welche für Leistungen anfallen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Gerade hier bestehen in der Praxis grosse Abgrenzungsprobleme zu alters- oder sozialbedingten Leistungen in der ambulanten spitalexternen Pflege. In der Systematik des KVG ist es deshalb der Arzt, welcher die medizinische Indikation stellt und dafür ambulante Pflegeleistungen durch</p>	santésuisse

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>die Spitex in Auftrag gibt. Daneben kommt dem Arzt in diesem Bereich aber auch eine zentrale Kontroll- und Koordinationsrolle zwischen den involvierten Leistungserbringern zu. Solange für den Bereich der spitalexternen (ambulanten) Pflege diese Aufgaben sowie die Verantwortung nicht klar geregelt sind, halten wir am heutigen System der Anordnung durch den Arzt fest. In Zusammenarbeit mit der Spitex ermittelt er den Pflegebedarf und ordnet ihn an.</p> <p>B) Wegen der unklare Kostenfolgen kann santésuisse der parl. Initiative Joder in der vorliegenden Fassung nicht zustimmen</p> <p>santésuisse lehnt die parlamentarische Initiative insbesondere aufgrund der unabsehbaren Kostenfolgen ab. Wie bereits im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 15. April 2015 unter Ziff. 5 ausgeführt, sind Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen dieser Gesetzesänderung äusserst schwierig und kaum zu berechnen. Auch die Frage der Verantwortung ist nicht klar. Ob dies in der Praxis zu einer spürbaren Entlastung und somit zu Kosteneinsparungen führen wird, lässt sich im Voraus schlecht abschätzen. Es können aufgrund der ungenügenden Datengrundlagen, mangels einheitlicher Tarifstruktur sowie fehlender empirischer Angaben zur potentiellen Mengenausweitung (beispielsweise aus der Literatur, aus Erfahrungen in anderen Leistungsbereichen oder von betroffenen Akteuren wie z.B. Haus-Ärzten, Pflege-Organisationen, Krankenversicherern etc.) bloss hypothetische Annahmen getroffen werden. Klar ist – und diese Haltung vertritt die Kommission ebenfalls – dass die gesetzliche Anpassung nicht zu einer Mengenausweitung führen soll. Die Krankenversicherer können eine Steigerung der Leistungs- und Verwaltungskosten nicht ausschliessen. Zudem kann die begehrte Gesetzesänderung präjudiziellen Charakter betreffend weiterer Berufsgruppen entfalten. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Umsetzung der parlamentarischen Initiative sogleich andere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw. die gleichen Rechte wie die Pflegefachpersonen einfordern werden. Eine ungebremsste, kaum einschränkbare Mengenentwicklung wäre die unerwünschte Folge.</p>	
<p>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. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 Bachelordiplom 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;</li> <li>- 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 Management 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</li> </ul>	VLSS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>über die Grundpflege zu entscheiden, zugestanden werden soll, so handelt es sich dabei um eine in der Praxis nicht umsetzbare Fiktion;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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<sup>1</sup>. Das Berufsbild muss folglich nicht grundsätzlich geändert werden.</p> <p>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.</p> <p>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 Pflegenden. Deshalb beantragen wir Ihnen, diese parlamentarische Initiative insbesondere für den Spitalbereich abzulehnen.</p>	VSAO
<p>Allgemein</p> <p>Die Pflege ist der grösste Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung sind wir in der Zukunft auf mehr Pflegefachkräfte angewiesen. Es ist an der Zeit, dass den Pflegeberuf zu stärken. Pflegeleistungen, die von den Pflegenden selbständig erhoben und erbracht werden, müssen auch als solche anerkannt werden. Eine sichere und qualitativ hochstehende Pflege sollte sich nicht mehr nach den althergebrachten Hierarchien orientieren. Es ist zweckmässig, wenn jede Berufsgruppe gemäss ihren Kompetenzen abrechnen kann. Die Stiftung SPO Pati-</p>	SPO

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
entenschutz begrüsst, Pflegefachpersonen ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG aufzunehmen. Eine gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege steigert die Attraktivität des Berufs und erleichtert die Rekrutierung junger Berufsleute.	
<p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 Bachelordiplom 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;</li> <li>- 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.</li> </ul>	BEKAG
<p>Der Konferenz der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz- KPP, ist es ein wichtiges Anliegen, die parlamentarische Initiative aktiv zu unterstützen und diesen schon längst überfälligen Schritt der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege, Realität werden zu lassen. Mit der vorliegenden KVG Gesetzesrevision wird das Image eines Hilfsberufs der Pflege überwunden und die spezifischen Kompetenzen von Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen in der Gesundheitsversorgung der Zukunft massgebend gestärkt. Wir sehen in dieser wichtigen Massnahme eine deutliche Aufwertung des Pflegeberufs, die die allgemeine Attraktivität erhöht, die Rekrutierung von potentiellen Berufsangehörigen erleichtert und die Drop Out Raten von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung vermindert. Durch die Veränderung der Bildungslandschaft in den vergangenen Jahren und den daraus resultierenden Kompetenzbeschreibungen der Aus- und Weiterbildung der Pflege, wird nun die Verantwortung für diesen originären Fachbereich der Pflege mit der Anerkennung im KVG geregelt. Pflegefachpersonen übernehmen die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess, sie erstellen Pflegediagnosen, eruieren den Pflegebedarf, treffen die notwendigen fachlichen Massnahmen und evaluieren diese. Diese Fokussierung auf die Auswirkungen von Krankheiten steht im Mittelpunkt einer professionellen Pflege.</p> <p>Daneben bewegen wir uns in der interprofessionellen ärztlichen Zusammenarbeit auch in einer Delegationsverantwortung.</p> <p>Wir anerkennen ebenso, den mitverantwortlichen Anteil ärztlich delegierter Tätigkeiten</p>	KPP



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>im Bereich der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, der Pflege.  Die zukünftigen Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und weiteren Gesundheitsfachpersonen werden sich in Zukunft weiterentwickeln müssen, um die mehrfach bestätigte gute Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung sicher zu stellen.</p> <p>Bereits heute verzeichnen wir eine grosse Diskrepanz zwischen, die an uns gestellten Anforderungen und den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer qualitativ guten und zukunftsorientierten psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Die Grenzen eines innovativen interprofessionellen Skill- und Grade Mix (Teamzusammensetzung) liegen u.a. im Bereich der geltenden gesetzlichen Verantwortung von Ärzten und Pflegefachpersonen. Neue Qualifikationen und deren Kompetenzen im Fachbereich der Pflege können unter diesen Voraussetzungen nur ungenügend und somit nicht wirksam in die Praxis umgesetzt werden. Hier gilt es in Zukunft, standespolitische Positionen und damit einhergehende Ängste abzubauen und gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen, um die Erbringer von Gesundheitsleistungen in einem optimalen Qualifikations- und Kompetenzen Mix zum Wohle der Patientinnen und Patienten wirksam werden zu lassen.</p> <p>Mit der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege wird die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert. Dies wird zukünftig positive Auswirkungen auf die Rekrutierung und den Erhalt von Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung der Schweiz zur Folge haben.</p> <p>Wir gehen nicht davon aus, dass es bei der Verlagerung von Kompetenzen und Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten hin zu Pflegefachpersonen zu einer Mengenausweitung kommt, im Gegenteil.</p> <p>Pflegefachpersonen erheben den Pflegebedarf mit professionellen Assessmentinstrumenten und stehen unter Kontrolle durch die Versicherer, Redundanz und Leerläufe werden eliminiert und Leistungen somit wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht.</p> <p>Selbstständige Pflegefachpersonen im Fachbereich der Psychiatrie sind in Zukunft ein wichtiges Bindeglied in der poststationären Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen. Die Behandlung und Pflege zu Hause (Modell der integrierten Versorgung) wird in Zukunft einen wichtigen Stellenwert in einer patientenorientierten psychiatrischen Versorgung einnehmen.</p>	
<p><b>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.</b></p> <p>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.</p> <p>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</p>	SMV (société Médicale du Valais)

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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 induits, mais par contre pense que cela ne serait pas le cas pour d'autres professionnels de la santé tels que les soignants.</p> <p>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 <b>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</b>, 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.</p> <p>Une <b>augmentation des coûts liée aux soins sans amener de véritable plus-value au système sanitaire</b> 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.</p> <p><b>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.</b></p> <p><b>En ce qui concerne la discussion actuelle au niveau du conseil national, la SMV soutient fortement les critiques et propositions émises par la FMH.</b></p> <p>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.</p> <p><b>En résumé, nous insistons donc sur les points suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>fort risque d'augmentation des coûts de l'enveloppe santé sans amélioration</b> 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 ;</li> <li>• <b>fort risque d'appauvrissement de la collaboration interprofessionnelle</b> au détriment des patients s'il n'y a pas un référent médical pour le patient ;</li> <li>• <b>fort risque d'accroissement de charges administratives coûteuses</b> et donc de coûts sans amélioration de l'efficacité des soins.</li> </ul> <p>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.</p>	
<p>APIS-SAES identifiziert sich mit den Zielen und dem Inhalt der Initiative. Wir unterstützen dabei vollumfänglich die Stellungnahme des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) in allen Belangen: Unterstützung der</p>	<p>apis</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Mehrheitsanträge zu allen explizit aufgeführten Artikeln und kategorische Ablehnung der Minderheitsanträge. Gleichfalls schliessen wir uns dem Einspruch gegen Art. 55 a im Sinne des SBK an. Wir begrüssen sehr die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Pflegenden mit dieser Initiative, da sie dem aktuellen Berufsprofil und der beruflichen Realität absolut entspricht. In diesem Sinne wünschen wir uns eine Beachtung unseres Anliegens.</p>	
<p>Es ist unbestritten, dass die pflegerische Versorgung älterer Menschen aus demografischen Gründen vor grossen Herausforderungen steht. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ermöglicht es den diplomierten Pflegefachpersonen in ihrem Kerngeschäft der Pflege autonom und in eigener Verantwortung tätig zu sein. Damit wird nicht nur der Weg zu zukunftsweisen den neuen Versorgungsmodellen geebnet, sondern auch dem hohen Ausbildungsstand und der grossen Verantwortung der diplomierten Pflegenden Rechnung getragen. Wir sind überzeugt, dass damit auch der Pflegeberuf gestärkt und attraktiver wird. Damit leistet diese Gesetzesänderung einen wichtigen Beitrag zur Lösung des akuten Pflegepersonalmangel. Gerade im Bereich der ambulanten Pflege und in den Pflegeheimen stehen pflegerischen Leistungen im Zentrum und es sind die Pflegenden welche in ihrem Alltag die zentralen Ansprech- und Vertrauenspersonen für Patienten und Angehörige sind. Mit der vorgesehene Gesetzesänderung erhalten sie somit die Möglichkeit die für die Patienten und Heimbewohner erforderlichen Pflegemassnahmen einzuleiten ohne, dass es dazu noch eine ärztliche Konsultation braucht.</p>	SSR
<p>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.</p> <p><b>1. Accorder plus d'autonomie et maîtrise des coûts :</b></p> <p>L'AMG partage la volonté d'améliorer l'efficacité 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'optimisation 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.</p> <p>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.</p> <p>La prescription autonome des soins par le personnel infirmier n'améliorera ni la qualité de prescription de ces soins, ni leur efficacité, ni leur économie. 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.</p> <p>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.</p> <p>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 saignants, 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. <b>Réduire le rôle du MPR pour faire place à une gestion autonome par des acteurs multiples est ainsi une erreur.</b></p>	AMG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p><b>2. Pénurie des soignants:</b>  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.</p> <p><b>3. Reste un problème crucial, celui de la responsabilité :</b>  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.</p> <p><b>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 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ;</li> <li>• ni à une dilution dangereuse des responsabilités médicales au détriment de la santé des patients que sa mise en œuvre provoquera ;</li> <li>• ni à l'augmentation globale des coûts de la santé à charge de l'assurance-maladie de base qu'elle engendrera.</li> </ul> <p><b>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.</b>  <b>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.</b></p>	
<p>Notre Fédération salue, tout d'abord, la volonté de cet avant-projet de vouloir renforcer la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé en accordant davantage de compétences au personnel infirmier. De par leur formation, les infirmiers et infirmières diplômés sont en effet compétents, notamment pour poser de manière autonome un diagnostic infirmier, évaluer les besoins en soins et prendre les mesures qui s'imposent. Toutefois, il faut le dire, ils ne possèdent pas l'habileté ni les compétences pour pouvoir se substituer au médecin au moment de l'établissement d'un diagnostic médical.</p>	<p>FER</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Cela étant dit, à notre sens, il nous paraît un peu aventureux de déléguer des tâches au personnel infirmier sans préciser les prestations qui peuvent être fournies de manière indépendante/autonome de celles qui peuvent être prescrites par un médecin.</p> <p>Pour la sécurité des patients, il nous semble pertinent de définir au préalable un catalogue des prestations que peuvent fournir les soignants de manière autonome et également de préciser qui le définit et le met à jour. Toujours dans l'intérêt des patients, nous trouvons fondamental que les médecins gardent une fonction coordinatrice même s'il s'agit de soins de base et que leurs décisions soient respectées. En ce sens, la visite du médecin reste essentielle pour les patients même si la pénurie de médecins est avérée. Le remplacement de médecins par du personnel infirmier ne paraît donc pas la solution adéquate pour la sécurité des patients.</p> <p>Comme le précise de plus le rapport (p.23), « il faut s'attendre à ce que d'autres groupes professionnels revendiquent les mêmes exigences que le personnel infirmier et, le cas échéant, la modification de la loi aurait un caractère préjudiciel» . Si c'est le cas, alors la question se pose s'il est véritablement nécessaire de réviser la loi. Au final, la modification du texte risque de créer des conflits non désirés entre le « bas » de la hiérarchie (par exemple les aides-soignantes) et « la classe intermédiaire » constitué des infirmiers et des infirmières si ceux/celles-ci gagnent en autonomie et en salaire. Il est vrai qu'à certains égards, la paix sociale serait mise ici à dure épreuve entre le personnel infirmier et le reste du personnel de soins.</p> <p>En conclusion, nous ne sommes pas favorables en l'état sur cet avant-projet qui vise à donner plus d'autonomie au personnel soignant. En effet, le rapport manque de précision et il devrait donner à ce titre un catalogue clair des prestations qui incomberaient au personnel infirmier.</p>	
<p>Das SRK unterstützt die Stossrichtung der Vorlage sehr, den Berufsstatus von Pflegefachpersonen aufzuwerten, ist doch die Ansicht, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner seien Hilfspersonen von Ärztinnen und Ärzten, völlig überholt. Die Bedeutung und Nachfrage nach Pflege wird stetig zunehmen und bereits heute besteht – aus unserer Erfahrung verschärft in Randregionen – ein Fachkräftemangel. Mit der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner wird die Attraktivität des Berufes gesteigert und somit die Rekrutierung von jungen, qualifizierten Schulabgängern erleichtert. Ansonsten verweisen wir inhaltlich vollumfänglich auf die Stellungnahme des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK.</p>	SRK
<p><b>I. Einleitende Bemerkungen</b> Wir beschränken wir uns auf allgemeine Ausführungen zu den auch für die Fachleute für medizinisch-technische Radiologie wesentlichen Stossrichtung der geplanten Gesetzesänderung.</p> <p><b>II. Bemerkungen zur geplanten Änderung des Krankenversicherungsgesetzes</b> Die SVMTRA unterstützt in erster Linie die ausführliche Stellungnahme des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), welcher an den parlamentarischen Beratungen und der Ausarbeitung der nun vorliegenden Gesetzesvorlage massgeblich beteiligt war. Die SVMTRA begrüsst es in allgemeiner Weise, dass die qualifizierte Ausbildung der Pflegefachpersonen nun auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt wird, indem bei der Festlegung der Vergütung von Pflegeleistungen ihren Fähigkeiten und Kompetenzen gebührend Rechnung getragen wird. Der Mangel an Fachpersonal im Gesundheitsbereich, insbesondere an (Fach-)Ärzten, hat in diversen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu einer Verantwortungsdiffusion und zur Umverteilung von Kompetenzen geführt. Diese Veränderungen sind heute auch bereits im Bereich der Radiologie deutlich sichtbar. Die Gesundheitsfachpersonen – unter anderem auch die Fachleute für medizinisch-technische Radiologie – müssen und können auch aufgrund ihrer laufend verbesserten Ausbildung zusehends mehr Verantwortung im Beruf übernehmen und entlasten das ärztliche Personal vielerorts. Leider sind viele dieser in der Praxis selbstverständlich gewordenen Delegationen und Aufgabenverteilungen gesetzlich noch nicht nachvollzogen, weshalb sich die Gesundheitsfachpersonen zunehmend im gesetzlosen Raum bewegen. Daraus ergeben sich zentrale Haftungsfragen und ein erhebliches Mass an</p>	SVM-TRA/ASTRM

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Rechtsunsicherheit. Die unangepasste Rechtslage führt auch zu zahlreichen administrativen Leerläufen, was für alle Beteiligten äusserst unbefriedigend ist. Es zeichnet sich deshalb auch im Bereich anderer hoch ausgebildeter nichtärztlicher Gesundheitsberufe als der Pflege das Bedürfnis ab, dass die Kompetenz- und Verantwortungsbereiche zwischen den (delegierenden) Ärzten und dem Gesundheitsfachpersonal neu festgelegt bzw. in den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen nachvollzogen werden. In der Konsequenz daraus sind den betreffenden Gesundheitsfachpersonen auch im Rahmen der OKP weiterreichende (Abrechnungs-)Berechtigungen zuzusprechen, ansonsten deren eigenverantwortliche Berufsausübung wiederum faktisch ins Leere läuft. Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ist deshalb ein erster Schritt in die richtige Richtung, wird allerdings früher oder später auch andere Berufsgruppen erfassen müssen.</p> <p><b>III. Schlussbemerkungen</b></p> <p>Auch ein Blick ins Ausland zeigt, dass gut ausgebildete und qualifizierte Gesundheitsfachpersonen Ärzte nicht ersetzen, aber wo sinnvoll entlasten und damit einen wesentlichen Beitrag zu einem effizienten Gesundheitssystem leisten können. Es ist deshalb richtig, dass ihnen auch im Rahmen der OKP weiterreichende Berechtigungen entsprechend ihren Kompetenzen eingeräumt werden.</p>	
<p>Der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VFP) setzt sich seit 17 Jahren proaktiv die Pflege ein – und dies auf nationaler sowie internationaler Ebene. Als nicht-gewinnorientierter Verein vertritt der VFP die Pflege aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. Darüber hinaus repräsentiert der VFP die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler in der Schweiz, die sich für eine wirksame und kompetente Pflegepraxis von hoher Qualität einsetzen sowie den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis unterstützen. Der VFP arbeitet seit längerem aktiv bei der parlamentarischen Initiative „Verantwortungsbereich Pflege“ mit.</p> <p><b>Allgemeines</b></p> <p>Grundsätzlich begrüsst und unterstützt der VFP die parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ und die damit eingeleitete Anpassung des KVG mit dem vorliegenden Entwurf.</p> <p>Zum Vernehmlassungsverfahren ist festzuhalten, dass sich der VFP in wesentlichen Punkten der Stellungnahme des SBK (Version vom 02.06.2015), insbesondere den vom SBK zum Ausdruck gebrachten Empfehlungen zu Formulierungen und der Ablehnung von Minderheitsanträgen, vollumfänglich anschliesst. Entsprechend der Stellungnahme des SBK sollten Art. 25a Abs. 2, Art. 33 Abs. 1, Art. 40a und Art. 55a angepasst bzw. gestrichen werden.</p> <p><u>Der VFP begrüsst den Gesetzesentwurf des KVG, sofern die notwendigen Empfehlungen zu Präzisierungen realisiert und die Ablehnung der jeweiligen Minderheitsanträge wie vom SBK zum Ausdruck gebracht, berücksichtigt werden und in Ergänzung dazu Art. 25a Abs.1, Zeile b wie im Folgenden erläutert präzisiert wird.</u></p> <p>Der VFP betrachtet die Gesetzesrevision als elementar, weil sie die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege im eigenständigen Bereich im KVG verankert und dadurch der eigenständige Beitrag der professionellen Pflege innerhalb eines multiprofessionellen Behandlungsteams anerkannt und unterstützt wird.</p> <p>Aus der Sicht des VFP leistet die geplante Gesetzesrevision einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Bei der parlamentarischen Initiative geht es um die Finanzierung von Leistungen wie Grundpflege, Abklärung, Beratung und Koordination, aber nicht um Verordnungen von Medikamenten. Die pflegerische Beratung von Patienten und Angehörigen bildet einen wichtigen Teil des Krankheitsmanagements bei chronisch kranken Menschen. Sie beinhaltet Informationsvermittlung und Anleitung zum Symptommanagement, wodurch weitere Kosten infolge von Krankheitsverschlimmerungen verhindert werden. Pflegerische Leistungen begründen sich durch komplexe Abhängigkeitsproblematiken pflegebedürftiger Menschen die von der Pflege bereits definiert, umgesetzt und evaluiert wurden wie z.B. ein Selbstversorgungsdefizit in Körperpflege, beim Ankleiden, in der Wundversorgung oder in der Ausscheidung. Diese Pflegeleistungen lassen sich somit klar von medizinischen Leistungen abgrenzen und werden heute bereits durch dipl. Pflegefachfrauen und Pflege-</p>	VFP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>fachmänner eigenständig durchgeführt. Diese erwähnten Leistungen respektive pflegerischen Interventionen sind Bestandteil eines wissenschaftlich fundierten Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess stellt das Kerngeschäft der Pflege dar und umfasst das pflegerische Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung und -erreichung, die Durchführung von Pflegeinterventionen/pflegerischen Leistungen und (Re-)Evaluationen basierend auf dazugehörigen wissenschaftlich fundierten, klinischen Entscheidungsfindungsprozessen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind in diesen Kompetenzen ausgebildet.</p> <p>Es ist nicht mehr zeitgemäss, dass der Pflegeberuf als sogenannter „Hilfsberuf“ klassifiziert ist. Denn genau von diesem Berufsstand wird in den unterschiedlichsten Settings, insbesondere in der Spitex und der Langzeitpflege, besonders viel Eigenverantwortung erwartet. Dem Umstand, dass die Pflege eine eigenständige Profession ist, - die bereits heute pflegerische Leistungen erbringt und dafür die volle Verantwortung übernimmt, - wird durch die Gesetzesrevision im Rahmen der Finanzierung Rechnung getragen.</p> <p>Durch die klare Regelung der eigenverantwortlichen Anordnung von Pflegeleistungen im Bereich Grundpflege, Abklärung, Beratung und Koordination, stärkt die Initiative die Stellung der Pflege und trägt wesentlich zur Aufwertung dieser bei.</p> <p><b>Zusätzliche Anliegen</b></p> <p><b>Bereiche des Pflegeberufs</b></p> <p>Der Pflegeberuf bestand bis anhin und wird auch zukünftig aus zwei Verantwortungsbereichen (oder Verantwortungsschwerpunkten) bestehen, nämlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aus ärztlich verordneten Leistungen, die (aufgrund rechtlich klarer Kriterien) von Ärztinnen und Ärzten an Pflegefachpersonen delegiert werden und die in der Terminologie der Krankenpflege-Leistungsverordnung als „Untersuchungen und Behandlungen“ bezeichnet sind. Diese Leistungen bedürfen einer ärztlichen Diagnose (sei es im somatischen wie im psychiatrischen Bereich).</li> <li>2. Aus dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege im eigentlichen Sinn.</li> </ol> <p>Der eigenverantwortliche Bereich der Pflege beinhaltet reine Pflegeleistungen, die keiner ärztlichen Diagnose, sondern einer pflegerischen Diagnose bedürfen. Sie werden auf pflegerische Anordnung hin durchgeführt und durch den Pflegeprozess definiert. Der Pflegeprozess stellt das Kerngeschäft der Pflege dar und umfasst das pflegerische Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung und -erreichung, die Durchführung von Pflegeinterventionen/pflegerischen Leistungen und Evaluationen.</p> <p><b>Mengenausweitung</b></p> <p>Die Problematik der Mengenausweitung ist ein Problem unserer Zeit: Die Bevölkerung wird älter und trägt somit ein höheres Risiko, chronische oder Mehrfacherkrankungen zu entwickeln. Diese Entwicklung betrifft sowohl die Pflegefachpersonen wie auch die ärztlichen und andere Fachpersonen im Gesundheitswesen. Durch diese Entwicklung allein sind erhöhte Pflegebedarfe anzunehmen und falls dies eintritt ist es umso wichtiger, dass Pflegefachpersonen das Selbstmanagement der Patienten stärken. Zukünftig wird die Selbst- und Fremdpflege durch Angehörige eine wesentliche Rolle spielen. Um Selbstpflege und Krankheits- bzw. Symptomanagement zu ermöglichen, brauchen Patientinnen/Patienten und Angehörige pflegerische Anleitung sowie Patientenedukation bezüglich Gesundheitsförderung sowie zur Erhöhung der Selbständigkeit. <b>Mit diesen Leistungen tragen Pflegefachpersonen massgeblich zur Kosteneindämmung bei. Eine Mengenausweitung aufgrund der zukünftig expliziten Anerkennung der Teilautonomie der Pflegefachpersonen kann praktisch ausgeschlossen werden.</b></p> <p><b>Abklärung, Beratung und Koordination</b></p> <p>Pflegefachpersonen erbringen im Rahmen des Pflegeprozesses durch Abklärung, Beratung und Koordination auch bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Erkrankungen wertvolle Dienstleistungen, die den Betroffenen oft die notwendige Stabilität im Umgang mit Auswirkungen ihrer Erkrankung ermöglichen. Pflegefachpersonen erkennen dank ihrem vertieften und breitgefächerten Fachwissen, in welchen Situationen weitere Fachpersonen oder ein Arzt/eine Ärztin beigezogen werden müssen. Damit leisten sie wichtigen Beitrag in der Koordination von Behandlungs-</p>	

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>leistungen sowie in der Früherkennung von Risiken/Komplikationen. Mit dem Fokus auf die Alltagsbewältigung fördern, verbessern und unterstützen Pflegefachpersonen die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patienten und deren Angehörigen nachhaltig. <b>Damit tragen Pflegefachpersonen zur Kosteneindämmung bei.</b></p> <p><b>Gesetzliche Definition Pflege</b>          Bezüglich der schriftlichen Unterlagen gibt der VFP zu bedenken, dass der Begriff „Pflege“ nach wie vor gesetzlich nicht definiert wurde.</p> <p><b>Gesetzliche Definition Pflegebedarf respektive (Bedarfs-)Abklärung</b>          Der VFP gibt zu bedenken, dass zu den Begriffen „Pflegebedarf“ respektive „Bedarfs(ab)klärung“ definitorisch (Er-)Klärungspotenzial besteht.</p> <p><b>Gesetzliche Definition des eigenständigen Bereichs der Pflege</b>          Der Expertenbericht des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) bietet eine ausführliche Definition über den eigenständigen Verantwortungsbereich der Pflege sowie daraus generierte Empfehlungen für den Gesetzesentwurf (Müller-Staub et al., 2014).          Die folgenden Akademischen Fachgesellschaften (AFG) haben mitgewirkt und unterstützen die Stellungnahme des VFP vollumfänglich:          AFG Agogik in der Pflege (Co-Präsidentinnen: Franziska Bonay Merkle, MNS, Dr. Andrea Brenner)          AFG Akutpflege (Präsidentin: Dr. Alexandra Bernhart-Just, Vize-Präsidentin: Anna Ziegler, MNS)          AFG Ethik in der Pflege (Co-Präsidentinnen: Ursa Neuhaus, lic. Phil., Sabine Schär, lic. Phil.)          AFG Gerontologische Pflege (Präsidentin: Anja Ulrich, MNS)          AFG Kardiovaskuläre Pflege (Präsidentin: Nicole Zigan, MNS; Vize-Präsidentin: Corina Thomet, MScN)          AFG Onkologiepflege (Co-Präsidentinnen: Marika Bana, MScN; Prof. Dr. Manuela Eicher); PD Dr. Maya Shaha, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Lausanne</p>	
<p><b>Allgemeine Bemerkungen</b>          Die KLS unterstützt die Bestrebungen, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten und die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Damit soll sichergestellt werden, dass die pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten auch künftig bedarfsgerecht und in hoher Qualität sichergestellt werden kann. Die von der SGK zur Diskussion gestellten Gesetzesänderungen zielen unseres Erachtens in die richtige Richtung.          Wir betrachten die vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen überdies als relevanten Beitrag zur Erfüllung der Ziele der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017, welche 2013 von Bund und Kantonen verabschiedet worden ist (z.B. im Bereich der integrierten Versorgung).          Die heute geltende Regelung mit der zwingenden Vorschrift, dass für jegliche pflegerische Verrichtung eine ärztliche Verordnung vorliegen muss, führt zu administrativen Doppelspurigkeiten und Leerläufen. Weit gravierender noch können diese administrativen Barrieren so weit führen, dass Patientinnen und Patienten keinen Zugang zu benötigten pflegerischen Leistungen erhalten. Dies liegt nicht im Interesse der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Wir erachten es deshalb als wichtig, dass die sog. eigenständige Pflege von der ärztlichen Kompetenz losgelöst wird. Damit soll der Gegensatz im Bereich der Pflege zwischen KVG und den kantonalen Gesundheitsgesetzen aufgehoben werden.          Hinzu kommt, dass mit den geplanten Änderungen im Spitalbereich eine Gesetzesanpassung an die herrschende Praxis erfolgt. Bereits heute ist im Spital nur bei der Delegation von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen an das Pflegepersonal eine ärztliche Verordnung üblich.          Es ist uns ein Anliegen, im Zusammenhang mit den vorgesehenen aber auch künftigen Massnahmen auf einige Herausforderungen hinzuweisen.</p>	KLS



