

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 24. September 2014

### **1022. Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vernehmlassung)**

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 20. Juni 2014 einen Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs in die Vernehmlassung gegeben. Die beantragte Neuregelung ist als langfristige Nachfolgelösung zum bisherigen «temporären» Zulassungsstopp bzw. der auf Ärztinnen und Ärzte beschränkten Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG gedacht. Die vorgeschlagene Regulierung des ambulanten Bereichs soll die Leistungserbringung noch stärker auf die Bedürfnisse der Versicherten ausrichten und sieht im Wesentlichen folgende Neuerungen vor: Mit einer Kann-Formulierung (Art. 40a der Vorlage) wird den Kantonen bei einer festgestellten Überversorgung die Möglichkeit eingeräumt, im gesamten Kantonsgebiet oder Teilen davon die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für alle Leistungserbringer (nicht nur Ärztinnen und Ärzte) zu regulieren. Bezüglich der ambulanten Angebote der Spitäler sollen die Kantone weiter verpflichtet werden, diese künftig in den Leistungsaufträgen an die Spitäler zu regeln (Art. 39 Abs. 1<sup>bis</sup> der Vorlage). Schliesslich sollen die Kantone bei einer Unterversorgung die Leistungserbringer durch geeignete Massnahmen unterstützen können (Art. 40b der Vorlage). Bevor der Kanton Massnahmen nach den Art. 40a oder 40b trifft, soll er eine von ihm eingesetzte Kommission konsultieren, die sich aus Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zusammensetzt. Die Kommission soll zur Angemessenheit der Versorgung Stellung nehmen und Empfehlungen zu den allfällig erforderlichen Massnahmen abgeben. Abweichungen von den Empfehlungen der Kommission wären durch den Kanton zu begründen (Art. 40c der Vorlage). Schliesslich werden dem Bundesrat in dreifacher Hinsicht Kompetenzen eingeräumt: Zunächst soll er hinsichtlich der Angemessenheit der Versorgung auf dem Verordnungsweg Mindestkriterien festlegen (Art. 40c Abs. 1 der Vorlage). Sodann kann er die Einzelheiten der Datenübermittlung regeln (Art. 40c Abs. 5 der Vorlage). Schliesslich wird ihm subsidiär die Kompetenz zur Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung in einem ambulanten Sektor eines Kantons eingeräumt (Art. 55b der Vorlage).

Die vorgeschlagene Teilrevision des KVG ist abzulehnen. Der Kanton Zürich stand dem Regulativ des Zulassungsstopps von jeher kritisch gegenüber. Gerade vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Ärztemangels setzt der Zulassungsstopp völlig falsche Signale. Überversorgungstendenzen in einzelnen Versorgungsbereichen ist mit einer Senkung der Tarife zu begegnen. Dazu braucht es keine Gesetzesänderung, sondern es sind soweit erforderlich die Tarifstrukturen zu korrigieren und die Taxpunktwerte zu senken bzw. zu differenzieren. An der kritischen Haltung gegenüber dem Zulassungsstopp ändert auch die nunmehr vorgeschlagene Freiwilligkeit bei der Einführung nichts. Kantone, die den Zulassungsstopp nicht umsetzen, würden in einen ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, gerade weil die Gesundheitsausgaben in allen Kantonen nur schon wegen der demografischen Entwicklung und des medizintechnischen Fortschritts auch gegenüber dem Landesindex der Konsumentenpreise künftig weiterhin überproportional steigen werden. Dies hätte zur Folge, dass auch solche Kantone, die den Zulassungsstopp nicht umsetzen, mit grossem Aufwand Daten sammeln, aufbereiten und auswerten müssten, um ihren Verzicht auf die ambulante Steuerung rechtfertigen zu können. Klar abzulehnen ist auch die Steuerung des ambulanten Bereichs in den Spitälern, zumal es in den meisten Spitälern nur wenige Ärztinnen und Ärzte gibt, die ausschliesslich im ambulanten Bereich eingesetzt werden, sodass sich eine Umsetzung umso schwieriger gestalten würde. Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates zur Tarifsenkung schliesslich respektieren weder die Autonomie der Tarifpartner noch die Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenzen der Kantone und sind deshalb ebenfalls abzulehnen.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern (Zustelladresse: Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Leistungen, Schwarzenburgstrasse 165, 3003 Bern; auch per E-Mail an: Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch):

Mit Schreiben vom 20. Juni 2014 haben Sie uns den Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs samt erläuterndem Bericht zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

## **A. Allgemeines**

### ***1. Grundsätzliche Haltung zum Zulassungsstopp***

Der Kanton Zürich stand dem Steuerungsinstrument des Zulassungsstopps seit jeher kritisch gegenüber und verzichtete anlässlich der letzten Revision 2013 schliesslich ganz auf die Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung. Wir sind der Auffassung, dass es sich dabei um ein untaugliches Mittel zur Steuerung des ambulanten Bereichs handelt, und bis heute wurde denn auch der Beweis nicht erbracht, dass sich der Zulassungsstopp im Bereich der ambulanten Versorgung in irgendeiner Weise dämpfend auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ausgewirkt hat. Im erläuternden Bericht wird eingeräumt, dass die mehrfache Verlängerung des Zulassungsstopps einerseits eine Verlegenheitslösung war, weil andere Vorlagen scheiterten, und damit andererseits unerwünschte Wirkungen für das System in Form einer Verunsicherung der Akteure und einer Verfälschung ihres Verhaltens verbunden waren (vgl. S. 2). Inwiefern die ähnlich ausgestaltete neue Regelung nun plötzlich zu einer langfristig zufriedenstellenden Lösung führen sollte, ist nicht nachvollziehbar. Wir lehnen deshalb die vorgeschlagene Teilrevision des KVG vollumfänglich ab.

### ***2. Veränderte Ausgangslage***

Hintergrund des im Jahre 2002 erstmals eingeführten Zulassungsstopps war die Angst vor einer Ärzteschwemme aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU. Heute ist die Ausgangslage nicht mehr mit der damaligen vergleichbar und angesichts der bereits bestehenden Personalknappheit (vor allem Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Fachkräften aus dem Pflegebereich) und der drohenden Verschärfung derselben in den kommenden Jahren (unter anderem auch als Folge der Annahme der Volksinitiative gegen die Masseneinwanderung) wirkt die Vorlage geradezu anachronistisch. Eine Einschränkung der Berufszulassungen für einzelne Berufsgruppen birgt zudem die Gefahr einer Abwertung der betroffenen Berufe in der öffentlichen Wahrnehmung und der Verunsicherung potenzieller Nachwuchskräfte, was zu weniger Absolventinnen und Absolventen in diesen Bereichen führen und die bereits bestehende angespannte Personalsituation zusätzlich erschweren könnte.

### ***3. Vergleich der Kostenentwicklung im Kanton Zürich mit der übrigen Schweiz***

Gemäss erläuterndem Bericht erfordern die zunehmende Komplexität und die gegenläufigen Interessen vermehrte Steuerung und Transparenz des Systems. Diese Schlussfolgerung ist nicht zwingend. Entgegen den Darstellungen im erläuternden Bericht, wonach ohne Regulierung

des ambulanten Bereichs auch das Angebot und mit ihm die Menge an erbrachten Leistungen zunehme und damit auch die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstiegen (vgl. S. 3), bestätigt die neuste Prognose zur Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen ein unterdurchschnittliches Kostenwachstum jedenfalls im bevölkerungsreichsten Kanton, dem Kanton Zürich. Für ihn belegen die neuesten Zahlen aus dem Monitoring des BAG für die letzten Monate sogar rückläufige Ausgaben der Krankenversicherer. Damit ist der Beweis erbracht, dass trotz seines Verzichts auf eine Regulierung im Kanton Zürich die Entwicklung im ambulanten Bereich deutlich besser ausfällt als in der Gesamtschweiz. Während die Kosten für die gesamte Schweizer Bevölkerung um 2% stiegen, blieben die Kosten pro versicherte Person im Kanton Zürich im Vergleich zum Vorjahr konstant.