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wie weiter oben angetönt, sollen Leistungen im Bereich der Gesundheit und insbesondere auch im Bereich der sozialen Krankenversicherungssysteme bedarfsgerecht und in hoher Qualität erfolgen. Die Auswirkungen der vorgesehenen Änderungen sind nicht genau zu prognostizieren. Sie werden sich in Abhängigkeit der Parameter (Bedürfnisse und Anreize) entwickeln. Diese Entwicklung gilt es (wie auch sonst im ganzen Gesundheitsbereich) zu beobachten.</p> <p>Im Bereich der Qualität stellen wir in den letzten Jahren eine zunehmend heterogene Situation fest. Die vorgesehenen Veränderungen könnten diese Lage akzentuieren, weshalb wir Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer hohen Qualität befürworten.</p>	
<p>Wir unterstützen die Ziele und Inhalte der Parlamentarischen Initiative zur Anerkennung der Verantwortung der Pflege vollkommen. Diese Initiative ist eine wichtige Basis für die Weiterentwicklung der pflegerischen Leistungen innerhalb der interprofessionellen Gesundheitsversorgung.</p> <p>Nachfolgend finden Sie unsere Ergänzungs- und Anpassungsvorschläge:  Besonders wichtige Aspekte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die beiden Verantwortungs- und Leistungsbereiche der Pflege sollten sowohl im erläuternden Bericht als auch im Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) eindeutig und unmissverständlich beschrieben sein. Im Vorentwurf sollte ein Artikel aufgenommen werden, der diese Verantwortungs- und Leistungsbereiche ähnlich wie in der Übersicht des erläuternden Berichtes beschreibt. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Behandlungspflegerische Leistungen zur Diagnostik und Therapie, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.</li> <li>b. Pflegeleistungen zur Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege inkl. psychiatrischer Grundpflege, die von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.</li> </ol> </li> <li>2. Die Verantwortung der Ärzte und Pflegenden ist in allen institutionellen Organisationen gleich. Es gibt keine Unterschiede zwischen Spitälern, Spitex oder Pflegeheimen.</li> </ol> <p>Wir stellen den Antrag, die Auswirkungen der Gesetzesänderung im Kontext der Veränderungen in der Versorgungslandschaft sowie der epidemiologischen und demographischen Daten wissenschaftlich fundiert in einer Begleitforschung zu evaluieren. Wir sind sehr gerne bereit, dazu einen substanziellen Beitrag zu leisten.</p>	USZ
<p>Der VAPP nimmt die Entwicklung mit der Motion zur gesetzlichen Anerkennung der Pflege erfreut zur Kenntnis. Damit folgt die parlamentarische Kommission den bisherigen Bestrebungen den Beruf der Pflege als eigenständige, in sich geschlossene und mit den entsprechenden Kompetenzen versehene Berufsgruppe mit anderen Berufsgruppen gleich zu stellen.</p> <p>Die Diskussion um die Abgrenzung zum ärztlichen Stand, wie auch zu anderen Gesundheitsberufen ist nun lanciert. Erstaunlich hartnäckig erweist sich für den VAPP die ungleiche Behandlung der Pflege in Abgrenzung zwischen den Ärzten und den nicht-ärztlichen Berufsgruppen (Physiotherapie, Ernährungsberatung, ..., welche auf Verordnung des Arztes eigenständige Behandlungs- und Massnahmenpläne durchführen. Diese nichtärztlichen Berufsgruppen entscheiden in eigener Kompetenz welche Behandlung erfolgt.</p> <p>Die Pflege in der ambulanten Psychiatrie entwickelt sich fachinhaltlich weg von der delegierten Ausführung eines ärztlichen Behandlungsauftrages. Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) grenzt sich insofern von der ärztlichen – therapeutischen Behandlung ab, als sich mit den Phänomenen in der Bewältigung des Alltags der Klientinnen und Klienten auseinandersetzt. Diese Fachkompetenz entzieht sich der ärztlichen Kunst und befindet sich ausserhalb des ärztlichen Fachbereichs. Dazu wird das diplomierte Pflegefachpersonal an höheren Fachschulen oder Fachhochschulen entsprechend ausgebildet.</p> <p>Die Pflege in der ambulanten Psychiatrie begleitet und berät die Betroffenen vor Ort, also bei ihnen zu Hause. Das Ziel ist langanhaltende Klinikaufenthalte präventiv zu verhindern. Die Pflegemassnahmen dienen dem Zweck die auslösenden Faktoren der Krisen zu verändern, den Betroffenen die Kompetenz zur Bewältigung des eigenen</p>	VAPP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Alltags zu ermöglichen. Neben vielen präventiven Massnahmen, sind edukative Beratungen, Verbesserung der Sozialkompetenzen und ein werterzeugender und sinnerfüllter Umgang mit der eigenen Person des Betroffenen notwendig.</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 entsprechender 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 erhält.</p> <p>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.</p> <p>5. NEUE Leistungserbringer führen auch zu einer Zunahme von Kosten im ambulante Bereich. Um die Folgen für die Kosten im KVG-Bereich unter dem Kostenneutralitätsprinzip gilt es ein strenges Kostenmonitoring miteinzubeziehen.</p> <p>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 oder Fachkraft ausgeführt werden kann mit den selbstverständlich nachfolgend massiv-</p>	<p>Ärzteges. Kt. LU</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>höheren Kosten.</p> <p>Wir sind eine junge Interesse Gruppe auf dem Spezialgebiet der Wundversorgung Die Weiterbildung zur diplomierten Wundexpertin/en, Zertifizierter Wundmanagerin/er gibt es jedoch über 10 Jahren. Für die anspruchsvolle Tätigkeit der Wundbehandlung bei Menschen mit chronischen Wunden, benötigen die Wundspezialisten weitreichende Kenntnisse und Fähigkeiten. Die Entwicklung in der Pflege der chronischen Wunden, des Materials und der möglichen Abklärungen ist enorm. Der Bereich Weiterbildung wird durch die Fachgesellschaft SAfW gefördert. So ist es heute möglich, den Master in Wound Care abzuschliessen. Durch die Kompetenzen der Wundspezialistinnen wird die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam gestärkt. Es ist selbsterklärend, dass wir die parlamentarische Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ unterstützen. Allerdings gibt es aus unserer Sicht einige Überlegungen für die Umsetzung.</p> <p><b>Grundsätzliche Überlegung zu Art. 7 des KLV:</b>  Die Massnahmen zur Grundpflege enthält die Tätigkeit Beinen einbinden. Im Fachbereich bedeutet dies eine Kompression. Da für die Kompression bestimmte Voraussetzungen gegeben sein müssen, die nur durch den Arzt diagnostiziert werden können, gehört diese Massnahme unter den Bereich b Massnamen der Untersuchung und Behandlung. Eine Kompressionstherapie erfordert immer eine ärztliche Verordnung. Andererseits sind die Pflegefachpersonen mit Weiterbildung zum diplomierten Wundexperten/zertifizierten Wundmanager soweit ausgebildete, dass sie die Wundreinigungsprodukte und die Wundaufgaben eigenständig auswählen können. Alle Pflegefachpersonen mit Weiterbildung zur Diplomierten Wundexpertin oder zertifizierten Wundmanagerin sollen das benötigte Material ohne ärztliche Verordnung, nach den Regeln der Mittel- und Gegenständeliste (MiGel), abrechnen können.</p>	<p>CH-IGWS</p>
<p>Die Kalaidos Fachhochschule Schweiz ist als vom Bund akkreditierte Fachhochschule im Departement Gesundheit in der Aus- und Weiterbildung v.a. von Pflegefachpersonen tätig. Unsere Studierenden arbeiten in allen für die Pa.Iv. 11.418 massgeblichen Versorgungssettings: Spitex, Pflegezentren (inkl. Akut- und Übergangspflege), in Spitälern und Psychiatrischen Kliniken sowie deren Ambulatorien. In Bezug auf die Pa.Iv. fördern wir vor allem die beruflichen Kompetenzen in der klinischen Einschätzung, Beratung, Anleitung und Koordination. Diese Fachinhalte sind für die vorgeschlagene Gesetzesrevision, bzw. für die professionelle Ausübung in den eigenverantwortlichen Gesetzesbereichen besonders relevant. Die gesetzliche Anerkennung dieser Verantwortung der Pflege und entsprechend die eigenständige Abrechnung ist deshalb für unsere Studierenden sowie die Fachhochschulen generell von grosser Bedeutung.</p> <p>Unsere Stellungnahme basiert auf verschiedenen Diskussionen im Lehrkörper, mit Studierenden sowie mit unseren Praxispartnern. Für die Vernehmlassungsantwort setzen wir basierend auf den Ergebnissen folgende Prioritäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wir begrüssen und unterstützen, dass die Berufsausübung gesetzlich so geregelt wird, wie sie sich in der Praxis längst etabliert hat, dass nämlich Pflegefachpersonen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung) in den Leistungsbereichen „Abklärung/Beratung/Koordination“ und „Grundpflege“ eigenverantwortlich handeln. Entsprechend sollen sie dies auch eigenständig abrechnen können. Ein konkretes Beispiel dazu aus der Spitex-Praxis: Eine Angehörige einer Einwohnerin oder eines Einwohners einer Gemeinde ruft die örtliche Spitex an, weil die Inkontinenzprobleme eines Familienangehörigen rasch zunehmen. Eine diplomierte Pflegefachperson klärt als erstes den Bedarf ab und übernimmt gleichzeitig beim Erstbesuch anstehende Aufgaben, wie etwa die Anleitung zur Nutzung von Inkontinenzmaterialien oder die Information zur besseren Handhabung von Harntreibenden Medikamenten. Erst nachträglich holt sie zeitnah zwecks Abrechnung dieser Leistungen die bis dato nötige Verordnung bei der zuständigen Hausarztpraxis ein und bespricht auch das weitere Prozedere. Den administrativ unnötigen Aufwand für alle Beteiligten in Bezug auf die Verordnung – Arztpraxis, Spitex, Pflegeheim, freiberuflich tätige Pflegefachpersonen, Sachbearbeitung Krankenversicherung – will die Pa.Iv. zu Recht</li> </ul>	<p>Kalaidos</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>abschaffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Attraktivität der Berufsausübung in der häuslichen und ambulanten Pflege – präziser: am „Gesundheitsstandort Privathaushalt“ – kann nicht genügend betont werden, denn hier ist unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ sowie gemäss dem Wunsch der Schweizer Bevölkerung, zuhause zu leben und bis zum Tod zu verbleiben, ein gesundheits- und finanzpolitisch beabsichtigter Wachstumsschub vorhersehbar. Deshalb sollten just hier keine administrativen Hürden bestehen bleiben, die eine freiberufliche Berufsausübung oder die Prozesse in Spitex-Organisationen und Pflegeheimen erschweren und verteuern. Für administrativen Mehraufwand der gemeinnützigen Spitex-Organisationen haben letztlich die Gemeinden im Rahmen ihrer Leistungsvereinbarung die Kosten zu tragen. Zudem: Müsste diese Bevölkerungsgruppe jeweils stationär abgeklärt und behandelt werden, sind noch viel höhere Kosten zu erwarten.</li> </ul> <p>Zu den einzelnen Gesetzesartikeln hat der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI) ausführlich Stellung bezogen. Wir schliessen uns dieser Beurteilung an.</p>	
<p>Les institutions d'hébergement pour les personnes en situation de handicap nécessitent dans leur grande majorité un accompagnement médical pour leurs résidents. Cet accompagnement va d'ailleurs probablement s'accroître à l'avenir, vu que les personnes en situation de handicap vivent de plus en plus longtemps, grâce aux progrès de la médecine, et que ces personnes vieillissantes avec un handicap auront de plus en plus besoin de soins infirmiers.</p> <p>Le mode d'engagement du personnel soignant diffère selon nos institutions concernées:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- certaines institutions emploient ce personnel infirmier par contrat individuel de travail de durée indéterminée ;</li> <li>- certaines institutions font appel à du personnel infirmier externe, mais sans contrat de travail de durée permanente ;</li> <li>- Certaines institutions font appel à du personnel infirmier qui effectuent des actes médicaux non ordonnés par des médecins et qui ne sont dès lors pas remboursés par la caisse-maladie obligatoire ;</li> <li>- Dans certaines circonstances, des institutions font appel à des professionnels spitex de manière temporaire pour des circonstances particulières (remplacements, urgences, situations de fin de vie). Ces derniers facturent alors leurs prestations directement à la caisse-maladie du patient concerné et leurs actes doivent alors être prévus par une ordonnance médicale.</li> </ul> <p>Nos institutions sont donc très concernées par l'initiative parlementaire mise en consultation, surtout dans le domaine du handicap lourd où les soins sont particulièrement nécessaires.</p> <p>INSOS tient tout d'abord à saluer les modifications proposées sur leur principe. De nombreuses institutions engagent du personnel infirmier ayant achevé une formation professionnelle supérieure (par ex. dans la réhabilitation), et elles constatent que ce personnel est intéressé à disposer de plus de compétences. Dans les faits, ce personnel infirmier dispose déjà d'un niveau d'expertise élevé concernant les situations de polyhandicap très spécifiques, ce qui le rend très compétent et indépendant. Il est donc logique pour nos institutions que ce personnel infirmier aux compétences pointues bénéficie d'une meilleure reconnaissance et dispose d'un champ de compétences autonomes étendu, pour autant bien sûr que les modifications législatives envisagées ne fassent pas porter aux infirmiers des responsabilités qui ne sont pas les leurs.</p> <p>A la lecture du projet mis en consultation, nous constatons néanmoins que les institutions du monde du handicap n'y sont pas clairement mentionnées et craignons que de ce fait, le personnel soignant ne puisse pas disposer de la même autonomie élargie que dans les autres secteurs spécifiquement mentionnés dans le projet mis en consultation. En effet, les établissements mentionnés dans le projet de modification sont les établissements médico-sociaux (article 25, al. 2, let. A) ou encore les structures de soins de jour ou de nuit (article 25 a, al.1). Or, notre domaine n'appartient à aucune de ces deux catégories. Le commentaire de ces deux articles dans le rapport du Conseil fédéral n'indique pas non plus clairement que les institutions du monde du handicap seraient</p>	<p>INSOS</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>comprises implicitement dans l'un ou l'autre de ces deux types d'établissements Le rapport du Conseil fédéral semble bien plus indiquer, notamment sous son chiffre 3.1. (page 17) que le projet mis en consultation concerne les EMS (hébergement des personnes âgées avec ou sans handicap) et les organisations de soins et d'aide à domicile. Nous demandons donc que le projet de modification de la LAMAL indique clairement que les institutions du monde du handicap sont aussi couvertes par les modifications envisagées. Il n'est d'ailleurs pas à exclure que d'autres types d'institutions sociales soient concernées par le même problème (dépendances, enfance, etc.). Nous suggérons donc que la mention d' « établissement médico-social » soit remplacée dans les propositions de modifications par celle <b>d'établissement social dans lequel des soins sont dispensés</b>.</p> <p>Si le domaine du handicap n'est pas expressément couvert par le projet de modifications envisagées, nous craignons d'arriver à une situation où le personnel infirmier bénéficierait d'une autonomie dans les EMS qui serait plus grande que dans les institutions du monde du handicap. Par voie de conséquence, ce personnel s'engagerait moins dans nos institutions, créant dans le pire des scénarios une potentielle pénurie de personnel soignant dans les institutions du monde du handicap. Il nous semble en outre que cette situation serait alors exactement contraire à la volonté du législateur, à savoir la valorisation du statut et des compétences du personnel soignant dans les institutions sociales.</p>	
<p>L'ASPI relève que cette modification de la loi vise en premier lieu à revaloriser le statut d'infirmier/infirmière pour donner aux soignants concernés une autonomie en phase avec leur niveau de formation et leurs attentes légitimes.</p> <p><i>Les physiothérapeutes, qui se sont eux-mêmes battus pour obtenir le libre choix des mesures thérapeutiques à appliquer à leurs patients, ne peuvent que <b>soutenir le principe d'une responsabilité infirmière plus étendue</b>. Physiothérapeutes et infirmiers/ères ont en effet à répondre à des exigences de formation et à des défis de pratique quotidienne similaires.</i></p> <p>L'initiative parlementaire à laquelle cet avant-projet de loi doit répondre vise également un double objectif :</p> <p>1. Améliorer l'attractivité de la profession d'infirmier/ère afin de garantir une quantité suffisante de personnel à même de répondre au défi que notre système de santé devra affronter ces prochaines décennies, en raison notamment du vieillissement de la population.</p> <p><i>L'ASPI relève qu'accorder plus d'autonomie au personnel infirmier ne suffira probablement pas à atteindre cet objectif. Il convient de mener une réflexion élargie sur les conditions de travail des infirmiers/ères.</i></p> <p>2. Renforcer la position des infirmiers/ères - employés/es ou indépendants/tes - dans la répartition des tâches à l'hôpital, dans les soins de transition et les soins à domicile.</p> <p><i>Les infirmiers/ères ont une formation de niveau ES ou Bachelor HES dont l'ASPI reconnaît le sérieux et la valeur. Leur profession a évolué et leurs compétences décisionnelles ont augmenté. Cette modification de loi validera une pratique qui existe déjà.</i></p> <p><b>L'ASPI émet un avis favorable aux modifications de l'article 25, al. 2, let. a, de l'article 25a, al. 1 et 2, 1ère phrase, ainsi qu'à celle de l'article 35, al.2, let. dbis</b></p>	<p>aspi</p>
<p>L'avant-projet a pour objectif de revaloriser le statut professionnel des infirmiers et des infirmières afin de pallier la pénurie de personnel soignant et de répondre à la demande croissante de soins ambulatoires. Bien qu'il puisse de prime abord offrir une esquisse de solution à ces deux problématiques, il soulève bon nombre de questions, ce qui nous amène à formuler les réserves suivantes quant à son bien-fondé.</p> <p>En premier lieu, il convient de souligner que l'affaiblissement du rôle central de coordinateur et de responsable des soins que doit jouer le médecin occasionne une dilution de la responsabilité, ce qui est contraire à l'intérêt du patient. D'un autre côté, une augmentation des prestataires admis à exercer dans le cadre de l'AOS ne peut qu'engendrer un accroissement des prestations à charge de l'assurance de base. Or, aucune prévision n'a pu être faite en la matière, puisque les impacts ne pourront être évalués qu'a posteriori sur la base d'un rapport établi cinq ans après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Cette absence de prévisibilité de l'augmentation des coûts à</p>	<p>Groupe Mutuel</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>charge de l'assurance obligatoire des soins n'est, à notre avis, pas acceptable dans la mesure où elle est en contradiction avec les efforts entrepris pour juguler les coûts de la santé.</p> <p>Dans ce contexte il y a lieu de relever les deux propositions de la minorité, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le maintien de la prescription médicale (après consultation du personnel infirmier) pour les prestations de soins aigus et les soins de transition nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier (minorité Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz),</li> <li>• l'obligation pour le personnel soignant indépendant de conclure un contrat d'admission avec les assureurs (un ou plusieurs) pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge de leurs honoraires par l'AOS (minorité Bortoluzzi, de Courten, Parmelin), qui dénotent une volonté de maîtrise des coûts que le Groupe Mutuel soutient pleinement.</li> </ul> <p>Dès lors, une solution orientée exclusivement vers l'organisation des soins n'est pas satisfaisante dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, dont un des volets majeurs est la maîtrise des coûts. Enfin, compte tenu des droits accordés au personnel soignant, il y a lieu de s'interroger sur la possibilité pour les autres acteurs du domaine paramédical de réclamer à l'avenir des droits similaires.</p> <p>Considérant ces arguments, le Groupe Mutuel ne peut pas se rallier au projet en tant que tel et se prononce pour le maintien du système en vigueur, à savoir la prise en charge des soins ambulatoires uniquement sur la base d'une prescription médicale.</p>	
<p>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.</p> <p>In un contesto socio-sanitario che deve far fronte 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 aumentare l'efficacia appare opportuna.</p> <p>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.</p> <p>Ne deriva una migliore suddivisione delle competenze e una gestione più snella dei dossier.</p> <p>Occorre tuttavia essere coscienti che questa riforma mette in campo grosse problematiche, che non sono da sottovalutare.</p> <p>Si tratta in particolare :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Del rischio che non vi sia chiarezza sulle responsabilità (chi è responsabile di cosa) se non si provvede a definirlo chiaramente nella legge.</li> </ul> <p>Non bisogna inoltre dimenticare che la nuova figura professionale sarà sicuramente attrattiva anche per i professionisti dell'UE che aumenteranno ulteriormente.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	omct

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>trattata prima della conclusione dell'iter della (nuova) Legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan).</p> <p>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.</p> <p>L'OMCT chiede quindi, com'era peraltro previsto dall'iniziativa parlamentare su cui si basa la presente modifica di legge, che <b>vengano precisate nella LAMal le prestazioni che un infermiere può dispensare direttamente: accertamenti, consulenza, coordinamento e cure di base.</b></p> <p>Chiediamo inoltre che la <b>legge definisca precisamente le qualifiche che l'infermiere deve presentare per poter esercitare (direttamente) a carico della LAMal.</b> A nostro avviso questa prerogativa deve essere accordata soltanto agli infermieri con una <b>formazione universitaria.</b></p> <p>Nella legge deve essere inserito finanche <b>l'obbligo</b> per gli infermieri indipendenti <b>di un'adeguata copertura assicurativa.</b></p> <p>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 <b>strategie e sistemi di controllo dei costi</b> per garantire una dispensazione adeguata e economica delle cure e evitare gli abusi.</p>	
<p>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.</p> <p>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'économie 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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le catalogue des prestations qui peuvent être fournies de manière autonome par le personnel infirmier ;</li> <li>- l'instance est chargée de surveiller l'application des dispositions visant à accorder plus d'autonomie au personnel soignant ?</li> <li>- la qualification et la formation continue requises pour le personnel soignant ainsi que les équivalences de formation des infirmiers d'origine non-helvétique.</li> </ul> <p>En outre, la question de la responsabilité des intervenants indépendants nécessite également d'être précisée.</p> <p>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.</p>	SMCF
<p><b>Erwägungen</b></p> <p>– Gemäss Revisionsvorprojekt soll in Bezug auf die Akut- und Übergangspflege (AÜP) die Erfordernis der alleinigen ärztlichen Anordnung entfallen. Neu muss die AÜP-Anordnung gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer dipl. Pflegefachperson HF/FH erfolgen. Die VAKA erachtet die Einführung dieser Regelung als richtig, da diese einer realen Vorgehensweise im Gesundheitswesen entspricht. Im Sinne der Kontinuität einer ganzheitlichen Betreuung und Behandlung spielen nicht nur die Verord-</p>	VAKA

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nungen der ärztlichen Therapie und die Behandlungspflege nach einem Spitalaufenthalt eine wichtige Rolle, sondern auch die pflegerischen Abklärungen, die Koordination und die entsprechenden Massnahmen.</p> <p>– Gemäss vorliegendem Revisionsvorprojekt sollen dipl. Pflegefachpersonen HF/FH ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen und somit anerkannt werden. Welche Leistungen sie selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, wird der Bundesrat in Artikel 7 KLV festlegen. Es wird sich dabei um pflegerische Leistungen und Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege handeln. Keine Änderung ist im vorliegenden Revisionsprojekt im Bereich der Behandlungspflege vorgesehen, die weiterhin ärztlich angeordnet werden muss. Die VAKA hält diese Unterscheidung für sinnvoll und praxistgerecht, sie entspricht dem Berufsprofil und den Kompetenzen der dipl. Pflegefachpersonen HF/FH. Aus Sicht des Verbandes trägt diese Unterscheidung in einem geeigneten Mass Rechnung einerseits der Pflege, andererseits der Ärzteschaft – und entspricht den tatsächlichen Bedürfnissen nach einer Autonomie der Pflege, welche weitergeht, als in der aktuellen Formulierung der Krankenversicherungsgesetzgebung.</p> <p>– Laut vorliegendem Vorprojekt sollen dipl. Pflegefachpersonen HF/FH gewisse Leistungen neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können und deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden. Bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, soll gemäss Vorprojekt die Pflegeinstitution weiterhin der abrechnungsberechtigte Leistungserbringer bleiben.</p> <p>Die VAKA begrüsst die vorgeschlagene Neuregelung. Diese entspricht weitgehend der Realität der alltäglichen pflegerischen Tätigkeit in den Pflegeinstitutionen. Darüber hinaus hält es die VAKA für richtig und rechtens, dass bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, die Pflegeinstitution weiterhin als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer bleibt.</p> <p>– Am bewährten Delegationsmodell im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen ändert sich nichts. Behandlungspflege, z.B. die Medikamente, werden weiterhin vom Arzt verordnet. Der Katalog von Massnahmen der Behandlungspflege ist klar definiert und bleibt unverändert.</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p>– Die VAKA begrüsst, dass dipl. Pflegefachpersonen HF/FH gewisse definierte pflegerische Leistungen wie Abklärung, Beratung, Koordination sowie die Grundpflege neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können und deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden.</p> <p>– Die VAKA begrüsst, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP), die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer dipl. Pflegefachperson HF/FH angeordnet werden.</p> <p>– Die VAKA begrüsst, dass bei Pflegeleistungen von dipl. Pflegefachpersonen HF/FH, die in einer Pflegeinstitution angestellt sind, die Pflegeinstitution weiterhin als abrechnungsberechtigter Leistungserbringer gilt.</p> <p>– Die VAKA begrüsst, dass dem Parlament nach fünf Jahren Umsetzung der vorliegenden Gesetzesrevision allfällige Verbesserungen unterbreitet werden müssen.</p> <p>– Zum Erfordernis einer vertraglichen Einigung mit einem oder mehreren Versicherern sowie zur Erbringung eines Bedürfnisnachweises vor der Zulassung von abrechnungsberechtigten dipl. Pflegefachpersonen HF/FH zulasten der OKP nimmt die VAKA keine Stellung.</p>	
<p><b>Allgemeine Bemerkungen</b></p> <p>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 &amp; wirtschaftliche Rahmenbedingungen, welche den Ärztenetzen eine qualitativ hochste-</p>	<p>medswiss.net</p>



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>hende integrierte Medizin ermöglichen, zu schaffen. Die Grundversorgung der schweizerischen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen steht bereits seit Längerem vor folgenden Herausforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die demographische Entwicklung lässt darauf schliessen, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen weiter steigen wird.</li> <li>- Auch der medizinische Fortschritt wird zu einem Mehrbedarf führen.</li> <li>- 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. 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.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Fazit</b></p> <p>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.</p>	

## 2.3 Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen des Projekts

### *Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG*

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p><b>Anordnung der Pflegeleistungen</b></p> <p>Viele Pflegeleistungen, insbesondere in der Grundpflege, werden nicht von diplomierten Pflegefachpersonen erbracht, sondern von Pflegenden mit Ausbildung auf Sekundarstu-</p>	<p>BE</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>fe II (z.B. Fachangestellte Gesundheit) oder mit nicht formalisiertem Bildungsabschluss. Laut Gesetzesentwurf werden Leistungen jedoch nur dann von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet, wenn Pflegeleistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin oder ohne ärztliche Anordnung von diplomierten Pflegefachpersonen selbst erbracht werden.</p> <p>Diese Regelung hätte zur Folge, dass künftig diplomierte Pflegefachpersonen alle Pflegeleistungen selbst erbringen müssten, um die Vorgaben zur Abrechnung zu erfüllen, auch wenn diese Pflegeleistungen - insbesondere in der Grundpflege - bisher von anderen Pflegenden ausgeführt werden. Dies würde eine bedeutende Kostensteigerung nach sich ziehen.</p> <p>Der Regierungsrat beantragt daher, den Gesetzestext dahingehend zu ändern, dass Pflegeleistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, wenn sie einem ausgewiesenen Pflegebedarf entsprechen und auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes, einer Ärztin oder einer diplomierten Pflegefachperson erbracht werden. Die Abklärung des Pflegebedarfs mit den entsprechenden Instrumenten erfolgt bereits heute durch die diplomierten Pflegefachpersonen. Nur mit der Ausweitung der Kompetenzen des diplomierten Pflegefachpersonals auf die Anordnung von Pflegehandlungen wird die Grundidee des Initianten umgesetzt, den Berufsstatus der diplomierten Pflegefachpersonen aufzuwerten. Die vorliegende Regelung hingegen wird diesem Anspruch nicht gerecht und führt letztlich zu keiner Entlastung des Pflegesystems.</p> <p><b>Zugelassene Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)</b></p> <p>Der Regierungsrat spricht sich deutlich dafür aus, dass nicht nur diplomierte Pflegefachpersonen mit einem Abschluss HF oder FH Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können, sondern auch diplomierten Pflegefachpersonen mit altrechtlichen Ausbildungen, die als gleichwertig zu den aktuellen Abschlüssen HF oder FH anerkannt sind.</p> <p>Sollte beabsichtigt sein, nur diplomierte Pflegefachpersonen mit einem Abschluss HF oder FH zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen OKP zuzulassen, weist der Regierungsrat bereits jetzt darauf hin, dass er eine solche Schlechterstellung der Pflegefachpersonen mit altrechtlichen Ausbildungen als nicht akzeptabel erachtet. Gleichzeitig plädiert der Regierungsrat dafür, dass eine (noch zu definierende) Weiterbildung für alle diplomierten Pflegefachpersonen vorgeschrieben wird, welche Leistungen anordnen dürfen.</p>	
<p><b>Art. 25a cpv. 2</b></p> <p>Pur comprendendo la riflessione corretta che le cure acute transitorie ricadano piuttosto sotto il concetto meglio espresso nel mondo anglosassone del "care" e meno del "cure", l'applicazione prevista dalla legge è macchinosa e costituirebbe un precedente ed un unicum della LAMal: la prescrizione "congiunta" è una forzatura che nell'applicazione pratica non potrà che presentare problemi. Si ritiene quindi che né la formulazione della maggioranza né quella della minoranza propongano una via percorribile. In particolare la variante della minoranza evita certo l'ambiguità insita nella prescrizione congiunta, ma appare poco coerente con la ratio della riforma.</p> <p>Idealmente si dovrebbe poter disgiungere l'aspetto finanziario della prescrizione (che dovrebbe restare di competenza medica), ma ancorare nel contempo in maniera più netta la pianificazione della cura infermieristica tramite una prescrizione vincolante da parte dell'infermiere ospedaliero all'indirizzo dell'infermiere competente che prende in carico il caso.</p> <p>Si propone un nuovo art. 25a cpv. 2 dal tono seguente:  <i>"I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica ed erogate conformemente al piano di cura redatto dall'infermiere competente, sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a). ..."</i></p>	<p>TI</p>
<p>Unklare Kompetenzregelungen</p>	<p>ZG</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Pflegefachpersonen sollen in Art. 25 Abs. 2 KVG explizit als Erbringer von Pflegeleistungen genannt werden, die in einem Spital durchgeführt werden. Gemäss erläuterndem Bericht hat diese Regelung zwar keine Auswirkungen auf die Abrechnung von Spitalleistungen, sie soll jedoch «ihre Stellung im Hinblick auf die spitalinterne Organisation und Aufgabenverteilung stärken ». Dieses Anliegen lässt sich aus Sicht des Pflegeberufes nachvollziehen - für die Patientinnen und Patienten ergeben sich über eine solche gesetzliche Kompetenzregelung potentiell nur Nachteile. Über das Krankenversicherungsgesetz - das notabene die Vergütung von Leistungen bei Krankheit regelt - derart in die interne Organisation der Spitäler und Kliniken einzugreifen, ist jedoch verfehlt und entschieden abzulehnen. Gerade in einem Spital oder in einer Klinik kann sich die Pflege aus ihrem Wesen heraus nie unabhängig von einer medizinischen, sprich ärztlichen Leistung ergeben.</p> <p>Im erläuternden Bericht wird ausgeführt (S. 16), dass die Ermächtigung zur Erbringung von OKP Leistungen ohne ärztliche Anordnung sich auf Leistungen der «Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege» erstrecken soll. Für die Behandlungspflege soll somit weiterhin ein Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes nötig sein. Diese Regelung müsste zur Vermeidung späterer Diskussionen bereits auf Gesetzesstufe verankert werden – sollte am Entwurf festgehalten werden.</p>	
<p>Ad art. 25 al. 2, let. a de l'avant-projet, le Gouvernement valaisan estime qu'il est nécessaire de préciser la notion de l'al. 2<sup>o</sup> « des infirmiers ». Nous pensons que les conditions de l'art. 49 let. a OAMal doivent être reprises pour définir la formation minimale requise, et que les professions saignantes de niveau secondaire 2 ne sauraient être admises au sens de l'art. 35 al. 2 LAMal.</p>	VS
<p>· Art. 25, al. 2, let. a :</p> <p>Le dispositif proposé par la commission devrait introduire davantage de clarté. Elle permet de délimiter clairement les prestations de soins fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier (en stationnaire) et les soins dispensés en ambulatoire (art. 25a). Le PS approuve cette clarification. Il soutient de même l'ajout du chiffre 2bis mentionnant les infirmières et les infirmiers. Désormais, le personnel soignant pourra dispenser les prestations selon l'art. 7, al 2, let. a et c de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) de son propre chef. Concrètement, celles-ci portent sur l'évaluation des besoins de la patiente et du patient, le conseil et la coordination des mesures et dispositions ainsi que les soins de base. Les mesures diagnostiques et thérapeutiques demeurent sous la réserve d'une prescription d'un médecin (art. 25, al. 2, let. a, ch. 3 LAMal). Cette disposition au caractère symbolique apportera une reconnaissance désormais explicite à une pratique qui est aujourd'hui déjà usuelle.</p>	PS
<p><b>Art. 25 Abs. 2 Bst. a</b></p> <p>Die neue, klarere Formulierung „...sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden“ wie auch das Einfügen der Ziffer „2bis Pflegefachpersonen“ wird von uns ausdrücklich begrüsst.</p>	ASPS
<p><b>Art. 25, Abs. 2, Bst. a</b></p> <p>Die Änderung „...die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von:“ ermöglicht eine Klärung des Anwendungsbereichs dieses Artikels im Vergleich zu Art. 25a. Somit beschränkt sich Art. 25, Abs. 2 jetzt darauf, die Leistungen im stationären Bereich festzulegen. Selbst wenn dies nur symbolisch gilt, da der Leistungserbringer nach wie vor das Spital ist, macht Abs. 2bis den Beruf attraktiver, indem er ihn aufwertet und den Krankenpflegebereich in die hierarchische Struktur des Spitals verlagert.</p> <p><b>CURACASA unterstützt diese Klärung sowie den in Abs. 2bis gemachten Vermerk.</b></p>	curacasa
<p>Die Pflegefachpersonen werden in einer neuen Ziff. 2<sup>bis</sup> 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.</p> <p>Gemäss dem erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesund-</p>	FMH