#### ***4. Unvereinbarkeit mit den Grundsätzen des KVG und alternative Lösungsansätze***

Die anvisierte Neuregelung widerspricht diametral dem mit der KVG-Revision von 2007 eingeführten Ansatz für vermehrten Wettbewerb unter den Leistungserbringern und leistungsgerechte Abgeltungssysteme. Der Ansatz steht in Übereinstimmung mit der Grundrechtssystematik der Bundesverfassung und ihrer Gewährleistung grösstmöglicher Wirtschaftsfreiheit. Diese Werthaltung hat der Staat auch im ambulanten Bereich zu respektieren. Der bisherige Ansatz eines möglichst marktkonformen Systems ist deshalb konsequent weiterzuverfolgen. Vor der Einführung neuer Instrumente sollten bereits bestehende Steuerungsmechanismen zur Kosteneindämmung konsequent ausgeschöpft werden. Dazu gehören beispielsweise Massnahmen wie die zwischen den Tarifpartnern *santésuisse* und den Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) gestützt auf das KVG geschlossene Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) oder Korrekturen in den ambulanten Tarifstrukturen bis hin zu Senkungen der Taxpunktwerte oder Taxpunktwertdifferenzierungen. Bereits bewährte alternative Vergütungsformen (wie für psychiatrische Tageskliniken oder ambulante kardiale Rehabilitation) und neue Vergütungsformen (wie etwa für übergreifende Finanzierungsformen für eine ausreichende Finanzierung von integrierten Versorgungsmodellen) sind zu fördern bzw. zu prüfen. Auf diesem Weg kann einem Überangebot im ambulanten Bereich marktkonform, ohne Gesetzesänderung und unter möglichst weit reichender Wahrung der Wirtschaftsfreiheit begegnet werden.

Dieser Auffassung stehen die Ausführungen im erläuternden Bericht entgegen, wonach eine Differenzierung der Tarife kaum geeignet sei, ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot zu schaffen. Dies gilt insbesondere, weil es schwierig sei, den «richtigen» Preis für eine Leistung in

einer bestimmten Region festzulegen, der überdies – gestützt auf die Entwicklung der Versorgung – regelmässig neu beurteilt werden müsse (vgl. S. 5 f.). Diese Behauptung führt zur Frage, wieso die Festlegung des «richtigen» Preises schwieriger sein sollte als die Festlegung der «angemessenen» Versorgung, die aufgrund der medizinischen Entwicklungen ebenfalls einer regelmässigen Neubeurteilung unterzogen werden müsste (vgl. dazu die weiteren Ausführungen zu Art. 40a/40b/40c unter Ziff. B). Gegen Tariffdifferenzierungen wird sodann die Verunsicherung der Leistungserbringer ins Feld geführt, die aber, wie die Vergangenheit gezeigt hat, noch viel mehr durch eine Steuerung über bedarfsabhängige Zulassungen herbeigeführt wird.

#### ***5. Ambulant vor stationär***

Politisch wie medizinisch ist es erklärtes Ziel, bisher stationär erbrachte Leistungen neu soweit möglich ambulant zu erbringen («ambulant vor stationär»). Auch die medizintechnische Entwicklung wird die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen weiter vorantreiben. Dies löst zwar allenfalls einen höheren Bedarf an ambulanten Leistungserbringerinnen und -erbringern aus. Eine Übernahme staatlicher Planungsinstrumente im ambulanten Bereich ist deshalb nicht erforderlich. Auch für ein allfälliges Mehr an Leistungserbringern und Leistungen sind die heute im ambulanten Bereich zur Verfügung stehenden Steuerungsmechanismen sinnvoll und ausreichend. Dem befürchteten Kostenwachstum im ambulanten Bereich steht zudem eine kostendämpfende Wirkung auf den stationären Bereich gegenüber.