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>heit 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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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 betreffe <ul style="list-style-type: none"> <li>– Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b KLV) sowie</li> <li>– 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.</li> </ul> </li> <li>– Reine Pflegedienstleistungen, die keiner ärztlichen Diagnose bedürfen und keinen ärztlichen Behandlungsplan erfordern, können Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung durchführen. Dies betreffe <ul style="list-style-type: none"> <li>– Massnahmen zur Abklärung des Pflegebedarfs, der Pflegeberatung und Pflegekoordination (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe a KLV) sowie</li> <li>– Massnahmen der somatischen Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 1 KLV)</li> </ul> </li> </ul> <p>Zudem wird nicht genannt, welchen Bildungsabschluss Pflegefachpersonen haben müssen, damit sie Pflegeleistungen 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).</p> <p>EArt. 25 Abs. 2 lit. a KVG soll deshalb wie folgt ergänzt werden:  <sup>2</sup> 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<sup>bis</sup>. 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.</p>	
<b>Art.25a Abs. 2 Bst. a (recte: 25 Abs. 2 Bst. a)</b> Zustimmung	H+
<b>Zu Art. 25 Abs. 2 Bst. a</b> Wir begrünnen die Einführung einer „Positivliste“ von Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege, die ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können. Ebenso ist es aus unserer Sicht sachgerecht, den Be-	pharmaSuisse

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
reich der Behandlungspflege der ärztlichen Kontrolle zu unterstellen.	
<p><b>Art. 25, al. 2, let. a</b></p> <p>La formulation «soins dispensés dans un hôpital par [...]» a été remplacée par «soins dispensés dans le cadre d'un traitement hospitalier [...]». Une incertitude est ainsi éliminée dans la version en vigueur, et il est clair que l'art. 25 porte exclusivement sur les soins dispensés à l'occasion d'un traitement hospitalier (stationnaire); en revanche, les soins dispensés de façon ambulatoire ou dans un établissement médico-social constituent l'objet de l'art. 25a, al. 1.</p> <p>Cela étant, il retourne ici pour l'essentiel du chiff. 2bis inséré. Le champ d'application de la disposition inclut désormais des prestations dispensées pas les infirmières et infirmiers sous leur responsabilité propre (les prestations qu'ils dispensent sur prescription ou mandat d'un médecin demeurent stipulées au chiff. 3). Il est réjouissant de constater que le rapport anticipe l'attribution des prestations infirmières, qui se fera ultérieurement au niveau de l'ordonnance, d'une part au domaine de la responsabilité infirmière (évaluation, conseils, coordination et soins de base), et d'autre part au domaine médico-délégué (examen et traitement).</p> <p>Le rapport mentionne à juste titre que cette adaptation ne change rien au fait que le fournisseur de ces prestations ayant droit à les facturer est toujours l'hôpital (l'indemnisation étant effectuée selon le système des forfaits par cas).</p> <p>Cela ne représente rien d'autre qu'une adaptation à la pratique prédominante: aujourd'hui déjà, une prescription médicale n'est d'usage qu'en cas de délégation de mesures diagnostiques et thérapeutiques au personnel infirmier. Cela permet également d'exclure un accroissement du volume des prestations sur la base de la reconnaissance désormais explicite de l'autonomie partielle des infirmières et infirmiers dans le domaine stationnaire. La portée du projet de loi est par conséquent surtout de nature symbolique - étant précisé que la portée de cette symbolique pour l'attrait de la profession infirmière ne peut être surestimée.</p> <p>L'ASI soutient la formulation de cette disposition sans aucune réserve.</p>	ASI/SBK
<p><b>Art. 25, Abs. 2, Bst. a</b></p> <p><i>Wir begrüßen die neue Formulierung „Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden von [...]“.</i> Damit wird eine Unklarheit in der geltenden Fassung eliminiert und klargestellt, dass sich Art. 25 ausschliesslich auf die Pflegeleistungen anlässlich einer stationären (Spital-) Behandlung bezieht; die Pflegeleistungen hingegen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, bilden Gegenstand von Art. 25a Abs. 1.</p> <p><i>Die eingefügte Ziff. 2bis ist zentral, der SVDE unterstützt sie vollumfänglich:</i> damit schliesst der Geltungsbereich der Bestimmung neu Leistungen ein, die von Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung erbracht werden (die Leistungen, die sie auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen, werden nach wie vor durch die Ziff. 3 erfasst).</p> <p><i>Wir begrüßen, dass der erläuternde Bericht bereits die später auf Verordnungsebene vorzunehmende Zuordnung der Pflegeleistungen zum eigenverantwortlichen Bereich einerseits (Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege) und zum ärztlich-delegierten Bereich andererseits (Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung) vorweg nimmt.</i> Diese Unterteilung ist aus unserer Sicht zentral.</p>	SVDE/ASDD
Vorbehaltlose Zustimmung	SVPL
<p>Als Verband der wirtschaftlich orientierten Alters- und Pflegeeinrichtungen unterstützten wir die Aufnahme der Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringer und besonders auch die Bestimmung, dass bei stationären Behandlungen der Betrieb abrechnungsberechtigter Leistungserbringer bleibt. Die vorgeschlagene Änderung des Begriffs „Spital“ zu „stationärer Behandlung“ hilft, eine Unklarheit in der aktuellen Fassung zu eliminieren.</p> <p>Der Verband senesuisse unterstützt den unterbreiteten Vorschlag.</p>	senesuisse
Wir unterstützen sowohl die Präzisierung „...sowie die Pflegeleistungen, die im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden“ als auch das Einfügen der Ziffer 2bis Pflegefachpersonen.	Spitex Schweiz

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Wir [...] befürworten die [...] Nennung von Pflegefachpersonen als explizite Erbringer von Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden.	KPP
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.	SMV (société Médicale du Valais)
<b>25 Abs. 2 Bst. a</b> Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK. <i>Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung vorbehaltlos.</i>	VFP
<b>Art. 25 Abs. 2 Bst. a</b> Die KLS unterstützt diese Änderung ausdrücklich.	KLS
Das USZ unterstützt die Formulierung ohne Vorbehalt	USZ
<b>Art. 25 Abs. 2 Bst. a</b> Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.	VAPP
Vorbehaltlose Zustimmung	CH-IGWS
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.	medswiss.net

*Artikel 25a Absatz 1 und 2 erster Satz KVG*

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<b>Akut- und Übergangspflege</b> Die Anordnung von Akut- und Übergangspflege soll ausschliesslich durch eine diplomierte Pflegefachperson erfolgen. Im Gegensatz zur Rehabilitation handelt es sich hier um eine Einschätzung des Pflegebedarfs, weshalb eine ärztliche Anordnung nicht notwendig ist. Die gemeinsame Anordnung von Akut- und Übergangspflege durch eine Ärztin oder einen Arzt und eine Pflegefachperson (vgl. Art. 25a Abs. 2) lehnt der Regierungsrat ab.	BE
Die "gemeinsame" Anordnung von einer Ärztin oder einem Arzt und einer Pflegefachperson ist problematisch. Entweder soll die Ärztin oder der Arzt oder die Pflegefachperson die Leistungen der Akut- und Übergangspflege anordnen. Es stellt sich hier die Frage, wieso für die Akut- und Übergangspflege eine grundsätzlich andere Regelung gelten soll als für übrige Pflegeleistungen. Denn gemäss heutiger Regelung beinhaltet die Akut- und Übergangspflege die gleichen Leistungen wie die übrigen Pflegeleistungen, nämlich Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31). Konsequenterweise müssten damit Pflegefachpersonen auch Akut- und Übergangspflege anordnen können.	UR
25a Abs. 2 KVG: Ein Mitspracherecht der Pflegefachpersonen, wie sie im Mehrheitsantrag vorgesehen ist und trotz des Wortes "gemeinsam" verstanden wird, ist ausreichend. Die Anordnung der Akut- und Übergangspflege knüpft direkt an einen Spitalaufenthalt an und ist insofern eine "spitalnahe" Einschätzung. Die Entscheidung sollte daher weiterhin dem Spitalarzt obliegen. Der Minderheitsantrag wird folglich abgelehnt.	SO
<b>Art. 25 al. 2, let. a et art. 25a, al. 1 et 2</b> Les modifications sont soutenues par le Conseil d'Etat.	VD

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<b>Kompetenzordnung und Governance</b> FDP. Die Liberalen fordert klare Kompetenzordnungen und Governance-Strukturen im Gesundheitswesen. Daher unterstützen wir die Minderheiten Cassis bei Art. 25a Abs. 2 und Art. 33 Abs. 1bis Bst. c: Es muss klar definiert sein, wer jeweils die Entscheidungskompetenz hat und es darf nicht, wie von der Mehrheit vorgeschlagen, Zwischenstufen geben. Wenn im Gesetz nun vorgeschrieben wird, dass Ärzte und Pflegefachpersonen in gewissen Bereichen Entscheide gemeinsam fällen müssen, entstehen zwangsläufig Konflikte und/oder Doppelspurigkeiten. Des Weiteren ist nicht geregelt, was passiert, wenn die beiden Entscheidungsträger nicht einer Meinung sind. Auch versicherungstechnisch stellen sich bei der vorgeschlagenen, schwammigen Kompetenzordnung schwierige Haftungsfragen. „Zwischenstufen“ müssen daher im Zweifelsfall ärztlich geregelt sein (denkbar wäre eine Positivliste der Kompetenzen für Pflegeberufe).	FDP
· Art. 25a, al. 1 et 2 : Le dispositif proposé fait une distinction, à l'al. 1, entre les soins qui sont dispensés sur prescription ou sur mandat d'un médecin et ceux qui le sont sans prescription ou mandat d'un médecin. Autrement dit, les infirmières et les infirmiers auront la possibilité de fournir des prestations de soins de base ainsi que des prestations d'évaluation, de conseil et de coordination de manière autonome. Les soins de traitement continueraient à requérir l'accord d'un médecin. Le PS est favorable aux modifications proposées. Quant à l'alinéa 2, le PS suivra la proposition de la majorité de la commission. Selon celle-là, les prestations de soins aigus et de transition qui sont nécessaires consécutivement à un séjour hospitalier seront prescrites ensemble par le médecin et le personnel infirmier. Aux yeux du PS, il est important que les soins qui peuvent être dispensés par le personnel soignant de manière autonome le soient aussi en phase aiguë et de transition. En d'autres mots, il faut que l'autonomie des infirmier-ère-s soit également reconnue dans le domaine stationnaire. En acceptant la proposition de la minorité Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret et Stolz, le Parlement irait à l'encontre des intentions de la révision.	PS
Einverstanden sind wir auch mit dem Vorschlag, die eigenständige Verordnung der Massnahmen im ambulanten und stationären Bereich einzuführen. Konsequenterweise müsste dies auch für den Akut- und Übergangsbereich gelten. Wir beantragen, diesen Artikel entsprechend anzupassen und die gemeinsame Unterzeichnung der Verordnung in der Akut- und Übergangspflege zu streichen (Art. 25a Abs. 2). Konsequenterweise lehnen wir den Minderheitsantrag zu Art. 25a Abs. 2 ab, der der Pflege im Bereich der Akut- und Übergangspflege nur eine Mitverantwortung übertragen will.	SGB/USS
Art.25a, al.1 et 2, 1ère phrase : L'ACSI est contre la version de la minorité du Parlement et préfère celle de la majorité.	acsi
Art.25a, al.1 et 2, 1ère phrase : La FRC est contre la version de la minorité du Parlement et préfère celle de la majorité.	frc
Art.25a, al.1 et 2, 1ère phrase : La SKS est contre la version de la minorité du Parlement et préfère celle de la majorité.	sks
<b>Art. 25a Abs. 1</b> Wir begrüßen die Aufnahme von Buchstabe b, fordern jedoch folgende Präzisierung: <i>„b. von einer Pflegefachperson oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.“</i> Es muss sichergestellt werden, dass die bisherigen, bewährten Regelungen zum Einsatz der Pflegefachkräfte der Spitex der Tertiär- und Sekundarstufe gemäss KVG weiterhin möglich bleiben. <b>Art. 25a Abs. 2</b> Der Mehrheitsantrag kann von uns nicht unterstützt werden. Es erscheint weder logisch noch sinnvoll, dass bei der Akut- und Übergangspflege (AÜP) andere Regelungen als für die Langzeitpflege gelten sollen, obwohl dieselben Pflegeleistungen von denselben Pflegefachpersonen bei den Patientinnen und Patienten verantwortet und erbracht werden. Äusserst problematisch erscheint es, dass die Massnahmen der Grundpflege bei der AÜP verordnet werden müssen, bei der normalen ambulanten Pflege dagegen nicht. Diesem Umstand wird auch dann nicht Rechnung getragen, wenn die Grundpflege bei der AÜP von einer Pflegefachperson im Spital und nicht von einem Arzt oder einer Ärztin erbracht wird.	ASPS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>tin im Spital verordnet wird.  Wir schlagen vor, den Absatz wie folgt anzupassen:  „...und die im Spital von einem Arzt oder eine Ärztin oder einer Pflegefachperson gemäss Art. 25a Abs. 1 angeordnet werden, ...“  Minderheitsantrag  Wir lehnen den Minderheitsantrag ab, da er die Fachkompetenz und Verantwortlichkeit der Pflegefachpersonen im Rahmen der Zielsetzung der Parlamentarischen Initiative nicht bzw. nicht genügend berücksichtigt.</p>	
<p><b>Art. 25a, Abs. 1</b>  Die vorgeschlagene Änderung unterscheidet zwei Kategorien von Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden: Pflegeleistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder Pflegeleistungen, die von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbracht werden. Der Bericht nimmt eine Anwendung des Gesetzes vorweg und schlägt eine Aufteilung der Leistungen gemäss Art. 7, Abs. 2 der Krankenpflege Leistungsverordnung (KLV) in zwei Pflegekategorien vor: für ärztlich delegierte Leistungen den Buchstaben b und für die von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes erbrachte Pflegeleistungen die Buchstaben a und c.  <b>CURACASA unterstützt die vorgeschlagene Formulierung, desgleichen die für Art. 7, Abs. 2 KLV geplante Aufteilung.</b>  Die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung gemäss Art. 7, Abs. 2, Bst. b KLV hängen direkt mit der ärztlichen Behandlung oder der ärztlichen Diagnose zusammen. Das heisst, der Arzt kann auf Grundlage dieser abschliessenden Liste unter Wahrung der Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gewisse ärztliche Massnahmen an Pflegefachpersonen delegieren. Da es sich hierbei prinzipiell um ärztliche Leistungen handelt, dürften diese nicht mehr anhand der laut Art. 8, Abs. 1, KLV, vorgeschriebenen Bedarfsabklärung des Pflegebedarfs festgelegt werden, sondern ausschliesslich anhand des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Verordnung. Art. 8 KLV müsste demgemäss abgeändert werden.  <b>Art. 25a, Abs. 2, 1. Satz</b>  Für Akut- und Übergangspflege schlägt der Gesetzesvorentwurf vor, Leistungen gemeinsam anzuordnen, ungeachtet davon, ob es sich um ärztlich delegierte oder um eigenverantwortlich von Pflegefachpersonen erbrachte Pflegeleistungen handelt. Die Logik von Art. 25a, Abs. 1 ist hier nicht mehr massgeblich, da eine ärztliche Verordnung erforderlich wäre, wenn ausschliesslich dem Pflegebereich unterliegende Leistungen erforderlich sind und umgekehrt. Diese Änderung kann so ausgelegt werden, dass eine gegenseitige Kontrolle erforderlich ist. Gemäss Abs. 1, Art. 25a, müsste Abs. 2 die jeweiligen Kompetenzen vielmehr so gewährleisten, dass die Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung vom Arzt verordnet werden, wogegen die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Massnahmen der Grundpflege von der Pflegefachperson angeordnet werden. So würden, wenn gemischte Pflegeleistungen erforderlich sind, mögliche Kompetenzüberschreitungen vermieden und gemeinsame Anordnungen wären weiterhin möglich.  <b>Art. 25a, Abs. 2 (Vorschlag)</b>  Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die von einem Arzt oder einer Pflegefachkraft im Spital <u>entsprechend deren jeweiligen in Abs. 1 festgelegten Kompetenzen</u> angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Personen während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet.  <b>Subsidiär zu unserem obigen Vorschlag unterstützt CURACASA den Vorschlag des Vorentwurfs.</b></p>	<p>curacasa</p>
<p><b>3.1. Art. 25a, al. 2 1ère phr. LAMal et art. 33 al. 1bis let. c LAMal</b>  <b>Prescription conjointe de mesures SAP par les médecins et le personnel soignant</b>  Selon l'avant-projet de révision, l'exigence de la seule prescription par un médecin de soins aigus et transitoires (SAT) serait supprimée. Le médecin et le personnel soignant dipl. ES/HES doivent désormais prescrire ensemble les prestations SAT.  CURAVIVA Suisse estime qu'il est nécessaire d'introduire cette réglementation car</p>	<p>Curaviva.ch</p>



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>celle-ci correspond à une pratique ancrée dans la réalité au sein du système de santé. Après une hospitalisation, en vue d'assurer la continuité de la prise en charge et du traitement, non seulement les prescriptions de la thérapie médicale et des soins de traitement sont essentielles, mais l'évaluation des soins, la coordination et les mesures le sont aussi, qui garantissent la continuité d'une prise en charge globale et d'un traitement d'ensemble. Pour l'évaluation des ressources existantes ou à mettre à disposition, qu'il s'agisse de la contribution du personnel spécialisé ou des proches, du matériel de soin, de la recherche de solutions praticables pour les soins ultérieurs, les infirmiers et infirmières dipl. ES/HES contribuent de manière essentielle au transfert réussi vers un EMS ou au domicile. La loi doit tenir compte de cette réalité.</p> <p>« Conjoint » ne signifie pas que l'infirmière devrait également apposer sa signature à côté de celle du médecin (et inversement), mais qu'elle assume son domaine en vue du suivi dans le cadre du passage à des soins aigus et transitoires (SAT). Pour sa part, le médecin n'a plus à apposer sa signature pour ce qui est de l'activité de soin, mais seulement pour son propre domaine d'activité.</p> <p><b>3.2. Art. 25a, al. 1 LAMal en liaison avec l'art. 33 OAMal et l'art. 7 OPAS</b>  <b>Mesures relatives à l'évaluation, au conseil, à la coordination et aux soins de base ainsi que mesures des soins de traitement</b></p> <p>Conformément au présent avant-projet de révision, les infirmiers et infirmières dipl. ES/HES doivent figurer expressément au sein du catalogue des fournisseurs de prestations visé à l'art. 35 alinéa 2 LAMal et par conséquent être reconnus. Il incombera au Conseil fédéral de définir dans l'article 7 OPAS les prestations qu'ils peuvent fournir de manière autonome, sans prescription d'un médecin. Il s'agira en l'occurrence de prestations de soins et de mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que des soins de base. Les soins de traitement ne font l'objet d'aucune modification dans le cadre du présent projet de révision, et continueront de nécessiter une prescription médicale.</p> <p>CURAVIVA Suisse estime que cette différenciation est judicieuse et conforme à la pratique professionnelle. Elle correspond en outre au profil et aux compétences des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES. De l'avis de l'association faïtière, cette distinction tient compte de manière appropriée d'une part des infirmiers et infirmières et d'autre part du corps médical – et correspond aux besoins réels d'une autonomie de l'activité des infirmiers et infirmières qui aille plus loin que ce que prévoit actuellement la législation sur l'assurance-maladie. Comme l'envisage à juste titre la CSSS-N, « il s'agit d'ancrer dans la loi une pratique déjà courante » (rapport explicatif, p. 17). Le profil professionnel et les compétences des infirmières et infirmiers ES/HES sont clairement réglementés dans le cadre de la future loi sur les professions de la santé.</p>	
<p>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.</p> <p>Die FMH lehnt die Forderung in Absatz 2 von EArt. 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</p>	<p>FMH</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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.</p> <p>EArt. 25a Abs. 1 und 2 erster Satz KVG soll wie folgt geändert bzw. ergänzt werden:</p> <p><sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p><sup>2</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital <del>gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson</del> 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. ...</p>	
<p>Bei Art. 25a Abs. 2 und Art. 33 Abs. 1 Bst. c unterstützen wir jeweils den Minderheitsantrag. Auch wenn wir es begrüßen, dass der Entscheid, welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind, grundsätzlich interdisziplinär getroffen wird, so scheint uns für die gesetzliche Regelung sinnvoll, festzulegen, wer diesen Entscheid letztlich trifft und nicht auf einen gemeinsamen Entscheid abzustellen. Aus unserer Sicht ist diese Lösung nicht nur praxistauglicher, sie mindert auch den administrativen Aufwand und vermeidet Unklarheiten in Hinblick auf die Haftung.</p>	FSP
<p><b>Art. 25 Abs. 1 (recte: 25a Abs. 1)</b></p> <p>1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim:</p> <p>a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;</p> <p>b. auf Anordnung einer Pflegefachperson <del>ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin</del> erbracht werden.</p> <p><b>Art. 25 Abs. 2 (gemäss Mehrheit, mit Anpassung) (recte: 25a Abs. 2)</b></p> <p>2 Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital <del>gemeinsam</del> von einem Arzt oder einer Ärztin <del>und</del> oder 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. ...</p>	H+
<p>Ebenfalls unterstützen wir den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz bei <b>Art. 25 Abs. 2, erster Satz KVG</b>: <i>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.</i></p>	KKA
<p>Ausdrücklich begrüsst wird auch die vorgesehene Bestimmung, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden sollen.</p>	K3
<p><b>Zu Art. 25a Abs. 1</b></p> <p>Die Trennung der Pflegeleistungen zwischen rezeptpflichtigen nach Buchstabe a) und eigenverantwortlich erbrachten nach Buchstabe b) entspricht der Systematik, die pharmaSuisse unterstützt. Nach dieser Formulierung wird implizit der Bundesrat mit der</p>	pharmaSuisse

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Aufteilung dieser Leistungen per Verordnungsweg bestimmen müssen und das Gesetz lässt hier einen breiten Interpretationsspielraum. Wir gehen davon aus, dass die Verbände der Medizinal- und Gesundheitsberufe zu den Verordnungsentwürfen ebenfalls angehört werden.</p> <p><b>Zu Art 25a Abs. 2</b></p> <p>Gemäss Entwurf sollen Leistungen der Akut- und Übergangspflege sowohl von einem Arzt als auch von einer Pflegefachperson (also <b>kumulativ</b>) angeordnet werden müssen, damit die OKP die Kosten übernimmt. Das kann zu Problemen führen. Wie ist vorzugehen, wenn sich die Pflegefachperson und der Arzt nicht einig sind?</p> <p>Wir empfehlen für die Kostenübernahme die Trennung zwischen denjenigen Pflegeleistungen, die entweder nur auf Anordnung eines Arztes erbracht werden und denjenigen, die im Rahmen der Abklärung des Pflegebedarfs von der Pflegefachperson selbst angeordnet werden können.</p> <p><u>Zum Minderheitsantrag</u></p> <p>Offenbar wollten die Autoren des Minderheitsantrags den Fehler korrigieren, dass beide Berufe anordnen müssen und schlagen als Lösung vor, dass wie heute nur der Arzt entscheidet. Wir schlagen dagegen eine vernünftige Aufteilung zwischen den Leistungen, die vom Arzt anzuordnen sind und denjenigen, die auf Anordnung der Pflegefachperson durch die OKP übernommen werden, vor (siehe oben Art. 25a Abs. 2).</p>	
<p>Nach Meinung der SBV, gehören sowohl Diagnosestellung wie auch der Entscheid über die Behandlung, zwingend in ärztliche 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.</p>	SBV/ASMI
<p><b>Art. 25a, al. 1</b></p> <p>Contrairement à l'art. 25, respectivement en complément à celui-ci, l'art. 25a réglemente le financement des soins infirmiers dispensés de manière ambulatoire (y compris les structures de jour ou de nuit) ou dans un établissement médico-social. Si, selon le droit en vigueur, la rémunération de ces prestations par l'AOS prévoit sans exception qu'une prescription médicale existe à cet effet, le présent projet quant à lui stipule que pour une partie de ces soins, l'existence d'une prescription n'est pas requise. Ici aussi, le rapport procède à la répartition des prestations de manière analogue à l'art. 25, al. 2. Ici aussi, la règle est que, excepté dans le cadre de l'exercice indépendant de la profession (encore peu répandu), ce n'est pas l'infirmière ou l'infirmier, mais l'institution qui l'emploie (établissement médico-social ou organisation de soins à domicile) qui facture les prestations. Par conséquent, en l'espèce, on ne distingue pas non plus une incitation à l'accroissement du volume des prestations fondée sur l'autonomie nouvellement acquise.</p> <p>L'ASI soutient la formulation de cette disposition sans aucune réserve.</p> <p><b>Art. 25a, al. 2</b></p> <p>Les prestations dites de soins aigus et de transition sont des soins qui, bien qu'ambulatoires, sont remboursés selon les règles du financement hospitalier (soit par forfaits), parce qu'ils sont dispensés à la suite d'un séjour hospitalier. Pour des raisons logiques, la reconnaissance d'un domaine relevant de la responsabilité infirmière se manifeste en l'espèce par le fait que dorénavant, les soins indiqués ne sont plus ordonnés uniquement par le médecin hospitalier, mais – selon qu'ils appartiennent au domaine des soins infirmiers relevant de la responsabilité infirmière ou à celui de la délégation médicale – par le médecin et par l'infirmière / l'infirmier. Le rapport constate à juste titre que cela correspond également à la pratique actuelle. En revanche, le terme « conjointement » en relation avec le processus de prescription nous paraît inexact. Celui-ci pourrait être mal interprété dans le sens où la délimitation claire entre, d'une part, les soins délégués par les médecins, et d'autre part les soins relevant de la responsabilité infirmière dans le domaine hospitalier et dans le domaine des soins de longue durée dispensés sous la forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social, n'existerait pas en matière de prescription des prestations de soins aigus et de transition, de telle sorte que tous les soins devraient être prescrits en commun par le médecin et l'infirmière / l'infirmier. De notre point de vue, cette disposition doit bien plus être formulée en tenant compte des compétences respectives, et garantir que les mesures diagnostiques et thérapeutiques soient ordonnées par le médecin, et l'évaluation, les conseils, la coordination et les</p>	ASI/SBK

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>soins de base par le service de soins infirmiers. Cela permettrait d'exclure les éventuels abus de compétence dans les deux sens; notamment, cela clarifierait qu'une prescription conjointe est superflue lorsque l'un ou l'autre type de mesures est indiqué exclusivement.</p> <p>L'ASI soutient la proposition de la majorité sous réserve que la formulation stipule que le médecin et l'infirmière / infirmier sont compétents pour la prescription des mesures de soins concernées</p> <p><u>Proposition de la minorité</u></p> <p>Une minorité de la commission propose, au lieu que le médecin et l'infirmière / infirmier ordonnent ensemble les prestations de soins aigus et de transition, un simple devoir du médecin de consulter l'infirmière / l'infirmier. Cette approche n'a de sens ni dans la systématique, ni dans la logique de la révision dans son ensemble; notamment, on ne comprend pas pourquoi la reconnaissance d'un domaine des soins relevant clairement de la responsabilité infirmière ne devrait pas être également mise en œuvre dans le cadre des prestations de soins aigus et de transition. En d'autres termes, on ne voit pas pourquoi les mêmes soins (évaluation, conseils, coordination et soins de base) pourraient être dispensés en principe sous la responsabilité propre des infirmières et infirmiers à l'hôpital, dans les établissements médico-sociaux et dans le domaine ambulatoire, mais resteraient assujettis à une prescription du médecin dans le cadre des prestations de soins aigus et de transition. Ce dernier devrait certes consulter l'infirmière ou l'infirmier responsable, mais le droit d'ordonner les mesures en question lui appartiendrait à titre exclusif. Cela contredit l'intention fondamentale de l'initiative, car le médecin se voit attribuer une compétence dans un domaine – spécifiquement infirmier – qui se situe en dehors des limites de son art et dans lequel il n'est pas expert.</p> <p>L'ASI rejette catégoriquement la proposition de la minorité.</p>	
<p><b>Art. 25 a Abs. 1</b></p> <p>Im Gegensatz bzw. in Ergänzung zu Art. 25 regelt Art. 25a die Finanzierung der Pflegeleistungen, die ambulant (einschliesslich Tages- oder Nachtstrukturen) oder im Pflegeheim erbracht werden. Der SVDE unterstützt, dass für einen Teil der Pflegeleistungen keine ärztliche Verordnung mehr vorliegen muss.</p> <p><b>Art. 25a Abs. 2</b></p> <p>In diesem Absatz erscheint uns der Begriff „gemeinsam“ unzutreffend im Zusammenhang mit dem Anordnungsvorgang. Dieser könnte so missverstanden werden, dass die klare Abgrenzung zwischen ärztlich-delegierten Pflegeleistungen einerseits, eigenverantwortlichen Pflegeleistungen andererseits im stationären Bereich und im Bereich der ambulant oder im Heim erbrachten Langzeitpflege bei der Anordnung der Akut- und Übergangspflege aufgehoben würde: dergestalt, dass sämtliche Pflegeleistungen vom ärztlichen und vom Pflegedienst <i>gemeinsam</i> angeordnet werden müsste.</p> <p><i>Hier muss wie in den vorhergehenden Absätzen sicher gestellt werden, dass die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vom Arzt/von der Ärztin, die Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege hingegen vom Pflegedienst angeordnet werden können.</i></p> <p>Eine Minderheit der Kommission beantragt bei der Anordnung der Massnahmen der Akut- und Übergangspflege ein schlichtes Mitspracherecht des Pflegedienstes. Dieser Ansatz ergibt weder von der Systematik, noch von der Logik der ganzen Revision einen Sinn: insbesondere ist nicht nachvollziehbar, warum die gleichen Pflegeleistungen (Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege) im Spital, im Heim und im ambulanten Bereich von den Pflegefachpersonen grundsätzlich in eigener Verantwortung sollen erbracht werden können, im Rahmen der Akut- und Übergangspflege aber weiterhin von einem Arzt sollen verordnet werden müssen. Dieser müsste zwar die zuständige Pflegefachperson konsultieren; das alleinige Recht, die entsprechenden Massnahmen anzunordnen, stünde aber ihm zu.</p> <p><i>Der SVDE lehnt diesen Minderheitsantrag ab.</i></p>	SVDE/ASDD
<p>Art. 25a Abs. 1: Vorbehaltlose Zustimmung</p> <p>Art. 25a Abs. 2: Zustimmung für den Mehrheitsantrag mit Präzisierung im 2. Satz, „... und die im Spital <del>gemeinsam</del> ...“</p> <p>Es muss ersichtlich sein, dass der Arzt/die Ärztin und Pflegefachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflegemassnahmen zuständig ist (delegierter bzw. eigenständiger</p>	SVPL

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Bereich) Minderheitsantrag: Dezierte Ablehnung, ist zu streichen	
Art. 25a Abs. 1 KVG Es ist korrekt, wenn für alle Leistungserbringer bestimmt wird, dass die KVG-Abrechnung der auf ärztlicher Diagnose basierender „Behandlungspflege“ weiterhin eine ärztliche Verordnung voraussetzt, während für die anderen Leistungen ein Nachweis des Pflegebedarfs sowie die Ausführung durch tertiäre Fachpersonen genügt. Die Abrechnung für in Institutionen erbrachte Leistungen durch den Betrieb trägt dazu bei, einer möglichen Mengenausweitung vorzubeugen. Der Verband senesuisse unterstützt den unterbreiteten Vorschlag.  Art. 25a Abs. 2 KVG Die Durchführung der Akut- und Übergangspflege ist viel zu stark reglementiert und begrenzt. Ihre Bedeutung sinkt aktuell gegen null, weil der Zeitraum von maximal 14 Tagen viel zu kurz bemessen ist und der Aufwand in keinem Verhältnis dazu steht. Zudem ist auch noch die Finanzierung mangelhaft: Indem die Kosten für Betreuung und Hotellerie nicht vergütet werden, sondern von den Betroffenen selbst bezahlt werden müssen, besteht insbesondere eine Benachteiligung gegenüber der Weiterführung eines Spitalaufenthalts. Die heutige Finanzierung bietet für die Patienten keinen Anreiz, das Angebot der AÜP zu nutzen. Eher bleiben sie in Spitalbehandlung, was zu höheren Gesamtbehandlungskosten führt. Diese Hauptprobleme der AÜP können zwar mit der vorgelegten Revision leider nicht beseitigt werden. Wenigstens müsste das Augenmerk darauf gerichtet sein, den Administrativaufwand für diese sinnvolle Behandlungsform nicht noch weiter zu erhöhen. Genau dies würde aber mit dem Zwang zur gemeinsamen Anordnung durch Spitalarzt und Pflegefachperson erreicht. Der Verband senesuisse unterstützt deshalb weder Haupt- noch Minderheitsantrag, sondern verlangt eine Regelung, wonach die Spitalärzte die Behandlungspflege und die Pflegefachpersonen die in ihrer Kompetenz stehenden Leistungen verordnen können.	senesuisse
Art. 25a Abs. 1 Wir fordern folgende Präzisierung: b. von einer Pflegefachperson oder von einer Organisation, die Pflegefachpersonen beschäftigt, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden. Der Skill- und Grade-Mix bei Spitex muss entsprechend der heutigen Regelung im KVG möglich bleiben. So muss sichergestellt werden, dass beispielsweise Fachangestellte Gesundheit (FAGE) als Mitarbeitende von Spitex-Organisationen weiterhin im Rahmen ihrer Kompetenzen Pflegeverrichtungen erbringen dürfen.  Art. 25a Abs. 2 Wir unterstützen den Mehrheitsantrag nicht. Es ist stossend, wenn bei der Akut- und Übergangspflege (AÜP) Massnahmen der Grundpflege verordnet werden müssen, bei der „gewöhnlichen“ ambulanten Pflege dagegen nicht. Dies ändert sich unserer Meinung nach auch dann nicht, wenn die Grundpflege bei der AÜP von einer Pflegefachperson im Spital und nicht von der Spitalärztin verordnet wird. Wir regen an, dass die Spitalärztin die Massnahmen der Abklärung sowie der Untersuchung und der Behandlung verordnet. Für die restlichen Massnahmen – Beratung, Koordination und Grundpflege – sind keine Verordnung erforderlich. Sie sind eigenverantwortlich durch die ambulanten Pflegefachpersonen respektive durch die Spitex-Organisationen mit zuständiger, verantwortlicher Pflegefachperson zu erbringen und von der OKP zu vergüten.  Minderheitsantrag Wir lehnen den Minderheitsantrag mit der gleichen Argumentation wie oben ab.	Spitex Schweiz
Gleichzeitig unterstützen wir auch bei EArt. 25a Abs. 2 erster Satz KVG den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz wie folgt:	VLSS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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 ...</p>	
<p>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.</p>	VSAO
<p><b>curafutura unterstützt den Minderheitsantrag zu Art. 25a Abs. 2</b>  Die Anordnungskompetenz für die Akut- und Übergangspflege soll im Spitalbereich auf Pflegefachpersonen erweitert werden. Wir befürchten, dass eine gemeinsame Anordnung von solchen Leistungen in der Praxis zu Konflikten führen wird. Im Spital muss jeweils geklärt werden, welche Behandlungen nach einem Spitalaustritt nötig sind (Rehabilitation, Pflege zu Hause, Akut- und Übergangspflege etc.). Die Kompetenzen zur Festlegung von solchen Behandlungen müssen deshalb klar geregelt sein und dürfen nicht auf mehrere medizinische Fachpersonen verteilt werden, die je nach Situation zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen können.  Die vorgeschlagene Gesetzesänderung steht zudem in Widerspruch zu Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG. In diesem steht, dass Leistungen unter Anordnung von Personen oder Organisationen nur vergütet werden, wenn sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt in Auftrag gegeben werden. Aus diesen Gründen lehnen wir die gemeinsame Anordnung ab und unterstützen den Minderheitsantrag, welcher vorsieht, dass die Akut- und Übergangspflege nach Rücksprache mit den zuständigen Pflegefachpersonen ausschliesslich ärztlich angeordnet wird.</p>	curafutura
<p>Insofern und mit Blick auf die Kernaufgabe der Krankenversicherer stehen wir der parlamentarischen Initiative eher kritisch gegenüber und unterstützen primär die beiden Minderheitsanträge Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz, welche sich für die Beibehaltung der Kompetenz bei Akut- und Übergangspflege beim Arzt aussprechen, sowie vor allem Bortoluzzi, de Courten, Parmelin, welche für die Einführung der Vertragsfreiheit für diese spezialisierte neue Gruppe der Leistungserbringer votieren (vgl. dazu Ziff. 3.2, S. 18 des Kommissionsberichts).</p>	santésuisse
<p>Die Stiftung SPO Patientenschutz unterstützt den Antrag der Mehrheit und lehnt den Minderheitsantrag Cassis ab. Begründung:  Die Minderheit Cassis möchte die Kompetenzen der Pflegenden wiederum den Ärzten unterstellen. In der Praxis ist es schon heute so, dass Gespräche, wie eine Weiterbehandlung nach dem Spitalaufenthalt weiter geführt werden soll, den Pflegenden und Sozialarbeitern überlassen werden. Dieser neue Artikel wird die Ärzte entlasten.</p>	SPO
<p>Gleichzeitig unterstützen wir auch bei EArt. 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 ...</p>	BEKAG
<p>Wir [...] befürworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen in der Akut- und Übergangspflege soll von einem Arzt/Ärztin und einer Pflegefachperson im Spital gemeinsam festgelegt und angeordnet werden (Art. 25a Abs. 2 KVG).</li> <li>- Pflegefachpersonen welche in einer Institution der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder in einem Pflegeheim angestellt sind, sollen Pflegeleistungen gestützt auf eine Bedarfsabklärung ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können (Art. 251 Absatz 1 KVG)</li> <li>- Selbstständige Pflegefachpersonen, welche auf eigene Rechnung tätig sind sol-</li> </ul>	KPP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>len näher bezeichnete Pflegeleistungen, gestützt auf eine Bedarfsabklärung aber ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag durchführen und selber gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können. Die Minderheitsanträge [...] werden von der KPP nicht unterstützt und in der vorliegenden Form abgelehnt.</p>	
<p><i>Art. 25a, al. 1 et 2, 1re phrase</i>  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 prodigier 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.</p>	SMV (société Médicale du Valais)
<p>Bei der sog. Akut- und Übergangspflege handelt es sich um Pflegeleistungen, die zwar ambulant, aber, weil sie im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erbracht werden, nach den Regeln der Spitalfinanzierung (also pauschal) vergütet werden. Es ist für uns jedoch nicht nachvollziehbar, dass in diesem Bereich der Pflege die vorgesehene Änderung eingeschränkt werden soll indem die Anordnung gemeinsam mit einem Arzt zu erfolgen hat. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass gerade Spitalärzte den Pflegebedarf zu Hause nur bedingt einschätzen können und der Begriff „gemeinsam“ im Zusammenhang mit dem Anordnungsvorgang ist daher aus unserer Sicht nicht sachlogisch. Vielmehr muss diese Bestimmung kompetenzgerecht formuliert werden und sicherstellen, dass die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen vom Arzt/von der Ärztin, die Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege vom Pflegedienst angeordnet werden. Damit können mögliche Kompetenz-Überschreitungen ausgeschlossen werden und es wäre damit klar, dass sich eine gemeinsame Anordnung erübrigt, wo ausschliesslich die eine oder die andere Art von Massnahmen indiziert ist. Wir unterstützen deshalb den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass aus der Formulierung ersichtlich sein soll, dass Arzt/Ärztin und Pflege fachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflegemassnahmen zuständig sind.</p>	SSR
<p><b>25a Abs. 1</b>  Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK. Der VFP weist darauf hin, dass die (durch Pflegediagnostik begründete) Verordnung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen wie sie im Rahmen des Pflegeprozesses erfolgt, als solche nicht festgehalten wurde. Durch den sprachlichen Ausdruck im Art. 25a Absatz 1, Zeile b „ohne Anordnung oder Auftrag des Arztes oder Ärztin...“ wird der Pflegefachperson die Anordnungsbefugnis im eigenverantwortlichen Leistung-/Tätigkeitsbereich nicht dezidiert zugesprochen. Wir plädieren diesbezüglich für den Formulierungsvorschlag; „... von Pflegefachpersonen auf Basis ihrer Anordnungen ...“.  <i>Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung ansonsten vorbehaltlos.</i></p> <p><b>25a Abs. 2</b>  Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK, insbesondere dessen Empfehlungen zu Formulierungen sowie die Unterstützung des Mehrheitsantrages mit einem Vorbehalt.  In Art. 25a Abs. 1 und 2 Lit. 2: "Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege... während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet..." wird von ‚gemeinsam‘ angeordneter Pflege gesprochen. Das würde bedeuten, dass ärztliche und pflegerische Fachpersonen die Anordnungen (immer) <u>gemeinsam</u></p>	VFP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>unterschreiben müssten.</p> <p>Die Formulierung „gemeinsam“ würde eine unnötige Belastung des Systems und Prozessverzögerungen mit sich bringen. Der VFP schlägt deshalb vor, das Wort "gemeinsam" mit "jeweils" zu ersetzen. Zudem sollte die Formulierung „von einem Arzt oder einer Ärztin <u>und</u> einer Pflegefachperson angeordnet werden, ...“ umformuliert werden. Der VFP erachtet in Art. 25a, Abs. 2 eine kompetenz- respektive verantwortungsgerechte Formulierung der Bestimmung als sehr wichtig, damit eindeutig wird, welche Leistungsverordnungen vom Pflegedienst und welche vom Arzt/Ärztin vorgenommen werden, mit dem Ziel Unklarheiten und Überschneidungen zu vermeiden und Kosten zu senken. Aus diesen Überlegungen schlägt der VFP folgende Formulierung vor:</p> <p><b>Vorschlag Formulierung § Art. 25a Abs. 2</b></p> <p>2 Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital <b>entsprechend dem eigenständigem Kompetenz- und Verantwortungs- oder Leistungsbereich jeweils entweder von einem Arzt /einer Ärztin oder von einer Pflegefachperson angeordnet werden</b>, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a) vergütet.</p> <p><i>Der VFP unterstützt den Mehrheitsantrag, vorausgesetzt, dass aus der Abfassung eindeutig hervorgeht, dass die Ärztin/der Arzt und die Pflegefachfrau/der Pflegefachmann für die Anordnung der sie selbst betreffenden Leistungen/Interventionen jeweils zuständig sind.</i></p> <p><b>Minderheitsantrag</b></p> <p>Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK. Aus Sicht des VFP trägt der Minderheitsantrag zudem die Gefahr einer Leistungsdoppelung in sich. Wird dem Anliegen stattgegeben, entsteht ein Widerspruch zur Eigenständigkeit des Pflegeberufes wie bereits in Art. 25a Abs. 1 und 2 geregelt.</p> <p><i>Der VFP lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.</i></p>	
<p><b>Art. 25a Abs. 1</b></p> <p>Die KLS befürwortet die vorgeschlagene Änderung explizit.</p> <p><b>Art. 25a Abs. 2</b></p> <p>Die KLS unterstützt den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass aus der Formulierung ersichtlich sein soll, dass Arzt/Ärztin und Pflegefachperson für die Anordnung der jeweiligen Pflegemassnahmen zuständig sind. Der Minderheitsantrag wird abgelehnt.</p>	KLS
<p>25a Abs. 1: Das USZ unterstützt die Formulierung ohne Vorbehalt.</p> <p>25a Abs. 2 erster Satz: Das USZ unterstützt den Mehrheitsantrag mit dem Vorbehalt, dass die Formulierung gemäss den Formulierungen des ersten Satzes angepasst werden, denn es gibt keinen Grund, warum die Verordnungs- und somit Verantwortungsgebiete zwischen Arzt und Pflege in der Akut- und Übergangspflege anders als im Spital oder im Pflegeheim geregelt werden sollen.</p> <p>a. auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;</p> <p>b. von einer Pflegefachperson ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.</p> <p>25a Abs. 2 erster Satz: Das USZ lehnt diesen Minderheitsantrag ab. Dieser Vorschlag widerspricht der Logik der Revision des Gesetzes und führt zu einer ungleichen Behandlung der Pflegenden in der Akut- und Übergangspflege, da sie bei diesem Minderheitsantrag nur noch vom Arzt konsultiert werden müssten. Der eigenständige Bereich wird somit aufgehoben.</p>	USZ
<p><b>Art. 25a Abs. 1</b></p> <p>Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung mit dem Vorbehalt, dass bei Bst. b die Formulierung analog Bst. a verwendet wird.</p> <p><i>b. auf Anordnung oder im Auftrag einer Pflegefachperson erbracht werden.</i></p> <p><b>Art. 25a Abs. 2</b></p> <p>Keine Stellungnahme.</p> <p><b>Minderheitsantrag</b></p> <p>Der VAPP lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.</p>	VAPP
<p><b>Art. 25 Abs. 1</b></p>	CH-IGWS



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Vorbehaltslose Zustimmung  <b>Art. 25 Abs. 2</b>            Bedingte Zustimmung            Wir unterstützen den Mehrheitsantrag wenn in der Formulierung den Arzt/Ärztin und die Pflegefachperson für die Anordnung der Pflegemassnahmen erwähnt werden.  <b>Minderheitsantrag:</b> kategorische Ablehnung</p>	
<p><b>L'ASPI s'exprime contre la proposition de la minorité au sujet de l'article 25a, al. 2</b>            La révision de la LAMal envisagée chargera le Conseil fédéral de définir par voie d'ordonnance les prestations qui pourront être fournies sans prescription médicale par le personnel infirmier.  <i>L'ASPI attire l'attention du législateur sur les champs d'application des différentes professions médicales. Un certain nombre de soins de bases infirmiers peuvent empiéter sur le champ d'application des physiothérapeutes. Nous citerons à titre d'exemple : la mobilisation au lit des patients dépendants, les exercices qui visent à améliorer la circulation sanguine, l'entretien des capacités de marche, l'instruction à l'utilisation de moyens auxiliaires, les exercices respiratoires, etc.</i>  <i>Nous n'admettons pas que les infirmiers puissent mobiliser et faire marcher un patient sans prescription médicale alors que les physiothérapeutes restent dépendants d'une prescription médicale pour dispenser ces mêmes actes. L'ASPI demande à être consultée lors de l'établissement de la liste exhaustive de mesures d'évaluation, de conseils et de soins de base qui pourront être fournies sans prescription.</i></p>	aspi
<p><b>Ad art. 25 cpv. 2 lett. a (prestazioni generali in caso di malattia)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questo articolo descrive le prestazioni i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.</li> <li>• Si tratta degli esami e delle terapie ambulatoriali, in ospedali o in una casa di cura, nonché delle cure ospedaliere.</li> <li>• 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).</li> <li>• Dal rapporto esplicativo risulta che le prestazioni dispensabili dagli infermieri senza prescrizione medica riguardano <b>la valutazione, i consigli e il coordinamento</b> di cui agli art. 7 cpv. 2 lett. a Opre, <b>nonché le cure di base</b> 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Riteniamo tuttavia che debbano essere definite <b>a livello di legge</b> 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Aggiungiamo infine l'obbligo legale di una copertura assicurativa adeguata per il personale infermieristico che esercita a titolo indipendente.</li> </ul> <p><b>Ad art. 25a cpv. 1 e (cure in caso di malattia)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questo articolo descrive le prestazioni per le quali l'assicurazione obbligatoria</li> </ul>	omct

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>presta un contributo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Ad art. 25 a cpv. 2 primo periodo (cure acute e transitorie)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il cpv. 2 fa riferimento alle cure acute e transitorie (CAT) che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e che sono remunerate con un forfait dall'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per 14 giorni al massimo.</li> <li>• Secondo il progetto di modifica di legge queste cure non dovrebbero più essere prescritte soltanto dal medico, ma <b>congiuntamente</b> da parte di medico e infermiere.</li> <li>• L'OMCT <b>non condivide il concetto della prescrizione congiunta</b>, che, se d'acchito, appare politicamente corretto, dal profilo pratico si rivela essere macchinoso, lungo e di difficile gestione</li> <li>• 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?</li> <li>• 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, <b>deve restare il medico.</b></li> </ul>	
<p>Art. 25 Abs. 1 und 2 erster Satz (recte: 25a 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?</p>	medswiss.net

*Artikel 33 Absatz 1<sup>bis</sup> KVG*

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p><b>Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege</b>  Die Vorlage sieht vor, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält zu definieren, für welche Leistungen weiterhin die Anordnung oder der Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erforderlich ist und welche Leistungen von den Pflegefachpersonen selbstständig erbracht werden können (vgl. Art. 33 Abs. 1<sup>bis</sup>). In der Praxis gestaltet sich die Abgrenzung der Behandlungspflege von anderen Pflegeleistungen oft schwierig. In vielen Pflegesituationen wird neben der Abklärung und Beratung sowie der Grundpflege auch eine Behandlungspflegeleistung erbracht (beispielsweise werden Medikamente gegeben, Augentropfen verabreicht, Salben eingerieben usw.). Gemäss der vorgeschlagenen Regelung ist in einer solchen Situation künftig neben der selbstständigen Ausführung der</p>	BE

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Grundpflege durch eine Pflegefachperson aufgrund der weitergehenden Behandlungspflege auch noch eine Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes notwendig. Diese Regelung ist in der Praxis nicht handhabbar und es bedarf detaillierterer Prüfung, inwiefern bei der Anordnung die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege sinnvoll und praktikabel ist.</p> <p><b>Administrativer Zusatzaufwand</b></p> <p>Die Neuregelung hat sowohl für die diplomierten Pflegefachpersonen als auch für die Kantone Konsequenzen. Pflegefachpersonen, die eigenverantwortlich Pflegeleistungen erbringen, benötigen gemäss geplantem Gesundheitsberufegesetz eine Berufsausübungsbewilligung und müssen in einem Berufsregister erfasst sein. Mit der Umsetzung der Neuregelung nach Art. 33 Abs. 1<sup>bis</sup> Bst. b und c müssten alle diplomierten Pflegefachpersonen im Kanton Bern eine Berufsausübungsbewilligung haben, statt wie bis anhin nur die freiberuflich Tätigen und die Leitungspersonen mit fachlicher Verantwortung in einer Organisationen oder Institution.</p>	
<p>Die "gemeinsame" Anordnung von einer Ärztin oder einem Arzt und einer Pflegefachperson ist problematisch. Entweder soll die Ärztin oder der Arzt oder die Pflegefachperson die Leistungen der Akut- und Übergangspflege anordnen. Es stellt sich hier die Frage, wieso für die Akut- und Übergangspflege eine grundsätzlich andere Regelung gelten soll als für übrige Pflegeleistungen. Denn gemäss heutiger Regelung beinhaltet die Akut- und Übergangspflege die gleichen Leistungen wie die übrigen Pflegeleistungen, nämlich Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31). Konsequenterweise müssten damit Pflegefachpersonen auch Akut- und Übergangspflege anordnen können.</p>	UR
<p>33. Abs. 1<sup>bis</sup> lit.c. KVG: Es wird dem Minderheitsantrag von Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz gefolgt, wonach diese Bestimmung ersatzlos zu streichen ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen werden nur vergütet, wenn sie von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes erfolgen; Leistungen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege hingegen sind auch vergütungspflichtig, wenn sie von der Pflegefachperson im eigenen Ermessen erbracht werden. Eine zusätzliche Mischform ist nicht zielführend.</p>	SO
<p><b>Artikel 33 Abs. 1bis</b></p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 2) wird ausgeführt, dass die Ermächtigung zur Verschreibung von OKP-Leistungen sich auf Leistungen der „Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege“ erstrecken soll. Für die Behandlungspflege soll somit weiterhin ein Auftrag oder eine Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes nötig sein. Diese Regelung müsste zur Vermeidung späterer Diskussionen bereits auf Gesetzesstufe verankert werden.</p>	TG
<p><b>Art. 33 cpv. 1bis</b></p> <p>Come chiaramente rimarcato a più riprese nel rapporto esplicativo, le prestazioni che potranno essere dispensate da infermieri senza prescrizione medica saranno quelle definite all'art. 7 cpv. 2 lett. a (valutazione, i consigli ed il coordinamento) e lett. c (cure di base) OPre, mentre rimarrà l'obbligo di prescrizione medica per le prestazioni di cui all'art. 7 cpv. 2 lett. b OPre (esami e cure mediche). Questa delimitazione rappresenta un principio fondamentale della revisione in esame. Di conseguenza riteniamo necessario che venga esplicitata già a livello di legge e non solo successivamente nell'ordinanza. Si potrebbe ad esempio procedervi con una modifica dell'articolo proposto del tenore seguente:</p> <p><i>b. sono prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento oppure cure di base dispensate da infermieri senza prescrizione o indicazione di un medico."</i></p> <p>Ancorato questo principio nella legge, rimarrebbe poi valida la delega al Consiglio federale di precisare ulteriormente queste prestazioni.</p> <p>Aderiamo inoltre alla proposta di minoranza di stralcio della lett. c coerentemente con quanto osservato in riferimento all'art. 25a cpv. 2.</p>	TI
<p><b>Art. 33 al. 1 bis</b></p> <p>Le Conseil d'Etat demande l'ajout à la lettre b : « par un infirmier <u>ou par une organisation qui les emploie</u> sans prescription ni mandat médicaux».</p>	VD
<p><b>- Art. 33, al. 1 bis</b></p>	NE

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Il nous paraît indispensable de conserver une définition claire et précise des rôles respectifs du médecin et de l'infirmier-ère. Dans ce contexte, nous soutiendrions plutôt l'avis de la minorité qui supprimerait la lettre c du projet de modification de l'article 33 al. 1 bis concernant la prescription conjointe entre ces derniers;</p>	
<p><b>Kompetenzordnung und Governance</b>  FDP. Die Liberalen fordert klare Kompetenzordnungen und Governance-Strukturen im Gesundheitswesen. Daher unterstützen wir die Minderheiten Cassis bei Art. 25a Abs. 2 und Art. 33 Abs. 1bis Bst. c: Es muss klar definiert sein, wer jeweils die Entscheidungskompetenz hat und es darf nicht, wie von der Mehrheit vorgeschlagen, Zwischenstufen geben. Wenn im Gesetz nun vorgeschrieben wird, dass Ärzte und Pflegefachpersonen in gewissen Bereichen Entscheide gemeinsam fällen müssen, entstehen zwangsläufig Konflikte und/oder Doppelspurigkeiten. Des Weiteren ist nicht geregelt, was passiert, wenn die beiden Entscheidungsträger nicht einer Meinung sind. Auch versicherungstechnisch stellen sich bei der vorgeschlagenen, schwammigen Kompetenzordnung schwierige Haftungsfragen. „Zwischenstufen“ müssen daher im Zweifelsfall ärztlich geregelt sein (denkbar wäre eine Positivliste der Kompetenzen für Pflegeberufe)</p>	FDP
<p>· Art. 33, al. 1bis :  Selon cette disposition, le remboursement des prestations médicales diagnostiques et thérapeutiques est supposé implicitement et est donc régi par le principe de la confiance. En revanche, le principe de la confiance ne s'applique pas aux prestations effectuées par les infirmières et les infirmiers. En effet, il incombe au Conseil fédéral de désigner les prestations fournies sur prescription ou manda d'un médecin, les prestations ne nécessitant par la prescription ou le mandat d'un médecin (évaluation, conseil, coordination et soins de base) et les prestations prescrites conjointement (soins aigus et transitoires). Le PS soutient l'introduction de cet alinéa et rejette la minorité Bortoluzzi, de Courten et Parmelin afin de rester conforme aux modifications apportées à l'art. 25a, al. 2.</p>	PS
<p>Art. 33 al.1bis :  L'ACSI soutient la version de la majorité.</p>	acsi
<p>Art. 33 al.1bis :  La FRC soutient la version de la majorité.</p>	frc
<p>Art. 33 al.1bis :  LA SKS soutient la version de la majorité.</p>	sks
<p><b>Art. 33 Abs. 1bis</b>  Wir unterstützen grundsätzlich den Inhalt des Absatzes 1bis, fordern jedoch die Streichung von lit c., da wir die von der Kommission (Mehrheit und Minderheit) vorgesehene Änderung von 25a Abs. 2 nicht unterstützen.  Weiter fordern wir (vgl. auch Präzisierung Art. 25a Abs. 1 b) folgende Präzisierung der beiden lit. a und b:  <i>„a. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;  b. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden.“</i></p>	ASPS
<p><b>3.1. Art. 25a, al. 2 1ère phr. LAMal et art. 33 al. 1bis let. c LAMal</b>  <b>Prescription conjointe de mesures SAP par les médecins et le personnel soignant</b>  Selon l'avant-projet de révision, l'exigence de la seule prescription par un médecin de soins aigus et transitoires (SAT) serait supprimée. Le médecin et le personnel soignant dipl. ES/HES doivent désormais prescrire ensemble les prestations SAT.  CURAVIVA Suisse estime qu'il est nécessaire d'introduire cette réglementation car celle-ci correspond à une pratique ancrée dans la réalité au sein du système de santé. Après une hospitalisation, en vue d'assurer la continuité de la prise en charge et du traitement, non seulement les prescriptions de la thérapie médicale et des soins de traitement sont essentielles, mais l'évaluation des soins, la coordination et les mesures le sont aussi, qui garantissent la continuité d'une prise en charge globale et d'un traitement d'ensemble. Pour l'évaluation des ressources existantes ou à mettre à disposition, qu'il s'agisse de la contribution du personnel spécialisé ou des proches, du matériel de soin, de la recherche de solutions praticables pour les soins ultérieurs, les infirmiers et infir-</p>	Curaviva.ch

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>mères dipl. ES/HES contribuent de manière essentielle au transfert réussi vers un EMS ou au domicile. La loi doit tenir compte de cette réalité.</p> <p>« Conjoint » ne signifie pas que l'infirmière devrait également apposer sa signatures à c^té de celle du médecin (et inversement), mais qu'elle assume son domaine en vue du suivi dans le cadre du passage à des soins aigus et transitoires (SAT). Pour sa part, le médecin n'a plus à apposer sa signature pour ce qui est de l'activité de soin, amis seulement pour son propre domaine d'activité.</p>	
<p>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 EArt. 33 Abs. 1bis lit. c KVG ersatzlos zu streichen.</p> <p>EArt. 33 Abs. 1bis KVG soll wie folgt geändert bzw. ergänzt werden:  1<sup>bis</sup> 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.  <del>c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.</del></p>	FMH
<p>Bei Art. 25a Abs. 2 und Art. 33 Abs, 1 Bst. c unterstützen wir jeweils den Minderheitsantrag. Auch wenn wir es begrüßen, dass der Entscheid, welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig sind, grundsätzlich interdisziplinär getroffen wird, so scheint uns für die gesetzliche Regelung sinnvoll, festzulegen, wer diesen Entscheid letztlich trifft und nicht auf einen gemeinsamen Entscheid abzustellen. Aus unserer Sicht ist diese Lösung nicht nur praxistauglicher, sie mindert auch den administrativen Aufwand und vermeidet Unklarheiten in Hinblick auf die Haftung.</p>	FSP
<p><b>Art. 33 Abs. 1<sup>bis</sup></b>  1<sup>bis</sup> 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;  b. von Pflegefachpersonen auf Anordnung einer Pflegefachperson <del>ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin</del> erbracht werden.  <del>c. gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.</del> streichen gemäss Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz)</p>	H+
<p><b>Grundpflege und Behandlungspflege</b>  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</p>	KKA