#### ***6. Vollzug durch die Kantone und finanzielle Auswirkungen auf die Kantone***

Die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen richtet sich – wie vom KVG gewollt – nicht nach den Kantonsgrenzen (vgl. Art. 41 Abs. 1 KVG, freie Arztwahl). Es wäre deshalb illusorisch, einer Über- bzw. Unterversorgung im ambulanten Bereich über kantonale Planungen begegnen zu wollen. Auch wenn Art. 40 Abs. 3 der Vorlage die Koordination der Kantone unter sich und die Berücksichtigung der Versorgung in den Nachbarkantonen voraussetzt und damit die Versorgung aus einer regionalen Perspektive zur Zielsetzung hat, dürfte die Umsetzung innert nützlicher Frist und mit angemessenem Aufwand schwer zu erreichen sein.

Materiell wären die meisten Kantone mit der Aufgabe einer umfassenden ambulanten Planung überfordert. Viele Kantone sind es bereits heute mit der stationären Planung. Die Datenmenge im ambulanten Bereich beträgt ein Mehrfaches der stationären Daten. Die Erhebung der

Daten wäre mit sehr hohem Aufwand verbunden und würde zusätzliche personelle Mittel in erheblichem Umfang erfordern, was mit entsprechenden Folgekosten verbunden wäre.

Die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone dürfen ganz allgemein nicht unterschätzt werden. Wenn im erläuternden Bericht ausgeführt wird, die neuen Bestimmungen würden sich insgesamt positiv auf die Kosten zulasten der OKP und damit auf die Prämien der Versicherten auswirken und zu Minderkosten im Bereich der Prämienverbilligung zugunsten des Bundes und der Kantone führen (vgl. S. 18 f.), so wird diese Annahme bereits durch die seit dem Inkrafttreten des KVG gemachten bisherigen Erfahrungen wie auch die vorstehend ausgeführten Überlegungen widerlegt. Zudem bleiben bei dieser Annahme nicht nur Mehrausgaben aufgrund von Unterstützungsmassnahmen nach Art. 40b, sondern auch ein riesiger, kostenintensiver Planungsaufwand unberücksichtigt. Ausgeklammert wird dabei auch eine mögliche Verschiebung von ambulanten Leistungen (zurück) in den stationären Bereich, was aufgrund der Verpflichtungen der Kantone zur Mitfinanzierung in diesem Bereich die Staatshaushalte wiederum belasten würde.

## **B. Zu einzelnen Bestimmungen**

### ***Art. 39 Abs. 1<sup>bis</sup>***

Die zwingende Berücksichtigung der Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich bzw. deren Regelung im Rahmen der Leistungsvereinbarungen ist abzulehnen. Angesichts des schwierig abzugrenzenden Arbeitsaufwandes der Spitalärztinnen und -ärzte für den stationären oder ambulanten Bereich (vgl. erläuternder Bericht S. 13 f.) ist ein steuerndes Eingreifen in den spitalambulanten Bereich nicht praktikabel und überdies als Steuerungsinstrument so wenig geeignet wie im Bereich der ambulanten Privatpraxen und Institute.

### ***Art. 40a/40b/40c***

Die den Kantonen für den übrigen ambulanten Bereich eingeräumte Freiwilligkeit zur Ergreifung von Massnahmen besteht faktisch lediglich auf dem Papier. Verzichtet ein Kanton auf die Einführung des Zulassungsstopps, wird er in ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, da die Gesundheitsausgaben in den Kantonen gemessen am Bruttoinlandprodukt wie bisher laufend überproportional ansteigen werden, was angesichts der bekannten Faktoren der wachsenden Überalterung, des medizintechnischen Fortschrittes und der steigenden Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten unvermeidbar sein wird. Deshalb werden sämtliche Kantone – unabhängig davon, ob sie den Zulassungsstopp einführen oder nicht – gezwungen sein, mit grossem Aufwand entsprechende Daten und Zahlen zu sammeln, aufzubereiten und auszuwerten.