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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“ und „Behandlungspflege“ unserer Meinung nach wegen deren Wichtigkeit und um der erwähnten Problematik präventiv zu begegnen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.</p> <p><b>Art. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:</b>  a. Von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (<b>Behandlungspflege</b>)  b. Von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (<b>Grundpflege</b>)</p> <p><b>Kompetenzüberschneidungen</b>, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und schwierige Abgrenzungsfragen zu Verantwortlichkeiten sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, lehnen wir dezidiert ab.  <b>Entsprechend ist Art. 33 abs. 1bis lit. c KVG ersatzlos zu streichen</b>, wie es mit dem Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz gefordert wurde: <del>gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.</del></p>	
<p><b>Zu Art. 33 Abs. 1(bis)</b>  Wie unter Art. 25a Abs. 2 erklärt, betrachten wir eine gemeinsame Verantwortung von Arzt und Pflegefachperson als in der Praxis schwierig umsetzbar, als Ursache eines unnötigen administrativen Aufwands und somit als unwirtschaftlich. Wir beantragen folglich die <u>Streichung von Buchstabe c) gemäss Minderheit.</u></p>	pharmaSuisse
<p>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. Im Falle einer Meinungsverschiedenheit wäre das Vetorecht wirkungslos.</p>	SBV/ASMI
<p><b>Art. 33, al. 1bis</b>  Cette disposition transfère au Conseil fédéral la compétence de désigner en détail les soins infirmiers pris en charge totalement (en vertu de l'art. 25 LAMal) ou partiellement (en vertu de l'art. 25a LAMal) par l'assurance-maladie obligatoire. En conformité totale avec l'intention sans équivoque de l'initiative parlementaire, qui consiste à assimiler la condition du financement des prestations à la réglementation des soins au plan du droit professionnel, le rapport anticipe cette attribution: la description en vigueur des soins obligatoires pour l'assurance demeure inchangée – hormis le fait que ces prestations font l'objet d'une nouvelle répartition, dans un domaine relevant de la responsabilité propre des infirmières et infirmiers, et dans un domaine médico-délégué. Les soins pouvant être dispensés sans prescription médicale doivent aussi être remboursés sans prescription médicale. La nouvelle version de cet article étend la délégation au Conseil fédéral aux soins infirmiers qui désormais peuvent être dispensés sans prescription médicale ou sont ordonnés (dans le cadre des prestations de soins aigus et de transition) conjointement avec un médecin.  Conformément à nos considérations relatives à l'art. 25a, al. 2, la let. c doit être supprimée complètement: que ce soit à l'hôpital, dans un établissement médico-social, de manière ambulatoire ou dans le cadre des soins aigus et de transition, les prestations diagnostiques et thérapeutiques ne sont remboursées que lorsqu'elles sont dispensées par des infirmières et infirmiers sur prescription ou mandat d'un médecin, tandis que l'évaluation, les conseils, la coordination et les soins de base doivent être remboursés sans prescription ou mandat d'un médecin.  L'ASI soutient la formulation de cette disposition, à condition que la let. c soit supprimée complètement.</p>	ASI/SBK
<p><b>Art. 33 Abs 1bis litt c</b>  Entsprechend unseren Ausführungen zu Art. 25a Abs. 2 ist litt. c hier ersatzlos zu streichen: ob stationär im Spital, im Heim oder ambulant oder in der Akut- und Übergangspflege: diagnostische und therapeutische Leistungen werden nur vergütet, wenn sie von</p>	SVDE/ASDD

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes erbracht werden, wohingegen Leistungen der Abklärung, Beratung, Koordination und der Grundpflege ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin vergütungspflichtig sind. <i>Der SVDE unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung, unter der Voraussetzung der ersatzlosen Streichung von litt. c.</i>	
Generelle Zustimmung, litt c. ist ersatzlos zu streichen	SVPL
Gemäss den obigen Ausführungen begrüssen wir die Kompetenzaufteilung in ein Gebiet mit ärztlicher Verordnung und ein Gebiet mit Kompetenz der Pflegefachleute. Mit dem aktuell vorgeschlagenen Wortlaut wird diese Aufteilung präzisiert, was eine sinnvolle Abgrenzung ermöglicht und die effiziente Autonomie der Pflegefachleute stärkt. Der Verband senesuisse unterstützt den Minderheitsantrag, welcher auf ein Gebiet mit gemeinsamer Kompetenz von Ärzten und Pflegefachpersonen verzichtet, was nur zu mehr Unsicherheit führte. Ärzte sollen die „Behandlungspflege“ und Pflegefachpersonen die ihrer Kompetenz zugewiesenen Leistungen jeweils alleine verordnen können.	senesuisse
Weil wir die vorgeschlagene Änderung von 25a Abs. 2 nicht unterstützen, fordern wir hier die Streichung von lit. c. Ansonsten unterstützen wir die Formulierung dieser Bestimmung. Im weiteren fordern wir folgende Präzisierung: a. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden; b. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen, ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden;	Spitex Schweiz
EArt. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG sind 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 EArt. 33 Abs. 1bis lit. c KVG gemäss dem Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz unseres Erachtens ersatzlos zu streichen.	VLSS
Bei Art. 33 Abs. 1 <sup>bis</sup> unterstützen wir konsequenterweise den Minderheitsantrag zur Streichung von lit. c aus oben genannten Gründen. Zudem beantragen wir, in Art. 33 Abs. 1 <sup>bis</sup> die Leistungen, welche unter Buchstabe b neu unter eigener Verantwortung der Pflegefachpersonen erbracht werden können, im Gesetz abschliessend aufzulisten. <b>Deshalb seien hier die Leistungen nach KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a und c in den Gesetzestext aufzunehmen.</b> 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. 1bis 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 b. von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege)“	VSAO
Die Stiftung SPO Patientenschutz unterstützt den Antrag der Minderheit Cassis (lit. c streichen). Begründung: Die Anordnungen sollten entsprechend den Kompetenzen erfolgen. Das wird in Art. 33 Abs.v1 bis lit. a und lit. b festgehalten. Somit ist lit. c überflüssig.	SPO
EArt. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG sind wie folgt zu ergänzen:	BEKAG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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).</p> <p>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 EArt. 33 Abs. 1bis lit. c KVG gemäss dem Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz unseres Erachtens ersatzlos zu streichen.</p>	
<p>Die Minderheitsanträge [...] werden von der KPP nicht unterstützt und in der vorliegenden Form abgelehnt.</p>	KPP
<p><b>Art. 33 Abs. 1bis</b>  Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK und insbesondere die Forderung zur ersatzlosen Streichung von litt. c.  Der VFP hält zudem fest, dass die (durch Pflegediagnostik begründete) Verordnung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen wie sie im Rahmen des Pflegeprozesses erfolgt, als solche nicht festgehalten wurde. Durch den sprachlichen Ausdruck im Art. 33 Abs. 1, Zeile b „ohne Anordnung oder Auftrag des Arztes oder Ärztin...“ wird der Pflegefachperson die Anordnungsbefugnis im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich nicht dezidiert zugesprochen. Ein Formulierungsvorschlag unsererseits ist diesbezüglich „... <b>von Pflegefachpersonen auf Basis ihrer Anordnungen ...</b>“.  <i>Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung, vorausgesetzt, dass litt.c. ersatzlos gestrichen wird und die Formulierung unter Zeile b so präzisiert wird, dass die Anordnungsbefugnis der Pflegefachperson im eigenverantwortlichen Bereich eindeutig und unmissverständlich zugesprochen wird.</i></p>	VFP
<p><b>Art. 33 Abs. 1bis</b>  Die KLS unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung, unter der Voraussetzung der ersatzlosen Streichung von Bst. c.</p>	KLS
<p>Das USZ stimmt dem Artikel 33 Abs. 1 bei Streichung des Artikels c. zu. Der Gesetzentwurf sollte einer stringenten Logik folgen.</p>	USZ
<p><b>Art. 33 Abs. 1bis</b>  Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung mit dem Vorbehalt, dass es sich hier um verordnete Leistungen der Pflege handelt.  <i>a. auf Anordnung oder im Auftrag einer Pflegefachperson erbracht werden.</i>  <i>b. vom Arzt rezeptierte pflegerische Behandlungen</i></p>	VAPP
<p><b>Art. 33 Abs. 1<sup>bis</sup></b>  Zustimmung für a und b, c ist ersatzlos zu streichen</p>	CH-IGWS
<p><b>L'ASPI émet un avis favorable à la modification de l'article 33, al.1bis. Elle reconnaît la légitimité du Conseil Fédéral à établir une liste de prestations mais demande à pouvoir à nouveau s'exprimer le moment venu.</b>  <b>Dans la logique de ce qui a été exposé plus haut, l'ASPI s'exprime contre la proposition de la minorité de biffer l'article 33, al. 1bis c.</b>  Une minorité de la Commission souhaite adjoindre à la loi le principe de la liberté de contracter. L'ASPI craint le précédent que constituerait cet ajout.</p>	aspi
<p><b>Ad art. 33 cpv. 1bis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Il rapporto esplicativo precisa per quanto concerne le prestazioni che sono di-</li> </ul>	omct



Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<p>spensate 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	
<p>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.</p>	medswiss.net

*Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d<sup>bis</sup> KVG*

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Unklar ist, welche konkreten Berufsabschlüsse für die Anordnung der Leistungen erforderlich sein sollen. Auch diese Regelung wäre – falls am Entwurf festgehalten würde – bereits auf Gesetzesstufe zu verankern.	ZH
<b>Artikel 35</b> Unklar ist, welche konkreten Berufsabschlüsse für die Anordnung der Leistungen erforderlich sein sollen. Auch diese Regelung ist bereits auf Gesetzesstufe zu verankern.	TG
<b>Art. 35, al.2 let.d bis</b> Le Conseil d'Etat soutient cette formulation, car elle intègre les infirmiers comme fournisseurs de prestations sous leur propre responsabilité pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que les soins de base et l'art. 35, al. 2 let. e reste applicable pour les prestations de délégation de mesures diagnostiques (p. ex. prescription d'examen radiologique) et thérapeutiques (par ex. prescription de médicaments).	VD
<b>- Art. 35 al 2, let. d</b> Nous réitérons notre préoccupation concernant l'établissement d'une liste précise des mesures d'évaluation, de conseil, de coordination et des soins de bases qui seraient touchées. Il nous apparaît important que les soins de traitement restent dans le domaine de la prescription médicale. La formation du personnel concerné doit également être traitée de manière fine et pertinente;	NE
Le PS soutient sans réserve l'introduction de cet alinéa mentionnant explicitement les infirmières et les infirmiers autorisé-e-s à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.	PS
Art. 35 al. 2 let .d bis : Il conviendrait au niveau de l'ordonnance de préciser quels seront les diplômes, y compris les diplômes étrangers, requis pour prodiguer des soins sur prescription ou mandat médicaux ou directement par les infirmiers(ères).	acsi
Art. 35 al. 2 let .d bis : Il conviendrait au niveau de l'ordonnance de préciser quels seront les diplômes, y compris les diplômes étrangers, requis pour prodiguer des soins sur prescription ou mandat médical ou directement par les infirmiers(ères).	frc
Art. 35 al. 2 let .d bis : Il conviendrait au niveau de l'ordonnance de préciser quels seront les diplômes, y compris les diplômes étrangers, requis pour prodiguer des soins sur prescription ou mandat médical ou directement par les infirmiers(ères).	sks
<b>Art. 35 Abs. 2 Bst. dbis</b> Wir unterstützen den Inhalt der Bestimmung, fordern jedoch eine Präzisierung der Formulierung: „dbis. von Pflegefachpersonen oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu	ASPS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<i>Hause,“</i>	
<b>Art. 35, Abs. 2, Bst. d<sup>bis</sup></b> Der Bericht fordert, in der Verordnung anzugeben, welche Diplome erforderlich sind, um im Rahmen der Zuweisung neuer Kompetenzen Pflegeleistungen zu erbringen. CURACASA sieht keinen Grund für eine Änderung dieser bewährten Regelung (wobei die Terminologie an die geltende Bildungssystematik angepasst werden müsste: Die derzeit auf der Tertiärstufe angesiedelte Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege wird an einer Höheren Fachschule bzw. einer Fachhochschule absolviert und mit einem Diplom bzw. einem Bachelortitel abgeschlossen). <b>CURACASA unterstützt diese Bestimmung.</b>	curacasa
<b>3.3. Art. 35, al. 2, let. dbis LAMal Personnes resp. institutions autorisées à établir des factures de prestations de soins</b> Conformément au présent avant-projet, les infirmiers et infirmières dipl. ES/HES pourront désormais fournir certaines prestations sans prescription ou mandat d'un médecin et seront expressément énumérés dans le catalogue des fournisseurs de prestations conformément à l'article 35 alinéa 2 LAMal. En ce qui concerne les prestations de soins dispensées par des infirmiers et infirmières dipl. ES/HES employé-e-s par un EMS, l'avant-projet prévoit que l'EMS demeurera le fournisseur habilité à facturer les prestations (cf. art. 35 al. 2 let. dbis <i>in fine</i> LAMal et rapport explicatif, p. 17) CURAVIVA Suisse salue la nouvelle réglementation proposée. Celle-ci correspond largement à la réalité quotidienne de l'activité infirmière dans les EMS. CURAVIVA Suisse estime en outre que pour les prestations de soins dispensées par des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES employé-e-s par un EMS, il est juste et légal que l'EMS demeure le fournisseur habilité à facturer les prestations.	Curaviva.ch
Keine Bemerkungen.	FMH
<b>Art. 35 Abs. 2 Bst. d<sup>bis</sup> Zustimmung</b>	H+
<b>Zu Art. 35 Abs. 2 Bst d(bis)</b> Diese Ergänzung ist logisch und notwendig sobald es Leistungen gibt, die eigenständig zu Lasten der OKP durch Pflegefachpersonen erbracht werden sollen.	pharmaSuisse
<b>Art. 35, al. 2, let. dbis</b> D'un point de vue systématique, la LAMal désigne d'une part (au 3e chapitre, dont les articles susmentionnés font partie) les prestations dont les frais sont pris en charge par l'assurance obligatoire de soins, d'autre part (au 4e chapitre), elle détermine qui est autorisé à fournir ces prestations. L'art. 35, al. 2, let. e («Personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical [...]») reste applicable aux infirmières et infirmiers, lorsque ceux-ci fournissent des soins appartenant au domaine médico-délégué des soins (c.-à-d. mesures diagnostiques ou thérapeutiques, respectivement, dans la terminologie de l'OPAS, examens et traitements). La nouvelle let. dbis, en revanche, intègre explicitement les infirmières et infirmiers comme fournisseurs de prestations attribuables au domaine des soins dispensés sous leur propre responsabilité. La subordination intégrale des infirmières et infirmiers sous la lett. e constitue la pierre d'achoppement que l'initiative vise à éliminer. Au plan du droit professionnel, le secteur des soins infirmiers n'est depuis longtemps plus une profession auxiliaire du médecin; il est par conséquent inadmissible et choquant de continuer à lui imposer ce corset via le financement des soins. La question de savoir à quelles conditions les infirmières et infirmiers sont autorisés à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie est réglée par le Conseil fédéral au moyen d'une ordonnance. En vertu du droit en vigueur (art. 49 OAMal), il s'agit d'un diplôme en soins infirmiers et de deux ans d'expérience professionnelle. L'ASI ne voit pas de raison de modifier cette réglementation éprouvée (étant précisé que la terminologie devrait être adaptée à la systématique de formation en vigueur: la formation en soins infirmiers, située à présent au niveau tertiaire, est réalisée dans une école supérieure ou une haute école spécialisée, et conclue par un diplôme, respectivement un titre de bachelor). L'ASI soutient la formulation de cette disposition sans aucune réserve.	ASI/SBK
<b>Art. 35 Abs. 2 Bst. dbis</b>	SVDE/ASDD

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Art. 35 Abs. 2 Bst. e („Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen [...]“) bleibt auf die Pflegefachpersonen anwendbar, sofern sie Pflegeleistungen erbringen, die zum ärztlich-delegierten Bereich der Pflege gehören (d.h. diagnostische oder therapeutische Massnahmen, bzw., in der Terminologie der KLV, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung).  Der neue Bst. dbis hingegen nimmt die Pflegefachpersonen explizit als Erbringer jener Pflegeleistungen auf, die dem eigenverantwortlichen Bereich der Pflege zuzuordnen sind.  <i>Der SVDE unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.</i></p>	
<p>Vorbehaltlose Zustimmung</p>	<p>SVPL</p>
<p>Gemäss den obigen Ausführungen unterstützt senesuisse die Aufnahme der Pflegefachpersonen als abrechnungsberechtigte Leistungserbringer. Dies entspricht weitgehend der heute schon gelebten alltäglichen Pfl egetätigkeit und Verantwortung. Dabei ist auch zu begrüssen, dass bei einer Tätigkeit in Institutionen weiterhin der Betrieb zur Abrechnung befugt ist und nicht die Pflegefachpersonen selber.  Der Verband senesuisse unterstützt den unterbreiteten Vorschlag.</p>	<p>senesuisse</p>
<p>Wir unterstützen die Formulierung dieser Bestimmung.</p>	<p>Spitex Schweiz</p>
<p>Wir [...] befürworten die [...]Aufnahme und Anerkennung von Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG.</p>	<p>KPP</p>
<p><b>Art. 35 Abs. 2 Bst. d<sup>bis</sup></b>  Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK.  <i>Der VFP unterstützt die Abfassung dieser Bestimmung vorbehaltlos.</i></p>	<p>VFP</p>
<p>Das USZ unterstützt die Formulierung ohne Vorbehalt.</p>	<p>USZ</p>
<p><b>Art. 35 Abs. 2 Bst. d<sup>bis</sup></b>  Der VAPP unterstützt die Formulierung dieser Bestimmung ohne jeden Vorbehalt.</p>	<p>VAPP</p>
<p><b>Art. 35 Abs.2 Bst. d<sup>bis</sup></b> Vorbehaltlose Zustimmung</p>	<p>CH-IGWS</p>
<p><b>Ad art. 35 cpv. 2 lett. d bis (fornitori di prestazioni – Principio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questo articolo elenca i fornitori di prestazioni che sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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".</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>omct</p>
<p>Art. 35 Abs. 2 Bst d<sup>bis</sup>  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.</p>	<p>medswiss.net</p>

Artikel 40a KVG

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Minderheitsantrag wird nicht unterstützt. Die Zulassung sollte nicht von einem "Zulassungsvertrag mit den Versicherern" abhängen, sondern von der spezifischen Versorgungssituation in einer Region oder von der beruflichen Qualifikation. Zudem ist ein "Zulassungsvertrag von Versicherern" ein im KVG bisher unbekanntes Element. Auch im Sinne einer möglichst pragmatischen Umsetzung der Gesetzesrevision soll kein zusätzlicher Artikel 40a geschaffen werden.	UR
<b>Art. 40a.</b> Le Conseil d'Etat rejette fermement cette proposition de la minorité de la Commission.	VD
<b>- Art. 40 a</b> Nous n'appuyons pas la position de la minorité demandant l'application du principe de la liberté de contracter s'agissant de l'admission du personnel infirmier à pouvoir exercer directement à charge de l'AOS. L'application de ce principe se révélerait problématique pour des patients souvent âgés qui devraient constamment changer d'infirmier-ière en fonction des décisions d'admission prises par les assureurs-maladies, ce qui nuirait à la continuité de leur prise en charge. Le Conseil d'Etat est plutôt favorable à l'outil proposé à l'art. 55a de son projet;	NE
Par contre, il rejette catégoriquement la minorité Bortoluzzi, de Courten et Parmelin, qui souhaite introduire la liberté de contracter dans notre système de santé par la petite porte en ajoutant au projet l'article 40a. Premièrement, nous tenons à rappeler le caractère hautement controversé d'une telle mesure sur le plan politique, car elle induit de facto une restriction de la liberté de choix du fournisseur de prestations. La restriction d'une telle liberté fut – pour rappel – l'une des raisons principales du rejet populaire massif du projet « Managed Care » en 2012. Deuxièmement, appliquer le principe de la liberté de contracter aux infirmières et aux infirmiers prêterait gravement les objectifs de la révision, voire même sa réussite. En effet, l'activité du personnel infirmier dépendrait de la bonne volonté des caisses-maladie si bien que l'on ne parviendrait pas à renforcer leur autonomie. Enfin, le PS estime qu'une telle disposition pourrait engendrer des surcoûts administratifs. Ainsi cela pourrait finalement conduire à une situation où il serait systématiquement nécessaire de vérifier si les prestations ont été dispensées avec ou sans l'accord d'un médecin avant de pouvoir déterminer le droit du fournisseur de prestations à être remboursé.	PS
Der Minderheitsantrag stellt sich gegen den Kontrahierungszwang, den die Vorlage für die Krankenversicherer impliziert. Mit der vorgeschlagenen Vertragsfreiheit bei den Pflegenden würde tatsächlich das Kostenproblem entschärft. Die Krankenversicherer hätten mit der Vertragsfreiheit ein gutes Instrument, die Wirtschaftlichkeit der Pflegenden zu prüfen. Die Fragmentierung der Versorgung bliebe hingegen bestehen. Bei den alternativen (und koordinierten) Versicherungsmodellen ist es heute schon möglich, Pflegeleistungen als Teil der Versorgung miteinzubeziehen. Aus diesen Gründen schlägt economiesuisse vor, auch den Minderheitsantrag abzulehnen und auf die Vorlage vollständig zu verzichten.	economiesuisse
Den Minderheitsantrag zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs lehnen wir entschieden ab.	SGB/USS
Art. 40a : L'ACSI soutient la majorité qui veut laisser au Conseil fédéral et aux cantons la compétence de gérer l'offre. Nous sommes opposés au projet de la minorité du Parlement qui veut la liberté de contracter pour les assureurs concernant le remboursement des prestations effectuées par les infirmiers (ères) indépendants et à leur propre compte sans prescription médicale.	acsi
Art. 40a : La FRC soutient la majorité qui veut laisser au Conseil fédéral et aux cantons la compétence de gérer l'offre. Nous sommes opposés au projet de la minorité du Parlement qui veut introduire la liberté de contracter pour les assureurs concernant le remboursement des prestations effectuées par les infirmiers (ères) indépendants et à leur propre compte	frc

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
sans prescription médicale.	
Art. 40a : La SKS soutient la majorité qui veut laisser au Conseil fédéral et aux cantons la compétence de gérer l'offre. Nous sommes opposés au projet de la minorité du Parlement qui veut introduire la liberté de contracter pour les assureurs concernant le remboursement des prestations effectuées par les infirmiers (ères) indépendants et à leur propre compte sans prescription médicale.	sks
<b>Art. 40a</b> Wir lehnen den Minderheitsantrag ab, da es in keiner Weise akzeptabel ist, dass einzig für die selbständigen Pflegefachpersonen der Kontrahierungszwang nicht gelten soll. Wir fordern hingegen, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Zulassung der selbständigen Pflegefachpersonen in dem Ausmass zu regeln wie dies bereits für die Bewilligungen der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (inkl. Kontrahierungszwang für alle Organisationen) gilt. Gemäss Art. 38 KVG hat der Bundesrat dies ergänzend zu Art. 51 in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu definieren.	ASPS
<b>Art. 40a</b> Eine Minderheit schlägt eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs für Pflegefachpersonen vor mit dem Risiko, dass als Konsequenz Leistungen, die der Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen unterliegen, nicht mehr von den Krankenkassen vergütet werden müssten, wohingegen dies für ärztlich delegierte Leistungen zwangsläufig der Fall wäre. Es ist schwer zu begreifen, welchen Zweck die Minderheit hiermit verfolgt, da die Anwendung dieser Bestimmung schwierig und für die Patienten unverständlich wäre und die eigentlichen Ziele des Gesetzes damit zunichte gemacht würden. Ausser der Tatsache, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Pflegeleistungen nicht mehr obligatorisch vom KVG vergütet werden, halten wir diesen Vorschlag für einen unangemessenen Angriff auf das Grundprinzip des Kontrahierungszwangs, das der Bevölkerung wichtig und erwünscht ist. <b>CURACASA lehnt diesen Vorschlag ab.</b>	curacasa
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. EArt. 40a KVG ist somit zu streichen und dem Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten, Parmelin ist nicht Folge zu leisten.	FMH
<b>Art. 40a Abs. 1 und 2 (gemäss Minderheit)</b> Streichen	H+
Weisen den Minderheitsantrag 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	KKA
<u>Zum Antrag der Minderheit. Schaffung eines Art. 40a (neu)</u> pharmaSuisse lehnt die Einführung der Vertragsfreiheit generell ab. Dagegen schlagen wir vor, zu prüfen, ob es nicht sinnvoll und konsequent wäre, in einem Art. 40a(neu) festzulegen, unter welchen Bedingungen eine Pflegefachperson als Leistungserbringer anerkannt wird.	pharmaSuisse
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 einer Delegationsnorm müssten mehr Voraussetzungen als diejenigen von Abs. 2 erwähnt werden, namentlich die Frage der Berufsausübungsbeurteilung, 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 der Rechtssicherheit müsste auch dieser Grundsatz im formellen Gesetz Einzug finden.	SBV/ASMI

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<b>Art. 40a</b> Une minorité de la commission ne veut pas compter les infirmières et infirmiers, dans la mesure où ils ne sont pas actifs dans le domaine médico-délégué, parmi les fournisseurs de prestations exerçant leur activité à la charge de l'assurance-maladie, énumérés à l'art. 35, mais leur consacrer une disposition propre, l'article 40a, ce qui s'explique par le fait que pour eux – en tant que seuls fournisseurs de prestations – l'obligation de contracter ne s'appliquerait pas. Les soins qui seraient dispensés par les infirmières et infirmiers remplissant les conditions de la LAMal ne devraient ainsi plus être remboursés, ou alors seulement en présence d'un contrat d'admission entre le fournisseur de prestations et la caisse-maladie. Nous ne pouvons nous défendre de l'impression que l'adaptation de la loi est utilisée par la minorité de la commission comme une occasion d'introduire, par la porte arrière, ou par échelons, la suppression de l'obligation de contracter, jusque-là politiquement dénuée de chances, en l'appliquant à une profession dont les prestations (et le poids politique) ne pèsent pas lourd dans la balance. Compte tenu du volume de prestations concerné, comparativement négligeable, une mesure aussi grave ne revêt pas de nécessité objective. L'ASI s'oppose catégoriquement à la proposition de la minorité.	ASI/SBK
<b>Art.40a</b> La SSG s'oppose catégoriquement à la proposition de la minorité qui vise à refuser aux infirmiers de figurer parmi les prestataires à la charge de l'assurance maladie ou alors seulement en présence d'un contrat d'admission entre la caisse maladie et le fournisseur de prestations. Comme le souligne l'ASI dans sa position à l'égard de cette initiative, on peut craindre par là une limitation à l'obligation de contracter.	SSG
<b>Art. 40a</b> Eine Kommissionsminderheit will die Pflegefachpersonen, soweit sie nicht im ärztlichdelegierten Bereich tätig sind, nicht zu den zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung tätigen, in Art. 35 aufgezählten Leistungserbringern zählen, sondern ihnen einen eigenen Artikel 40a widmen. In diesem Fall würde für sie – als einzige Leistungserbringer – der Kontrahierungszwang nicht gelten. Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht würden, welche die Voraussetzungen des KVG erfüllen, müssten somit nicht mehr bzw. nur bei Bestehen eines Zulassungsvertrages zwischen der Leistungserbringerin und der jeweiligen Krankenkasse vergütet werden. Der SVDE spricht sich klar dagegen aus, auf diesem Weg sozusagen durch die Hintertür den Kontrahierungszwang für einen einzelnen Leistungserbringer abzuschaffen. <i>Der SVDE lehnt diesen Minderheitsantrag kategorisch ab.</i>	SVDE/ASDD
<b>Dezidierte Ablehnung des Minderheitsantrages</b>	SVPL
Eine Kommissionsminderheit will die Pflegefachpersonen nur dann zur selbständigen Tätigkeit mit Rechnungsstellung an die Krankenversicherer zulassen, wenn sie über einen Vertrag mit den Versicherern verfügen. Dadurch würde für sie – als einzige der nach KVG zugelassenen Leistungserbringer – der Kontrahierungszwang nicht gelten. Offensichtlich soll damit die bisher politisch stets chancenlose Aufhebung des Kontrahierungszwangs durch die Hintertür bzw. in Raten eingeführt werden. Dem widersetzt sich senesuisse und weist darauf hin, dass es sich um notwendige Pflegeleistungen handelt, welche entsprechend von der OKP auch zwingend zu vergüten sind. Ein derart schwerwiegender Eingriff in die Prinzipien des KVG lässt sich nicht rechtfertigen, zumal mit den Änderungen nicht einmal eine marginale Mengenausweitung droht. Der Verband senesuisse lehnt den Minderheitsvorschlag klar ab.	senesuisse
Wir lehnen diesen Minderheitenantrag ab. Es ist stossend, dass einzig für die Pflegefachpersonen der Kontrahierungszwang nicht gelten soll. Wir unterstützen aber, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Zulassung der Pflegefachpersonen wie auch der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause regeln. Dies hat der Bundesrat nach Art. 38 KVG in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu definieren. Sollte die SGK-NR am Art. 40a wie vorgeschlagen festhalten, müsste sichergestellt werden, dass Spitex-Organisationen, welche die Versorgungspflicht erfüllen, nicht unter die Aufhebung des Kontrahierungszwangs fallen.	Spitex Schweiz
Nachdem wir uns in den letzten Jahren aus ordnungspolitischen und sozialversiche-	VLSS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>rungsrechtlichen 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. EArt. 40a KVG ist demzufolge zu streichen und dem Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten und Parmelin kann nicht gefolgt werden.</p>	
<p>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.</p>	VSAO
<p><b>curafutura unterstützt den Minderheitsantrag zu Art. 40a</b>  Wie bereits erwähnt, unterstützt curafutura den Antrag der Minderheit. Der Begriff «Zulassungsvertrag» erscheint uns jedoch problematisch. Dieser Begriff suggeriert, dass die Versicherer die Zulassung von OKP Leistungserbringern aussprechen. Das ist jedoch nicht der Fall. Wir schlagen deshalb vor, den Begriff «Leistungsvertrag» anzuwenden.</p>	curafutura
<p>Insofern und mit Blick auf die Kernaufgabe der Krankenversicherer stehen wir der parlamentarischen Initiative eher kritisch gegenüber und unterstützen primär die beiden Minderheitsanträge Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz, welche sich für die Beibehaltung der Kompetenz bei Akut- und Übergangspflege beim Arzt aussprechen, sowie vor allem Bortoluzzi, de Courten, Parmelin, welche für die Einführung der Vertragsfreiheit für diese spezialisierte neue Gruppe der Leistungserbringer votieren (vgl. dazu Ziff. 3.2, S. 18 des Kommissionsberichts).</p>	santésuisse
<p>Die Stiftung SPO Patientenschutz lehnt den Antrag der Minderheit Bortoluzzi ab.  Begründung:  Pfleger sollen gleich behandelt werden wie die Ärzte. Es darf nicht sein, dass die Pflegenden mit den Krankenversicherungen einzelne Verträge abschliessen müssen, um eigenständig arbeiten zu können. Wir können uns aber einen Erfahrungsnachweis (z.B. drei Jahre) in einer Schweizerischen Institution vorstellen, bevor die Pflegenden die Berechtigung erhalten selbständig abzurechnen. So könnten wir auch verhindern, dass Spitex-Organisationen entstehen, die nur mit ausländischem Personal arbeiten, die unsere Kultur und Bedürfnisse nicht kennen.</p>	SPO
<p>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. EArt. 40a KVG ist demzufolge zu streichen und dem Minderheitsantrag Bortoluzzi, de Courten und Parmelin kann nicht gefolgt werden.</p>	BEKAG
<p>Die Minderheitsanträge [...] werden von der KPP nicht unterstützt und in der vorliegenden Form abgelehnt.</p>	KPP
<p>Eine Kommissionsminderheit verlangt, dass die Pflegefachpersonen, soweit sie nicht im ärztlich-delegierten Bereich tätig sind, nicht zu den in Art. 35 aufgezählten Leistungserbringern zählen, sondern ihnen einem eigenen Artikel 40a zu regeln sind. Damit wird versucht den bestehenden Kontrahierungszwang aufzuweichen. Wir lehnen diese Einschränkung klar ab, denn es kann nicht sein, dass der Kontrahierungszwang ausge-rechnet für die Pflegenden aufgehoben werden soll. Dieses Ansinnen ist umso unverständlicher, berücksichtigt man den zu erwartenden steigenden Pflegebedarf im Gegensatz zum wachsenden Pflegenotstand. Die Zulassung für diplomierte Pflegefachpersonen als Leistungserbringer ist bereits heute klar geregelt und es ist unabdingbar, dass alle Pflegefachpersonen welche die Voraussetzungen des KVG erfüllen und über die Zulassung der Kantone verfügen auch als Leistungserbringer anerkannt werden müssen. Der SSR lehnt daher den Minderheitsantrag klar ab.</p>	SSR
<p><b>Art. 40a</b></p>	VFP