Der Gesetzesentwurf enthält sodann keine Definitionen der Begriffe Über- und Unterversorgung sowie angemessene Versorgung. Es bleibt deshalb unklar, nach welchen Indikatoren eine Über- oder Unterversorgung festgestellt werden soll und wann eine Versorgung angemessen ist. Laut erläuterndem Bericht wurde bewusst auf eine Definition der angemessenen Versorgung verzichtet, damit die Kantone insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten die Angemessenheit selber festlegen können (vgl. S. 15). Im Hinblick auf eine transparente und einheitliche Gestaltung wird aber offenbar doch eine Begriffsklärung als erforderlich erachtet und dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, Mindestkriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich auf Verordnungsstufe festzulegen (Art. 40c Abs. 1 der Vorlage). Die Festlegung der Mindestkriterien erst auf Verordnungsstufe widerspricht aber dem Gesetzmässigkeitsprinzip und ist daher abzulehnen. Die den Kantonen eingeräumte Möglichkeit der Festlegung zusätzlicher Kriterien schliesslich steht im Widerspruch zum erklärten Ziel einer gesamtschweizerisch einheitlichen Ausgestaltung und hätte unterschiedliche Qualitätslevels zur Folge, die mit den geltenden Vorstellungen des KVG zur Qualität unvereinbar wären. Die Qualitätssicherung ist gemäss KVG eine Verpflichtung des Bundes; demnach müsste der Bund die Qualitätsstandards setzen. Ohne einheitliche Standards wird die von der Vorlage geforderte Koordination unter den Kantonen bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung sowie die erwünschte gemeinsame Versorgungsplanung aus regionaler Perspektive sehr stark erschwert, wenn nicht gar illusorisch. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Kantone zu einer völlig unterschiedlichen Beurteilung der Angemessenheit gelangen: Während bei gleicher Ausgangslage der eine Kanton die Versorgung als gewährleistet betrachtet, ortet ein anderer möglicherweise eine Unterversorgung und ein Dritter gar eine Überversorgung. Einzuräumen ist in vorstehendem Zusammenhang, dass die Festlegung allgemeinverbindlicher Kriterien durch den Bund, insbesondere bei Beachtung regionaler Besonderheiten einzelner Kantone, sich als äusserst schwierig erweisen dürfte.

#### **Art. 40b**

Die Regelung der Unterversorgung im KVG ist unnötig bzw. überflüssig: Laut Verfassung liegt die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in der Kompetenz der Kantone. Wie dem erläuternden Bericht zu entnehmen ist, soll mit der vorgeschlagenen Bestimmung die Kompetenz der Kantone gestärkt werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass dort, wo den Kantonen bereits eine umfassende Kompetenz eingeräumt wird, diese durch eine Norm auf Stufe Bundesgesetz nicht noch «verstärkt» werden kann. Die Kantone haben bereits heute die Möglichkeit, steuernd einzugreifen.



**Art. 40c**

Die von den Kantonen einzusetzende paritätische Kommission, bestehend aus Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer, welcher die Befugnis zukommen soll, zur Angemessenheit der Versorgung Stellung zu nehmen bzw. eine Empfehlung zuhanden der Kantone zu den erforderlichen Massnahmen abzugeben, ist abzulehnen. Dies gilt erst recht für die den Kantonen auferlegte Begründungspflicht für den Fall, dass sie Empfehlungen nicht Folge leisten wollen. Gemäss den geltenden Regeln sind staatliche Massnahmen den betroffenen Kreisen vorgängig zur Anhörung zu unterbreiten. Deren Stellungnahmen werden indessen frei gewürdigt; eine Verpflichtung zur Berücksichtigung schwächt die Exekutive und untergräbt ihre Autorität. Soll die Bestimmung massgeblich der Sicherstellung der korrekten Anhörung der betroffenen Kreise durch die Kantone dienen (vgl. erläuternder Bericht S. 16), so schwingt damit ein unangebrachtes Misstrauen gegenüber den Kantonen mit. Zudem wäre die Umsetzung dieser Bestimmung mit organisatorischen Schwierigkeiten verbunden; die Einbindung der Versicherten ist mangels deren verbandsrechtlicher oder standesrechtlicher Organisation schwer vollziehbar. Ob schliesslich die Vertretung aller betroffenen Parteien wunschgemäss einvernehmliche Massnahmen förderte und Blockaden verhinderte, ist angesichts bisheriger Erfahrungen keineswegs gewährleistet.