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK. <i>Der VFP lehnt den Minderheitsantrag ab</i>	
<b>Art. 40a</b> Die KLS lehnt den Minderheitsantrag ab.	KLS
Art. 40 ist zu streichen. Das USZ lehnt generell eine. Zulassungssteuerung der Leistungserbringer ab.	USZ
<b>Art. 40a</b> Der VAPP lehnt den Minderheitsantrag kategorisch ab.	VAPP
<b>Art. 40a</b> Kategorische Ablehnung des Minderheitsantrags: Eine Minderheit der Kommission will, dass Pflegefachpersonen, die auf eigene Rechnung tätig sind, keinen Anspruch auf Abgeltung ihrer Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung haben. Dies lehnen wir kategorisch ab. Pflegende mit gleichwertiger Ausbildung sollen gleich behandelt werden.	CH-IGWS
<b>L'ASPI s'exprime contre l'art. 40a</b> La Commission craint que le volume des prestations de soins infirmiers n'augmente fortement et souhaite accorder au Conseil Fédéral une possibilité d'y mettre un frein en prévoyant une clause du besoin pour l'admission des infirmiers à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'ASPI ne dispose pas d'une connaissance suffisante du domaine des soins infirmiers pour se déterminer sur ce point.	aspi
<b>Ad art. 40a</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una minoranza (Botoluzzi, de Courten, Parmelin) vorrebbe inserire <b>la libertà di contrarre</b> per gli infermieri esercenti in nome e per conto proprio senza prescrizione medica.</li> <li>• Questo sistema sottopone all'esistenza di un contratto con uno o più assicurazioni il diritto di fatturare a carico della LAMal.</li> <li>• Secondo l'OMCT, come per i medici, anche per gli infermieri <b>deve prevalere la libera scelta da parte dei pazienti</b>, i soli a dover stabilire se dare fiducia a un determinato professionista.</li> <li>• Questa facoltà non deve essere appannaggio delle assicurazioni malattie. Ragione per cui <b>l'OMCT respinge</b> la proposta della minoranza invitando a preferire un regime basato sull'obbligo di contrarre.</li> </ul>	omct
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.	medswiss.net

*Artikel 55a Absatz 1 Buchstabe c und d sowie Absatz 2 und 4 KVG*

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Zulassungsstopp für Pflegefachleute Um die erwartete Mengenausweitung und Kostensteigerung unter Kontrolle zu halten, sieht der Gesetzesentwurf vor, dem Bundesrat bzw. den Kantonen in Art. 55a KVG die Kompetenz einzuräumen, die Zulassung von Pflegefachpersonen von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Die Möglichkeit der Einführung eines Zulassungsstopps ist vor dem Hintergrund des erläuternden Berichts, wonach der Pflegeberuf attraktiv gehalten werden muss, schwer verständlich. Im Übrigen hat sich bereits beim Arztstopp gezeigt, dass solche dirigistische staatliche Regulierungen in ihrem Nutzen fraglich und jedenfalls mit einem liberalen Arbeitsmarktverständnis schwer vereinbar sind. Sie führen zu einem unverhältnis-	ZG



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>massigen administrativen Aufwand und es werden nicht zuletzt Ungerechtigkeiten innerhalb einer Berufsgruppe geschaffen (Stichwort: Handel mit KVG-Zulassungen bei einer Kontingentierung).</p> <p>Ausserdem ist aus Sicht des Kantons schwer vorstellbar, wie eine solche Bedürfnisanalyse und die Durchsetzung eines Zulassungsstopps angesichts der vielfältigen Arbeitssituationen tatsächlich umgesetzt werden soll (Beispiel: Aufsplitterung von Kontingenten bei [wechselnder] Teilzeittätigkeit).</p>	
<p>Appenzell Ausserrhoden hat sich wiederholt gegen eine staatlich gesteuerte Zulassungsbeschränkung bei Gesundheitsfachpersonen ausgesprochen. Aus diesem Grund wird Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4 im Entwurf klar abgelehnt.</p>	AR
<p>Art. 55a Abs. 1 Bst. C und d sowie Abs. 2 und 4</p> <p>Eine bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkung der Pflegefachpersonen ist nicht praktikabel. Vorliegende Initiative soll einem Pflegekräftemangel gerade entgegenwirken. Der Sinn zur Einführung einer bedürfnisabhängigen Zulassung ist nicht ersichtlich. Der Antrag wird abgelehnt; die Bestimmung sollte ersatzlos gestrichen werden.</p>	SO
<p><b>Artikel 55a Abs. 1 Bst. c und d</b></p> <p>Wir lehnen die Zulassungsbeschränkung für Pflegefachpersonen aus den oben dargelegten Gründen ab.</p>	TG
<p><b>Art. 55a cpv. 1 lett. c e d nonché cpv. 2 e 4</b></p> <p>È vero che la possibilità prevista da questo articolo di estendere il regime di moratoria per l'esercizio a carico della LAMal anche agli infermieri a livello generale e sul piano nazionale può apparire inutile ed in contraddizione con la situazione di fatto caratterizzata piuttosto da una carenza di personale sanitario. Come affermato nel paragrafo finale delle considerazioni generali, nutriamo tuttavia la preoccupazione che in Ticino si possa assistere ad un afflusso eccessivo di infermieri indipendenti provenienti da oltre confine. Concordiamo quindi appieno sulla necessità di assicurare ai Cantoni adeguati strumenti di pilotaggio con una soluzione federalista che permetta di tener conto delle singole specificità cantonali.</p>	TI
<p><b>Art. 55a, al.1, let. c et d, et al. 2 et 4</b></p> <p>Le Conseil d'Etat est favorable au principe d'une soumission du personnel infirmier à un dispositif de régulation, en parallèle avec la revalorisation proposée, et soutient dès lors la proposition de la Commission dans ce sens. Il relève que pour que cette mesure soit efficace, l'article 55a LAMai devrait être pérennisé, ce qui n'est pas le cas actuellement, sa validité étant en l'état limitée au 30 juin 2016.</p>	VD
<p>Expérience faite, les statistiques ont démontré que l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations conduit à une augmentation des prestations. Considérant cela, il est impératif que le texte législatif propose des outils susceptibles de mettre un frein au volume des prestations par limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (v. art. 55a al. 1, let. cet d, et al. 2 et 4 de l'avant-projet).</p>	VS
<p><b>- Art. 55a</b></p> <p>Nous saluons la proposition de modification de l'art. 55a LAMai consistant à donner la faculté aux cantons d'étendre le régime de la clause du besoin aux infirmier-ière-s. Il nous paraît que cela constitue un garde-fou permettant de répondre à la crainte exprimée par certains - pas tout à fait infondée au regard de la situation connue dans le canton de Neuchâtel depuis quelques années déjà, même dans le cadre légal actuel -, de voir avec l'avant-projet une augmentation importante du nombre de ces professionnels désirant s'installer et exercer à titre indépendant et à leur propre compte et pratiquer à charge de l'AOS ainsi que du volume de prestations fournies, avec les incidences financières qui en découlent.</p> <p>Il convient toutefois d'émettre deux réserves:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. comme l'expérience le démontre avec les médecins, l'application d'une clause du besoin n'est pas chose aisée pour les cantons. Il est souvent difficile de démontrer le besoin (demande) ainsi que de connaître l'activité réelle des prestataires (offre) et donc de prendre des décisions en toute connaissance de cause, notamment conduisant au non-octroi d'une autorisation de pratiquer à charge de l'AOS qui ne soit pas attaquant,</li> <li>2. l'application d'une clause du besoin est une activité consommatrice en temps, en ressources humaines et financières dont les cantons manquent souvent déjà. Il s'agira</li> </ol>	NE

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
d'évaluer si et dans quelle mesure il y a une vraie valeur ajoutée à introduire un tel régime.	
<p>· Art. 55a :</p> <p>Bien que le PS eût souhaité – de manière générale – une solution plus satisfaisante en ce qui concerne le pilotage dans le domaine ambulatoire que l'automatisme suggéré à l'alinéa 2 (solution qui a été définitivement adoptée par la commission en ce qui concerne les médecins), il approuve la modification de cet article afin que le Conseil fédéral puisse restreindre l'admission des infirmières et des infirmiers si nécessaire. Néanmoins il ne faut pas qu'un tel article contrevienne à l'un des objectifs majeurs de l'initiative parlementaire, à savoir la réduction de la pénurie du personnel soignant et la garantie d'un approvisionnement en soins de qualité.</p>	PS
<p>Diesbezüglich stellen wir eine Diskrepanz fest zwischen dem Gesetzestext in Art. 55a Abs. 1 und den dazugehörigen Erläuterungen. Während aus dem Gesetzestext zumindest in der deutschen Fassung hervorgeht, dass der Bundesrat eine Kontingentierung verordnen kann, sprechen die Erläuterungen von einer kantonalen Kompetenz. Aus Sicht der SAB kann eine Steuerung der Zulassung auf kantonaler Ebene Sinn machen. Das ist auch kongruent mit unserer Forderung, dass auf kantonaler Stufe eine Strategie für die medizinische Grundversorgung erstellt werden muss. Ablehnen müssen wir hingegen eine Zulassungsbeschränkung auf nationaler Ebene durch den Bundesrat.</p>	SAB
<p>Art. 55 a :</p> <p>Fait appel à la future réglementation sur le pilotage du domaine ambulatoire par les cantons et la future réglementation sur la qualité des soins : les cantons devront en effet s'appuyer sur des critères de qualité.</p>	acsi
<p>Art. 55 a :</p> <p>Fait appel à la future réglementation sur le pilotage du domaine ambulatoire par les cantons et la future réglementation sur la qualité des soins : les cantons devront en effet s'appuyer sur des critères de qualité.</p>	frc
<p>Art. 55 a :</p> <p>Fait appel à la future réglementation sur le pilotage du domaine ambulatoire par les cantons et la future réglementation sur la qualité des soins : les cantons devront en effet s'appuyer sur des critères de qualité.</p>	sks
<p><b>Art. 55a</b></p> <p>Wir erachten die vorgeschlagene Lösung als zwar folgerichtig, sprechen uns jedoch dezidiert gegen die Einführung einer Steuerung auf kantonaler Ebene „über die Hintertür“ aus, da diese im Gesetz für die Spitex sinnvollerweise und im Gegensatz zu den Spitälern und Pflegeheimen nicht vorgesehen ist. Die damit verbundenen planwirtschaftlichen Vorgaben und Auflagen lassen kantonale Beschränkungen erwarten, die privatwirtschaftliche Initiativen und Angebote zur Sicherstellung der künftigen Versorgung der Bevölkerung be- und verhindern. Wir sehen bei der allfälligen Umsetzung der Steuerungsklauseln in den Kantonen eine Zunahme der Regulierungen, vor allem zulasten der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Pflegefachpersonen beschäftigen. Erfahrungsgemäss verteuern Auflagen die Leistung, orientieren sich in den Kantonen häufig an den öffentlich-gemeinnützigen, subventionierten Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und behindern damit die privaten, nicht-subventionierten Spitex-Betriebe. Weiter wird auf diese Weise einer künstlichen Verknappung der zugelassenen Pflegefachleute – trotz Personalmangel in der Pflege – Vorschub geleistet, was zu höheren Lohnkosten und damit zu einer gesamthaft teureren ambulanten Leistung und Verteuerung der Gesundheitskosten führt. Unserer Ansicht nach besteht weiter die Gefahr, dass die heutige Regelung mit Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe (AKP, HF, FH), die die Pflegeleistungen definieren (Bedarfsabklärung und Beratung), durch eine ersetzt wird, die aus „qualitativen Gründen“ ausschliesslich Abschlüsse auf FH-Niveau fordert, wobei die entsprechenden Personalkapazitäten auf dem Markt heute nicht zu finden sind und in naher Zukunft kaum zu finden sein werden. Daher fordern wir hier eine pragmatische, auf dem bisherigen Status quo basierende Lösung, die bei allen Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Zulassung der dort beschäftigten Pflegefachpersonen im Rahmen der kantonalen Bewilligung</p>	ASPS

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
vorsieht. Wir fordern daher folgende Präzisierung von Art. 55a Abs. 1 Bst. d: <i>„... in einer kantonal bewilligten Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach Art. 35 ... ausüben, erhalten die Zulassung im Rahmen der kantonalen Betriebsbewilligung ihrer Organisation.“</i>	
<b>Art. 55a</b> Die Bedürfnisklausel wird hier auf Pflegefachpersonen ausgeweitet und zwar unabhängig davon, ob diese ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben. Die Formulierung ist unklar. Wir verstehen nicht, inwiefern sich Abs. d von Abs. c unterscheidet. Es ist damit zu rechnen, dass ambulante Pflegeleistungen aufgrund der nachgewiesenen Überalterung der Bevölkerung und des immer weiter um sich greifenden Grundsatzes „ambulant vor stationär“ künftig zunehmen werden. Die öffentliche Hand steht vor der Herausforderung, auf den Anstieg dieser Pflegebedürfnisse einerseits und den angekündigten Mangel an Pflegefachpersonen andererseits einzugehen. Folglich muss die öffentliche Hand eine wachsende Anzahl von neuen Pflegepersonen fördern, anstatt es einzuschränken. Da dies zwangsläufig auch für die Kantone gilt, ist es nicht wünschenswert, ihnen die Möglichkeit zu lassen, sparpolitische Massnahmen zu ergreifen. Bei der Umsetzung der Pflegefinanzierung zeichnen sich Unterschiede zwischen den Kantonen ab. In manchen Kantonen erfolgt die Anwendung von Art. 25a zulasten der freiberuflichen Pflegefachpersonen und zugunsten der öffentlichen Spitex Organisationen. Vor diesem Hintergrund befürchten wir eine willkürliche Anwendung der Bedürfnisklausel durch die Kantone. Angesichts des oben Genannten spricht sich CURACASA gegen die Einführung der Bedürfnisklausel für Pflegefachpersonen aus. Sollte jedoch an dieser Bestimmung festgehalten werden, schlagen wir die Einführung einer ähnlichen Ausnahmeregelung vor wie für Ärzte in Abs. 2. So könnte dafür gesorgt werden, dass die Ziele der Aufwertung des Berufsstandes gewahrt bleiben, Entwicklungsperspektiven für Pflegefachpersonen geboten werden, Pflegefachpersonen im Erwerbsleben verbleiben und auf den durch natürliche Abgänge von Pflegefachpersonen entstehenden Ersatzbedarf eingegangen werden kann - und zwar zugunsten eines Zulassungsvertrages, bei dem die Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird. Diese Ausnahmeregelung darf den Kantonen nicht die Möglichkeit geben, die Zulassungsbedingungen wie in Abs. 4 für Ärzte vorgesehen zu beschränken. Damit soll vermieden werden, dass die Kantone exzessive Bedingungen einführen, um den Zugang zur Finanzierung der von unabhängigen Pflegefachfrauen erbrachten Leistungen willkürlich zu beschränken, wie dies bei der Anwendung der neuen Regelung zur Finanzierung der Pflegeleistungen festzustellen ist. <b>CURACASA spricht sich gegen der Änderung dieses Artikels aus. Subsidiär schlagen wir vor, Pflegefachpersonen gemäss den Kriterien von Abs. 2 vom Bedürfnisnachweis zu befreien, ohne Anpassung von Abs. 4.</b>	curacasa
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.	FMH
<b>Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4</b> 1 Bst. c und d: streichen H+ lehnt generell eine Zulassungssteuerung der Leistungserbringer ab. Sollte diese für die Ärztinnen und Ärzte nach Art. 36, 36a und 39 fortbestehen, dann dürfen aus Gründen der Gleichbehandlung höchstens auch die von Pflegefachpersonen auf Anordnung einer Pflegefachperson erbrachten Leistungen unterworfen sein. Ansonsten entstehen eine massive Ausweitung der Zulassungssteuerung und eine Ungleichbehandlung der Pflege gegenüber allen anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen.	H+
Art. 55a Abs.1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4 Eine Zulassungssteuerung lehnen wir ab. Wir gehen davon aus, dass die Spitäler und auch die Pflegeheime weiterhin abrechnungstechnische Leistungserbringer bleiben und damit die Kontrolle über die neu selbstständig von Pflegefachpersonen erbrachten Leis-	K3

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
tungen behalten werden. Eine Steuerung des spitalambulanten Bereichs haben wir übrigens bereits in den früheren Vernehmlassungen abgelehnt.	
<b>Zu Art. 55a</b> Wir gehen davon aus, dass die Idee eines Zulassungsstopps für Pflegefachpersonen ausschliesslich die freiberuflich tätigen betreffen soll. Zudem erlauben wir uns folgende allgemeine kritische Haltung: Wenn ein Zulassungsstopp geeignet wäre, um die Kantone zu befähigen, eine Mengenausweitung der erbrachten Leistungen zu verhindern und eine flächendeckende Versorgung zu steuern, dann sollte der Zulassungsstopp für sämtliche freiberuflich tätigen Leistungserbringer gelten.	pharmaSuisse
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 ermöglicht 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.	SBV/ASMI
<b>Art. 55a</b> Cette disposition étend de façon explicite et complète le gel des admissions (respectivement l'admission selon les besoins), jusqu'ici limité aux médecins, aux infirmières et infirmiers, et cela indépendamment du fait «qu'ils exercent leur activité de façon autonome ou dépendante». La formulation est déjà difficilement compréhensible du point de vue grammatical, d'autant plus que l'on ne sait pas dans quelle mesure l'al. 1 let. d va plus loin que la let. c. (la question est donc de savoir si les infirmières et infirmiers qui «exercent leur activité de façon dépendante au sens de la let. c n'incluent pas déjà les «infirmières et infirmiers qui exercent une activité dans une organisation au sens de l'art. 35, al. 2, let. dbis, ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39»). Quoi qu'il en soit, cette disposition est diamétralement contraire à l'une des intentions déclarées de l'initiative, à savoir atténuer la pénurie de personnel dans le secteur des soins infirmiers. En ce qui a trait à une offre sanitaire adéquate au présent et à l'avenir, les plus grands soucis découlent non pas d'un excédent, mais d'un manque de soins infirmiers et de personnel infirmier. Les données épidémiologiques et démographiques sont suffisamment connues, et ne doivent certainement pas être répétées ici: il suffit de rappeler qu'une pénurie aiguë de soins infirmiers est imminente. Compte tenu de la part jusqu'à présent importante et tendant à augmenter de main-d'oeuvre étrangère dans le secteur des soins infirmiers, il est probable que l'admission de l'initiative contre l'immigration de masse ait encore aggravé la problématique (mot-clé «pénurie de personnel qualifié»). Les milieux politiques s'efforcent aux niveaux les plus divers de rendre la profession infirmière plus attrayante, afin que davantage de jeunes optent pour elle et que plus de professionnels l'exercent plus longtemps. Dans ce contexte, l'idée d'un excédent d'offre justifiant un gel des admissions s'avère être une aberration. Il convient toutefois de mentionner à ce stade qu'un accroissement tout à fait plausible de la demande de soins ambulatoires ne sera pas dû à une augmentation préalable de l'offre de soins infirmiers, mais au fait que les soins infirmiers du futur vont se déplacer progressivement de l'hôpital au domaine ambulatoire. Il serait catastrophique de donner aux cantons la possibilité, dans le cadre d'une politique d'austérité, de contrecarrer à la charge des patients et des infirmières et infirmiers la mise en œuvre du principe «l'ambulatoire avant le stationnaire». De plus, les expériences avec la mise en œuvre déficiente du financement des soins font craindre que les cantons abusent du gel des admissions pour faire de la politique structurelle en l'utilisant au détriment des infirmières et infirmiers indépendants et en faveur des organisations de soins à domicile d'utilité publique. En outre, l'al. 2 exonère de la preuve du besoin les médecins ayant exercé au moins trois ans dans un établissement de formation reconnu en Suisse. Si, contrairement à notre proposition, la preuve du besoin devait être maintenue pour les infirmières et infirmiers, nous demandons une réglementation d'exception correspondante également pour notre profession. L'ASI s'exprime résolument contre cette disposition.	ASI/SBK

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Dans l'éventualité d'une proposition subsidiaire, les infirmières et infirmiers devraient être exonérés de la preuve du besoin à des conditions comparables à celles valables pour les médecins.</p>	
<p>Wir sind grundsätzlich gegen eine Aufhebung der Vertragsfreiheit. Deshalb lehnen wir den Minderheitsantrag zu Art. 40a ab.</p>	SCG
<p>Art. 55a  La SSG s'oppose totalement à cette disposition qui souhaite étendre aux infirmiers la limitation de l'admission à pratiquer. Cette proposition est contraire aux intentions même de l'initiative à savoir la lutte contre la pénurie de personnel, l'augmentation de l'attractivité des professions soignantes. Dans le cas où cette réglementation devait néanmoins concerner les infirmiers, l'exception faite pour les médecins ayant exercé au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, devrait s'appliquer à des conditions comparables.</p>	SSG
<p><b>Art. 55a</b>  Diese Bestimmung dehnt den bisher auf Ärzte begrenzten Zulassungsstopp (bzw. deren bedarfsabhängige Zulassung) explizit und umfassend auf Pflegefachpersonen aus, und zwar „unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben“. Im Hinblick auf eine adäquate Gesundheitsversorgung in der Gegenwart und in der Zukunft gibt jedoch nicht ein Zuviel, sondern ein Zuwenig an Pflege und an Pflegefachpersonen Anlass zu grösster Sorge. Die epidemiologischen und demographischen Daten sind hinlänglich bekannt und müssen hier nicht wiederholt werden: es genügt, daran zu erinnern, dass in absehbarer Zukunft ein akuter Versorgungsnotstand droht. Die Politik bemüht sich auf den verschiedensten Ebenen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen, damit mehr Jugendliche sich für ihn entscheiden und mehr Berufsangehörige länger darin verbleiben. In diesem Kontext erscheint die einem Zulassungsstopp zugrunde liegende Vorstellung eines Angebotsüberschusses abwegig.  <i>Der SVDE lehnt diese Bestimmung entschieden ab.</i></p>	SVDE/ASDD
<p>Ablehnung</p>	SVPL
<p>Der Verband senesuisse setzt sich im gesamten Gesundheitswesen für gesunden Wettbewerb ein und kämpft gegen fragwürdige Zulassungsbeschränkungen durch die Kantone. Aus unserer Sicht müsste namentlich auch die Begrenzung der Pflegeplätze für Pflegeheime aufgehoben werden oder zumindest eine deutliche Anhebung der Bettenzahlen erfolgen. Nur so werden verzögerte Heimeintritte mit entsprechender Belastung der Angehörigen und zusätzlichen teuren Spitaltagen oder Transfers vermieden. Das Risiko zusätzlicher Betten trägt der Investor, dessen Bedarfsabklärung die öffentliche Bettenplanung erst noch mindestens gleichwertig ersetzt. Die heutige Beschränkung verhindert einen gesunden Wettbewerb unter den Anbietern und vermindert Anreize zu besserer Qualität und Wirtschaftlichkeit.  Die gleichen Überlegungen gelten auch für die Pflegefachpersonen. Eine – meistens mit sehr aufwändiger Administration verbundene – künstliche Begrenzung der Zulassungen durch die Kantone ist klar abzulehnen. Aus unserer Sicht droht keine unbegründete Mengenausweitung.  Der Verband senesuisse lehnt die Ausweitung des Zulassungsstopps ab.</p>	senesuisse
<p>Wir unterstützen die Bestrebungen, den Kantonen die Kompetenz zu erteilen, den ambulanten Bereich zu steuern. Dies haben wir in unserer Vernehmlassungsantwort zur Teilrevision KVG Steuerung betreffend des ambulanten Bereichs vom 10. Oktober 2014 festgehalten. Bei der ambulanten Pflege ist diese Kompetenz besonders wichtig, weil die Kantone die Restfinanzierung tragen müssen. Wir unterstützen die vorgeschlagenen Änderungen im Artikel 55a.</p>	Spitex Schweiz
<p>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.</p>	VLSS
<p>Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4 lehnen wir ab. Indem die Pflegeberufe</p>	VSAO

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>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).</p>	
<p><b>curafutura lehnt die Änderungen in Art. 55a Abs. 1 ab</b>  Wir lehnen diese Änderung ab und fordern die Streichung der Buchstaben c und d. Die Zulassungsbeschränkung im Pflegebereich ist aus unserer Sicht unnötig und widersinnig. Sie steht im kompletten Widerspruch zu den Zielen dieser Gesetzesrevision. Im Weiteren ist mit Überkapazitäten bei Pflegefachpersonen aufgrund des demografischen Wandels in Zukunft kaum zu rechnen.</p>	curafutura
<p>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.</p>	BEKAG
<p>Mit dieser Bestimmung soll der bisher auf Ärzte begrenzte Zulassungsstopp explizit und umfassend auf Pflegefachpersonen ausgedehnt werden, und zwar „unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig ausüben“. Bekanntlich wollte der Gesetzgeber mit der Massnahme des Zulassungsstopps für die Ärzteschaft ein Angebotsüberschuss im Bereich der Spezialärzte steuern. Den Schluss zu ziehen, dass diese Gesetzesänderung zu einem Angebotsüberschuss an Pflegeleistungen in der ambulanten Pflege führen könnte erachten wir als unwahrscheinlich. Wie wir bereits eingangs erwähnt haben, begründet sich der steigende Pflegebedarf in der demografischen Entwicklung und in der Tatsache, dass die Pflege der Zukunft sich progressiv vom Spital in den ambulanten Bereich und ins Pflegeheim verlagern wird. Es ist für uns nicht nachvollziehbar warum eine solche Bestimmung in Zeiten des Pflegenotstandes und des steigenden Pflegebedarfes der Bevölkerung überhaupt in Erwägung gezogen wird und wir lehnen diese Änderung klar ab.</p>	SSR
<p><b>Art. 55a Abs. 1 Bst. c und d sowie Abs. 2 und 4</b>  Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK. Für den VFP verfolgt die Bestimmung das Ziel, die Zulassung von Pflegefachpersonen von einem Bedürfnisnachweis abhängig zu machen und entsprechend zu reglementieren. Die Erfahrung zeigt, dass gegenwärtig wie zukünftig auf dem Arbeitsmarkt kein Überangebot von Pflegefachpersonen besteht. Vor dem Hintergrund der immer älter werdenden Bevölkerung, der Zunahme chronisch Kranker und dem damit einhergehenden Anstieg der Nachfrage nach pflegerischen Versorgungsleistungen sowie dem prognostizierten Notstand an Gesundheitsfachpersonen - und insbesondere an Pflegefachpersonen - nach Annahme der Masseneinwanderungsinitiative sowie entsprechend den Bestrebungen, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, hält der VFP diesen Artikel und seine Bestimmung für kontraproduktiv und inakzeptabel. Der VFP empfiehlt, den Artikel ersatzlos zu streichen.  <i>Der VFP lehnt diese Bestimmung ab und fordert den Artikel zu streichen</i></p>	VFP
<p>Art. 55 ist zu streichen, da dieser Artikel in diametralem Widerspruch zu der erklärten Absicht der Initiative steht, den Personalnotstand in der Pflege zu lindern. Zudem weisen die epidemiologischen und demographischen Daten auf einen Versorgungsnotstand in der nahen Zukunft hin. Wir schliessen uns der Argumentation von H+ an, dass aus Gründen der Gleichbehandlung höchstens die von den Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachten Leistungen der Zulassungssteuerung unterworfen werden können, wenn die Zulassungssteuerung für die Ärztinnen und Ärzte weiterhin fortbesteht. Im Sinne dieser Gleichbehandlung müssten Pflegefachpersonen wie Ärztinnen und Ärzte in Art. 22a Abs. 2 allerdings auch vom Bedürfnisnachweis ausgenommen werden.</p>	USZ

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
<b>55a</b> Der VAPP spricht sich entschlossen gegen diese Bestimmung aus.	VAPP
<b>Art. 55a</b> Bedingt Zustimmung: Dieser Artikel soll die Kanton ermächtigen, nicht nur die Zulassung der Ärzte und Ärztinnen im ambulanten Bereich zu regulieren, sondern auch des gesamten ambulanten Bereichs. Inwieweit hier der Pflegeberuf betroffen ist, ist für uns nicht ersichtlich. In Anbetracht der zunehmend älter werdenden Bevölkerung, ist damit zu rechnen, dass auch die Pflege dieser Bevölkerungsschicht zunehmen wird. Diese Bestimmung steht im klaren Widerspruch zur Initiative. Die Initiative hat zum Ziel den Pflegeberuf attraktiver zu machen, um den zu erwartenden Pflegenotstand zu minimieren. Wie dies sich mit einer Regulierung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Kantone vereinbaren lässt, ist für uns nicht ersichtlich.	CH-IGWS
<b>En conséquence, l'ASPI réserve son avis concernant la modification de l'article 55a</b> Comme le laisse entendre le rapport de la sous-commission LAMal du CSSS-N, d'autres professions médicales pourraient revendiquer les mêmes exigences que le personnel infirmier. Les physiothérapeutes s'inscrivent également dans une démarche de libération des restrictions à l'accès direct de leurs patients. Ceci est la conséquence de l'autonomie décisionnelle et thérapeutique requise dans le cadre de la formation en Haute École Spécialisée et de la formation continue.	aspi
<b>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)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• L'OMCT <b>condivide</b> 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.</li> </ul>	omct

### Übergangsbestimmung

Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge Observations, critiques, suggestions, propositions Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte	Verfasser Auteurs Autori
Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Übergangsbestimmung, wonach spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Änderungen in einem Bericht die Auswirkungen der Gesetzesrevision, insbesondere auch die wirtschaftlichen, aufzuzeigen sind. Gleichzeitig fordert der Regierungsrat, dass die Bundesbeiträge an die Kantone für die Prämienverbilligung anzupassen sind, sofern die vorgeschlagene KVG-Revision umgesetzt wird und dadurch zusätzliche Gesundheitskosten und damit einhergehend höhere Krankenkassenprämien ausgelöst werden.	SZ
Wir begrüssen den geplanten Bericht, welcher nach Artikel 32 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung erstellt werden und über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung Auskunft geben soll. Dabei ist insbesondere auch die demographische Entwicklung zu berücksichtigen.	SO
Le Gouvernement valaisan est également d'avis qu'il serait opportun de modifier le texte de la disposition transitoire de l'avant-projet en ce sens : « Au plus tard 3 ans après J'entrée en vigueur de la modification du ... , Je Conseil fédéral remet au Parlement un rapport( ... ) ». En effet, nous pensons que le délai de 5 ans prévu est trop long, et ce dans la mesure où il est plus difficile de corriger des effets indésirables après une si longue période. Par conséquent, nous proposons que le Conseil fédéral réévalue la situation au plus tard après 3 ans.	VS
<b>- Disposition transitoire</b> Nous saluons cette proposition, en relevant qu'il sera difficile de revenir en arrière si ce rapport devait démontrer des effets financiers importants résultant de la modification.	NE

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>· Disposition transitoire :  En principe, le PS soutient l'idée de conduire une évaluation portant sur les effets de la révision. Nous demandons en revanche que l'évaluation ne se limite pas à une analyse des conséquences économiques de la révision, mais qu'elle tienne également compte des effets sur l'approvisionnement et les besoins en soins, sur la qualité de ceux-ci, sur les interactions avec le corps médical ainsi que sur la pénurie de personnel soignant. C'est seulement ainsi que l'on pourra obtenir des résultats probants et complets.</p>	PS
<p>Die vorgeschlagene Evaluierung nach 5 Jahren darf sich nicht nur auf die wirtschaftlichen Aspekte fokussieren. Wir beantragen eine umfassende Wirkungsanalyse, die auch Elemente wie Versorgungssicherheit, Versorgungsqualität, Verschiebung vom stationären auf den ambulanten Bereich sowie die demografische Entwicklung enthält. Auf der Grundlage eines solchen Berichtes könnte die Frage der Steuerungsinstrumente geprüft werden. Eine allfällige Steuerung – die vor dem Hintergrund des Mangels an Pflegefachpersonen keine vordringliche Massnahme sein kann – müsste auf jedne Fall derjenigen der Ärztinnen und Ärzte entsprechen.</p>	SGB/USS
<p>Délai transitoire :  Le Conseil fédéral devra au plus tard 5 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi soumettre un rapport au Parlement portant sur les conséquences sanitaires et économiques de la modification.</p>	acsi
<p>Délai transitoire :  Le Conseil fédéral devra au plus tard 5 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi soumettre un rapport au Parlement portant sur les conséquences sanitaires et économiques de la modification</p>	frc
<p>Délai transitoire :  Le Conseil fédéral devra au plus tard 5 ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi soumettre un rapport au Parlement portant sur les conséquences sanitaires et économiques de la modification</p>	sks
<p>Die Übergangsbestimmungen sind für uns in Ordnung.</p>	ASPS
<p><b>Übergangsbestimmung</b>  Die Bestimmung erfordert eine Analyse des Inkrafttretens des Gesetzes, insbesondere bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen in spätestens fünf Jahren. Unserer Meinung nach darf die Analyse sich nicht auf finanzielle Feststellungen beschränken, sondern muss ebenfalls die bereits von uns erwähnte Weiterentwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung einbeziehen. Die Analyse müsste, für den Fall, dass die Bedürfnisklausel und zusätzliche Zulassungsbedingungen eingeführt würden, auch die Umsetzung durch die Kantone mit einbeziehen, insbesondere im Hinblick auf Willkürlichkeit.  <b>CURACASA schlägt vor, die Übergangsbestimmungen zu präzisieren.</b></p>	curacasa
<p>En vertu d'une disposition transitoire, le Conseil fédéral est chargé de présenter au Parlement, au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur du projet d'amendement de la loi, un rapport sur les répercussions économiques de l'amendement et, le cas échéant, de présenter des propositions d'améliorations afin de remédier aux éventuels effets indésirables de cette nouvelle réglementation.  CURAVIVA Suisse salue l'évaluation proposée de la mise en oeuvre de la nouvelle réglementation. En effet, l'association faitière s'efforce de favoriser une intervention aussi effective et efficiente que possible des infirmières et infirmiers dipl. ES/HES.</p>	Curaviva.ch
<p>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.</p>	FMH
<p><b>Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...</b>  Zustimmung</p>	H+
<p><b>Zu den Übergangsbestimmungen</b>  Aus unserer Sicht ist Art 32 KVV ausgewogen zwischen Prüfung der Qualität, der Wirtschaftlichkeit sowie der Situation und des Verhaltens der Versicherten. Wir beantragen deshalb die ersatzlose <b>Streichung</b> des Passus im vorliegenden Gesetzesvorschlag „<b>insbesondere über die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung</b>“.</p>	pharmaSuisse
<p>Auf den ersten Blick erscheint eine solche Pflicht, einen Bericht zu erstatten, als sinn-</p>	SBV/ASMI



<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>voll. 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.</p>	
<p><b>Disposition transitoire</b>  Rien ne s'oppose à une évaluation de la présente adaptation de la loi. Cela étant, selon le projet, l'analyse des effets doit prendre en considération notamment les conséquences économiques. L'ASI demande par conséquent une analyse <i>complète</i> des effets, qui ne se fonde pas unilatéralement sur une simple comparaison des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire pour les soins, mais tienne compte également à tout le moins du changement précité du paysage des soins («l'ambulatoire avant le stationnaire»). Conformément à un autre objectif principal de l'initiative, le gain en attrait de la profession infirmière devrait aussi être inséré dans l'évaluation.  L'ASI s'exprime sous réserve en faveur de la disposition transitoire.</p>	ASI/SBK
<p>Die Übergangsbestimmung unterstützen wir sehr. Es ist sinnvoll, spätestens nach fünf Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung deren Auswirkungen zu evaluieren. Die Auswertung sollte sich allerdings nicht nur auf wirtschaftliche Aspekte konzentrieren.</p>	SCG
<p><b>Übergangsbestimmung</b>  Einer Auswertung der vorliegenden Gesetzesanpassung steht aus unserer Sicht nichts im Wege. Allerdings soll die Wirkungsanalyse nicht einseitig auf die Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung für die Pflege fokussieren, sondern mindestens auch den vorhin erwähnten Wandel in der Versorgungslandschaft berücksichtigt („ambulant vor stationär“). Entsprechend einem weiteren Hauptziel der Initiative wäre auch der Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufes in die Auswertung einzubeziehen.  Der SVDE unterstützt die Übergangsbestimmung unter dem Vorbehalt, dass die Auswertung die erwähnten Punkte mit aufnimmt.</p>	SVDE/ASDD
<p>Bedingte Zustimmung; Die Auswertung soll sich nicht rein auf die quantitative, monetäre Ebene beschränken, sondern auch qualitative Aspekte wie Veränderung in der Versorgungslandschaft berücksichtigen.</p>	SVPL
<p>Es macht Sinn, dass 5 Jahre nach Inkrafttreten der neuen Bestimmungen ein Bericht über dessen Auswirkungen erstellt wird und mögliche Verbesserungen anvisiert werden können.  Der Verband senesuisse begrüsst die vorgeschlagene Evaluation der Neuregelung.</p>	senesuisse
<p><b>Wir unterstützen die Übergangsbestimmungen</b>  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.</p>	Spitex Schweiz VLSS
<p>Das geplante Kostenmonitoring begrüssen wir ausdrücklich.</p>	VSAO
<p><b>curafutura begrüsst die Übergangsbestimmung</b></p>	curafutura

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Die Erstellung eines Berichts über die Gesetzesänderung durch den Bundesrat wird begrüsst. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass dieser nicht nur wirtschaftliche Aspekte, sondern auch eine Analyse der Ziele der parlamentarischen Initiative (u.a. Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufs) beinhalten sollte.</p>	
<p>Forderung eines Kostenmonitorings zur Sicherstellung der Kostenneutralität  Die geforderte Verschiebung der Verantwortung vom Arzt weg hin zu den Pflegefachpersonen muss zwingend zu einer echten Substitution und nicht zu einer Mengenausweitung führen. santésuisse fordert deshalb zusätzlich ein konsequentes Kostenmonitoring mit zum Voraus definierten Eingriffsmöglichkeiten, um so die Kostenneutralität sicherzustellen. Vorstellbar ist ein Modell, welches sämtliche Leistungserbringer pro Kanton einschliesst und in dem die Beiträge der Krankenversicherer nach Art. 7a KLV automatisch gesenkt werden, wenn ein bestimmtes Kostenwachstum überschritten wird.</p>	santésuisse
<p>Das Vorhaben, die finanziellen Auswirkungen der Einführung der selbständigen Abrechnung der Pflegenden nach sechs Jahren zu überprüfen, ist wichtig. Eine Mengenausweitung kann nicht zum Voraus ausgeschlossen werden. Die Entlastung der Ärzte müsste bei der Überprüfung jedoch mitberücksichtigt werden.</p>	SPO
<p>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.</p>	BEKAG
<p><b>Übergangsbestimmung</b>  Der VFP unterstützt zu dieser Bestimmung vollumfänglich die Stellungnahme des SBK. Die vorgesehene Übergangsbestimmung sieht vor, dass der Bundesrat fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung über dessen wirtschaftliche Auswirkungen, im Vergleich zu sechs Jahren vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung, Bericht erstattet. Aus wissenschaftlicher Perspektive betrachtet wirkt die Absicht, aufgrund der vorgesehenen Analyse eine Kausalität zwischen dem In-Kraft-Treten dieser Gesetzesänderung und den Analyseresultaten herstellen zu wollen, äusserst fragwürdig. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse der Analyse durch diverse andere Faktoren sowie durch Kontextfaktoren beeinflusst werden.  Im Hinblick auf die Analyse der wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung fordert der VFP, ebenso sich in der Zwischenzeit verändernde Faktoren (z.B. demographische Entwicklung, Veränderungen im Kontext der Gesundheitsversorgung, erhöhte Qualität dank besseren Wirkungen weiterentwickelter Leistungen, etc.) in die Analyse einzubeziehen. Welche Kontextfaktoren diesbezüglich relevant sind, gilt es zu definieren und klar festzulegen. Der VFP plädiert dafür, dass neben den wirtschaftlichen Auswirkungen auch analysiert wird, wie sich die Gesetzesänderung auf die beteiligten Gesundheitsfachpersonen, auf die Leistungsempfänger und die Wirksamkeit der Leistungen, etc. auswirken.  <i>Der VFP hat der Übergangsbestimmung gegenüber Vorbehalte</i></p>	VFP
<p>Das USZ stimmt der Übergangsbestimmung unter dem Vorbehalt zu, dass die Wirkungsanalyse nicht einseitig auf die wirtschaftlichen Auswirkungen ausgerichtet werden</p>	USZ

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
darf. Um die tatsächlichen Ursachen für Veränderungen im Leistungsangebot eruieren zu können, müssen zudem die Veränderungen in der Versorgungslandschaft, die epidemiologischen und demographischen Daten ausgewertet werden. Darüber hinaus sollte eine Evaluation zum angestrebten Attraktivitätsgewinn des Pflegeberufes stattfinden.	
<b>Übergangsbestimmungen</b> Der VAPP wünscht sich kürzere Übergangsbestimmung.	VAPP
L'ASPI approuve les dispositions transitoires en souhaitant que les conséquences économiques ne soient pas les seules prises en compte. L'impact sur la charge de travail des soignants et l'attractivité de la profession d'infirmier mérite d'être évaluée. Il nous semble important que les patients, par le biais des organisations qui les représentent, soient eux aussi amenés à exprimer leur avis.	aspi

*Bemerkungen zu den Kostenfolgen*

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
Der Regierungsrat befürchtet, dass die vorliegende Gesetzesrevision aktuell nicht bezifferbare negative finanzielle Auswirkungen zeitigen könnte. So ist nicht bekannt, wie sich die Gruppe der selbständigen und auf eigene Rechnung tätigen Pflegefachpersonen in Zukunft genau entwickeln wird. Es kann wohl erwartet werden, dass sich Organisationen bilden beziehungsweise bestehende Organisationen weiterentwickeln werden, die sich zunehmend auf den hier angesprochenen Pflegebereich der Grundpflege spezialisieren werden. Zwar werden die Krankenversicherer auch in Zukunft eine „Gatekeeper-Funktion“ durch die ihr obliegende Rechnungskontrolle wahrnehmen. Trotzdem ist zu befürchten, dass es zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung kommt. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die Stärkung der Berufsrolle und die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege Ansprüche in Bezug auf die Entlohnung erhoben werden. Vor dem Hintergrund der nicht bekannten Kostenentwicklungen mit Gefahr einer Mengenausweitung (auch gestützt auf die Aussagen im erläuternden Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates) kann der Regierungsrat die Vorlage derzeit nur bedingt unterstützen. <b>Finanzielle Auswirkungen:</b> Der Kanton Bern erwartet, dass die finanziellen Auswirkungen, insbesondere auch für die Kantone, konkreter aufgezeigt werden und dass in die Gesetzesvorlage ein Mechanismus Eingang findet, der den Kantonen einen Steuerungsmechanismus ermöglicht. Es braucht insbesondere Handlungsmöglichkeiten, wenn der gemäss den Übergangsbestimmungen vorgesehene Bericht nach sechs Jahren aufzeigt, dass die Wirtschaftlichkeit der Änderungen nicht gegeben ist.	BE
<b>Stellungnahme zur Frage der finanziellen Auswirkungen</b> Im Vordergrund stehen für uns zu dieser Frage die beiden Elemente der Mengenausweitung und der Lohnforderungen. Eine Mengenausweitung befürchtet der Regierungsrat in der momentanen Situation nicht. Er erwartet keine grössere Veränderung im Bereich von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen. Eine solche Entwicklung müsste einerseits durch zunehmend unattraktive Arbeitsbedingungen in Organisationen und Institutionen begünstigt werden und andererseits müsste sich die selbstständige und fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit ganz klar mehr lohnen als die Arbeit im Angestelltenverhältnis. 2012 waren rund 90 000 Pflegefachpersonen in Institutionen und Organisationen tätig. Demgegenüber standen nur 650 Pflegenden die auf eigene Rechnung arbeiteten. Das zeigt, dass die Attraktivität für eine selbstständige Tätigkeit nicht einfach so gegeben sein wird. Zudem muss weiterhin jede über das KVG abzurechnende Pflegeleistung auf der Basis einer Pflegebedarfserhebung ausgewiesen werden. Im Zusammenspiel mit der Rech-	OW

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>nungskontrolle ist es so den Krankenversicherern weiterhin möglich, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität beurteilen und entsprechende Korrekturen vornehmen zu können.</p> <p>Auswirkungen auf die Lohnforderungen sieht der Regierungsrat zum heutigen Zeitpunkt ebenfalls als wenig realistisch an. Wie bereits erwähnt sollen die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer bisherigen Aufgaben und Kompetenzen selbstständiger arbeiten können. Deshalb sind grössere Korrekturen im Rahmen der Pflegefinanzierung nicht angebracht.</p>	
<p>Die Befürchtung einer Mengenausweitung teilen wir nicht, da das Angebot an ausgebildeten Pflegefachpersonen knapp ist und auch in Zukunft knapp bleibt (Stichwort Pflege-notstand). Die Pflegefachkräfte haben keinen Anreiz, den Patientinnen und Patienten mehr Pflegedienstleistungen anzubieten als im heutigen System. Vielmehr sind sie damit beschäftigt, die laufend steigende Nachfrage mit ihren begrenzten Ressourcen bestmöglich abzudecken. Steigende Pflegekosten ergeben sich m.a.W. nicht durch die Umsetzung der Initiative, sondern vielmehr führt die demographische Alterung der Bevölkerung zu einem steigenden Pflegebedarf. Die Vorlage selber dürfte aufgrund der damit einhergehenden Entlastung der Ärztinnen und Ärzte eher zu Kosteneinsparungen führen.</p>	GL
<p><b>Mengen- und Kostenausweitung</b></p> <p>Pflegefachpersonen sind grossmehrheitlich Arbeitnehmende und stehen unter der Weisungsbefugnis des Arbeitgebers. Es liegt deshalb auf der Hand, dass Leistungserbringer (z. B. private Spitexorganisationen und Pflegeheime) die Pflegefachpersonen zur Umsatzsteigerung anhalten werden, indem sie den Pflegebedarf möglichst hoch ansetzen. Dies wird unweigerlich zu einer Mengenausweitung in der ambulanten und stationären Pflege führen. Auf diese Gefahr weist auch der erläuternde Bericht (S. 22) ausdrücklich hin. Angesichts der erwarteten Zunahme des Pflegebedarfs aufgrund der demografischen Entwicklung würde die Umsetzung der Gesetzesvorläge den Kostenschub noch wesentlich verstärken.</p> <p>Zwischen der pflegebedürftigen Person und den betreuenden Fachpersonen besteht ein Wissensgefälle. Die Patientin oder der Patient kann häufig nicht beurteilen, wo die Grenzen der von der OKP geschuldeten Leistungen liegen. Ohnehin aber wird sich die pflegebedürftige Person gegen zu grosszügig bemessene Grundpflege kaum zur Wehr setzen; zumal die Kosten über die Krankenkassen (und zunehmend auch über die Ergänzungsleistungen) finanziert werden und der Eigenanteil zulasten der Patientin oder des Patienten limitiert ist.</p> <p>Um die erwartete Mengensteigerung zu bremsen, weist die Vorlage auf die Kontrollfunktion der Krankenkassen hin, welche die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu überprüfen hätten. Wie bei den ärztlichen Leistungen würde bei den pflegerischen Leistungen in Zukunft die Höhe der Entschädigung im Wesentlichen von den Leistungserbringenden bestimmt, da über einen Zeittarif abgerechnet wird. Ohne auf die ärztliche Beurteilung zurückgreifen zu können, werden die Krankenkassen ihren Kontrollapparat erheblich ausbauen und systematisch Wirtschaftlichkeits-Prüfungen durchführen müssen, wie sie das schon bei den ärztlichen Leistungen tun. Neben dem erhöhten administrativen Aufwand sind aufwändige Gerichtsverfahren und Rückzahlungen der Leistungserbringer absehbar. Angesichts dieser Ausgangslage hält auch der erläuternde Bericht auf S. 17 und 22 fest, dass mit der Vorlage die Gefahr von schwer abschätzbaren Mengen- und Kostenausweitung geschaffen wird. Zudem wird im Bericht in Aussicht gestellt, dass als Folge der mit der Vorlage geschaffenen Kompetenzerweiterung «früher oder später Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung manifest werden» (S. 22), was zu einem weiteren Kostenschub führen wird.</p> <p>Der Bericht weist zwar auch darauf hin, eine mögliche Entlastung der Ärztinnen und Ärzte «könne nicht ausgeschlossen werden» (S. 22). Es wird stark bezweifelt, dass eine solche Entlastung (es ist wohl der Wegfall von ärztlichen Anordnungen zur Grundpflege gemeint) zu spürbaren kompensatorischen Kosteneinsparungen bei den ärztlichen Leistungen führen wird, ja dass es überhaupt eine Entlastung gibt.</p>	ZG
<p>Eine Mengenausweitung und damit Kostensteigerung wird nicht befürchtet, da die Pflegefachkräfte in der Regel die Leistungen nur auf ärztliche Anordnung hin erbringen. Hingegen wird der administrative Aufwand verringert, indem die heute obligatorische</p>	SO

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>ärztliche Anordnung pflegerischer Leistungen teilweise entfällt.</p> <p>Befürchtet wird, dass die Neuregelung zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen werde, so insbesondere bei gewinnorientierten Spitexorganisationen. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen ist heute im Angestelltenverhältnis tätig. 2012 waren dies rund 90'000 Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe. Demgegenüber waren gemäss Spitex-Statistik des Bundesamt für Statistik (BFS) von 2012 lediglich 650 Pflegefachpersonen auf eigene Rechnung tätig. Es ist zu erwarten, dass sich Organisationen bilden bzw. bestehende Organisationen weiterentwickeln, die sich zunehmend auf den hier angesprochenen Pflegebereich der Grundpflege spezialisieren. Festzuhalten ist, dass die Krankenversicherer auch in Zukunft eine „Gatekeeper-Funktion“ durch die ihr obliegende Rechnungskontrolle wahrnehmen werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um Pflegeleistungen auf oder ohne ärztliche Anordnung handelt. Ferner spielt bei Mengenausweitungen immer auch der Wettbewerb (beispielsweise über die Qualität). Nicht zuletzt sind die bestehenden Pfelegetarife im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden, was eine hemmende Wirkung für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit haben dürfte.</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass auch andere Berufsgruppen die gleichen Forderungen stellen werden wie die Pflegefachpersonen (Präjudiz für andere Berufsgruppen). Bei der Grundpflege, die neu von den Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbracht werden soll, handelt es sich um „urpflegerische“ Leistungen, die sich deutlich von diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen abgrenzen. Aus diesem Grund sind die Leistungen der Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) weiterhin nur auf ärztliche Anordnung zugelassen. Leistungen anderer Berufsgruppen (Bsp. therapeutischer Bereich) fallen typischerweise in den Bereich der medizinischen Behandlung. Diese Berufsgruppen könnten sich genau deshalb nicht auf die verwendete Argumentation zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege stützen.</p> <p>Durch die Stärkung der Berufsrolle dürften Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlohnung erhoben werden. Lohnforderungen werden dann laut, wenn die Fachpersonen entweder neue Aufgaben und eine grössere Verantwortung übernehmen oder wenn der Lohn nicht der Ausbildung und den Tätigkeiten entspricht. Bei der Initiative steht ausdrücklich nicht im Vordergrund, dass Pflegefachpersonen tatsächlich neue Kompetenzen und Aufgaben übernehmen. Der zweite Punkt wiederum steht nicht in direktem Zusammenhang mit der Initiative (keine Änderungen bei der Ausbildung auf Tertiärstufe). Die Kantone haben die Kontrolle über die Löhne mit der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei der Pflegefinanzierung selber in der Hand.</p>	<p>BS</p>
<p>Es besteht demgegenüber die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. Insbesondere gewinnorientierte Spitexorganisationen würden allenfalls ihre Abläufe und Tätigkeiten in Zukunft entsprechend ausrichten. Dazu ist festzuhalten, dass die Krankenversicherer in jedem Fall auch in Zukunft eine „Gatekeeper-Funktion“ durch die ihr obliegende Rechnungskontrolle wahrnehmen werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich nun um Pflegeleistungen auf ärztliche Anordnung oder ohne ärztliche Anordnung handelt. Nicht zuletzt sind die bestehenden Pfelegetarife im Vergleich mit anderen Branchen bescheiden, was eine hemmende Wirkung für die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit haben dürfte.</p>	
<p>Finanzielle Auswirkungen</p> <p>Zum heutigen Zeitpunkt ist eine weit überwiegende Mehrheit des Pflegefachpersonals (rund 87 % der Personen bzw. 91 % der Pensen gemäss Erläuterungen zur Vorlage, 5. 8) in Spitälern und Heimen tätig. Die Stellung des Pflegepersonals sowie die Art und die Kosten der Leistungserbringung in diesen Einrichtungen werden durch die vorgeschlagene Gesetzesrevision nur am Rande betroffen. Markante Auswirkungen sind dagegen im Bereich der ambulanten Pflegeleistungen zu erwarten: Hier besteht eine sehr namhafte Gefahr einer markanten Ausweitung des zu Lasten der Krankenversicherer und der öffentlichen Haushalte verrechenbaren Leistungsvolumens.</p>	<p>SH</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Im Bereich der ambulanten Grundpflege ist die Festlegung des nötigen und „richtigen“ Masses der professionellen Unterstützung in der Körperhygiene, der Mobilisierung und der sozialen Aktivierung naturgemäss einem erheblichen Ermessen unterworfen. Aufgrund des spezifischen Berufsverständnisses der Pflegenden sowie auch der unmittelbaren ökonomischen Eigeninteressen ist zu erwarten, dass das von den Pflegenden selbst festgelegte Leistungsvolumen nach dem Wegfall der ärztlichen Verordnungspflicht deutlich über das heute übliche Mass hinaus anwachsen wird. Die resultierenden Mehrkosten wären zu einem erheblichen Teil von der Allgemeinheit zu tragen.</p> <p>Aus der Sicht der Kantone und der Gemeinden ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die von der Vorlage betroffenen Pflegeleistungen nur teilweise von den Krankenversicherern finanziert werden. Ein sehr erheblicher Teil der zu erwartenden Zusatzkosten wird über die „Resffinanzierung“ gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG aus Steuermitteln der Kantone und Gemeinden zu decken sein.</p> <p>Die zu erwartenden Zusatzkosten werden in den Erläuterungen zur Vorlage nur am Rande und sehr summarisch thematisiert. Indirekt wird ein gewisses Bewusstsein für die offensichtlichen Risiken aber immerhin sichtbar im Vorschlag, dem Bundesrat die Kompetenz einzuräumen, für Pflegefachpersonen gleich wie bei den Ärztinnen und Ärzten bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkungen einzuführen (Ergänzung Art. 55a KVG). Die bisherigen Erfahrungen mit den Zulassungsbeschränkungen für Ärztinnen und Ärzte haben gezeigt, dass der Erlass sachgerechter Regelungen schwierig und in der praktischen Durchsetzung wenig wirksam ist. Die Zahl der ausgebildeten Pflegefachpersonen innerhalb und ausserhalb der Schweiz, die für eine Zulassung zur direkten Leistungsverrechnung in Frage kommen und potenziell daran interessiert sind, ist um ein Mehrfaches grösser als bei den Ärztinnen und Ärzten. Die Umsetzung eines Zulassungsstopps für Pflegenden wäre dem entsprechend wohl noch komplexer als bei der Ärzteschaft. Zudem würde der Sinn der diskutierten Gesetzesrevision in ihr Gegenteil verkehrt, wenn dem formell eingeleiteten Liberalisierungsschritt postwendend neue Begrenzungsmaßnahmen entgegengesetzt werden müssten.</p>	
<p>Der Regierungsrat erachtet die Gefahr einer Mengenausweitung durch diese Gesetzesanpassung als gering. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen ist heute in Spitälern, Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause tätig. Nur ein verschwindend kleiner Teil der Pflegefachpersonen arbeitet auf eigene Rechnung. Eine starke Zunahme der Zahl selbständiger Pflegefachpersonen scheint eher unwahrscheinlich. Die Krankenversicherer haben weiterhin eine „Gatekeeper-Funktion“. Sie werden die ihr obliegende Rechnungskontrolle auch in Zukunft wahrnehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich nun um Pflegeleistungen auf ärztliche Anordnung oder ohne ärztliche Anordnung handelt.</p>	AR
<p>Die Befürchtungen, dass durch diese Regelung massive Mehrkosten entstehen könnten, werden durch Erfahrungen in angelsächsischen und skandinavischen Ländern widerlegt. Untersuchungen zeigen auf, dass durch das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken und Komplikationen durch das Pflegefachpersonal die Kosten im Endeffekt insgesamt so gar tiefer zu liegen kommen und das Gesundheitsmanagement der Betroffenen besser ist.</p> <p>Die finanziellen Auswirkungen für die Schweiz wurden in unterschiedlichen Institutionen und Gremien intensiv diskutiert und einheitlich ist man zu dem Schluss gekommen, dass eine verlässliche Einschätzung der finanziellen Auswirkungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Insofern deckt sich die Einschätzung mit den Ausführungen des erläuternden Berichts der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates.</p> <p>Annähernde Ausführungen zur finanziellen Fragestellung lassen sich dahingehend machen, als im stationären Bereich davon ausgegangen werden kann, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer gestärkt eigenverantwortlichen Pflege weiter gefördert wird und der Personaleinsatz gezielter gesteuert werden kann. Daraus resultieren Prozessoptimierungen. Diese senken wiederum nachweislich die Kosten.</p> <p>Im ambulanten Bereich dürfte die Möglichkeit der direkten Abrechnung von Pflegeleistungen die Attraktivität für eine freiberufliche Tätigkeit von Pflegefachpersonen steigern. Dies wiederum hätte zur Folge, dass ein Teil der heute durch die öffentlichen Institutionen erbrachten Leistungen vermehrt durch freischaffende Fachpersonen erbracht wird,</p>	SG

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>was zu einer gewissen Entlastung führen würde.  Hinsichtlich weiterer Argumentarien wie Mengenausweitung, Lohnforderungen usw. schliesst sich der Kanton St.Gallen dem Argumentarium bzw. den Beurteilungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK) an.</p>	
<p>Die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können, halten wir für wenig begründet, weil die Ärztinnen und Ärzte bereits heute in vielen Fällen die von den Pflegefachpersonen erstellten Anordnungen lediglich unterschreiben. Unabhängig davon verursacht die heute obligatorische ärztliche Anordnung selbst für Patienten, die über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, Kosten und administrativen Aufwand.  Letztlich obliegt es auch bei den von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen den Krankenversicherern, ihrer Kontrollfunktion nachzugehen und die von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.  Eine Erweiterung des Katalogs der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist immer mit einer Ungewissheit bezüglich der Kostenfolgen verbunden. In diesem Sinn erachten wir die Delegation der Festlegung der Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, an den Bundesrat beziehungsweise an das EDI als zweckmässiges Steuerinstrument, um sich allfällig abzeichnenden Mehrkosten zu begegnen. In diesem Sinn begrüssen wir auch den in den Übergangsbestimmungen vorgesehenen Auftrag an den Bundesrat, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Bericht über eine Wirkungsanalyse, insbesondere bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung, vorzulegen.</p>	GR
<p><b>Finanzielle Aspekte</b>  Auch in Zukunft obliegt den Krankenversicherern die Funktion des Gatekeepers, indem sie bei der Rechnungskontrolle unnötige Leistungen erkennen und zurückweisen. Dabei ist es nicht relevant, ob entsprechende Leistungen ärztlich angeordnet oder direkt erbracht wurden. Dementsprechend ist nicht damit zu rechnen, dass es mit der geplanten Gesetzesänderung zu einer Mengenausweitung oder zu einer Kostensteigerung kommen wird.</p>	AG
<p>Die Befürchtung, die Neuregelung werde zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostensteigerung führen, weil die Pflegefachpersonen Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können, ist zwar nicht von vornherein unbegründet. Allerdings darf nicht verkannt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte bereits heute in vielen Fällen die von den Pflegefachpersonen erstellten Anordnungen lediglich unterschreiben und die Pflegeleistungen in der Folge gleichsam „automatisch“ erbracht werden. Unabhängig davon verursacht die heute obligatorische ärztliche Anordnung selbst für Patienten, die über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, Kosten und administrativen Aufwand. Letztlich obliegt es auch bei den von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen den Krankenversicherern, ihrer Kontrollfunktion nachzugehen und die von den Pflegefachpersonen angeordneten Pflegeleistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.  Eine Erweiterung des Katalogs der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist immer mit einer Ungewissheit bezüglich der Kostenfolgen verbunden. In diesem Sinn erachten wir die Delegation der Festlegung der Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, an den Bundesrat beziehungsweise an das EDI als zweckmässiges Steuerinstrument, um sich allfällig abzeichnenden Mehrkosten zu begegnen. In diesem Sinn begrüssen wir auch den in den Übergangsbestimmungen vorgesehenen Auftrag an den Bundesrat, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Bericht über eine Wirkungsanalyse, insbesondere bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung, vorzulegen.</p>	TG
<p><b>Gefahr eines Kostenschubs</b>  Die Mengenausweitung ist im Gesundheitswesen ein generelles Problem der OKP.</p>	FDP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>Wenn neu zusätzliche Leistungserbringer selbstständig abrechnen können, ergibt sich damit die Gefahr eines Kostenschubs und höherer Prämien. In vielen Bereichen wird mit dieser Vorlage im Gesetz festgehalten, was eigentlich bereits gängige Praxis ist. Diese gesetzliche Anerkennung der Pflegeberufe ist in diesem Sinne richtig, darf aber an sich nicht zu höheren Lohnforderungen führen, da die Anpassung der Kompetenzordnung lediglich die gelebte Realität widerspiegelt. Höhere Lohnforderungen brauchen eine effektive Kompetenzerweiterung.</p> <p>Die Einführung der Möglichkeit, selbstständig im KVG abrechnen zu können, ist ein Systemwechsel mit ungewissem Ausgang. Die Mengenausweitung ist im Gesundheitswesen ein ernst zu nehmendes Problem. Die FDP fordert, dass die Neuregelung zuerst in einem zeitlich und geographisch beschränkten Pilotprojekt angegangen wird.</p> <p>Um eine Kostenkontrolle zu garantieren, fordern wir ausserdem, dass die neue Regelung auf integrierte Versorgungsnetze beschränkt wird. Integrierte Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung sind unternehmerisch freier und daher flexibler in der Kompetenzordnung. Alternativ wäre ebenfalls die Stossrichtung der Minderheit Bortoluzzi denkbar (neue Regelung nur im Rahmen einer Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer).</p>	
<p>Der vorliegende Gesetzesentwurf wird jedoch die Versorgung der Patienten verteuern und tendenziell sogar verschlechtern. Sie wird, ohne grossen Nutzen für die Patienten, zu einem Kostenschub führen.</p>	<p>economiesuisse</p>
<p>Unabsehbare Kostenfolgen: Der Vorentwurf enthält keine Angaben zu den konkreten Kostenfolgen des vorgeschlagenen Ausbaus des Grundleistungskatalogs. Dem Risiko einer Mengenausweitung wird die Chance gegenübergestellt, die Ärzteschaft entlasten zu können, was Einsparungen zur Folge hätte. Die Erfahrung mit dem KVG lehrt uns, dass bisher jede Ausweitung des Grundleistungskatalogs höhere Kosten zur Folge hatte. Unsere Mitglieder gehen davon aus, dass dies auch hier der Fall sein wird, was ihren negativen Entscheid massgeblich beeinflusst hat.</p>	<p>SGV/USAM</p>
<p><b>Kostensenkung und keine Mengenausweitung: Kostenmonitoring</b></p> <p>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.</p> <p>In Realität wird mit grosser Wahrscheinlichkeit jedoch eine Mengen- und damit Kostenausweitung stattfinden, da in bestimmten Bereichen zwei Stellen ähnliches machen werden. Beispiele 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.</p> <p>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.</p>	<p>KKA</p>

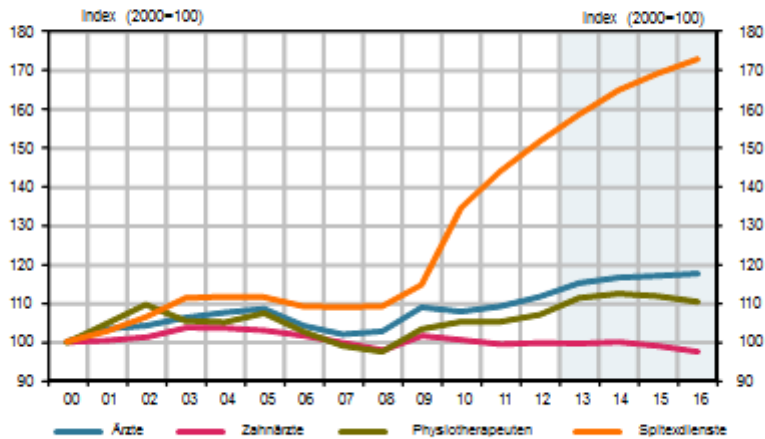


Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge  
 Observations, critiques, suggestions, propositions  
 Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte

Verfasser  
 Auteurs  
 Autori



### Ambulante Versorger



Quellen: BFS, KOF

Herbstprognose der Gesundheitsausgaben 2015-2016 4. November 2014 17

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.