**Art. 55b**

Der vorgesehene neue Art. 55b, der dem Bundesrat die Kompetenz zur Tarifsenkung bis höchstens 10% bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung in einem ambulanten Sektor eines Kantons einräumt, verletzt die Genehmigungs- bzw. subsidiäre Festsetzungskompetenz der Kantone. Diese Interventionsmöglichkeit des Bundesrates lehnen wir deshalb ab. Kommt hinzu, dass der Bundesrat bei seiner Entscheidung über einen grösseren bzw. anderen Ermessens- und Entscheidungsspielraum als die Kantone verfügte, ohne dass diesbezüglich ein Kontrollinstrument zur Verfügung stünde; gegen seine Beschlüsse bestünde im Unterschied zu Beschlüssen der Kantonsregierungen in Tariffragen keine Anfechtungsmöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht (vgl. Art. 53 Abs. 1 e contrario). Stossend ist dabei insbesondere auch, dass die Kompetenz des Bundesrates zur Tarifsenkung von bis zu 10% sehr weit gefasst ist und dass unklar bleibt, welche Leistungserbringer zu welchen ambulanten Sektoren gezählt bzw. wie die ambulanten Sektoren voneinander abgegrenzt werden. Das KVG stellt mit dem bestehenden Art. 55, der auch dem Bundesrat unter bestimmten Bedingungen die Kompetenz einräumt, die Tarife einzufrieren, bereits ein kostendämpfendes Instrument zur



Verfügung, das im Unterschied zum neuen Art. 55b im Einklang mit der grundsätzlichen Kompetenzregelung gemäss KVG steht und das vom Bundesrat bis heute nicht benützt wurde.

### **C. Fazit**

Wir lehnen die vorgeschlagene Teilrevision des KVG klar ab. Gerade vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Ärztemangels setzt die geplante Steuerung des ambulanten Bereichs falsche Signale. Überversorgungstendenzen in einzelnen Bereichen ist mit Tarifsenkungen zu begegnen. Dazu braucht es keine Gesetzesänderung, sondern es sind soweit erforderlich auf bestehender Rechtsgrundlage die Tarifstrukturen zu korrigieren und die Taxpunktwerte zu senken bzw. zu differenzieren. Eine kostensenkende Wirkung hat bereits der bisherige Zulassungsstopp nicht bewirken können. Demgegenüber steht fest, dass die Vorlage (soweit überhaupt technisch umsetzbar) bei den Kantonen zu sehr hohem Vollzugsaufwand führen würde. An der kritischen Haltung gegenüber Zulassungsregulierungen ändert auch die vorgeschlagene Freiwilligkeit bei der Einführung nichts. Kantone, die den neuen Zulassungsstopp nicht umsetzen, würden in einen ständigen Rechtfertigungszwang versetzt, weshalb auch sie mit grossem Aufwand Daten sammeln, aufbereiten und auswerten müssten. Wir lehnen auch die Steuerung des ambulanten Bereichs in den Spitälern klar ab, zumal es in den Spitälern kaum Ärztinnen und Ärzte geben dürfte, die ausschliesslich im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Subsidiäre Kompetenzen des Bundesrates zur Tarifsenkung schliesslich beachten weder die Autonomie der Tarifpartner noch die Genehmigungs- und subsidiären Festsetzungskompetenzen der Kantone, weshalb wir diese ebenfalls ablehnen.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Mitglieder des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat  
Der Staatsschreiber:

Husi