Es ist schwierig, die Kostenfolge abzuschätzen, wenn viele Parameter unklar sind. Welche Leistungen werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner selbständig und ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen dürfen und in welchem Umfang? Die Frage stellt sich vermutlich nicht so sehr bei den Pflegeleistungen, die in einem Spital ausgeführt und nach Pauschalen abgerechnet werden, sondern bei den Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, die selbständig auf eigene Rechnung tätig sind. Bewirkt die erweiterte Verantwortung in der Pflege eine Zunahme an selbständig auf eigene Rechnung tätige Pflegende? Dies ist nicht auszuschliessen, da die Nachfrage nach Pflege steigen wird.

Schliesslich ist ein Präjudiz zu vermeiden. Andere Berufsgruppen wie z.B. die Physiotherapeuten könnten bei Annahme der vorgeschlagenen Gesetzesänderung gleiche Rechte fordern. Dies würde dann unweigerlich zu einer Kostenzunahme führen.

Trotz all diesen Vorbehalten hat santésuisse versucht, eine Kosteneinschätzung für den Bereich der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 49 KVV) und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) vorzunehmen:

Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den von der Neuregelung betroffenen Bereichen ohne ärztliche Anordnung durch Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung zumindest teilweise tendenziell höher eingeschätzt werden wird. Dies einerseits aufgrund der Nähe sowie dem „direkte Zugang“ der Pflegefachpersonen sowohl zu Patientinnen und Patienten aber auch zu den „nicht beruflich an der Krankenpflege Mitwirkenden“ (z.B. Angehörige). Andererseits wird die angestrebte höhere Attraktivität der Pflegeberufe vermutlich zu einem grösseren Angebot von Pflegefachpersonen in den betroffenen Pflegebereichen sowie zu einer entsprechenden Spezialisierung von Pflege-Organisationen führen.

SCG

santésuisse

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p><u>Bereich ambulant</u>  Gemäss BAG-Monitoring wurden im Spitexbereich im Jahre 2013 CHF 671 Millionen an Spitexleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet. Rund 2/3 bis 3/4 davon sind Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination) und lit. c (Massnahmen der Grundpflege) KLV. Bei Verrechnung dieser Pflegeleistungen ohne Verordnung zu Lasten OKP muss mit einer Kostensteigerung von 5 bis 20 % gerechnet werden, was Kostenfolgen von zwischen CHF 20 bis 100 Millionen entsprechen würde.</p> <p><u>Bereich Pflegeheime</u>  Auch in den Pflegeheimen kann die neue Regelung durch erhöhten Pflegebedarf zu Mehrkosten führen. Bei CHF 1.838 Mrd. Pflegeheimkosten und einer Anhebung um eine Beitragsstufe bei nur 10 % der Patienten würde dies wiederum CHF 30 Millionen an Mehrkosten bedeuten (die Heimbewohner sind im Schnitt in der Beitragsstufe 6 eingestuft). In diesen Berechnungen nicht berücksichtigt ist die zu erwartende und von der Vorlage unabhängige Kostenzunahme aufgrund der medizinischen, demographischen, gesellschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Trends und Entwicklungen in den nächsten Jahren.</p>	
<p>A un autre registre, celui des finances, le rapport précise que (p.23) « ce qui est d'ores et déjà certain, c'est que conformément aux règles de financement prévues dans la LAMai, les surcoûts éventuels seront répercutés aussi bien sur l'assurance obligatoire des soins et les patients que sur les cantons ... ». Les dépenses de santé ne seront ainsi pas réduites.</p> <p>Par ailleurs, nous ne voyons apparaître aucune information chiffrée dans le rapport qui pourrait estimer les répercussions tant sur l'assurance obligatoire des soins que sur les assurés. Il est à vrai dire un peu disgracieux de « renvoyer la balle » aux assureurs et de se contenter d'un « il n'est pas possible de déterminer les conséquences financières ».</p> <p>De plus, le rapport fait également fi de l'impact financier qui pourrait subvenir pour les assureurs, les assurés et les cantons car ayant une autonomie plus élevée, les infirmiers et infirmières pourraient potentiellement prétendre à des rémunérations supérieures qu'actuellement.</p> <p>Par ailleurs, il n'est pas acceptable que les conséquences financières tiennent sur quelques lignes dans le rapport alors que les impacts sont loin d'être négligeables pour l'ensemble des acteurs dans le domaine de la santé. Nous plaçons ici pour une plus grande transparence. Le texte proposé est ainsi trompeur et n'apporte à priori aucun avantage pour le patient ni pour les coûts de la santé. Elle pourrait même accélérer la fuite du personnel soignant en dehors de nos hôpitaux.</p>	FER
<p>Eine Mengenausweitung und damit enorme finanzielle Auswirkungen sind sowohl in der Pflege als auch in anderen ähnlich gelagerten Berufsgruppen aufgrund dessen nicht zu erwarten, da lediglich ein gesetzlicher Nachvollzug der ohnehin grösstenteils bereits gelebten Kompetenzverteilung erfolgt. Im Gegenteil können dadurch unnötige administrative Leerläufe vermieden und somit möglicherweise sogar Kostenersparnisse erreicht werden.</p>	SVM-TRA/ASTRM
<p><b>Finanzielle Auswirkungen</b>  Bezüglich finanzieller Auswirkungen ist der VFP der Ansicht, dass die Gesetzesänderung Pa.Iv. 11.418 „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ die finanziellen Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht negativ beeinflussen wird.  Aus Forschungserkenntnissen geht hervor, dass ein kompetenzgerechter Einsatz von Pflegefachpersonen zu einer Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen kann (Newhouse et al., 2011).</p>	VFP
<p>Eine Mengenausweitung der ambulanten psychiatrischen Pflegeleistung ist eine begrüssenswerte Folge dieser Gesetzesänderung. Dies führt zu deutlichen Einsparungen. Eine Stunde ambulanter psychiatrischer Pflegeleistung kostet die Versicherer aktuell maximal sFr. 79.80. In der Regel reichen ein bis zwei Stunden pro Woche für die ambulante Begleitung von psychisch Betroffenen.  Diese Kosten stehen den Tarifen der tarmed für die Leistungen der Ärzte, Finanzierungen von Heimen und Psychiatrischen Kliniken von bis 800.00 pro Tag gegenüber. Kos-</p>	VAPP

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>tengünstiger kann die Versorgung von psychisch Betroffenen nicht geleistet werden. Dies im Hintergrund der kantonalen Bestrebungen die Gesundheitskosten einzudämmen. Der VAPP setzt sich ein, die Versorgung von psychisch Betroffenen kleinräumig zu Regionalisieren. Mit einer guten Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Ärzte, ...) lassen sich vor Ort eskalative Situationen reduzieren und so auf Seiten der Betroffenen deutliche Verbesserungen erreichen und letztlich weiter Kosten verhindern (Drehtürpsychiatrie).</p> <p>Europäische Länder (England) mögen hier Beispiel sein.</p> <p>In diesem Kontext stellt sich der VAPP die Frage nach der Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen nach KLV Art. 7, inwiefern sich die die Leistung nach a, 79.80; b, 65.40 und c, 54.60 dieser fachlichen Kompetenz und der präventiven Kostenverminderung Rechnung tragen. Die nachweislich notwendige Restkostenfinanzierung in den Kantonen wird nicht einheitlich umgesetzt und führt so zu einer ungleichen Versorgung von psychisch Betroffenen.</p>	
<p>Die Frage der Mengenausweitung aufgrund der eigenständigen Abrechnung von Leistungen ist sachlich nicht begründet, da Krankenversicherer bereits heute ein Mengendach von i.d.R. 60 Std. Spitex-Leistungen pro Quartal festlegen. Bei einer bedarfsgerechten höheren Anzahl Stunden erläutern, bzw. argumentieren Pflegefachpersonen ihre Leistungen basierend auf dem Pflegeprozess – unabhängig von einer ärztlichen Verordnung.</p>	Kalaidos
<p>Enfin, il est demandé de prendre position également sur les répercussions financières du projet. A notre avis, ces répercussions devraient être plutôt positives et diminuer les coûts. Les interventions des médecins vont en effet diminuer, ainsi que les coûts qui y seront liés. Le personnel soignant au sein de nos institutions pourra alors effectuer directement quantité de soins de manière indépendante. En outre, nous partons du principe que le profil du personnel soignant et son professionnalisme permettront de maintenir les interventions de soins au stricte nécessaire. En d'autres termes, nous considérons que la réglementation proposée ne provoquera pas une augmentation injustifiée des interventions de soins du personnel soignant au sein de nos institutions.</p>	INSOS
<p><b>Kostenfolgen</b></p> <p>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.</p>	medswiss.net

*Vorschläge für neue Gesetzesartikel*

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p><b>3.4. Art. 8, al. 4 OPAS Détermination des soins requis</b></p> <p>Dans le cadre de la mise en oeuvre de la présente révision de loi, l'article 8, alinéa 5 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS devra être adaptée comme il suit :</p> <p><i>Actuel art. 8 al. 4 OPAS:</i> L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.</p> <p><i>Nouvelle formulation proposée par CURAVIVA Suisse:</i> L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art.</p>	Curaviva.ch

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
<p>9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par l'infirmier ou l'infirmière vaut comme prestation dispensée sans prescription ni mandat médical, au sens de l'article 33, alinéa 1bis, lettre b LAMal.</p>	
<p>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 EArt. 35 Abs. 2 lit. d<sup>bis</sup> 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 Pflege diagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Die FMH ist der Ansicht, dass für Personen nach EArt. 35 Abs. 2 lit. d<sup>bis</sup> 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.</p> <p>Erläuterungen zu neu Art. 38 b KVG Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen  EArt. 35 Abs. 2 lit. d<sup>bis</sup> 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 EArt. 35 Abs. 2 lit. d<sup>bis</sup> 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.</p> <p>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.</p>	<p>FMH</p>
<p>Im Rahmen der Umsetzung der vorliegenden Gesetzesänderung soll eine Anpassung von Artikel 8 Absatz 4 der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV wie folgt angepasst werden: <u>Bestehender Art. 8 Abs. 4 KLV</u>: Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag.  <u>Von der VAKA vorgeschlagene Neufassung</u>: Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der von der Pflegefachperson bestimmte Pflegebedarf gilt als Leistung ohne ärztliche Anordnung oder ärztli-</p>	<p>VAKA</p>

<b>Hinweise, Kritiken, Vorschläge, Anträge</b> <b>Observations, critiques, suggestions, propositions</b> <b>Osservazioni, critiche, suggerimenti, proposte</b>	<b>Verfasser</b> <b>Auteurs</b> <b>Autori</b>
chen Auftrag im Sinne von Artikel 33 Absatz 1bis Buchstabe b KVG.	

**Allegato 1: Elenco dei destinatari della consultazione**

**1. Kantone / Cantons / Cantoni**

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

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

Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Speichergasse 6 Postfach 444 3000 Bern 7 <a href="mailto:mail@kdk.ch">mail@kdk.ch</a>
--	--

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

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



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

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

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 Postfach 8022 3001 Bern <a href="mailto:verband@chgemeinden.ch">verband@chgemeinden.ch</a>
Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere	Monbijoustrasse 8 Postfach 8175 3001 Bern <a href="mailto:info@staedteverband.ch">info@staedteverband.ch</a>
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Postfach 7836 3001 Bern <a href="mailto:info@sab.ch">info@sab.ch</a>

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

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

Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Postfach 3000 Bern 23 <a href="mailto:info@sgb.ch">info@sgb.ch</a>
Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	Postfach 1853 8027 Zürich <a href="mailto:hansu-eli.schuetz@kvschweiz.ch">hansu-eli.schuetz@kvschweiz.ch</a>
Travail.Suisse	Postfach 5775 3001 Bern <a href="mailto:info@travailsuisse.ch">info@travailsuisse.ch</a>

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

### 5.1 Kantone / Cantons / Cantoni

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7
--	--

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

Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera Italiana	Via Polar 46 c.p. 165 6932 Lugano-Breganzona
Fédération romande des Consommateurs (FRC)	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne
Konsumentenforum kf	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern
Stiftung für Konsumentenschutz	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23

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

#### 5.3.1 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Ärzte mit Patientenapotheke (APA)	Röschstrasse 18 Postfach 191 9006 St. Gallen
-----------------------------------	--

Assemblée suisse romande des infirmières/iers cliniciennes/iens (ASRIC)	Cristina Henry AVASAD Route de Chavannes 37 – 1014 1014 Lausanne
Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP)	Riedtlistrasse 8 8006 Zürich
Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Uferweg 15 3000 Bern 13
Curacasa Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermieri indipendenti	Geschäftsstelle Postfach 205 Löwenhofstrasse 2 9424 Rheineck
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14
Deutschscheizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV)	Grubenstrasse 12 8045 Zürich
Deutschsprachige IG der BeraterInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene (dibis)	Präsidentin Daniela Maritz Kantonsspital Bruderholz 4101 Bruderholz
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
FAMH Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse Laboratori medici della Svizzera	Generalsekretariat Rosenweg 29 4500 Solothurn
FASMED Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale Federazione delle associazioni svizzere del commercio e dell'industria della tecnologia medica	Worbstrasse 52 3074 Muri
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15
Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	Choisystrasse 11 Postfach 510 3000 Bern 14

Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 54 Postfach 6052 3001 Bern
Heilbäder & Kurhäuser Schweiz Espaces Thermaux et Maison de Cure Suisses	Bahnhofstrasse 2 9100 Herisau
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH) Association Suisse des Maisons de Naissances (IGGH-CH)	Präsidentin Frau Jacqueline Wenk Geburtshaus Terra Alta Schellenrain 6208 Oberkirch
IG Nephrologische Krankenpflege der deutschen Schweiz	Präsidentin Frau Ursula Dietrich Inselspital Bern Freiburgstrasse 15 3010 Bern
Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires (ISMAC) Infermiere specializzate in salute naturale (ISMAC)	Catherine Leuba, Présidente, Chemin du Collège 19 1168 Villars sous Yens
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) Collège de médecine de premier recours (MPR) Collegio di medicina di base (CMB)	Geschäftsstelle Landhausweg 26 3007 Bern
Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Freiestrasse 138 8032 Zürich
Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden	c/o DLV Bluntschlisteig 1 8002 Zürich
Konferenz kantonale Krankenhausverbände	c/o Verband ZH Krankenhäuser Wagerenstrasse 45 8610 Uster
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Liebefeld
Pharm!action	Route du Signal 7 1001 Lausanne
Physioswiss Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	Stadthof Centralstrasse 8b 6210 Sursee
Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)	Beudenfeldstrasse 45 3013 Bern

<p>PULSUS Verein zur Erhaltung und Förderung einer freien, sozial verantwortbaren Medizin in der Schweiz</p>	<p>Lidostrasse 6 Postfach 15127 6000 Luzern 15</p>
<p>Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)</p>	<p>Moostrasse 2 3073 Gümligen</p>
<p>Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (labmed Schweiz) Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales (labmed Suisse) Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche (labmed Svizzera)</p>	<p>Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8</p>
<p>Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (asi)</p>	<p>Gesellschaftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern</p>
<p>Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse (ASC)</p>	<p>Sulgenauweg 38 3007 Bern</p>
<p>Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie (SGBB) Société de médecine thermique et climatique</p>	<p>Herr Dr. med. Otto Knüsel Klinik Valens 7317 Valens</p>
<p>Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) Société suisse de gérontologie (SSG) Società svizzera di gerontologia (SSG)</p>	<p>Schwarztorstrasse 48 3007 Bern</p>
<p>Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici</p>	<p>Rosenweg 25 C 3000 Bern 23</p>
<p>Schweizerische IG für Diabetesfachberatung (SIDB) Groupe d'intérêts communs suisse d'infirmières/iers conseil en diabétologie (GICID)</p>	<p>Präsidentin Luz Perrenoud, Universitätsspital Genf ISC Diabétologie 1211 Genève 14</p>
<p>Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege (SIGOP) Soins infirmiers domaine opératoire suisse (SIDOPS)</p>	<p>SIGOP - SIDOPS Christine Robin 4, rue de la Poterie 1202 Genève</p>
<p>Schweizerische IG Pflegeinformatik (IGPI) Groupe suisse d'intérêts communs Informatique dans les soins infirmiers (GICI) Gruppo svizzero d'interesse commune Informatica nelle cure infermieristiche (GICI)</p>	<p>Präsident Martin Lysser Uniklinik Balgrist 8008 Zürich</p>

Schweizerische Kantonsapothekervereinigung (KAV / APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV / APC) Associazione dei farmacisti cantonali (KAV / APC)	Dr Jean-Blaise Montandon Pharmacien cantonal Service de la santé publique Pourtalès 2 2001 Neuchâtel
Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine	Grand-Rue 22 1814 La Tour-de-Peilz
Schweizerischer Optikerverband (SOV) Association Suisse de l'Optique (ASO)	Baslerstrasse 32 Postfach 4601 Olten
Schweizerische Union für Labormedizin (SULM) Union suisse de médecine de laboratoire (USML) Unione svizzera di medicina di laboratorio (USML)	Sekretariat SULM c/o MQ, Verein für medizinische Qualitätskontrolle Universitätsspital Zürich 8091 Zürich
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE) Association Suisse des Diététicien-ne-s diplômés (ASDD) Associazione Svizzera Dietiste-i diplomate-i	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker (SVOT) Association Suisse des Techniciens en Orthopédie (ASTO)	Moosstrasse 2 3073 Gümligen
Schweizerischer Verband freiberuflicher Physiotherapeuten (SVFP) Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI)	Route du Lac 2 - Paudex Case postale 1215 1001 Lausanne
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospitali (GSASA)	3000 Bern
Schweizerische Vereinigung der Betriebskrankenschwestern und -pfleger (SVBK) Association Suisse des Infirmiers(ères) de Santé au Travail (ASIST) Associazione Svizzera delle Infermieri sul Lavoro	Präsidentin Marie-Carmen Piguet-Gonzalez Chemin de Mont Robert 10 1020 Renens
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)	Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen
Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte (SVPC) Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)	Rolf Gilgen, CEO Stadtspital Waid 8037 Zürich

Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) Società svizzera di odontologia e stomatologia (SSO)	Münzgraben 2 Postfach 664 3000 Bern 7
Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern
SIGA Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege FSIA Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti	Stadthof Bahnhofstrasse 7b 6210 Sursee
SIN Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege Communauté d'intérêts soins d'urgence suisse	Geschäftsstelle Stadthof Bahnhofstrasse 7b 6210 Sursee
SMHC Swiss MentalHealthcare	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8
Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR)	pa chemin de Mornex 38 Case postale 7443 1002 Lausanne
Spécialistes infirmiers prévention de l'infection (SIPI)	Laurence Cuanillon CIC Groupe Santé Rue du Lac 92 1815 Clarens
Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	Sulgenauweg 38 Postfach 1074 3000 Bern 23
SVMTT Gesundheit ASMTT Santé ASMTT sanità	Stadthof Bahnhofstrasse 7b 6210 Sursee
SVS Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen ASS Association Suisse des Stomatherapeutes Associazione Svizzera delle Stomaterapeutes	Präsidentin Jolanda Baumann Spitalzentrum Biel im Vogelsang 84 Postfach 2501 Biel
Swiss ANP - Interessengruppe SBK für Advanced Nursing Practice Groupe d'intérêt commun ASI Advanced Nursing Practice en Suisse	Geschäftsführerin Elsbeth Wandeler Brebüelerstrasse 13 3006 Bern
Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (FMCH) Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH) Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica ed intensiva (FMCH)	Bahnhofstrasse 22 2502 Biel
Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften (VEDAG)	Freiestrasse 138 8032 Zürich

Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDCS) Associazione dei Medici Dentisti Cantionali della Svizzera (AMDCS)	Öffentliche Zahnkliniken BS Claragraben 95 4005 Basel
Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)	Sekretariat Bolligenstrasse 52 3006 Bern
Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zentral-schweiz (vpz)	Postfach 150 6004 Luzern
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (AS-MAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)	Bahnhofplatz 10 A Postfach 8650 3001 Bern
SWISS REHA Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera	Geschäftsstelle Laurenzvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau

### 5.3.2 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

Allianz Schweizer Krankenversicherer ASK Alliance des assureurs de maladie suisse AAMS Unione degli assicuratori malattia svizzeri	Waisenhausplatz 25 3011 Bern
Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn
Curafutura Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern
santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn
Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni	Conrad-Ferdinand-Meyer- Strasse 14 Postfach 8022 Zürich
SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn



### 5.3.3 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 Postfach 8042 Zürich
Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich

**Allegato 2: Elenco dei partecipanti alla consultazione / abbreviazioni / statistica**

**I. Destinatari della consultazione**

<b>N.</b>	<b>Abbreviazione</b>	<b>Nome</b>
1	ZH	Kanton Zürich
2	BE	Kanton Bern
3	LU	Kanton Luzern
4	UR	Kanton Uri
5	SZ	Kanton Schwyz
6	OW	Kanton Obwalden
7	NW	Kanton Nidwalden
8	GL	Kanton Glarus
9	ZG	Kanton Zug
10	FR	Canton de Fribourg
11	SO	Kanton Solothurn
12	BS	Kanton Basel-Stadt
13	BL	Kanton Basel-Landschaft
14	SH	Kanton Schaffhausen
15	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
16	AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
17	SG	Kanton St.Gallen
18	GR	Kanton Graubünden
19	AG	Kanton Argau
20	TG	Kanton Thurgau
21	TI	Canton Ticino
22	VD	Canton de Vaud
23	VS	Canton du Valais
24	NE	République et canton de Neuchâtel
25	GE	République et canton de Genève
26	JU	Canton du Jura
27	KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
28	BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz
29	CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
30	PEV	Parti Evangélique
31	csp-ow	Christlich-soziale Partei Obwalden
32	CSPO	Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis
33	EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz
34	FDP	FDP Die Liberalen
35	GPS	Grüne Partei der Schweiz
36	glp	Grünliberale Partei
37	Lega	Lega dei Ticinesi
38	MCR	Mouvement Citoyens Romand
39	SVP	Schweizerische Volkspartei
40	SPS	Sozialdemokratische partei der Schweiz

41	SGV	Schweizerischer Gemeindeverband
42	SSV	Schweizerischer Städteverband
43	SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
44	économie-suisse	Verband der Schweizer Unternehmen
45	SGV/USAM	Schweizerischer Gewerbeverband
46		Schweizerischer Arbeitgeberverband
47	SBV	Schweizerischer Bauernverband
48	SBV (Bankier)	Schweizerische Bankiervereinigung
49	SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
50	KV Schweiz	Kaufmännischer Verband Schweiz
51		Travail.Suisse
52	GdK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
53	acsi	Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera Italiana
54	FRC	Fédération romande des Consommateurs (FRC)
55	kf	Konsumentenforum kf
56		Stiftung für Konsumentenschutz
57	APA	Ärzte mit Patientenapotheke
58	ASRIC	Assemblée suisse romande des infirmières/iers cliniciens/iens
59	ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
60	ASPS	Association Spitex privée Suisse
61		Curacasa Fachverband Freiberufliche Pflege Schweiz
62	curaviva	CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz
63	DLV	Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband
64	dibis	Deutschsprachige IG der BeraterInnen für Infektionsprävention und Spitalhygiene
65	EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
66	FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz
67	FASMED	Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigung der Medizintechnik
68	FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
69	FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
70	Hausärzte Schweiz	Berufsverband der Haus- und Kinderärzte
71		Heilbäder & Kurhäuser Schweiz
72	H+	Die Spitäler der Schweiz
73	IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz
74		IG Nephrologische Krankenpflege der deutschen Schweiz
75	ISMAC	Infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires
76	KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
77	KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften
78		Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden
79	K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
80	pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband
81		Pharm!action
82	physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband

83	PKS	Privatkliniken Schweiz
84	PULSUS	Verein zur Erhaltung und Förderung einer freien, sozial verantwortbaren Medizin in der Schweiz
85	SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
86	labmed Schweiz	Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker
87	SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
88	SCG	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse
89	SGBB	Schweizerische Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie
90	SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie
91	SHV	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici
92	SIDB	Schweizerische IG für Diabetesfachberatung
93	SIGOP	Schweizerische Interessengruppe für Operationspflege
94	IGPI	Schweizerische IG Pflegeinformatik
95	KAV/APC	Schweizerische Kantonsapothekervereinigung
96		Schweizerischer Offizinapothekerverein Société Suisse des Pharmaciens d'Officine
97	SOV	Schweizerischer Optikerverband
98	SULMV	Schweizerische Union für Labormedizin
99	SVDE	Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
100	SVOT	Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker
101	SVFP	Schweizerischer Verband freiberuflicher Physiotherapeuten
102	GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
103	SVBK	Schweizerische Vereinigung der Betriebskrankenschwestern und -pfleger
104	SVPL	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter
105	SVPC	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärzte
106	SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
107	SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft
108	senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
109	SIGA	Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
110	SIN	Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege
111	SMHC	Swiss MentalHealthcare
112	SMRS	Société Médicale de la Suisse Romande
113	SIPI	Spécialistes infirmiers prévention de l'infection
114	Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz
115	SVMTT	SVMTT Gesundheit
116	SVS	Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen
117	Swiss ANP	Interessengruppe SBK für Advanced Nursing Practice
118	FMCH	Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften
119	VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften
120	VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz
121	VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz

122	vpz	Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zentral-schweiz
123	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
124	Swiss reha	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz
125	ASK	Allianz Schweizer Krankenversicherer
126		Gemeinsame Einrichtung KVG
127	curafutura	Die innovativen Krankenversicherer
128	RVK	RVK
129	santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer
130	SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
131	SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
132	assuas	Schweizerischer Verband der Versicherten
133	DVSP	Dachverband schweizerischer Patientenstellen
134	SPO	Stiftung Patientenschutz

## II. Organizzazioni non invitate alla consultazione

N.	Abbreviazione	Nome
135	BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
136	KPP	Konferenz Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz
137	apis	Verein Anthroposophische Pflege in der Schweiz
138	SMV	Société Médicale du Valais
139	SSR	Schweizerischer Seniorenrat
140	AMG	Association des médecins du canton de Genève
141	FER	Fédération des Entreprises Romandes
142	SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
143	SVMTRA/ASTRM	Schweizerische Vereinigung der Fachleute für med. tech. Radiologie
144	VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
145	KLS	Krebsliga Schweiz
146	USZ	UniversitätsSpital Zürich
147	VAPP	Verein ambulante psychiatrische Pflege
148	Ärzteges. Kt. LU	Ärztegesellschaft des Kantons Luzern
149	CH-IGWS	Interessengruppe Wundspezialistinnen
150	Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule Schweiz
151	INSOS	Ass. De branche nationale des institutions pour personnes avec handicap
152	GroupeMutuel	Groupe Mutuel
153	Omct	Ordine dei medici del cantone Ticino
154	SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg
155	VAKA	Vereinigung Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
156	medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze

### III. Statistica

	Totale destinatari della consultazione	Pareri di destinatari della consultazione	Pareri di organizzazioni non invitate alla consultazione	Totale pareri
Pareri scritti	134	73	22	95